

**Thèse délivrée par
l'Université de Lille**

**Pour l'obtention du grade de Docteur en sociologie
présentée et soutenue publiquement par
Silvia ROCHET**

Le 28 janvier 2025

« Faute » d'être soi

***Attentes et responsabilisation en parcours de soins résidentiels
de l'addictologie française***

Membres du jury :

Nicolas MARQUIS, Professeur, UC Louvain Saint-Louis Bruxelles, Belgique – *Rapporteur*

Delphine MOREAU, Professeure de l'EHESP – *Examinatrice*

Marc-Henry SOULET, Professeur émérite, Université de Fribourg, Suisse – *Rapporteur*

Grégory SALLE, Directeur de recherche au CNRS (Clerse) – *Directeur*

Livia VELPRY, Maîtresse de Conférences (HDR), Université Paris 8 – *Co-directrice*

Florence WEBER, Professeure des Universités (ENS/PSL) – *Examinatrice – Présidente du jury*

Remerciements

Cette thèse est le produit singulier de croisements, de pensées et d'apports collectifs. La chance ou le hasard des rencontres m'aura quant à moi préservée, tout au long de ces quatre ans, de l'impression que ce travail peut être un long chemin tortueux, que l'on endure en solitaire. Je dirais même que rarement j'ai pu me sentir aussi entourée, soutenue et habitée par la circulation des réflexions, par les pratiques observées, et par les échanges qui ont donné vie à cette recherche.

Au premier titre desquels, sans doute, les échanges nourris avec ma codirection, qui ont constitué le support indéniable de cette thèse et, si elle est jugée telle, de son caractère abouti. Je remercie profondément Livia Velpy, pour la vision d'ensemble portée sur ce travail, son orientation, la priorisation accordée à l'empirie sur la théorisation abstraite, les conseils sur les concepts nécessaires à développer et sur ceux qui, au contraire, finissaient par noyer mon argumentation. Son regard sur les points aveugles de ce travail a été ampliatif à la direction attentive, à la patience, et au soutien indéfectible de Grégory Salle. Je ne remercierai certainement pas assez ce dernier pour avoir défendu, durant ces quatre ans, les deux qualités principales qu'on est en mesure d'attendre de la part d'un directeur de thèse : le fait de répondre *présent*, et de l'être, tout au long de la thèse, à chaque fois que le besoin se présentait ; la *confiance* accordée, qui a permis d'avancer tranquillement dans ce travail, sous le signe de la plus grande liberté.

Cette recherche n'aurait sans doute jamais vu le jour sans l'accueil et la disponibilité dont ont fait part toutes les équipes qui m'ont reçue sur leur lieu de travail. Je tiens à remercier les chefs et cheffes de services et les cadres administratifs qui ont accepté ma présence en tant que « stagiaire-anthropologue » dans ces diverses structures, malgré le contexte épidémique qui pouvait rendre particulièrement complexe ce type d'initiative, sur toute la période durant laquelle j'ai effectué mes terrains (2019-2022).

Merci à toute l'équipe de l'hôpital M., qui m'a permis de faire mes premiers pas dans l'univers de l'addictologie il y a cinq ans ; à leur enthousiasme, et à leur générosité à mon égard. Je fais part d'une reconnaissance particulière à Aurélie Wellenstein, qui a toujours été disponible pour moi lors de mes visites à la bibliothèque, et m'a parfois permis d'emprunter (pour des durées plus que déraisonnables !) des ouvrages qui m'ont accompagné dans mes périples, du Nord au Sud ; et aux quatre assistantes sociales (présentes en 2022), pour avoir accepté deux heures d'entretien groupal sur la question de l'orientation en CTR. D'autres remerciements vont bien sûr à Mathilde Martinot, alors interne à l'hôpital, sans laquelle je ne serai sans doute jamais entrée par cette porte de l'addictologie pour aborder la responsabilisation en santé mentale (et pour laquelle les réflexions déployées dans cette thèse sont désormais bien familières).

Merci à tous les membres des deux équipes des CTR que mon lecteur ou ma lectrice découvrira bientôt, et dont je tairai ici les noms : pour les découvertes et les nouvelles interrogations suscitées ; pour l'accueil inconditionnel dont j'ai eu l'impression de pouvoir bénéficier, au moins dans un des centres, dès que ma présence eût été plus ou moins encadrée dans une durée provisoire mais indéterminée, celle de la recherche ; pour les belles rencontres qui s'effectuent parfois au-delà de ce que la visée d'observation ethnographique peut prévoir.

Merci également à l'équipe de la CT qui m'a accueillie dans une phase alors déjà proche des conclusions de terrain et de la transition vers un autre type de travail : tout en regrettant de devoir quitter le terrain un peu précipitamment, et plus tôt que ce que ma curiosité aurait de son côté décrété, j'ai eu la joie de me voir déroutée par leur approche, par une représentation de l'addiction qui contrastait avec mon propre savoir accumulé au cours des terrains antérieurs, et par une visée communautaire de long terme à laquelle le dernier chapitre de cette thèse doit beaucoup.

Des remerciements différents vont bien évidemment à celles et ceux dont cette thèse narre le processus de transformation, aux usagers et aux usagères de drogues et alcool rencontrés dans ces centres. Pour les matinées dans le froid, à parler de la nuit et à partager un café ou une cigarette. Pour m'avoir prise à part, en confidente, ou prise à partie, comme la chercheuse extérieure qui reçoit sans donner. Pour la gentillesse infinie déployée par certains et certaines d'entre eux, et pour l'intérêt qu'ils et elles ont démontré avoir également pour ma vie – alors que de mon côté je croyais pouvoir m'intéresser uniquement à la leur. Je ne saurais ajouter rien d'autre sinon leur témoigner que *j'ai grandi*, à leurs côtés. Et que j'aimerais un jour publier quelque chose de plus « léger », ou maniable, ou vivant, qui puisse s'écrire aussi avec elles et eux.

Dans un deuxième volet, il me faut remercier les établissements et les personnes qui m'ont aidée durant ces quatre années : à l'ENS de Paris, Cédric Moreau de Bellaing, alors directeur des études, qui m'avait orienté vers le choix de Grégory Salle comme directeur de thèse ; Jérôme Deauvieu, directeur du département de sciences sociales ; et Corinne Zylbersztain, assistante de direction, qui a géré mon dossier pour l'attribution de l'allocation doctorale CDSN. À l'Université de Lille et au Clersé, je remercie Bernadette Tillard, qui était directrice du laboratoire au moment où j'y suis entrée, et toutes les personnes qui m'ont soutenu dans les démarches administratives et ont veillé à mon accueil : Guillaume Yvan et Sophie Goyat au laboratoire ; Constance Goossens et Betty Figula à l'ED ; Betty Bassimon et Céline Bury aux Ressources Humaines.

Dans mon premier laboratoire de rattachement, je remercie les coordinateurs de l'Axe 1 du Clersé, Taïeb El Boujjoufi, Aurélia Mardon (ainsi que Grégory) de m'avoir donné l'occasion de présenter certains premiers résultats de mon enquête, et d'échanger avec les collègues titulaires et doctorants du laboratoire, que j'ai fréquenté trop peu malheureusement durant ces quatre années. Merci aussi aux organisateurs de la JDD 2021, Alexandre Lené, Manuel Schotté, Daria Sobocinska, Cécile Vasseur, qui m'avaient offert cette même opportunité un peu plus tôt ; et à tous les doctorants et doctorantes rencontrés au sein du laboratoire, qui m'ont accueillie malgré mes valises toujours prêtes sur le dos, et m'ont fait me sentir bien à Lille, chaque fois que je m'y rendais : Elsa Massei, Deborah Ridet, Rémi Marcos, Julien Gradoz, Léo Perrette, Clotilde Grassart, Alexandre Guérillot, Théo Scornet... J'ai une pensée en particulier pour Clément Beunas, dont les retours pertinents et la comparaison avec ses propres terrains ont permis de trouver une des formules idoine caractérisant les CTR (« un espace d'autonomisation qui contraint pourtant toujours à la dépendance »), et que je remercie pour les moments de partage trouvés dans nos croisements à Lille. Et pour Anne-Claire, qui m'a reçue royalement à chaque visite impromptue durant ses années aux archives du Travail de Roubaix. Dans le second laboratoire, le Cermes3, je remercie les doctorants Kylian Godde, Alila Antonielli, Lucile Ruault, et Tonya Tartour, dont j'ai eu l'occasion de faire la rencontre au cours de séminaires communs, et qui m'ont également accueillie au sein de cette autre entité de rattachement. Même si j'ai passé davantage de temps sur le terrain qu'à l'université ces dernières années, ce sont aussi ces rencontres avec d'autres jeunes chercheuses et chercheurs de mon âge qui m'ont donné à voir que la thèse peut être source de discussions passionnantes et d'une joie renouvelée.

En outre, je remercie les organisateurs de l'atelier sur la dimension sociale et culturelle des troubles mentaux de l'IRIS (2021-2023) – Baptiste Brossard, Isabelle Coutant, Javiera Coussieu Reyes et Ivan Garrec – de m'avoir donné l'occasion de réfléchir et d'échanger sur des problématiques proches des miennes et d'exposer, dans le cadre de cet atelier, mes premières intuitions importantes sur la ritualisation du passage à l'âge adulte en CTR. Merci de plus à Isabelle Coutant de m'avoir incitée à persévérer dans ma fréquentation des milieux de la santé mentale, depuis sa présence à ma soutenance de master 2 en 2018 à l'EHESS, avec Richard Rechtman. Je garde une dette à l'égard de ce dernier, en me rappelant que sans doute, il avait « raison » en me disant que je ne fais pas tout à fait de l'anthropologie – mais j'espère que ce dernier travail de recherche reflètera davantage l'esprit critique qu'il m'a poussée à développer, que la porosité certaine que j'entretiens souvent avec les acteurs de terrain. Un remerciement supplémentaire va

également à Baptiste Brossard, avec lequel j'espère continuer à tisser des réflexions, qui m'ont l'air sensiblement proches et toujours plus approfondies, au cours des années.

D'autres remerciements devraient se joindre à ces derniers, destinés aux organisateurs de la parution du n°29 de la revue *Champ Pénal*, Fabrice Fernandez, Dahlia Namian et Nicolas Sallée, ainsi qu'aux correcteurs/correctrices inconnus, qui m'ont permis d'apporter ma première contribution au champ académique. J'en profite pour remercier d'ailleurs Benoît de Courson, qui a bien voulu m'aider dans le projet (ambitieux et sans doute démesuré, en parallèle de la thèse) de commencer une étude lexicométrique de l'apparition de la notion d'addictologie dans les discours officiels, la presse et les publications scientifiques – un projet qui j'espère trouvera le temps, dans les prochains mois, d'aboutir.

Enfin, tout ma reconnaissance va aux deux membres de mon comité de suivi de thèse, qui loin d'encadrer uniquement le déroulé sans heurts de cette thèse (comme le voudrait le protocole du CSI), ont servi de véritable instance de supervision régulière. Merci à Camille Lancelevée, pour l'accompagnement et le dialogue intellectuel dont elle m'a gratifiée, et pour ses remarques et sa générosité dans la relecture de mes avancées. Merci à Florence Weber, pour me faire l'honneur de me suivre, de me lire, et de m'encourager depuis bientôt six ans – lorsque j'ai quitté la philosophie pour le département de sciences sociales à l'École Normale. Son intransigeance intellectuelle et son regard néanmoins toujours bienveillant m'ont soutenue à maintes reprises, depuis les affres de la correction d'une proposition d'article à la validation de certaines hypothèses qui régissent ce travail – et qui confortent d'autant plus le fait que, si je deviens docteure en sociologie, l'anthropologie sociale de la maladie et de la santé mentale constitue bien, à ce jour, la voie que je me suis choisie.

Enfin, le troisième volet des remerciements va naturellement aux amis et aux proches, discutants, relectrices et soutiens inestimables de ces dernières années. Je remercie avant tout trois professeurs, essentiels à ma (dé)formation : d'une part monsieur Gibert, qui mit le feu à la mèche de philosophie, qui ne m'a plus jamais quittée ; et madame Blaire, qui a été l'unique modèle professoral que j'aurais aimé, dans une autre vie, pouvoir devenir pour d'autres. Et d'autre part, Laurent Ferec, qui m'a autorisée, à de nombreux égards, à assumer les choix nécessaires pour continuer à être libre, et à vivre mes contradictions. Une pensée d'infinie gratitude demeure, à cet égard, pour Perette Buffaria, sans l'esprit pédagogue de laquelle, je n'aurai sans doute jamais pu entrer dans l'école qui m'a offert les commodités d'étude dont j'ai pu bénéficier jusqu'ici.

Toute mon estime et mon affection vont également à Christian et Magali Rioux, qui ont contribué à aiguïser mon esprit critique, en particulier à l'égard de l'« humanisme » bien-pensant importé d'Amérique du Nord, et avec lesquels de nombreuses aventures restent à inventer. Une pensée aussi pour Irène, Adrien et leur petite famille – qui sont encore en train d'attendre que je les rejoigne pour quelques belles fêtes là-haut, sur les hauteurs de Thiers ; à Yan, Geneviève, et les deux désormais grands Kidd-Rioux. Un *pensiero particolare* va à Latino et Rossella, sans lesquels, concrètement, cette thèse n'aurait pas eu ses plus belles pages, rédigées depuis l'isolement et la paix intérieure qu'ils m'ont offert, en me prêtant la maison de Botrugno, dans le Salento. Cette pensée va aussi aux amitiés napolitaines, constellation de noms dont je mettrai en avant seulement les plus importants : Sara, Sol, Manu, Giada, Francesca, Ale, Gaia, Ciro, Gian Piero, Eva e Miriam.

Ma gratitude la plus profonde revient à toutes les « familles » et collectifs qui ont accompagné mon individuation : les « filles » de Nogent ; la « bande » de seconde ; le « groupe » des années de prépa ; la « communauté terrible » du square Grangé ; le Club des Peupliers ; la coloc' de place de la Résistance ; celle de la Maladrerie ; la compagnie du Théâtre des Opérations et la famille élargie des Raams ; le séminaire-action du MOB ; le « projet » du lac, et les camarades que j'y ai rencontrés pour la vie ; le collectif Réévrier... Seuls celles et ceux qui sont proches de moi savent à quel point chacun de ces espace-temps emboîtés, d'amitié et de construction collective, a façonné celle que je suis. Au-delà des groupes, je remercie

individuellement les ami.e.s qui ont participé à m'extraire de la dimension du *Nous*, pour faire exister et entretenir la puissance qu'ont les relations d'amitié durables. Chacun et chacune d'entre eux, je l'espère, se reconnaîtra sans que j'aie besoin de les nommer. Je remercierai seulement ici pour conclure la fine équipe de correcteurs et correctrices qui a participé, de cœur, de tête (ou simplement en pensée – du fait de leur manque de temps !), et certains avec une minutie redoutable, à relire ce conséquent manuscrit : en première ligne, et combattifs, Clara de Courson – la seule à avoir le don de trouver parfois quelque beauté (stylistiquement nommable) à mes bizarreries syntaxiques –, Arnaud Goujon – dont la pensée rapide, brillant comme du métal en fusion, continue de me remplir d'énergie et d'entrain intellectuel –, Matthieu Hagenmuller – avec lequel il est toujours aussi passionnant d'échanger, au-delà de nos obsessions théoriques, de ce que nos options d'écriture traduisent politiquement –, et Paola P. – qui lutte avec acharnement pour nous garder de toute claustrophilie ou familialisme institutionnel. Mais aussi Alex, Aristeo, Mathieu, Manon, Hélène, Xavier et Lucas... merci à vous, et à tous les autres, avant tout pour avoir été là pour moi !

Merci au réparateur de la rue de Crimée, d'avoir, par deux fois, ressuscité mon ordinateur durant les derniers mois d'écriture. Et à Christos, pour m'avoir sauvée, de nouveau, à Samothrace, lorsque cette fois ce fut la batterie à me lâcher. Ils ont contribué, eux aussi, à cette initiation et à cette *metanoïa*.

Merci aux femmes qui peuplent mes pensées, et partagent, loin mais proches, une vie intellectuelle *et sur le terrain*, exigeante et radicale : Chloé, Mathilde, Paola Gentile, Paola Pelagalli.

Merci aux grands et aux petits frères qui m'ont poussée à penser et à vivre *fort*, à m'affirmer, à calmer ma violence, à ne pas vivre qu'en opposition face à monde, et à être capable de garder le cap, de mes idéaux et aussi malgré eux.

Merci surtout à Mathieu, de ne pas s'être épuisé à mon contact, d'être un fidèle gardien de l'amitié et de cette pensée en mouvement – celle qui avance fluctuante et instable, mais qui se cristallise dans les architectures les plus belles.

Merci à D., d'être la voix qui finit toujours un jour par répondre au téléphone.

Merci à mon père, de toujours dire « mémoire » plutôt que thèse, parce qu'il importe qu'il se souvienne – qu'il reste l'une des sources d'inspiration les plus importantes de ma vie.

Grazie à Lara, ma sœur, l'unique – de faire toujours en sorte que nos parallèles se croisent, de me remplir de fierté et d'amour, et de créer les situations où on puisse nous prendre pour des Brésiliennes en Campanie, plutôt que de nous dire « *Tu non sei di qua* ».

Grazie a mia madre, perché il parto è stato lungo, ma il risultato c'è ("4 chili e duecento...!" per 790 pagine...), e anche perché qualcuno, si sa, c'è sempre, dietro le cose più anodine, e quelle più profonde.

Grazie infine a Aldo, perché anche se me lo ha insegnato, non è sicuro che *t'aggia imparà e t'aggia perder'*. O per lo meno, per il momento *c'è, esiste*. E ci sono anchio. Pure un po' di qua, di sicuro ; ma molto più laggiù ormai.

*

Cette thèse est dédiée à « Nono »,
pour que tu persévères dans ton être, camarade,
mais surtout, parce que tu *deviens*.

Sommaire

<i>Liste des sigles et abréviations.....</i>	<i>9</i>
Préambule.....	11
 Introduction.....	 37
 <i>Sources primaires : données de terrain.....</i>	 <i>91</i>
 Première partie	
Faute d'« être soi », vouloir être un autre. Attentes relatives à la « sortie » de la dépendance et à la construction d'une nouvelle identité.....	95
 Chapitre 1. Savoir entrer pour « s'en sortir ». Attentes individuelles et institutionnelles au seuil du CTR.....	 101
Chapitre 2. « Jouer le jeu » du rétablissement. Ou comment on apprend à aimer les règles du CTR.....	155
Chapitre 3. Le CTR, une institution quasi-totale ?.....	219
 Deuxième partie	
À défaut d'« être soi », apprendre à être adulte Responsabilisation et étapes rituelles d'un devenir-adulte orienté.....	285
 Chapitre 4. S'initier à l'âge adulte. Apprentissages nécessaires du passage à une vie responsable.....	 293
Chapitre 5. Négocier l'adultéité. Réticences à la reconnaissance de l'autonomie.....	353
Chapitre 6. Le CTR comme espace liminaire. Lieu d'initiation ou entraînement à la « vraie vie » ?.....	409

Troisième partie

Devenir soi : se décliner au futur. Gestion du devenir, nouvelles approches de la réhabilitation psycho-sociale, et avenir institutionnels de nos deux CTR.....499

Chapitre 7. Perfectible, réflexif et actif. Devenir un agent rationnel du changement.....509

Chapitre 8. Professionnaliser son devenir. L'exemple des médiateurs-santé-pairs.....577

Chapitre 9. Le CTR comme projet utopique et/ou biopolitique ?.....635

Conclusion générale.....705

Bibliographie générale.....723

Annexes.....769

Liste des sigles et abréviations

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
AT	Appartement Thérapeutique
ATT	Appartement Thérapeutique de Transition
CA	Conseil d'Administration
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CAUT	Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition
CER	Centre Éducatif Renforcé
CESF	Conseiller en Economie Sociale et Familiale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM	Classification Internationale des Maladies
CJC	Consultation Jeunes Consommateurs
CNU	Commission Nationale des Usagers
CNV	Communication Non-Violente
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CREAI	Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST	Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes [ancien nom des CSAPA]
CTR	Centre Thérapeutique Résidentiel
DESU	Diplôme d'Etudes Supérieures Universitaires
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGF	Dotations globales de fonctionnement
DROM-COM	Départements ou Régions français d'Outre-Mer - Collectivités d'Outre-Mer
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMPP	Équipes Mobiles Psychiatrie et Précarité
EPM	Établissement Pénitentiaire pour Mineurs
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
Esp.	Éducateur sportif / Éducatrice sportive
ES	Éducateur spécialisé / Éducatrice spécialisée

FAM Foyer d'Accueil Médicalisé

HACCP *Hazard Analysis Critical Control Point* [Analyse des dangers et points critiques pour leur maîtrise]

HDJ Hôpital de Jour

HDT Hospitalisation à la demande d'un tiers

HPST Hôpital Patients Santé Territoires

IMPro Institut Médico-Professionnel

IDE Infirmier en soins généraux

ILS Infraction à la Loi sur les Stupéfiants

IP Intervention Précoce

ISRS Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine [gamme particulière d'antidépresseurs]

ITEP Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

JAP Juge d'Application des Peines

MAS Maison d'Accueil Spécialisée

MASP Mesures d'Accompagnement Social Personnalisées

MDPH Maison Départementales des Personnes Handicapées

MECS Maison d'enfants à caractère social

MILDECA Mission Interministérielle de lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives

MSO Médicament de Substitution aux Opiacés (habituellement TSO)

MOOC Massive Online Open Course

OD Overdose

OFDT Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

ONDAM Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PE Placement Extérieur

PJJ Protection Judiciaire de la Jeunesse

POSS Permanence d'OrientatIon Sanitaire et sociale

PU-PH Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

RdR Réduction des Risques [aussi appelée]

RdRD Réduction des Risques et des Dommages

SAMSAH Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SMPR Service Médico-Psychologique Régional

SPIP Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SSR-A Service de Soins de Suite et de Réadaptation

TSO Traitement de Substitution aux Opiacés

Préambule

Approfondir la sociogenèse de l'addictologie en France

Entrer dans l'univers de l'addictologie, c'est s'engager dans un monde social où une notion inexistante en France il y cinquante ans, et peu évidente il y a encore vingt ans, est désormais naturalisée et banalisée : l'« addiction ». Partant d'une perspective pluridisciplinaire ancrée dans les sciences sociales, c'est cette évidence fondamentale que nous chercherons tout d'abord à déconstruire pour aborder, en ethnographe, notre terrain d'enquête, qui fait partie de ce paysage contemporain de l'addictologie française.

Pour ce faire, nous engageons dans ce préambule un travail de sociogenèse d'une discipline institutionnalisée au cours des vingt dernières années – sociogenèse dont les développements récents pourraient à eux seuls faire l'objet d'une thèse, et fournir un complément aux travaux de Nicolas Fortané sur ce même sujet (Fortané, 2010, 2011, 2014 a et b). Notre abord de l'addictologie, fort des apports antérieurs sur l'institutionnalisation plus ou moins aboutie des disciplines qui l'encadrent historiquement (Bergeron, 1999 ; Henckes, 2007), s'est construit concomitamment par la relecture historique de son édification (Dugarin, 2008, 2019a et b) et par la découverte des pratiques contemporaines d'un des premiers services d'intervention en toxicomanie des années 1970, l'hôpital Marmottan¹. C'est donc cette histoire récente qu'il nous faudra tout d'abord résumer, avant d'évoquer le terrain sur lequel nous avons ensuite focalisé notre enquête, le dispositif des Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR) français.

Si la sociogenèse de la discipline nous parut pendant longtemps un des apports incontournables que cette thèse devait parvenir à articuler, nous justifierons via la méthode ethnographique employée que le cœur de notre investigation s'est déporté sur les enjeux sociaux qui se dégagent de la prise en charge des personnes qui se voient désignées comme dépendantes, au sein des dispositifs de subjectivation que produit l'actuelle addictologie. L'intuition de cette perspective de recherche consiste à affirmer que – de la même manière qu'en étudiant la psychiatrie – c'est en allant observer les dispositifs-limites de fabrication ou de réforme des subjectivités contemporaines « anormales », ou décrites comme pathologiques, que l'on peut comprendre les attentes et les processus de fabrication des subjectivités individuelles considérées comme « ordinaires ».

¹ Un premier stage, préparatoire à la thèse, a ainsi été conduit durant l'année de rédaction du projet, entre octobre 2019 et février 2020, dans cette institution historique.

L'addictologie, définie étymologiquement comme la science des addictions, caractérise en réalité, comme du reste les disciplines qui la précédaient, *trois objets* (Fortané, 2007 : 73) : les théories et définitions existantes de l'addiction envisagée comme une pathologie (étiologie, classification, thérapies préconisées) ; le dispositif institutionnel qui se trouve configuré pour le traitement (soins et prévention) des addictions reconnues ; une certaine culture professionnelle et un positionnement dans le champ social correspondant à celle-ci, constitutif ou divergent sur les manières de faire de l'addictologie. Cette discipline délimite ainsi le champ des lieux dédiés, des recherches scientifiques et médicales, mais aussi de l'apport clinique et donc des pratiques qui se voient déclinées de nos jours par rapport *aux* « addictions » – un vocable pluriel qui mérite d'être un tant soit peu éclairci, comme la discipline qui porte son nom.

L'ambiguïté de la clinique des addictions se relève tout d'abord par le fait que c'est l'une des seules disciplines médicales qui utilise « deux stratégies antinomiques » en ce qui concerne les thérapies médicamenteuses : la stratégie de sevrage puis de post-sevrage, et la stratégie substitutive (Laqueille, Lucet, 2017 : 38). D'une part, il existe une stratégie d'arrêt de la consommation avec traitement médicamenteux adapté aux symptômes du sevrage (souvent par l'association d'anxiolytiques et d'antalgiques), traitement qui peut lui-même occasionner des symptômes de dépendance (notamment en ce qui concerne le cas des benzodiazépines) (Bourin, 2014). De l'autre, les services en addictologie mettent en place ce qu'on appelle des traitements de substitution, dans le cas plus fréquent notamment des dépendances aux opiacées (Traitement de substitution aux opiacés – TSO²), qui cherche à proposer un traitement à durée d'action prolongée d'antagonistes purs (comme la méthadone) ou partiels (comme la buprénorphine, dont on connaît davantage le nom commercial de Subutex) pouvant se substituer à la prise de substances psychoactives.

Par ailleurs, au-delà des théories actuelles de l'addiction, le dispositif de traitement des addictions s'est construit historiquement à partir d'une ambivalence fondamentale entre ce qui constituait les soins *de la toxicomanie* et les soins *des toxicomanes* – ou plus généralement entre la priorisation donnée au traitement de la maladie et celle qui est apportée aux soins des personnes concernées (Bergeron, 1999 : 3-8). D'un côté, ce qu'on nommait jusqu'à récemment l'intervention en toxicomanie (ou l'I.T.) était apparue après 1968, dans un contexte de contestation et d'effervescence culturelle et sociale, en proposant des espaces libres de répression et de drogue ; elle offrait, via une approche psychanalytique et systémique majoritaire en France, des formes de psychothérapies portant sur *le sens* accordé à l'usage de drogues, et l'interprétait prioritairement comme le symptôme d'une souffrance psychique. Mais ces soins se sont développés dans un contexte général où la dépendance se voyait encore considérée comme la conséquence d'un comportement fautif et anti-social ; et où l'*horizon* thérapeutique ne pouvait conséquemment s'établir que dans la perspective de l'abstinence. De même, le traitement de « la maladie alcoolique » s'est limité pendant des décennies à la « désintoxication » par le sevrage et au traitement des pathologies induites par l'alcool, qui constituaient une part importante de la clientèle des hôpitaux (Paille, Reynaud, 2015). L'accompagnement et le suivi de la personne alcoolodépendante et de son entourage n'étaient guère pris en compte, si ce n'est par certaines associations d'entraide, comme les Alcooliques Anonymes

² Le glossaire de tous les sigles et abréviations est consultable à la fin de l'introduction, avant le premier chapitre.

ou encore l'association française *Vie Libre* (Fainzang, 1994, 1996), et les professionnels de l'alcoologie ne pouvaient souvent proposer d'autre voie de sortie que la préparation au sevrage, perspective inatteignable pour nombre d'utilisateurs.

De l'autre côté, certains professionnels ont commencé dès les années 1980 à « *prendre soin* des conséquences sanitaires et sociales » de certaines pratiques de consommation abusive. Via ces techniques, il s'agissait en effet « de réduire l'ampleur et la gravité des problèmes liés à l'usage à des fins non médicales de drogues entraînant la pharmacodépendance ; de réduire l'incidence et la typologie de la pharmacodépendance ; d'améliorer le comportement individuel et social du toxicomane » (Tongue, Turner, 1988 : 18 – cité par Bergeron, 1999 : 6). La prévention et les soins apportés aux abcès, septicémie, hygiène bucco-dentaire des utilisateurs, la réduction du risque d'overdose, et surtout, à partir de la moitié des années 1980, la prévention et la limitation des contaminations d'hépatite C et du virus du sida, font toutes parties de ces pratiques de soins apportées aux toxicomanes qui constituent un pan de la discipline que nous cherchons à identifier. Dans cette optique, la prescription et l'administration des TSO constitue une des facettes incontournables d'une clinique des addictions qui ne se limite pas à promouvoir l'abstinence, mais cherche à faciliter la stabilisation des utilisateurs d'opiacés et à envisager une amorce de réinsertion sociale et sanitaire autrement inaccessible à certains ou certaines. Ce volet comporte donc également toutes les techniques et les interventions qui se sont développées depuis en réduction des risques et des dommages (aussi appelée RdR(D) dans le jargon professionnel), qui consiste à mettre à disposition du matériel d'injection ou d'inhalation stérile, et à multiplier les lieux d'accueil et de soins de premier recours, pour des utilisateurs qui ne sont pas en mesure ou qui ne souhaitent pas cesser leurs pratiques de consommation.

Ces deux versants témoignent de pratiques et d'un rapport aux addictions pluriel, de la même manière que ces addictions sont recensées aujourd'hui comme étant de plus en plus diverses (voir encadrés 0.1 et 0.2 ci-dessous) et traduisent une certaine situation de la place de l'individu dans le monde contemporain :

L'addictologie traduit une représentation que l'homme « post-moderne » se fait de lui-même et de son monde. Ce n'est donc pas une vérité universelle définitive. Elle est une construction et un produit de la pression sociale (ou plutôt socio-anthropologique) qui s'exerce sur le sujet moderne. Parmi ces pressions du social, celle qui concerne l'idéal d'indépendance individuelle joue probablement un rôle puissant dans l'avènement de la notion d'addiction : plus il y a une valorisation du sujet autonome et sans dépendance, plus celui-ci recherche des substituts de liens sociaux et plus on « pathologise » toutes les formes de dépendance. Cela ne retire rien à la réalité de ses souffrances. Mais cela démonte à l'avance toute vision réductrice, en particulier biomédicale, de cette réalité. (Morel, 2006 : 29)

Nous reviendrons plus loin sur la façon dont « l'idéal d'indépendance individuelle » a sans doute joué un rôle fondamental « dans l'avènement de la notion d'addiction ». Il nous faut à présent revenir sur les conditions d'émergence de ce syntagme, et de ce qu'il a bouleversé des représentations antérieures en termes d'usages de substances et de maîtrise de son rapport à la consommation.

*Encadré 0.1_*
Chiffres et usages de drogues en 2024

Selon les chiffres les plus récents publiés par l'OFDT (Office Français des Drogues et Toxicomanies), **l'alcool** et **le tabac** sont de loin les produits psychoactifs les plus consommés en France. En 2020, le nombre d'expérimentateurs (au moins un usage au cours de la vie) d'alcool était de 47 millions, dont 43 millions d'utilisateurs dans l'année, 9 millions d'utilisateurs réguliers, et 5 millions d'utilisateurs quotidiens (10% des 18-75 ans – 15,2% d'hommes, et 5,1% de femmes). 25,5% des adultes français (18-75ans) fument *quotidiennement* (12 millions d'individus) et la France se situe au 5^{ème} rang européen concernant ces données sur le tabagisme – malgré la diminution dans les dernières années de l'expérimentation du tabac chez les jeunes. (enquête EnCLASS, 2021, OFDT) Comparativement, le nombre d'expérimentateurs d'héroïne au cours de leur vie est seulement de 500 000 personnes – alors même que les perceptions globales des Français continuent de le classer comme le produit de consommation le plus dangereux, loin devant l'alcool. Par ailleurs, Concernant les médicaments psychotropes, 21% de la population de 15 ans et plus a bénéficié d'un remboursement de psychotrope au moins une fois dans l'année en 2017 : 15% pour un anxiolytique, 9% pour un antidépresseur, 6% pour un hypnotique (OFDT, *Tendances* 2022).

Selon l'étude EROPP portant sur les niveaux d'usage des substances illicites, **le cannabis** reste de loin la drogue illicite la plus consommée (expérimentation par 50,4% d'adultes ; usage – au cours de l'année – chez 10,8% ; usage régulier chez 3,4%). L'usage et usage régulier concerne de manière privilégiée la population masculine (3,2% d'utilisateurs quotidiens contre 1,4% d'utilisatrices) et les jeunes (6,6% d'utilisateurs réguliers de 18 à 24 ans, contre 1,2% d'utilisateurs réguliers de 55 à 64 ans) (OFDT, 2023 – chiffres publiés le 26/06/2024).

L'usage de substances illicites autres que le cannabis est en augmentation constante depuis 2010, notamment en ce qui concerne l'usage de produits psychostimulants. **La cocaïne** a vu son usage multiplié par 10 entre 1992 et 2023 (2,7% d'utilisateurs en 2023 – mais près d'un adulte sur dix (9,4%) en a consommé au moins une fois durant sa vie), de même que **la MDMA** (passage de 0,2% d'utilisateurs à 1,8% entre 1992 et 2023). En revanche l'usage actuel d'**héroïne** est resté approximativement le même depuis trente ans (entre 0,2 et 0,3% d'utilisateurs dans le cours de l'année – 2% d'expérimentateurs).

L'expérimentation d'**hallucinogènes** concerne environ entre un adulte sur vingt et un adulte sur dix (4,6% expérimentateurs de LSD ; 8% pour les champignons hallucinogènes – et usage au cours de la dernière année : 0,9%), avec, comme dans le cas des stimulants, une prévalence de l'usage entre 25 et 44 ans. (OFDT, 2023 – chiffres publiés le 26/06/2024).

L'expérimentation de **protoxyde d'azote** (phénomène de jeunesse qui inquiète presque autant que le crack l'opinion publique) est pour la première fois mentionnée dans une étude et concerne 6,7% d'adultes – majoritairement d'âge inférieur à 35 ans (11,7% chez les 18-24 ans). L'utilisation des **poppers** a également fortement augmenté en contexte festif, le niveau d'expérimentation étant passé de 8,7% en 2017 à 14,9% en 2023.

Les niveaux d'expérimentation des autres substances demeurent très largement inférieurs à ces taux : 4,3% d'adultes ont expérimenté **les amphétamines**, 1,4% **le crack** (cocaïne basée et inhalée), 2,6% **la kétamine**, et moins d'1% **la 3-MMC** et **le GHB**.

En effet, l'introduction du concept d'addiction a vraisemblablement été vécu comme une révolution sémantique dans un univers sanitaire et médico-social qui segmentait encore jusqu'à il y a peu la prise en charge des abus ou excès en matière de produits licites (alcool et tabac principalement) et l'usage considéré déviant de drogues illicites. Historiquement, les dénominations et les théorisations produites de l'usage problématique de psychotropes ont d'abord pris en France la forme d'un mécanisme systématisé, s'exprimant par la suffixation en « -isme », désignant le rapport inconditionnel à une substance (« alcoolisme », « morphinisme »). Le psychiatre Jean

Dugarin rappelle comment ce mécanisme fut par la suite désigné au XIX^e siècle selon une dénomination psychopathologique qui mettait en exergue la dimension réfléchie de cette intoxication via le suffixe « manie » (« opiomanie », « cocaïnomanie » et plus tard « toxicomanie »). Ce n'est qu'à la fin du siècle dernier que cette suffixation de type psychopathologique se verra remplacer par l'intérêt porté à la notion de « dépendance », et plus particulièrement de « pharmacodépendance », déclinée sur les plans physique et psychique – et ce aussi bien à l'échelle nationale qu'internationale, comme en témoignent la définition et la commission créées par l'OMS³. L'approche française, qui a évolué de l'évaluation de la systématique d'un comportement pathologique à une caractérisation proche de la maladie mentale, pour en venir à une considération plus fonctionnelle du comportement individuel, ne s'est donc départie que récemment des connotations morales pesant sur l'argument (Dugarin, 2019b : 11). Les définitions cliniques qui ont été données au cours du siècle dernier de cette problématique de santé se sont enchaînées successivement dans une tentative d'objectiver et de clarifier des comportements qui relevaient au siècle passé de la psychopathologie, mais se voient désormais appréhendés, dans le champ de la santé publique, à l'aune de la catégorie de « conduites à risques ».

Par ailleurs, c'est depuis la moitié du XIX^e siècle qu'une séparation insidieuse entre « drogues dures » et « drogues douces » (qui recoupe imparfaitement la barrière entre drogues illicites et licites) biaise le débat sur la consommation de produits stupéfiants. Si l'alcool est dénoncé dès les débuts de la révolution industrielle, et que l'alcoolisme (nom donné par Magnus Huss en 1851) est perçu comme un fléau sanitaire aux conséquences désastreuses sur les familles dans ces mêmes années, la lutte antialcoolique subit pendant des années les effets d'une indifférence sociale et de l'influence des groupes de pression dans les milieux politiques de la IV^e République (Nourrisson, 1988 ; Durouchoux, 2009). Si la France interdit l'absinthe en 1916, au nom de l'affaiblissement potentiel entraîné chez les combattants en contexte de guerre, il n'y aura pas de politique restrictive dans un pays où le vin dispose d'une aura de « boisson nationale » (Farges, 2002 : 38). Dans ces mêmes années, à l'inverse, la consommation de « drogues dures » est devenue une cible des politiques publiques, et s'est vue « constituée en maladie qu'il fallait soigner » (Bergeron, 1999 : 2). C'est ce modèle matriciel opposant de « bonnes » à de « mauvaises » substances qui a contribué à la diabolisation de l'héroïne et de son pouvoir addictogène (Morel, Couteron, 2019 : XV) ; mais aussi à l'idée d'une « première prise » qui conduirait irrémédiablement l'utilisateur à « sombrer » dans une consommation régulière, intensive, et problématique. Du coup, sans pour autant chercher à nous focaliser sur la destruction de ces clichés, il importe d'emblée de distinguer l'usage de drogues (qu'elles soient licites ou illicites) – et l'*usage problématique* de drogues : c'est-à-dire non seulement ce qui se voit considéré selon les standards de l'addictologie comme un « abus », mais ce qui se trouve perçu par une personne (et par son entourage, bien souvent) comme un usage qui empêche ou fait

³ L'OMS définit l'addiction comme « un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements ». Très récemment (juin 2023) un répertoire rassemblant l'ensemble des rapports et des ressources techniques sur la dépendance aux substances psychoactives a été lancé par le Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance (*WHO Expert Committee on Drug Dependence - ECDD*), entité composée d'indépendants experts dans le domaine des substances psychoactives et de la médecine, qui évalue les risques et les avantages de la consommation de substances psychoactives selon un ensemble de critères déterminés.

obstacle à certaines tâches de la vie quotidienne, ou à des projets qui deviennent concrètement irréalisables, du fait de la présence de la substance dans la vie du consommateur.

*Encadré 0.2_*

Chiffrer les usages problématiques des drogues et comportements addictogènes

Les données de l'encadré précédent chiffrant de façon entremêlée l'expérimentation, l'usage au cours de l'année, l'usage courant et l'usage quotidien, il importe de souligner que tous ces usages plus ou moins réguliers ne constituent pas à proprement parler une problématique d'addiction – pour établir ces dernières de manière chiffrée, on dispose substantiellement des données délivrées par les centres d'accompagnement en addictologie et par la médecine de ville. Au niveau des institutions en ambulatoire prenant en charge les addictions (CSAPA), et de leur file active d'environ 314 000 usagers, les problèmes dus à la consommation d'alcool constituent fréquemment la première demande (46% des usagers en CSAPA ont un problème majeur ou secondaire avec l'alcool) – d'autres demandes sont faites directement à l'hôpital ou en médecine de ville. 246 000 hospitalisations ont été réalisées en 2019, dont près de la moitié pour sevrage et syndrome de dépendance, 38% pour des intoxications aiguës et 15% à cause des effets à long terme de l'alcoolisation. Le nombre de personnes concernées par un traitement par baclofène (traitement de substitution à l'alcool) a atteint 52 000 personnes en 2014, avant de baisser à 38 000 en 2015 (OFDT, 2019).

La mortalité attribuable à l'alcool est estimée à 49 000 décès par ans en 2021 (Santé Publique France, 2021). Le nombre de décès consécutifs à un accident de la route impliquant au moins un conducteur à l'alcoolémie illégale atteint 778 en France métropolitaine en 2017, et le contentieux lié à l'alcool au volant représente 53% des condamnations pour délits routiers, selon la Contribution du ministère de la justice au Bilan annuel 2021 de la sécurité routière. 69 903 condamnations ont été prononcées en 2021 pour conduite en état alcoolique (CEA), et 57 206 pour conduite sous l'emprise de stupéfiants. Les opioïdes sont également, seuls ou en association, fortement impliqués dans les décès par surdose dont le nombre a nettement augmenté ces dernières années (données Enquête DRAMES 2021, CEIP-A Grenoble-ANSM). En 2021, 627 décès par surdose ont été documentés par le dispositif DRAMES. La méthadone est plus fortement impliquée que l'héroïne dans ces décès (37 % des décès par surdose contre 28 %). Les autres cas de surdoses concernent les médicaments antalgiques opioïdes (morphine, Tramadol®) et la buprénorphine haut dosage.

Entre 2011 et 2017, le nombre de personnes sous traitement de substitution aux opioïdes (TSO) s'est stabilisé autour de 162 500 personnes prescrites en médecine de ville et couvertes par l'Assurance-maladie. En y ajoutant les personnes ayant des délivrances en CSAPA, dans les structures hospitalières et en prison, l'estimation globale de TSO est de 180 000 personnes, réparties entre 61% sous traitement de buprénorphine haut dosage (BHD) et 38% sous méthadone. Masculine pour les trois quarts, la population de ces usagers sous substitution est en vieillissement (taux de personnes sous les 35 en régression contre augmentation des personnes de plus de 45 ans). Les traitements de substitution aux opioïdes (TSO) s'inscrivent dans la durée, six années après un premier remboursement 41 % des patients poursuivent encore leur traitement. En prison enfin, la proportion de détenus ayant bénéficié d'une prescription de TSO est en 2017 estimée à 8 % des incarcérés, pourcentage stable depuis 2013 (OFDT – Brisacier, 2019).

Enfin, il nous faut considérer l'augmentation de l'addiction aux jeux d'argent et de hasard (*gambling disorder* dans le DSM-V) et aux jeux vidéo (*gaming disorder*) qui commence à être notifiée depuis la dernière décennie. Selon l'OFDT (rapport 2022), il y a en France environ 21 millions de personnes adultes (18-75 ans) qui ont expérimenté des jeux d'argent et de hasard (JAH) durant l'année 2021 – dont 450 000 joueurs quotidiens. Si on estime à environ 200 000 le nombre de joueurs *excessifs* en France (OFDT, rapport 2021), la comparaison à champ constant des enquêtes de 2014 et 2019 sur les JAH (OFDT - Costes, 2020) indique que si les pratiques de jeu à risque modéré ont globalement diminué en France (moins de jeux de loterie), une augmentation significative du jeu excessif s'est fait observer – notamment avec l'augmentation du jeu et du pari sportif en ligne. Par ailleurs, sur le site de l'Assurance Maladie (2022), on nous informe qu'en 2017, parmi les 2,4 à 2,9 millions de personnes qui jouent en ligne, on trouve

13 % de personnes qui font partie des « **joueurs excessifs** » (selon l'indice canadien du jeu excessif – utilisé à l'échelle internationale (Ferris *et al.*, 2001)), en grande difficulté avec leur pratique de jeu. Cette part, est en constante progression depuis les précédentes (6,6 % en 2012), et montre un engouement toujours plus important chez les joueurs en ligne plutôt que ceux qui jouent dans des lieux physiques (casinos, bars-tabac). Enfin, en 2019, les **paris sportifs** constituaient la 2^{ème} forme de jeu la plus pratiquée derrière les jeux de loterie, et est également en nette augmentation au niveau de la somme investie : les montants misés par les joueurs ont été multipliés par 2,8 en 5 ans.

En ce qui concerne l'addiction aux jeux vidéo, les données sont déjà moins comptabilisables. Une étude du Centre national du cinéma et de l'image animée, ainsi qu'une étude couplée de la MILDECA /Harris Interactive de 2022 sur les usages d'écrans et les problématiques associées permet d'avancer les pourcentages suivants : sur les 70 % des Français ayant joué à un jeu vidéo sur les 6 mois précédant l'enquête (avec 46 % d'adolescents < 18 ans), une moyenne de 3 % des joueurs présente un risque d'addiction aux jeux vidéo, c'est-à-dire une perte de contrôle de cette pratique, que les jeux soient en ligne ou non. Le profil moyen des personnes à risque est défini comme « un homme de 31 ans, sans emploi » (Sécurité sociale, 2022). Sur les autres comportements définis aujourd'hui comme addictions comportementales (cyberdépendance, achats compulsifs, addiction sexuelle, addiction au sport, addiction au travail...), les données sont très difficiles à chiffrer, mais la fréquentation des CSAPA pour ce type de problématiques peut minimalement nous renseigner sur l'évolution de ces phénomènes sociaux.

Les concepteurs de ce virage sémantique qui fonde l'usage *problématique* de drogues dans la catégorie globale de l'*addiction* considèrent généralement que c'est l'introduction et l'acceptation politique, médiatique et sociale de ce concept au tournant des années 1990-2000 qui a déterminé « un changement de paradigme » dans l'approche française des substances psychoactives (Morel, Couteron, 2019 : XVI). La notion de « paradigme », et de son renversement possible ou actuel, est même devenue proliférante dans les publications scientifiques (Fernandez, 2012 : 357 ; Fortané, 2010, 2014b ; Langlois, 2022), cliniques (Couteron, 2006 : 15 ; Houriez, 2022 ; Menecier, 2022 : 155) ou éducatives (Dutilleul, 2023) portant sur la discipline. Elle renvoie – au moins en ce qui concerne les publications en sciences sociales – à l'emploi qui a été fait par Henri Bergeron, dans son ouvrage *L'État et la toxicomanie* (1999), de l'idée d'un « paradigme français du soin » qui aurait configuré le champ de l'intervention en toxicomanie jusqu'aux années 1990, et qui a participé à accroître son retard par rapport à d'autres pays européens, en ce qui concerne les apports de la réduction des risques (Bergeron, 1999 : 18). Ce paradigme, psychanalytique dans ses soubassements conceptuels, peut être entendu comme l'écho de la fétichisation de l'orientation psychanalytique de nombreux professionnels du psychisme dans la France des années 1970-1980 – et qui avait déjà été critiquée par Robert Castel dans *Le psychanalysme* (1976). Mais il renvoie aussi à la définition que l'épistémologue Thomas S. Kuhn donne en 1962 des paradigmes scientifiques – qui ne désignent pas un quelconque modèle, mais bien les représentations, les principes et les méthodes partagés par une communauté scientifique à une époque donnée⁴.

⁴ Un paradigme épistémique naît généralement « d'une découverte scientifique universellement reconnue qui, pour un temps, fournit à la communauté de chercheurs des problèmes type et des solutions » (Kuhn, [1962] 1970 : 11). Ce modèle faisant autorité ne peut être remplacé par un autre qu'à la suite de ce que Kuhn désigne comme une *révolution scientifique*, modifiant profondément les perceptions du monde et les représentations que les acteurs donnaient à ce ou ces problèmes, de sorte que : « bien que le monde ne change pas après un changement de paradigme, l'homme de science travaille désormais dans un monde différent » (*ibid* : 170).

Dans le champ spécifique de l'intervention médicale et sociale en matière de substances psychotropes (alcoologie et intervention en toxicomanie), il semble ainsi que l'émergence de l'addictologie ait constitué un *paradigme unificateur*, tant en termes de méthodes que de représentations communes forgées dans l'une et l'autre des disciplines antérieures. Mais, à la suite de Nicolas Fortané, nous pourrions considérer qu'une version antérieure (et avortée) de l'addictologie paraît en réalité se constituer dès la fin des années 1970 – dans le sillon de ces deux disciplines émancipées de la psychiatrie grâce à la sectorisation mise en place à cette époque, et qui développaient leurs intuitions psychopathologiques et leurs pratiques cliniques en lien avec une pensée psychanalytique alors hégémonique en France (2010 : 6-7). Néanmoins, il faudra attendre le tournant opéré par la dopamine et par la conceptualisation neurobiologique des addictions pour que s'instaure une discipline qui fasse converger certaines des théories et des vues des concepteurs actifs dans ce débat (Fortané, 2014a). Il nous paraît alors plus pertinent de parler d'un *renversement de paradigme*, pour désigner l'émergence de l'addictologie en France, tant au niveau du changement d'orientation qu'a dû vivre alors ce secteur – changement du modèle psychanalytique au modèle cognitivo-comportemental que nous développerons –, que de la culture et de l'éthique professionnelles qui structuraient ce champ spécifique de la médecine sociale des addictions. C'est cette histoire que nous allons retracer dans les grandes lignes ici, grâce au support de notre bibliographie historique et des entretiens que nous avons effectués durant la première année de thèse. Pendant une première phase, où nous nous interrogeons sur les divers terrains envisageables, nous avons en effet pu mener une série d'une dizaine d'entretiens avec des acteurs-clefs de l'émergence et de la diffusion de cette néo-discipline (psychiatres-addictologues, médecins de santé publique aux charges administrativo-politiques, chefs de service). Via ces entretiens, nous avons pu faire le constat que l'unification du champ des addictions est souvent interprétée de manière divergente par les différents acteurs et professionnels impliqués. Certains, dans une perspective qu'ils décrivent comme humaniste, disent que le concept d'addiction a permis une sorte de révolution au sens kuhnien du terme :

Sa perspective trans-produit a permis de dépasser ces cloisonnements et de s'écarter de cette idéologie stigmatisante de la faute. [Le concept] a légitimé les politiques s'intéressant aux risques liés aux usages et aux moyens de les réduire. Il a encouragé la diversité des interventions pour tenir compte de celle des situations. Enfin, il a déplacé le focus sur le comportement d'usage : l'addiction n'est pas une pathologie virale, elle ne « s'attrape » pas au contact d'un produit, elle résulte de conduites de consommation, motivées par la recherche universelle d'adaptation au monde, de bien-être et de plaisir. Des conduites en pleine expansion dont la prévention est un enjeu à la fois éducatif et sanitaire, et dont la régulation est un enjeu politique. (Morel, Couteron, 2019 : XVI)

L'addiction – ou mieux, les addictions au pluriel – paraît ici un concept fécond apparu comme au terme des progrès théoriques et cliniques établis au cours d'une cinquantaine d'années d'expérimentations médico-sociales. La notion témoignerait d'une réalité « en pleine expansion » dont le monde social aurait à saisir l'importance et dont les enjeux seraient à confier aux experts désignés de ce champ. Une autre interprétation de ce transfert, qui a émergé à la fin de la première décennie du XXI^e siècle, fait valoir que l'apparition des addictions dans le champ de l'action publique résulterait en vérité d'un habile processus de « traduction » et de diffusion d'un concept médical sur

d'autres scènes sociales⁵. Certains médecins, « entrepreneurs de morale » (Becker, [1963] 2020) ou plutôt « entrepreneurs-frontière » (Bergeron *et al.*, 2013), auraient fait de la notion d'addiction le levier de l'institutionnalisation et de la médicalisation d'une discipline qui était encore transfrontalière et qui n'avait jusqu'alors pas connu d'« individualisation » propre, « seule garante de la visibilité des structures de soins et de leur pérennité » (Reynaud, 2016 : 392). Certains chercheurs comme Nicolas Fortané s'étant particulièrement penchés sur les personnages-clefs de ce changement de paradigme – au premier rang desquels le « tandem » Philippe-Jean Parquet et Michel Reynaud – nous n'insisterons pas outre mesure ici sur cette importance des acteurs ayant permis et travaillé à cette refonte disciplinaire (Fortané, 2014b). Mais à la suite du travail de ce dernier, il est désormais incontournable d'appréhender les « addictions » comme « une construction sociohistorique dont le succès politique à la fin des années 1990 s'explique par une configuration spécifique des enjeux dans lesquels elle est insérée » (Fortané, 2010 : 5). La réunion de certaines conditions historiques a permis l'émergence d'une discipline réunissant « des acteurs aux vues et aux fins (c'est-à-dire aux idées et aux intérêts) très différentes, parfois concurrentes » (*ibid.* : 6) et dont l'homogénéité de façade dissimule en réalité des conceptions encore parfois situées aux antipodes les unes des autres (Dugarin, 2019a).

D'où la nécessité d'enquêter sur les pratiques concrètes de l'addictologie, au-delà des discours dont ses acteurs se font porteurs aujourd'hui, que ce soit dans le champ de la diffusion des savoirs médicaux ou dans le registre de la prévention des « conduites à risques » chez certaines franges de la population, réputées plus vulnérables. La prise de parole de certains médecins spécialistes affirmant que la néo-discipline qu'ils représentent peut être porteuse de « *nouvelles régulations* pour vivre avec ces substances [psychotropes] et en tirer le meilleur parti » (Morel, 2006 : 28) a certes remplacé la morale manichéenne qui réduisait la capacité d'action des intervenants en toxicomanie à devoir répéter la rengaine de la « guerre à la drogue » des années 1980, ou bien à devoir agir dans l'ombre (contre les familles *et* la morale d'État). Il n'empêche que l'individualisation de cette discipline engage la délimitation d'un certain « monde social » qui ne se réduit pas à la clinique des addictions ou aux recherches sur leurs étiologies possibles, mais engage des luttes internes pour la légitimité et l'authentification des acteurs qui le représentent et qui détiennent du pouvoir en son sein (Strauss, [1978] 1992).

Nous entrons ainsi dans un micro-monde qui a pour particularité de s'édifier sur les reliquats de deux disciplines de la médecine sociale, l'intervention en toxicomanie et l'alcoolologie, et qui se nourrit désormais des apports et de l'influence tant du champ administrativo-politique de la santé publique que de la psychiatrie hospitalo-universitaire – dans l'objectif de s'y implanter comme référence incontournable en matière de santé mentale. Un des interviewés de mon échantillon racontait ainsi clairement comment selon Michel Reynaud, sans doute le psychiatre le plus actif de cette génération dans la promotion de l'addictologie universitaire, on avait créé « une discipline qui marche »⁶ à partir d'une discipline qui était « en crise », à savoir la psychiatrie générale. Un autre

⁵ Se référant à la sociologie de l'action publique, Fortané cite les travaux de Pierre Lascoumes au sujet du travail de « traduction » (1996), mais la notion est clairement reprise à la théorie de l'acteur-réseau, développée notamment par Michel Callon et Bruno Latour, qui explicitent ces effets de traduction d'un champ à l'autre de l'espace social (Callon, 1986 ; Latour, 1991 ; Akrich *et al.* 2006)

⁶ Entretien avec B. S., psychiatre alcoolologue, ancien président de l'une des majeures associations d'addictologie en France – 27/01/21.

valorisera la part que lui et les collègues de sa fédération ont eu dans la promotion du syntagme « addictions » au pluriel, mettant en lumière la diversité des profils sociaux qui commencèrent à arriver dans les services à la fin des années 1980. Cet autre entretien témoigne du fait qu'il est sans doute nécessaire, pour ces chefs de services et/ou psychiatres de la génération ayant connu cette révolution sémantique et clinique, de se positionner aujourd'hui comme ayant rétrospectivement soutenu ce *tournant* de l'addictologie – ou du moins sa pertinence théorique, tout en se gardant des risques ou d'une ambition de totalisation scientifique :

En tout cas, nous on n'était pas contre le fait de parler « addictions », on ne s'accrochait pas à notre carré – du type « faut rester « toxicomanie », on ne veut pas s'approcher des alcoologues par exemple, ou des tabacologues [...] Donc *nous on disait oui* ; même la dimension neuro-physio qui à l'époque... euh... n'était pas bien vue de tout le monde. Je vous parle d'une époque, comme le dit la chanson, où la psychanalyse était encore toute-puissante chez certains.

Donc voilà ; y compris chez des collègues qui n'étaient pas dans cette résistance psychanalytique *il y a eu une vraie résistance à l'apparition de ce qui se voulait une science, qui était l'addictologie*. Avec ce qu'il y a derrière, là-dessous. Donc on était quelques-uns, à dire *l'addiction : oui* [...] on était quelques-uns toujours dépités à entendre dire « l'addiction c'est des conneries », et y en avait quelques-autres qui eux disaient « ah oui l'addictologie c'est génial », voilà. Mais, au niveau de l'ANIT [Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie], *il y a eu plutôt un certain nombre de personnes qui ont dit : « Addictions, oui ; addictologie, non. »* Voilà. *Après, c'est pas ce courant-là qui a gagné...* enfin, au niveau de... nous on en reste convaincus, mais faut prendre acte que maintenant il y a des professeurs d'addictologie, qu'il y a un collège d'addictologues, et que... voilà. C'est, c'est... je suis un peu perdu quoi.

Entretien avec P.-Y J.,
psychologue clinicien, ancien président de la Fédération Addictions (20/01/21)

L'histoire narrée par les figures-clefs de l'addictologie que j'ai rencontrées mettait souvent en scène deux camps. L'un extrêmement réticent au tournant addictologique, et représenté en écrasante majorité par des cliniciens psychanalystes, butés sur leurs positions et la séparation radicale effectuée entre la toxicomanie et les autres dépendances. L'autre d'orientation plus neurobiologique et comportementaliste, animé par l'ambition et arguant en faveur d'une discipline plus scientifique et installée. (Mes interlocuteurs, curieusement, affirmaient n'appartenir ni à un camp ni à l'autre). Dans cette guerre entre courants, où certains ont apparemment été déclarés vainqueurs, que s'est-il réellement produit en termes de changement de pratiques, et de leur orientation vers une prise en charge plus transversale des pathologies de la dépendance ? La préoccupation majeure, dans les débats qui ont eu lieu alors entre les différents intervenants et leurs écoles de pensée respectives, était moins de décréter la pertinence du concept d'addiction(s) que d'unifier une discipline naissante en tant que science, et de décider des théories ou des orientations sur lesquelles elle pourrait dès lors s'appuyer. Car celle-ci s'est tout autant établie sur les valeurs d'un champ d'intervention multidisciplinaire qui a tenté de distinguer la problématique de l'usage de drogues d'une interprétation psychiatrique des troubles occasionnés, que sur la légitimation neurobiologique des thèses des représentants éminents de ce champ, désireux de revaloriser le savoir théorique et clinique accumulé au cours de décennies d'expérimentation thérapeutique et psychoéducative.

Deux ensembles de questions nous apparaissent fondamentales à résoudre, avant d'inaugurer le travail spécifique de cette thèse : quand et comment émerge l'addictologie en France ? De quoi témoigne ce changement de paradigme disciplinaire ? Mais également : quelle est la situation des usagers problématiques en France en 2021-2022 ? Quels services de soin existent de nos jours, pour prendre en charge quel type de population ? Comment fonctionnent-ils ; quels sont leurs financements ?

- ***Prendre en charge la « jeunesse ». Création de l'intervention en toxicomanie (I.T.) et premières considérations de santé publique sur la question de l'alcoolisme et des toxicomanies » – années 1970-1980.***

Ce n'est qu'à la toute-fin des années 60-début des années 70 qu'on a commencé à se préoccuper d'un phénomène, *qui était jusque-là complètement enterré...* celui qu'on appelait l'alcoolisme et les toxicomanies, puisque c'était comme ça que c'était identifié à l'époque [...] Tout le monde vivait avec de vagues représentations très fortement influencées par la vision américaine de l'entre-deux-guerres sur les drogues, sur la Drogue, le haschich « assassin de la jeunesse », l'héroïne.. [...] Et puis s'est produit tout le mouvement hippie qui a commencé à avoir une utilisation.. Puis des psychologues, des universitaires américains, des gens aux États-Unis qui ont commencé à utiliser des drogues, LSD et autres, pour faire des voyages psychédéliques – *ce qui a été tardivement condamné, parce qu'il y a toute une période où ça l'était pas*. Et aux États-Unis, cette condamnation elle date du début des années 70 – même le discours de Nixon, disant « l'ennemi numéro 1 c'est la drogue » [...] C'est-à-dire que c'est arrivé en même temps ici que toute une vague de répression contre les mouvements jeunes, et *il y a eu un lien très fort qui s'est tissé* – dans l'esprit de tout le monde d'ailleurs, dans les pratiques de consommation comme dans la vision sociale et même politique de la question – *entre jeunes en révolte, jeunes rebelles, et consommation de drogues*.

Entretien avec A. M.,
psychiatre, ancien intervenant en toxicomanie, directeur d'association (12/03/21)

Malgré le relatif retard de la France à l'égard de la prise en charge du phénomène de la toxicomanie – ce dont témoignait aussi Claude Olievenstein, qui crée en 1970 le premier service français d'hospitalisation pour les jeunes toxicomanes (Olievenstein, 1977), les années 1960-1970 se caractérisent par une montée croissante de la préoccupation pour le phénomène et son influence sur la jeunesse. Si certains mouvements et associations s'interrogent et condamnent l'influence néfaste de certaines drogues – entendues comme tout produit modifiant les comportements individuels – depuis déjà un siècle, les drogues illicites se constituent véritablement comme problème *politique* durant les années qui suivent mai 68. L'augmentation des infractions liées à la législation sur les stupéfiants, les nouvelles qui arrivent d'Amérique sur l'« épidémie » touchant la jeunesse, et enfin la consternation provoquée par le scandale médiatique opéré autour du « drame de Bandol » (première fois sur le territoire que se trouve relayée médiatiquement la mort par overdose d'une jeune fille de bonne famille, dans une station balnéaire) constituent les éléments déclencheurs d'une « vaste opération de remoralisation » qui, comme le souligne Henri Bergeron, ne se limite pas dans

ces années aux seuls toxicomanes (Bergeron, 1999 : 25)⁷. Néanmoins, une loi répressive en particulier vient s'appliquer aux usagers de drogue, et accroître les peines correctionnelles encourues : la loi n°70. 1320 du 31 décembre 1970. Elle étend l'interdiction de l'usage au domaine privé (article L-628) (la précédente législation de 1916 ne concernait que l'usage en société et la mise à disposition de drogues pour d'autres consommateurs), et fait de tout usager de substances psychotropes un délinquant potentiel condamné à renoncer à l'usager ou à choisir la clandestinité. Mais surtout, la loi opère un compromis entre dispositions répressives et alternative sanitaire, en laissant une seule possibilité au toxicomane : *celle de se rendre dans un centre de cure et de se soigner*. L'anonymat, la gratuité des soins et l'absence de poursuites sont donc garantis par cette loi, pour tout usager de drogues qui se présente spontanément dans une institution de soins. La procédure de l'injonction thérapeutique est également mise en place, et concerne les usagers non-trafiquants arrêtés pour la première fois, qui sont placés « sous la surveillance de l'autorité sanitaire ». Mais les premiers décrets qui suivent cette loi⁸ et l'amalgame produit entre maladie et délinquance confirment le cadre prohibitionniste de ces nouvelles mesures où « la voie judiciaire reste la plus empruntée », comme le regrette le rapport d'évaluation de la commission Pelletier en 1978 (Chappard *et al.*, 2019 : 27). La sociologue des drogues Anne Coppel met en lumière que ce rapport insistait déjà sur le fait que le traitement médical semblait voué à l'échec en insistant sur la « volonté du toxicomane »⁹ à s'y soumettre, alors qu'il y avait encore une criante absence de structures de soins adaptées. Elle souligne le paradoxe du dispositif français où une analyse en termes de symptômes ajoutée à la rareté des institutions d'accueil a pendant des décennies favorisé le traitement pénal de la toxicomanie : « Alternative à la sanction pénale, le traitement renvoie plus à une préoccupation humanitaire d'adoucissement des peines qu'à une définition proprement médicale de la toxicomanie. Le traitement est une des modalités de l'application de la loi et le médecin est ainsi transformé en auxiliaire de justice. Les médecins refuseront la fonction, mais non la définition du problème » (Coppel, 1996 : 83).

Néanmoins, ces premières années permettent à de nombreux médecins de l'époque de mettre en place diverses expérimentations en matière de prise en charge – pour une population d'usagers de drogues alors relativement jeune, d'origine bourgeoise et politiquement révoltée. Les expérimentations sont à l'époque facilitées par un État qui donne carte blanche pour résoudre ce « fléau » qui s'est constitué durant ces années en « question d'État »¹⁰ (Ollion 2017). Pour les

⁷ Les années post-1968 marquent ainsi l'instauration d'une série de lois répressives destinées à réduire et cadrer ce qui est perçu comme la « dépravation » d'une certaine jeunesse. Bergeron cite également Ehrenberg dans *L'individu incertain* pour signifier que dans ces années : « Un consensus s'établit entre le "relâchement des mœurs" et le "malaise de la jeunesse" que la drogue symbolise. » (Ehrenberg, 1995 : 73)

⁸ Notamment le décret du 13 mars 1972, qui interdit de se procurer anonymement des seringues en pharmacie. La distinction entre trafic et usage, située au cœur de la loi de 1970, continuera régulièrement à se poser et à fausser débats et mesures prises au cours des années successives : la circulaire de 1984 voudrait déterminer si la qualité de trafiquant ne prime pas sur celle d'usager ; en 1986, le président de la MILDT récemment créée propose l'incrimination spéciale de cession de stupéfiants pour usage...

⁹ L'expression apparaît page 111 du rapport de la commission Pelletier (1978).

¹⁰ Nous parlons de « question d'État » entre guillemets en référence à l'ouvrage d'Etienne Ollion, *Raison d'État. Histoire de la lutte contre les sectes en France* (2017). Ses analyses touchant le phénomène sectaire peuvent en effet être tout à fait fécondes pour illustrer également la « gestion » d'un autre problème de la jeunesse de ces années-là, « la crise » de la jeunesse que constitue l'héroïnomanie – mais qui, comme pour les sectes, mettra des années à se voir considérée et prise en charge par des institutions financées par l'État.

politiques de l'époque, il s'agit désormais de « trouver des spécialistes pour s'en occuper et « réintégrer » au plus vite ces jeunes désœuvrés qui ont quitté le droit chemin » (Bergeron, 1999 : 24). La place qu'occupe médiatiquement Claude Olievenstein s'explique à l'aune de cette constitution d'un nouveau problème public : « il fallait trouver une solution, et vite. Les autorités songèrent aussitôt à faire appel à un "Monsieur Drogue". Pour le moins, on aurait quelqu'un à montrer aux médias et il incarnerait le problème du moment. » (Olievenstein, 2000 – cité par Blaise, Rossé, 2011 : 57). La facilité avec laquelle un dispositif hospitalier ou associatif pouvait se monter dans ces années-là est soulignée par plusieurs de nos interviewés :

Et donc finalement, dans les années 70-80, aussi bien dans le secteur alcool que dans le secteur drogues, les structures se sont créées, tantôt en mode hospitalier, tantôt en mode associatif, *quand il y avait quelques personnes entreprenantes qui allaient au ministère, pour dire j'ai un projet, soutenez-le – à l'époque on pouvait encore aller au ministère de la Santé et revenir avec un chèque...* Selon les opportunités administratives, c'était créer à l'hôpital ou créer sur un plan associatif, voilà.

Entretien avec B. S. (27/01/21), psychiatre alcoologue, à la retraite, président local de l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), devenue depuis le 1er janvier 2021 l'association Addictions France.

Les premiers dispositifs se mettent donc en place dans ces années-là, accompagnés d'un ensemble de classifications médicales légitimant les nouveaux acteurs intervenant dans ce champ en pleine création – pour ce qui concerne l'I.T – en parallèle de la structuration (antérieure) du champ médical de l'alcoologie. Ces nouvelles classifications médicales recouvrent de fait les classifications juridiques, et continuent à distinguer produits licites ou à usage thérapeutique des produits stupéfiants à usage considéré strictement hédoniste (Fortané, 2014b, note 27). Bien qu'Olievenstein ait promu depuis les débuts une approche transversale des toxicomanies, en les voyant comme le résultat de la rencontre d'une personnalité, d'un produit et d'un moment socio-culturel, la formalisation d'un tel dispositif a pour conséquence progressive, au tournant des années 1980, que le champ s'institutionnalise et se sédimente autour d'une approche centrée sur une théorie clinique (la psychanalyse) et sur un type de patientèle (l'héroïnomane). L'alcoologie produit à l'époque un système de représentations et d'orientations similaires (fondées sur l'irréductibilité de la pathologie alcoolique), moins extrêmes sans doute eu égard à la « singularité française » qui se déploie dans le champ de l'I.T. – pour reprendre les mots d'Henri Bergeron – selon le « paradigme français du soin » :

Ce dernier est un mélange assez cohérent de propositions d'abord principalement (années soixante-dix) antipsychiatriques, contre-culturelles et soixante-huitardes puis majoritairement (années quatre-vingt) psychanalytiques (il s'adosse lui-même au paradigme psychanalytique) Ce paradigme va ainsi largement dominer le champ et les conceptions des acteurs qui s'y investissent pendant la majeure partie de la période étudiée. [...] S'inscrivant dans une optique de traitement de la toxicomanie à proprement parler, il a contribué [...] à la constitution et à l'institutionnalisation d'un dispositif thérapeutique tendanciellement concentré sur les aspects curatifs de l'intervention, et peu enclin simultanément à favoriser une politique préventive et palliative à laquelle est liée l'introduction récente de la méthadone » (Bergeron, 1999 : 13-14)

Le paradigme psychanalytique s'instaure en effet comme une référence théorique majeure, non seulement du fait de l'importance et de l'influence qu'occupe Jacques Lacan dans ces années-là (Roudinesco, 2009), mais aussi parce qu'il permet aux jeunes intervenants en toxicomanie de développer un référentiel commun de théories, de normes, de pratiques cliniques et de positions cognitives et éthiques face aux problèmes soulevés socialement par les drogues et à la mission singulière qu'ils occupent auprès de ces jeunes. L'ANIT (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanies), association créée en 1980, reçoit de plus en plus d'adhésions de psychologues ou psychanalystes, et devient peu à peu « l'outil d'intégration éthique du dispositif spécialisé » plutôt que le contrepoids transversal et social qu'elle aurait pu constituer (Bergeron, 1999 : 123). Le poids accordé par la psychanalyse à la parole, comme instance motrice d'une possible transformation psychique – et le fait qu'elle était au départ, avant l'apparition des traitements de substitution, le seul outil thérapeutique mobilisable dans cette clinique – expliquent en grande partie les réticences des intervenants de cette époque à passer, lors de leur apparition, aux thérapies substitutives. La prise de méthadone « à vie » était envisagée par certaines et certains d'entre eux comme le retour à des formes de « contrôle social » ou de « normalisation chimique ». Elle discréditait la fonction de l'intervenant, qui serait devenu fournisseur et complice de l'octroi d'une « drogue » substitutive, plutôt que support du « transfert » analytique, symbole de ce qu'ils percevaient comme la « vraie » cure.

Cependant, on remarque dès ces années l'émergence de débats publics toujours plus nombreux sur les drogues et le droit à la disposition de soi, ainsi que sur les risques majorés que créent les interdits pénaux. Alain Ehrenberg a souligné que si ces débats se sont déroulés à la marge d'un relais médiatique ou politique, la manière dont le système de santé public a dû traiter ces questions (et continue de les traiter aujourd'hui) rend compte d'une culture républicaine où régnait alors une profonde confusion entre le respect de la norme civique (registre politique) et la caractérisation psychopathologique (registre clinique) : « Par conséquent, la loi de 1970 est une loi typiquement républicaine : le drogué est celui auquel on doit rappeler qu'il vit en société avant de l'empêcher de s'autodétruire. Le style politique français traite une question collective comme un ensemble de cas individuels, instaurant une confusion entre registre clinique et registre politique. La loi flotte entre légalité républicaine - trouble à l'ordre public - et clinique - trouble du rapport à soi. Cette conception conduit à lutter contre la drogue à partir de la justice et de la psychopathologie, comme s'il n'existait aucune autre médiation entre le sujet et la loi » (Ehrenberg, 2002 : 906). Si ce qu'il désigne comme « le triangle d'or abstinence-désintoxication-éradication » ne pouvait guère conduire les politiques françaises en matière de drogues qu'à rappeler la nécessité d'une conformation individuelle à la norme civique – ou à défaut, à le punir ou à le forcer à se soigner – les évolutions de l'intervention en toxicomanie, et la « crise » qu'elle vécut dans les décennies successives, conduisirent à faire progresser cette réalité vers la représentation d'individus libres de prendre des « risques » pour leur santé, dans le respect des normes collectives.

- *Prendre soin des conséquences sanitaires des pratiques. La « crise » de l'I.T., la naissance de la réduction des risques et les changements de représentation associés à l'épidémie du sida (années 1980-1990)*

Bien que certains intervenants en toxicomanie aient pu déjà dans ces décennies mettre en lumière les apories d'une approche juridico-répressive de l'usage des drogues, c'est l'épidémie du sida qui va véritablement faire prendre conscience à l'opinion publique de la mise en péril que constituait cette approche. La majeure partie des acteurs spécialisés de ce champ fermait les yeux en acceptant globalement à l'époque leur rôle de caution médico-sociale d'une politique utopique d'éradication, et ce n'est qu'au milieu des années 1980-1990 qu'ils se verront forcés de se préoccuper aussi avant tout des conséquences sanitaires engendrées par ce climat répressif. La prohibition des seringues en vente libre oblige en effet les usagers de drogues à des réutilisations et des partages qui les rendent extrêmement vulnérables par rapport à l'épidémie qui commence à avoir cours. Les premiers cas identifiés de sida arrivent en France en 1982, mais la prévalence de personnes touchées parmi les usagers injecteurs est impressionnante (évaluée à 40% en 1987 selon la revue *Peddro*¹¹) – c'est la deuxième population touchée après les homosexuels (en Occident), qui s'organisent dans ces années pour lutter contre la maladie (création d'Act Up-Paris en 1989). L'association Aides, née en 1984, sera l'une des premières à se mobiliser pour toutes les « personnes concernées », sans préciser les motifs de leur contamination, pour promouvoir le pouvoir d'individus reconnus comme experts de leur propre santé et de leurs pratiques (Chappard *et al.*, 2019 : 29). Au même moment, les débats mettent en jeu des oppositions idéologiques fortes dans le champ de l'I.T., entre promoteurs d'un assouplissement et de la promotion de pratiques de réduction des risques, et ceux qui considèrent que ce serait un appel à la consommation, et donc un abandon des personnes à leur « maladie » première, la toxicomanie. La politique suit tendanciellement cette seconde ligne, lorsqu'Albin Chalandon, ministre de la Justice, durcit la mesure de l'injonction thérapeutique, et annonce vouloir créer 1600 places en centres pénitentiaires centrées sur la désintoxication. L'ANIT et les associations de défense des droits de l'homme s'insurgent, soutenues par Michèle Barzach et Simone Veil, toutes deux anciennes ministres de la Santé. Mais il faudra attendre 1987 pour que les premières mesures de réduction des risques (RdR) soient acceptées, et qu'un décret temporaire libéralise l'accès aux seringues. Cette mesure convainc encore plus à la suite d'un rapport de l'Inserm (1988), qui témoigne que plus de la moitié des toxicomanes utilisent désormais des seringues achetées en pharmacie, alors que 71% devaient les partager auparavant – et le libre accès se voit pérennisé l'année suivante.

Dans ce premier moment de l'histoire française où on commence à « *prendre soin* des conséquences sanitaires et sociales consécutives à la pratique toxicomaniaque et de les prévenir » plutôt que de vouloir soigner la toxicomanie à tout prix (Bergeron, *ouv. cité* : 6), une place importante est alors accordée aux traitements de substitution. Ils permettent en effet de limiter la propagation des risques infectieux liés à l'injection et donnent un accès minimal aux services sanitaires et sociaux aux usagers, en même temps qu'ils leur évitent le recours au marché noir. Cette « recherche du

¹¹ La revue, éditée conjointement par l'UNESCO, la Commission Européenne et ONUSIDA, dédiait en 2001 un numéro spécial aux liens entre injection de drogues et sida. Voir l'article de B. Kouchner pour le chiffre cité (p. 6).

moindre mal » (Vervaele, 1998 : 53 – cité per Bergeron, *ibid.* : 7) est néanmoins fortement combattue par certains acteurs du champ de l'I.T à l'influence décisive. La France, qui servait jusqu'alors de modèle au reste de l'Europe pour la traduction et l'emploi des techniques analytiques au service de la cure toxicomaniaque, se retrouve tributaire des expérimentations en matière de réduction des risques (RdR) qui se déroule ailleurs, dans des pays de forte tradition de santé publique (Pays-Bas, Grande-Bretagne, Suisse), en même temps qu'elle accumule un retard décisif en la matière. Tout en refusant le traitement répressif, nombre des intervenants en toxicomanie de l'époque *refusaient* de voir la substitution comme une possible solution – et les stratégies des autres pays étaient ignorées ou interprétées comme un aveuglement (Bergeron, *ibid.* : 77). De ce fait, en parallèle de l'action sanitaire et médico-sociale, un nouveau terrain prend forme pour la clinique des soins de la toxicomanie : la médecine de ville. Celle-ci participe de manière décisive dans ces années, à modifier les paramètres avec lesquels se pensait la discipline : des médecins généralistes commencent à recevoir en libéral des usagers de drogues, et à leur fournir de la buprénorphine en thérapie de substitution, et ce en dépit des interdictions. Les actions de santé publique qui se développent alors sur la même thématique le font « dans la plus grande confusion » et en manifestant des « incohérences flagrantes » (Ehrenberg, 1998 : 13-14). Le collectif « Limiter la Casse », fondé en 1993 à l'initiative du Président de Aides, A. Lavauzelle, qui réunit des représentants d'associations d'usagers et des chercheurs, se bat activement pour limiter les contaminations et accélérer le déploiement de la substitution. Mais la lenteur du système français fera que les TSO ne se verront intégrés que progressivement au cours des années 1990 : Bergeron note qu'en février 1994, le dispositif de soins financé par l'État ne comptait encore aucune communauté thérapeutique et n'intégrait que 77 places de méthadone, pour une population d'héroïnomanes estimée entre 130 000 et 180 000 individus (Bergeron, 1999 : 8). C'est entre 1993, quand la DGS valide la prescription de médicaments opiacés aux fins de substitution dans les cabinets de médecine de ville, et février 1996, date de la mise sur le marché du Subutex, que la procédure s'accélère. En 1997, 6 500 usagers sont désormais sous substitution de méthadone (dont 2000 en médecine de ville), contre 32 000 à 34 000 personnes sous buprénorphine (Ehrenberg, 1998 : 14).

Ce n'est qu'à partir du tournant des années 1990 que les intervenants en toxicomanie ont été obligés d'admettre qu'il était impossible de lutter *contre* la toxicomanie tout en voulant aider les personnes qui en souffraient. Si l'on assiste aux premières prises de conscience du fait que la qualité des produits, des lieux, des contextes de consommation, a une incidence décisive sur l'usage, on commence également à s'intéresser aux usagers ne voulant ou ne pouvant s'arrêter de consommer, et à mettre à leur disposition des « lieux de contact », aussi appelés « boutiques », à partir de 1993. Ces boutiques, une quarantaine dans les années 2000, permettront la diffusion des CAARUD lors de l'organisation consécutive de l'addictologie (décret du 19 décembre 2005) ; ce sont déjà à l'époque des lieux où les usagers peuvent prendre des douches, laver leur linge ou avoir accès à des soins de première nécessité. On développe également les premiers *sleep in* – hébergements d'une nuit en urgence destinés aux usagers de drogues en situation précaire – ainsi que les premiers « bus méthadone » dans les grandes villes, qui vont au-devant des usagers et de leur demande de substitution tout en facilitant leurs accès aux circuits socio-sanitaires (Querrien, Dehée, 2011). Enfin, de nouvelles instances et porte-parole acquièrent de l'importance dans le paysage de l'intervention en toxicomanie : les associations d'usagers de drogues. Et notamment parmi elles, ASUD

(AutoSupport des Usagers de Drogues), association d'usagers actifs s'exprimant sur les politiques sanitaires et législatives qui les concernent directement, qui voit le jour en 1992 et choisit de refuser explicitement le terme stigmatisant de « toxicomanes ».

L'accès aux seringues, puis l'« aller vers » et l'acceptation de la substitution par les professionnels du champ, enfin la prise en compte des savoirs des usagers, constituent les trois temps de l'évolution et de la mise en place en France d'une « politique pragmatique de réduction des risques et des dommages » inaugurant un premier nouveau « paradigme » (Reynaud, 2016 : 183-192) :

Le paradigme jusque-là organisateur de la pensée, de la législation et de la politique de santé sur les drogues, celui de « la drogue » et des « toxicomanes », expression d'une *faute* morale, stigmatisés pour cela, commençait un déclin au profit d'un tout autre paradigme, celui du *risque* comme problème principal lié à l'usage qu'il est illusoire de chercher à éradiquer mais qui peut être largement diminué si l'on restitue à l'usager sa citoyenneté et sa capacité d'agir pour cela. (Chappard *et al.*, 2019 : 25-26)

La plupart des acteurs de cette période s'accordent ainsi pour dire que l'arrivée de la RdR en France inaugure un changement radical dans les représentations des soignants et semble-t-il, de la société dans son ensemble, sur la situation de l'usage de drogues¹². On accepterait depuis les années 1990 de « vivre avec les drogues » et de promouvoir la notion de mesure en complément de celle d'abstinence (Ehrenberg, 1996), étant donné « qu'il n'y a pas de société sans drogue et qu'il n'y a pas de solution miracle aux problèmes des drogues » (Maestracci, 1999 – citée par Chappard *et al.*, *ibid.* : 37). Il nous semble qu'on peut interroger rétrospectivement l'utilité conceptuelle de cette narration d'un « changement de paradigme », qui a certes réalisé des transformations d'autant plus marquantes qu'elles ont été retardées – et donc plus rapides, « et sans doute plus spectaculaires qu'ailleurs » (Trépos, 2003 : 97). Ceci étant, tout a-t-il véritablement changé ? Il est certain que les nomenclatures institutionnelles, la visée annoncée des soins, les catégorisations politiques ont évolué au cours des cinquante dernières années. Jean-Yves Trépos rappelle que la tutelle des financements des politiques publiques en matière de drogues a également changé, et que nous sommes passés de politiques sociales finançant durablement des institutions spécialisées à « des financements interministériels de dispositifs participatifs de courte durée » (*ibid.*). Mais le consensus se dégageant de tous ceux, praticiens et chercheurs, qui ont vécu les années sida et la crise suscitée par l'inefficacité des méthodes des institutions spécialisées pour l'enrayer, semble devoir être interrogé à l'aune des points aveugles que sont l'histoire de l'intervention en toxicomanie et la singularité de l'approche française de l'usage des drogues.

L'aveuglement dans lequel le champ de l'I.T. est resté pendant presque quinze ans, entre les années 1980 et la fin des années 1990, a en effet « provoqué des catastrophes sanitaires et sociales » considérables (Coppel, 1996 : 78). Le rapport Henrion, de 1995 – commandé par Simone Veil – pointe ainsi un « retard impardonnable » en ce qui concerne la délivrance de produits de substitution et de distribution de seringues dans les institutions spécialisées. Si la circulaire du 7 mars 1994 autorise la

¹² Bastien Quirion et Charles Bellerose montrent d'ailleurs dans leur article comment ce passage des interventions traditionnelles aux pratiques de RdRD coïncide en France avec le passage de la figure de toxicomane à l'emploi, plus neutre, d'« utilisateur » de drogue(s) – ou aujourd'hui « usager » de drogue(s) (ou encore, dans le jargon, UD) (Quirion, Bellerose, 2007 : 32).

prescription et la délivrance de méthadone dans les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST), « en France, en 1994, le dispositif sanitaire reste encore principalement orienté sur les objectifs curatifs d'abstinence » (Bergeron, 1999 : 11). Ainsi, même si un certain nombre de structures acceptent et commencent ces délivrances, celles-ci se déroulent bien souvent au départ sur un modèle dit de « haut-seuil » (délivrance quotidienne, contrôles urinaires, horaires fixes, suivi psychosocial obligatoire, etc.), qui mettra du temps à s'assouplir. La circulaire du 31 mars 1995 subordonne, elle, la stabilisation de l'usager sous substitution à son insertion dans un parcours thérapeutique. La substitution paraît de fait avoir permis de franchir un stade supplémentaire dans le statut à part de la figure du toxicomane et de sa nécessaire prise en charge médicale :

On peut dire que la notion de substitution s'est calée dans la définition psychopathologique du problème de la drogue, qui constitue le socle de la politique française depuis le début des années 1970. Alors que la démonstration de l'efficacité de la maintenance fait l'objet d'un consensus international, le produit est défini en France comme un moyen pour la prise en charge psychothérapeutique et sociale de l'usager. Le patient toxicomane est un patient d'exception ; les contraintes qui s'exercent sur lui sont beaucoup plus lourdes que pour n'importe quelle pathologie. (Ehrenberg, 1998 : 13-14)

Si Henri Bergeron montre que les intervenants en toxicomanie ont été particulièrement réticents à accepter cet « *aggiornamento* » des politiques publiques en matière de drogues, et que l'acceptation de la substitution s'est déroulé dans un cadre qui continue aujourd'hui de configurer comme un sujet *malade* et en demande de soins – *faute de se voir considéré comme déviant* –, il nous semble que la thèse du changement de paradigme demande au moins à être recontextualisée, à l'aune des institutions contemporaines et des fonctions sociales qui sont encore attribuées aujourd'hui à la discipline qui a émergé de ce renversement conceptuel : l'addictologie. D'une part, les politiques françaises en matière de drogues sont-elles résolument orientées de nos jours vers la réduction des risques ? Si la méthadone a pu être introduite en 1995-1996 en plus grande quantité dans le dispositif français, au terme d'une intense polémique qui a duré près de trois ans, tous les acteurs et les professionnels de l'addictologie ne nous paraissent pas avoir accepté ou même être entrés de leur plein gré dans cette nouvelle ère de la réduction des risques. D'autre part, il nous semble que, comme en témoigne le maintien à l'heure actuelle de la loi de 1970, le référentiel dans lequel se trouve pensé en France l'usage problématique de substances se trouve corrélé à la visée d'une éradication ou dans une moindre mesure d'une maîtrise supervisée des consommations, qui témoigne d'une société où il n'est pas encore tout à fait possible de « vivre avec les drogues ».

Ces réflexions anticipent notre problématique, mais ce pan de notre histoire récente permet du moins de mettre en lumière que c'est au cours de cette décennie que se développent aussi les premières réflexions cliniques et conceptuelles autour des points communs entre les différents phénomènes de dépendance, indépendamment des produits consommés. Se constitue la nécessité de parler *des* toxicomanies, au pluriel, comme des pratiques addictives, ou des usages plutôt que de l'usage ou de la Drogue – et le rôle de la MILDT (Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie), créée en 1982, sera fondamental dans cette diffusion d'une sémantique plurielle.

- *Prendre acte des avancées scientifiques et sociales. Le tournant neuroscientifique et cognitivo-comportemental du phénomène « addiction », et sa banalisation dans l'espace social (années 1990-2000)*

Si certains acteurs avaient, avant les années 1990, pris des positions distinctes du champ spécialisé pour faire valoir les ressemblances et traiter ensemble les problèmes des drogues et de l'alcool, ces intuitions ne bénéficiaient pas encore de la caution d'une théorie biologique ou psychologique unifiée. Les années 1980 étant marquées, comme on l'a vu, par les difficultés grandissantes de l'I.T. à mettre en place une politique sanitaire capable de répondre à l'épidémie du sida, le contexte n'avait pas été propice à ces rapprochements. D'autant que s'élaborent en parallèle dans ces années-là, au sein de l'alcoologie et de la santé publique, les principes de ce qui s'imposera début 1991 comme la loi Evin : interdiction de fumer dans les lieux collectifs et dans les transports ; limitation de la publicité pour les boissons alcoolisées. Les cloisons qui séparent les substances illicites de celles licites sont encore jusqu'alors, du fait de ces chantiers diamétralement opposés, fortement étanches. Les découvertes scientifiques des années 1990 affectent résolument cette perspective. Les travaux de Jean-Pol Tassin, qui obtient la Chaire de Neuropharmacologie du Collège de France, se font la courroie de transmission de tous les travaux de neurobiologie ayant mis en évidence l'importance des neurones dopaminergiques et du système du circuit de la récompense dans le développement des addictions (Tassin, 2007). Ceci est décisif dans le champ médical, en permettant de mettre en lien des substances qui se trouvaient jusque-là moralement séparées.

C'est ce que Nicolas Fortané décrit comme le « coup de force symbolique de la dopamine » (Fortané, 2014a). Découverte à la fin des années 1950, ce neuromédiateur devient l'un des principaux objets d'investigation de cette discipline scientifique en pleine expansion qu'est la neurobiologie, qui inaugure une approche en termes moléculaires de la mécanique cérébrale. Si, comme pour l'adrénaline ou la sérotonine, ses effets sur le cerveau sont divers, la « carrière » de la dopamine commence à proprement parler lorsque les chercheurs de la fin des années 1980 mettent en évidence son rôle dans les mécanismes de dépendance aux substances psychotropes.

En effet, deux modèles biologiques de l'addiction étaient alors en concurrence, fondés sur deux catégories distinctes de neurotransmetteurs. L'un, centré sur les endorphines (sécrétées lors de l'absorption d'héroïne ou de morphiniques), expliquait la pharmacodépendance par le syndrome de manque causé par l'arrêt de la stimulation de ces hormones – qui poussait dès lors l'utilisateur à reconsommer pour relancer le processus de production des endorphines. L'autre, se distinguant d'une approche des seules drogues opiacées pour s'intéresser aux effets des psychostimulants (amphétamines et cocaïne), proposait un modèle d'explication différent de celui de la réaction au sevrage : il postule une *dépendance psychique* à la consommation de psychotropes, provoquée par la surproduction de molécules dopaminergiques dans le système neuronal du « circuit de la récompense ». Ce circuit, impliqué dans la régulation du plaisir et de la motivation, se trouve activé lors de l'introduction dans le corps de toute substance psychotrope – de la nicotine aux opiacés, des produits stimulants aux dépresseurs. Cette théorie finit par « l'emporte[r] sur sa concurrente » selon N. Fortané, lors de la publication de l'équipe italienne de Gaetano Di Chiara et Assunta Imperato (Di Chiara, Imperato, 1988), et via les travaux de Tassin en France, le modèle de la dopamine va faire prendre un tournant décisif aux politiques en matière de drogues jusqu'alors en vigueur. Non

seulement, « en pointant le fait que toutes les drogues se valent, ou tout du moins qu'elles sont commensurables, la dopamine a permis de mettre en doute la classification juridique des substances psychotropes qui distingue les produits licites (alcool, tabac) des stupéfiants (opiacés, cocaïne, cannabis, etc.) » (Fortané, 2014a : 5). Mais on la met en circulation dans l'univers politico-administratif comme le levier symbolique permettant la mise en place de nouvelles politiques de santé publique, via l'opérateur privilégié que devient dans ces années-là la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT) :

La découverte de la dopamine apparaît bel et bien comme un « coup de force symbolique », dans la mesure où elle institue de nouveaux « principes de vision et division du monde » et restructure l'espace des positions et des rapports de force des champs sociaux concernés (Bourdieu 2001). Il s'agit là d'une étape déterminante du processus de légitimation d'un nouveau mode d'action publique en matière de lutte contre les « addictions » (Fortané, 2010 : 12)

La commission Henrion de 1995 appelait déjà de ses vœux l'abolition d'une distinction entre produits licites et illicites, mais c'est le rapport Roques de 1998 qui apparaît comme le « vecteur central du processus de politisation de la catégorie « addiction », qui cesse dès lors d'être exclusivement un concept médical pour devenir un véritable problème public » (Fortané, 2010 : 11). Chargé par Bernard Kouchner, alors secrétaire d'État à la Santé, de produire une étude sur la « dangerosité des drogues », le pharmacologue émérite Bernard Roques produit un rapport centré sur la notion de « neurotoxicité », qui souligne l'influence de la dopamine dans l'appréhension de l'action sur le cerveau des produits psychotropes. Le rapport classe les produits en trois classes, des plus « dangereux » (héroïne, cocaïne et *alcool*), aux moins « neurotoxiques » – c'est-à-dire engageant une moindre atteinte aux fonctions du système nerveux central – et engageant une dépendance moindre (le cannabis), en passant par les produits qui apparaissent comme intermédiaires (psychostimulants, hallucinogènes, tabac, benzodiazépines). Étape décisive du processus de formalisation d'une nouvelle discipline, le rapport n'évoque pas explicitement le terme « addiction(s) », mais il donne la mesure d'un nouveau type d'approche globale, s'écarter des évaluations juridiques ou culturelles pour estimer scientifiquement la dangerosité des substances. Ce moment étaye une des hypothèses d'Alain Ehrenberg dans son ouvrage sur le brouillage des frontières entre les drogues et les médicaments psychotropes. Selon lui, deux changements globaux ont contribué à rendre poreuse cette limite. D'une part, le consensus sur l'interdit des drogues illicites s'est progressivement érodé, dans le milieu spécialisé, du fait de l'influence de la crise du sida évoquée précédemment. La progressive remise en cause de la dichotomie drogues « douces/dures » a également contribué à ce qu'on remette en question celle entre drogues licites et illicites. D'autre part, un certain flou s'est introduit en parallèle sur les limites entre fonctions thérapeutiques et fonctions de confort ou de « défonce » des médicaments psychotropes. Ehrenberg pointe certaines polémiques qui émergent d'abord sur les benzodiazépines (anxiolytiques et hypnotiques), puis sur les antidépresseurs ISRS. « En tous cas, détournements d'usage, prescriptions mal assurées, demandes de mieux-être psychologique, etc., ont fait basculer la perception de ces médicaments dans un conflit entre soin, confort et dépendance. L'objet du soin devient incertain. » (Ehrenberg, 1998 : 8). Dans ce contexte, le rapport Roques permet de légitimer la transformation des stratégies politiques envers l'ensemble des drogues, autrefois divisées en deux blocs moralement distincts. Il octroie donc une « fenêtre d'opportunité politique » au gouvernement de Lionel Jospin

(1997-2002), qui parvient à faire adopter le premier plan triennal instituant une nouvelle discipline naissante, dans un pays où les lobbies des alcooliers comme le ministère de l'Intérieur s'opposaient encore drastiquement (pour des raisons évidemment différentes) à ce que les drogues licites et illicites se voient désormais associées, à travers la mise en valeur de la notion d'addiction.

Cette notion reprise aux anglo-saxons (mais dérivé du latin *addictus*, participe passé substantivé signifiant « esclave pour dette ») connaît ses premiers succès dans les années 1970 dans la psychiatrie nord-américaine – et elle a pu antérieurement être employée par certains psychanalystes en France, qui insistaient sur sa dimension de contrainte ou de dette psychique devant passer par le corps (McDougall, 1978 ; Bergeret, 1981). Surpassant les définitions antérieures de la « dépendance » (dont l'OMS préconisait déjà en 1964 qu'elle soit le syntagme de remplacement de la « toxicomanie »), c'est le psychiatre Aviel Goodman qui donne la définition qui servira de base à la construction d'un nouveau champ du soin et de la prévention des conduites impliquant une dépendance à un produit. L'« addiction » est selon lui « un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par : (A) l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et (B) la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives » (Goodman, 1990 : 1403 [traduction Dupont, Naasila, 2016]). Goodman établit certains critères psychologiques d'identification de l'addiction, qui la rapprochent de la dimension pathologique théorisée dès les débuts de la conceptualisation de l'alcoolisme par le médecin et chimiste Benjamin Rush : impossibilité de résister à la compulsion à consommer, perte de contrôle dès le début de la crise de manque, soulagement temporaire durant la période de consommation. Cette définition renoue de fait avec le concept de « maladie addictive » tel qu'il s'est développé au XIX^e siècle sur le modèle de l'alcoolisme – et entre de fait en contradiction avec une vision psychanalytique de la dépendance du sujet en opposition sociale ou en lutte contre une partie de lui-même (Dupont, Nassila, 2016 : 94).

La plupart des critères contemporains de l'addiction demeurent de nos jours proches de la définition de Goodman, tout en construisant autour d'elle un modèle étiologique qui est dit « bio-psycho-social », en ce qu'il intègre, dans les causes possibles de son émergence, facteurs biologiques (antécédents génétiques, potentiel addictif de la substance), facteurs psychologiques (personnalité du sujet, histoire familiale, traumatismes éventuels), et facteurs sociologiques (environnement familial, scolaire, contexte des premières prises). Ce modèle intégrateur a influencé l'évolution récente de la nosologie psychiatrique et du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) : le DSM-I (1952) et II (1968) restaient en effet très inspirés par la psychopathologie d'inspiration psychanalytique, alors que le DSM-III (1980) délimite désormais les contours d'une étiologie biopsychosociale (Demazeux, 2013). Le travail de l'un des tous premiers experts de l'OMS, l'Américain Elvin M. Jellinek – qui se veut athéorique et décrit une première taxinomie de l'alcoolisme en distinguant les troubles avec/sans dépendance physique – inspire profondément cette refonte du DSM : le terme de « dépendance à l'alcool » remplace la notion d'alcoolisme, et la pathologie ne se décrit plus comme une maladie (« manie ») mais comme un ensemble de troubles, ou encore un syndrome (ce qui témoigne de l'apparition d'un modèle *dimensionnel* et non plus *catégoriel* de la maladie mentale). L'anglais Griffith Edwards et l'américain Milton M. Gross vont jusqu'à nommer la dépendance à l'alcool ADS ou « *alcohol dependence syndrome* » (1976). Cette manière de concevoir la dépendance permet d'établir un spectre élargi des troubles liés à l'alcool :

ils distinguent l'usage abusif d'alcool (*alcohol abuse*) – qui articule une certaine perte de contrôle et la compulsion de boire à une gravité plus ou moins grande des conséquences sociales négatives –, et la dépendance à l'alcool (*alcohol dependence*), qui présente les mêmes caractéristiques que l'usage abusif mais y rencontre associés des dommages pharmacologiques et physiques éventuels (tolérance, syndrome de sevrage) (Dupont, Naasila, 2016 : 98). Le DSM-IV (1994), à la suite de la théorisation de Jellinek, et de celle d'Edwards et Gross, conserve l'idée de deux catégories diagnostiques, abus de substance et dépendance, mais garde le terme de « dépendance » (et non « addiction »), par souci d'une neutralité scientifique se focalisant sur la gamme des troubles existants. Le DSM-V (2013) entérine cette apparente neutralité, qui rend compte d'une conception où les troubles psychologiques demeurent indexées aux perturbations physiologiques induites par une substance. L'abus et la dépendance ne sont plus distincts mais se fondent dans une unique définition, celle des « troubles liés à l'usage de substance » (*substance use disorders*), en ajoutant simplement une gradation dans l'intensité du « désordre » selon un *continuum* allant des sujets non-affectés (0-1 critère), au troublé léger, modéré, et enfin sévère (6 critères ou plus). L'un des critères principaux permettant de diagnostiquer ces troubles concerne *la prise de conscience* des conséquences négatives de l'abus de consommation, mais qui existe en même temps qu'un maintien de l'usage – ce qui renvoie directement à la définition que Goodman donnait pour son compte de l'addiction.

Ce détour par les taxinomies états-uniennes nous semblait indispensable au regard du rapport qui constitue sans doute la pierre décisive à l'édification de l'addictologie française. Le rapport *Les pratiques addictives* de Michel Reynaud, Philippe-Jean-Parquet et Gilbert Lagrue reprend en effet directement en 1999 les approches neurobiologiques et comportementales théorisées aux États-Unis, et configure leur application à la santé publique française. C'est sur ses constats et préconisations que se construit le premier plan triennal de la MILDT (1999-2002) qui rend possible la prise en charge globale de ces pratiques addictives susceptibles de glisser vers la « dépendance ». Les nombreuses répercussions de ce rapport, et l'action menée dans les années successives par ses auteurs permettent d'ailleurs à Nicolas Fortané de considérer les psychiatres Michel Reynaud et Philippe-Jean Parquet, aux carrières d'ailleurs fort dissemblables, comme parmi les principaux « pères fondateurs » de l'addictologie (2014b : 44). L'évolution professionnelle du second¹³ rend compte d'un effort maintenu dans le sens d'une sanitarisation des addictions, et de l'assignation de leur juridiction de compétence à la santé publique. Le regard porté sur l'alcoolisme ne le compare plus désormais à un « fléau social » mais l'encadre dans un discours qui met en avant la question des risques et des déterminants en santé, mais qui situe aussi « le “locus” de l'action publique au cœur de l'individu et de ses comportements » (Fortané, 2014b : 54). Quant au devenir actuel de l'addictologie, incarné par Michel Reynaud dans ce duo, il témoigne de la sédimentation d'une nouvelle discipline *médicale* – qui s'est construite dans les années 2000 via le « travail collectif de routinisation des mutations sociales amorcées », et des changements cognitifs et identitaires qui les ont accompagnées (*ibid.* : 56).

¹³ P.-J. Parquet, au départ professeur universitaire en pédopsychiatrie, s'intègre dès le début des années 1970 au sein Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme (HCEIA), dans la commission « Jeunesse ». Il participe ensuite à la disparition de ce dernier, au profit d'un Haut Comité de Santé Publique (HCSP) en 1991, dont il intègre la commission « Alcool et Santé publique ». Il crée au début des années 1990 le Centre d'information et de traitement des dépendances (CITD) à la clinique de la Charité, qui prend en charge avant l'heure une variété de diverses conduites addictives. Il passe ensuite le restant de sa carrière entre l'Inserm et le HCSP (Fortané, 2014b).

- *Prendre la mesure du changement. Renvolement ou extension du paradigme de l'addictologie (années 2000-2020)*

L'addictologie se voit reconnue comme une « discipline médicale à part entière » à partir de 2002 (Reynaud, 2016 : 386), mais il faut néanmoins attendre l'année 2005-2006 pour qu'elle achève son institutionnalisation à travers certaines dispositions législatives et les nouvelles structures qui lui donneront une existence dans la cité. Ce que Michel Reynaud désigne comme « l'assimilation sociale et politique du concept d'addiction » (*ibid.* : 387) a en effet eu besoin de se traduire par deux plans gouvernementaux qui se succèdent, en 1999 et en 2004, sous l'égide de la MILDT et de sa nouvelle présidente Nicole Maestracci. Le premier plan s'avère fondamental, en ce qu'il marque l'institutionnalisation de la notion d'addiction dans les politiques de santé publique : « [c]'est donc à la fois en tant que problème public, concept scientifique et catégorie d'État (ou d'intervention étatique) que la notion d'“addiction” acquiert sa dimension polysémique et apparaît pour la première fois dans une politique de santé publique » (Fortané, 2010 : 6). Durant cette année 1999, la MILDT établit un plan d'action visant l'ensemble des « addictions » et des « substances psychoactives », marquant la fin d'une approche curative et sectorielle de la toxicomanie et des problématiques liées à l'alcool pour envisager une conception plus transversale des addictions.

Les années suivantes, les professeurs Parquet et Reynaud continuent à servir de « médiateurs au service des différents processus de légitimation et de transcodage qui caractérisent le travail quotidien des policy-makers », et contribuent à la diffusion de la toute récente addictologie auprès des professionnels de terrain et des experts et agents étatiques (Fortané, 2014b : 56). Nicolas Fortané affirme enfin qu'à la suite de l'échec de la candidature de P.-J. Parquet à la MILDT, ce dernier s'éloignera ensuite de l'addictologie, laissé à son développement autonome, de nouveaux acteurs contribuant à leur tour à l'étendre à un ensemble élargi de comportements pathologiques :

L'addictologie s'épanouira d'ailleurs au-delà de la problématique de la dépendance pour intégrer d'autres troubles mentaux (comme l'anorexie-boulimie ou le jeu pathologique), renforçant un peu plus encore son inscription dans l'espace de la psychiatrie plutôt que des seules médecines sociales que sont l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie (même si c'est de ces dernières que la plupart des addictologues sont aujourd'hui issus). (Fortané, *art. cit.* : 57)

L'auteur montre comment, dans ce contexte, Michel Reynaud devient la figure de proue de la deuxième vague d'institutionnalisation de l'addictologie, post-2002, moment qui consacre l'institutionnalisation de l'addictologie comme discipline médicale universitaire. Ses publications successives (en 2006, 2009, 2010, 2016), sa participation à la création d'un DESC (Diplômes d'études spécialisées complémentaires) en addictologie et d'un Collège universitaire national des enseignants en addictologie (CUNEA) contribue à sa progressive renommée nationale et à l'inscription de cette nouvelle médecine des dépendances au sein des pôles hospitalo-universitaires français¹⁴. Il faut souligner l'importance, dans ce second moment, du Plan addictions 2007-2012 mis en place avant la fin du second mandat présidentiel de Jacques Chirac. Ce plan permet d'organiser au-delà des

¹⁴ Plus récemment, la réforme des études de médecine de 2020 inscrit, dans les ouvrages de référence pour les Epreuves Classantes nationales (ECNi) au concours d'internat, une référence explicite à l'addictologie, en branche complémentaire de la psychiatrie générale (Micoulaud-Franqui, Quiles, 2021).

services spécialisés le dispositif de soins généraux, en tenant compte de cette nouvelle discipline et en tentant de prévenir, d'orienter et de traiter de manière plus concertée ce qu'on commence à nommer « pathologies addictives » ou « addictions ». C'est ce plan qui inaugure en outre la requalification des lieux de soins du médico-social destiné à accueillir une population déstigmatisée désormais de l'appellation d'alcooliques ou de toxicomanes (voir plus bas – II). Ces différents plans successifs légitiment la nécessité d'une discipline addictologique, pour répondre à la crise vécue par l'intervention en toxicomanie pendant la période du sida, ainsi qu'aux diverses critiques qui touchent le dispositif depuis les années 1980 – notamment du fait de l'abandon complet de la psychiatrie de ces problématiques d'addiction aux associations du médico-social :

Quant à la psychiatrie, forcément concernée par ces patients qui correspondent à 20 à 30 % de sa file active, elle s'est le plus souvent organisée pour répondre à ce qu'elle savait faire, c'est-à-dire la prise en charge des complications psychiatriques (anxiété, dépression, états délirants, démences, etc.), mais elle a rarement proposé une prise en charge spécifique des conduites de dépendance, se focalisant le plus souvent sur les troubles de personnalité sous-jacent (névrose, état limite, psychopathie, etc.) (Reynaud, 2016 : 386).

Ce récit contemporain permet aux médecins alcoologues ou intervenants en toxicomanie d'édifier la figure du médecin des dépendances comme figure se préoccupant depuis les origines de ces exclus de la psychiatrie, ou ces « parias de la thérapeutique » (Descombey, 2004). Elle réactive les différentes critiques qui avaient pu être formulées au sujet du cloisonnement des différents dispositifs spécialisés : négligence des toxicomanies médicamenteuses ou des poly-consommations adolescentes (ecstasy en contexte festif, banalisation du cannabis) ; entrave à un accès précoce aux soins – les jeunes abusant de plusieurs produits ne se définissant souvent pas explicitement comme toxicomanes ou alcooliques ; carence de médecins formés dans ce domaine spécialisé, dans un contexte déjà fort de pénurie croissante de psychiatres... « À la source des remaniements institutionnels se trouvaient sans doute l'ambition de fonder en science une politique des drogues, mais aussi le désir de réduire l'hétérogénéité d'un dispositif construit dans les tensions et les dissensions depuis les années 1970 » (Lalande, 2010 : 75).

L'addictologie permet donc de résoudre bien des problèmes des disciplines antérieures, au sein d'un champ apparemment unifié : elle organise la formation et le renouvellement d'un contingent de médecins « psychistes », attentifs aux mutations de la société contemporaine et de son rapport aux drogues. Ayant appris de ses erreurs, elle ne prône plus un unique objectif thérapeutique qui serait l'abstinence, mais elle se déploie de manière globale, en pouvant toucher également les profils dits « de bas seuil » et participer aux politiques de réduction des risques et des dommages. L'addictologie permet également la prise en compte des personnes qui sont dans une phase de maintenance et de contrôle de leur addiction, plutôt que dans un désir de s'en sortir – elle rassemble de fait les professionnels autorisés à prescrire et administrer des TSO. Dès lors, cette discipline s'est récemment affirmée comme la promotrice d'une « troisième voie », qui dépasserait l'opposition entre le bas seuil de la réduction des risques et le haut seuil des personnes se dirigeant vers l'abstinence (Dutilleul, 2023 : §21). Cette voie se caractériserait par un objectif de « consommation contrôlée » (Klingemann, Rosenberg, 2007 ; Albrecht, Daeppen, 2007) ou « réfléchie » (Cormier, 1989), de « consommation modérée » (Rousseaux et Nozeret, 2000), ou encore de « gestion » de la consommation (Morel, 2010) ou « de l'addiction » (Meliava, Morel, 2015). Au

niveau clinique, l'addictologie affirme désormais sa multidisciplinarité, et sa volonté de ne plus du tout préférer de modèle ou d'orientation clinique de référence, notamment dans le cadre des suivis thérapeutiques :

Ainsi, thérapies interpersonnelles, basées sur une écoute et des conseils, les thérapies psychodynamiques mobilisant les différents registres de la personne et de son histoire, les thérapies cognitivo-comportementales ciblant les modes de pensées perturbateurs, la méditation pleine conscience, sous forme de protocoles formalisés, les thérapies systémiques ou familiales, la remédiation cognitive centrée sur la rééducation des déficiences cognitives objectivées, et les thérapies traitant le trauma comme l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) sont appelées à s'agencer, plus qu'à se concurrencer. (Couteron, 2022 : 10)

Par ailleurs, en plus de l'apport des thérapies médicamenteuses et du soutien psychologique, elle met en avant la valorisation d'une dimension de réinsertion sociale et communautaire, ainsi que des interventions « qui naviguent entre soins, RDR et prévention : TAPAJ (Travail Alternatif Payé à la Journée) déjà évoqué, ou *Un chez soi d'abord*, par exemple, participent de parcours de sorties qui intègrent des dimensions plus sociales et économiques de l'expérience d'usage » (Couteron, *ibidem*). Enfin, elle se doit d'intégrer la dimension d'*empowerment* des usagers, via la RdRD, qui s'appuie sur leur expertise et leur « pouvoir d'agir », comme on le nomme parfois en France, leur action pouvant porter sur eux-mêmes et/ou sur leur environnement, selon la version politique qu'on conserve de ce concept d'*empowerment*. Cet aspect s'incarne de nos jours dans l'accès facilité aux seringues et aux matériels de consommation, la prévention en matière d'overdoses, le *testing* en milieu festif, l'accès au logement ou au travail, la mise en place de salles de consommation à moindres risques... Toutes ces pratiques ne sont pas également représentées et considérées par l'ensemble de la société et – en particulier en ce qui concerne la dernière évoquée¹⁵ – ces mesures sont loin de faire l'unanimité dans la société française.

En tous les cas, la discipline s'est institutionnalisée avec succès, et fait désormais partie de l'agenda des politiques de santé publique, comme en témoigne la transformation de la MILDT en MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives). La formalisation de cette discipline témoigne du fait que, comme la psychologie évolutionniste (Larrègue *et al.*, 2021), ou encore l'ethnomusicologie (Mayaud, 2020), l'addictologie s'est instituée comme un nouveau « label disciplinaire », en promouvant un nouveau concept, et en se légitimant à partir d'une conception plus moderne et unifiée des théories antérieures tout en se réinscrivant dans le sillon des disciplines qui l'avaient précédée. Il semble donc inévitable qu'une histoire « en réalité très polarisée » produise de nos jours, de manière rétrospective, « une mise en récit standardisée » lui permettant de se diffuser et de s'instituer (Mayaud, 2020 : 108).

Alors, qu'en est-il de l'addictologie contemporaine : a-t-elle opéré un véritable renversement de paradigme ? A-t-on au contraire appliqué la maxime du « Il faut que tout change pour que rien ne change »¹⁶ ? La loi du 31 décembre 1970 est aujourd'hui toujours en vigueur, et continue à être

¹⁵ Un certain nombre de sociologues se sont déjà penchées sur la question épineuse que posaient les salles de consommation à moindre risque (SCMR), en termes de responsabilisation des usagers mais aussi d'accroissement des tensions existant dans l'espace public et/ou institutionnel, qui alimentent la ségrégation des usagers de drogues. Pour approfondir le sujet, nous renvoyons à Jauffret-Roustide, 2016 ; Dos Santos, 2016b ; Chéronnet, 2020.

¹⁶ La phrase, en italien "*Se vogliamo che tutto rimanga come è, bisogna che tutto cambi*", est prononcée par Tancredi, dans le livre *Le Guépard* de G. Tommaseo di Lampedusa (1958). Le neveu du prince de Salina la prononce en affirmant que s'ils

appliquée indépendamment du contexte d'usage (lieu public ou privé). En 2022, près d'un quart des mis en cause dans des procédures enregistrées par les forces de l'ordre ont commis une ou plusieurs ILS (Infraction à la Loi sur les Stupéfiants), soit 287 000 personnes mises en cause – dont 49 000 pour trafic, 16 000 pour trafic et usage, et 251 000 *pour simple usage* (SSMSI, 2023 : 140). On peut souligner que la loi du 5 mars 2007 a d'ailleurs accru la dimension répressive de la loi de 1970 en systématisant la sanction envers les usagers simples que le système judiciaire redirigeait jusqu'alors essentiellement vers les services médico-sociaux (Jean, 2009). Tout usage de drogue *illicite* est passible d'une peine maximale d'un an de prison, et de 3750 € d'amende – disposition inscrite à l'article L 3421-14 du Code de la santé publique. Le législateur a en outre choisi d'aggraver la peine lorsque certains actes (violences, refus d'obtempérer) sont commis sous l'emprise manifeste de substances psychoactives (dans ce cas, drogues ou alcool sont concernés). Depuis 2019 enfin, « l'action publique peut être éteinte » par le versement d'une amende forfaitaire d'un montant de 200 € délivrée par les forces de l'ordre (minorée 150€ - majorée 450€) (Article L3421-1 du Code de la Santé publique). Le paiement de cette amende met fin à toute poursuite judiciaire immédiate. Ce simple constat permet d'étayer une des critiques qui a émergé depuis longtemps dans le champ de la réduction des risques : l'addictologie pose de fait une fausse équivalence entre drogues licites et illicites, qui permet d'effacer de l'agenda politique la question de la dépénalisation de l'usage (et *a fortiori* de la légalisation de certaines drogues). Elle n'a rien changé à la question de la division morale qui existe encore en France et à la stigmatisation existant contre les usagers de drogues illicites, et notamment les plus précaires (Lalande, 2010 : 72).

Voire, l'addictologie, en s'instituant comme champ d'expertise des conduites d'aliénation humaines, court le risque de se faire le support d'un discours qui pathologise des comportements somme toute extrêmement courants dans nos sociétés. Elle se situe sur la ligne de crête qui sépare la compréhension et l'accompagnement soignant de la pathologisation, à partir du moment où elle s'érigerait en une théorie scientifique qui prétend pouvoir décrire le caractère anormal du social. Enfin, troisième critique qui lui est formulée encore aujourd'hui, l'addictologie peine à croire en ses propres postulats : la remise en cause de l'*objet* de l'addiction pour la valorisation des dysfonctionnements *comportementaux* aurait dû avoir pour corrélat l'abandon complet de la perspective d'abstinence – qui reste pourtant, nous le verrons, l'idéal social auquel la société voudrait voir parvenir la personne dépendante. Les alternatives paraissent encore en germes, ou impraticables, face à des représentations et à un modèle de l'abstinence encore diffus sinon dominant (Dutilleul, 2023). Et ce troisième écueil rejoint le précédent, si l'on constate parfois que la théorie addictologique contemporaine, sur son versant neuroscientifique, est tentée de se refermer sur une vision qui a substitué à la causalité univoque de la toxicité d'un produit une pure causalité neurobiologique – qui attribue à la personne qu'est l'*addict* « une vulnérabilité individuelle au déséquilibre de son système de plaisir, liée, dans certaines hypothèses, à un éventuel déterminisme génétique » (Lalande, 2010 : 73).

*

veulent conserver leur position sociale privilégiée dans la Sicile du XIX^e siècle, les nobles doivent s'adapter aux changements que connaît la société, et qu'ils doivent être prêts à s'adapter aux temps nouveaux.

Introduction

La présente enquête est le fruit d'une trame d'interrogations qui se sont recoupées au fil des mes années d'études. On pourrait résumer les trois fils qui en tissent le dessin de base par ces trois questions : qu'est devenue la maladie mentale dans la société contemporaine ? ; qu'est-ce qu'être responsable ? ; pourquoi la dépendance est-elle un problème ?

Depuis plusieurs décennies, les sciences sociales ont commencé à s'aventurer sur des terrains qui demeuraient jusqu'alors la chasse gardée des médecins et des experts des pathologies somatiques et psychiques. Au-delà des professions médicales, elles se sont penchées sur les maladies elles-mêmes et sur ce qu'un point de vue tiers pouvait en dire, en tentant d'objectiver d'une part comment en parlent celles et ceux qui en sont atteints, qui vivent avec elles, ou qui désirent en guérir ; et d'autre part, en saisissant dans les faits quelles pratiques encadrent l'évolution d'un phénomène pathologique. La question de jeune étudiante que je souhaitais poser par leur biais était celle de l'invisibilisation progressive de « la maladie mentale » à la fin du XX^e siècle, alors que la « folie » avait pourtant semblé être un des motifs importants d'engagement et de politisation d'une partie de la jeunesse, dans les années 1950-1970.

La présente recherche part donc d'un constat qui a nourri mon questionnement au fil des années – celui de la déportation de l'intérêt politique pour la folie et la maladie mentale sur d'autres formes d'exclusion et de marginalisation sociale, en parallèle d'une prise en charge et d'une réalité sociale toujours plus invisibilisées des pratiques psychiatriques de secteur, au cours des cinquante dernières années. Mon travail de master m'ayant permis de réfléchir à l'héritage et à l'extension des paradigmes de la psychothérapie institutionnelle aux Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), le travail que j'avais alors engagé sur l'extrahospitalier français contemporain m'a permis de mettre au cœur de ma réflexion la question de la *responsabilisation* : ce n'est pas tant que les personnes atteintes de troubles psychiques sont aujourd'hui invisibilisées en France – c'est plutôt qu'elles sont responsabilisées, dans l'espace social de la cité en lien avec les institutions de secteur, qui permettent aux personnes concernées (ou à un certain nombre d'entre elles du moins) des va-et-vient de l'espace psychiatrique au monde ordinaire.

Cette problématique de la responsabilisation en recoupe une autre – qui n'a pu être mise en lumière qu'au fur et à mesure de ce travail de thèse. La responsabilité recoupe le champ sémantique tacite des normes de l'âge adulte, et des qualités morales qu'on y associe habituellement. Qu'elle soit responsabilité pour soi ou responsabilité pour autrui, cette notion recoupe l'ensemble des représentations qu'on attribue à l'être humain adulte de nos sociétés contemporaines – c'est précisément la qualité dont on dispense les enfants, et de laquelle on excepte les fous, les personnes âgées dépendantes et les infirmes. Mais la responsabilité dans le champ de la santé mentale se conjugue avec un curieux syntagme, lorsqu'on y réfléchit, celui du « vouloir se soigner » (surtout lorsque c'est à défaut de « pouvoir guérir »).

C'est cette question rectrice – que signifie l'idée qui voudrait qu'être responsable, c'est vouloir se soigner ? – qui m'a conduite sur le terrain, particulièrement propice à ces réflexions, des « addictions ». Les personnes « *addicts* » ou « dépendantes » à une substance ou à un comportement sont sans doute encore plus concernées que les publics de la psychiatrie classique par cette injonction à une responsabilisation qui pèse d'autant plus sur elles et eux qu'ils ont pu être considérés « responsables » du mal engendré à leur encontre. Par ailleurs, le « risque psychotrope » est une parfaite incarnation des ambivalences de l'intégration et des inégalités qu'elle engendre : dans une société productiviste et consumériste, le nombre grandissant d'objets et de techniques permettant de suppléer aux capacités humaines ou d'accroître les performances expose les individus à des risques qu'ils pensent maîtriser, mais qui peuvent se retourner de manière délétère contre eux – les rendant « dépendants », cet adjectif que notre société atomisée paraît ne plus pouvoir tolérer.

I. Problématique et délimitation de l'objet de recherche

I. A/ Esquisse d'une définition sociologique des addictions

Le bref historique que nous avons établi en préambule nous permet de constater qu'une définition simple de l'addiction est devenue une gageure, dans une société qui a confié à certains acteurs le bénéfice d'un travail social et symbolique d'élaboration de ce terme : de nos jours, les addictions ne se pensent pas, et semblent ne pouvoir se comprendre, sans l'addictologie – science et discipline médicale qui préside à leur définition clinique, à la théorisation sur leur étiologie et leur résolution thérapeutique, et à leur prise en charge sanitaire, médico-sociale et politico-médiatique. À quoi pourrait servir une autre épistémologie, comme celle des sciences sociales, dans ce cadre ?

D'une part, à prouver que le succès de l'addictologie est dû au transfert, dans le champ politico-administratif, d'un concept d'origine médicale qui n'était pas, jusqu'à il y a peu, universellement partagé. Nicolas Fortané nous aura montré, à travers plusieurs publications, que les addictions délimitent « une manière inédite de percevoir la consommation de substances psychotropes » ou une « conception transversale de l'usage de "drogues" » qui a émergé et qui est propre à ce début de siècle (Fortané, 2010 : 5). Si le parcours historique de la circulation de cette notion nous permet de concevoir l'addictologie comme une discipline à la construction sociale et institutionnelle précise et non comme une réalité *anhistorique*, il nous autorise dès lors à envisager sociologiquement « l'addiction » comme un phénomène social ayant été socialement rendu visible, et pathologisé, par la construction historique d'une discipline le prenant spécifiquement pour objet. Cela nous conduira, à la fin de cette thèse, à tenter de redéfinir cette notion à partir du point de vue « nominaliste dynamique » emprunté à Ian Hacking (2002, 2008), l'addiction pouvant incarner à de nombreux égards ce que l'épistémologue canadien qualifie de « niche écologique » (*ecological niche*), témoignant de l'apparition socialement située d'une maladie mentale.

D'autre part – et indépendamment de considérer les addictions comme des pathologies ou non –, il nous semble important de ne pas laisser aux seuls médecins la connaissance et les savoirs pratiques concernant les maladies et leur rémission, et d'exclure la sociologie de l'étude de certains

objets, psychologiques, cognitifs ou biologiques, qui échapperaient prétendument à ses tentatives de compréhension (Darmon, 2003, 2021 ; Coutant, Wang, 2018). Nous n'affirmons pas que les sciences sociales apporteraient une nouvelle et meilleure analyse des addictions contemporaines que celle qui lui est actuellement fournie par le modèle transdisciplinaire – « bio-psycho-social » – des spécialistes de l'addictologie. Nous cherchons simplement à ne pas donner raison à une interdisciplinarité qui attribue une place subsidiaire ou accessoire à la sociologie, en la limitant à la description des facteurs sociaux influençant l'apparition de l'addiction. Les concepteurs de l'addiction s'en tiennent en effet à une vision souvent réductrice du social, en invitant les cliniciens à envisager les facteurs de risque ou « de vulnérabilité » et lesdits « facteurs de protection » pouvant être contenus également dans l'environnement, surtout familial (Varescon, 2010). La MILDECA fait par exemple valoir sur son site officiel l'importance des facteurs sociaux, au même titre que les facteurs biologiques (prédisposition génétique, antécédents familiaux, métabolisme), psychologiques et biographiques (violences intrafamiliales, abus et traumatismes subis durant l'enfance, dépression). Le « social » apparaît néanmoins souvent comme une pièce supplémentaire, dans un puzzle complexe où l'on cherche à appliquer à l'addiction une « conception globale », sans analyser bien souvent les enjeux sociaux structurant son apparition dans l'existence des individus. Cela nous semble d'autant plus important à une époque qui n'établit plus de frontières nettes entre « le normal et le pathologique » (Canguilhem, [1966] 2013), mais où les troubles pouvant atteindre l'être humain sont envisagés et catégorisables selon un spectre toujours plus étendu (Genard, 2009). La différence qu'établit l'addictologie contemporaine entre des « consommations problématiques » et des usages de substances psychoactives – qui ne peuvent jamais être définis en vérité selon cette discipline comme de « simples usages » – porte précisément sur cet enjeu : car « bien qu'il existe une continuité entre conduites "banales" et conduites problématiques, la définition de l'addiction se doit de mettre une frontière aussi claire que possible entre le normal et le pathologique, et donner des indicateurs permettant de prédire le passage de l'un à l'autre » (Morel, 2006 : 29-30). Si donc, de notre point de vue, la question n'est pas de donner une définition sociologique de l'addiction (prétendument « plus vraie », ou plus exhaustive, que celle donnée par les neurosciences ou par la clinique des addictions), nous avons ici les moyens de saisir ces transformations historiques à travers une grille sociologique qui ne cède pas à la facilité de tenir l'addiction pour une pathologie dont l'étiologie serait simplement neurobiologique – mais qui met en relief comment le social vient affecter concrètement cette manière de catégoriser le réel.

Dans cette introduction, nous donnerons donc une première définition sociologique des « addictions », en considérant qu'elles circonscrivent l'ensemble des modes de consommations de substances psychoactives (drogues licites comme illicites) – et des comportements associés à ces modes de consommation, ou définis selon les mêmes critères (compulsion irréfrénable, symptômes de manque) – qui se voient étiquetés¹⁷ comme déviants et/ou pathologiques. Le caractère déviant du

¹⁷ La « théorie de l'étiquetage » (*labeling theory*) est considérée comme l'un des cœurs de l'interactionnisme symbolique, courant sociologique associé à l'École de Chicago (elle se verra néanmoins remise en cause comme théorie unifiée et monolithique par Becker lui-même – Becker, Cefaï, 2019). Elle s'intéresse au processus par lequel certains individus qui contreviennent aux normes d'un contexte donné en viennent à être identifiés comme déviants (« *outsiders* », pour reprendre le terme consacré par l'ouvrage de H. Becker en 1963). Si les racines de cette théorie s'élaborent dès les années 1950 dans l'œuvre du sociologue de la déviance E. Lemert, qui la caractérise comme la qualité conférée rétrospectivement à un individu à travers une réaction socialement organisée (qu'il appelle « individuation sociopathique » - Lemert, 1951), ce

comportement peut être généralement perçu par des observateurs extérieurs à la personne concernée (proches, amis, milieu professionnel), soit que la pratique de consommation est observable en elle-même, soit que les comportements de la personne reflètent un écart trop important et/ou fréquent par rapport au rôle social qu'on attend de sa part. Le caractère pathologique du comportement concerne en revanche une deuxième étape de désignation : il peut être également porté par des proches, ou des personnes-ressources, auprès desquelles la personne concernée va chercher conseil. L'addiction peut être envisagée comme une pathologie dont l'individu peut envisager de se soigner *uniquement* si cette personne accepte et reconnaît d'avoir un problème, et de le voir désigné comme tel. Ainsi, on peut tout à fait considérer qu'un individu présente une addiction sans qu'il conçoive ses comportements comme problématiques pour lui, et donc comme pathologiques. Inversement, une personne peut revendiquer le diagnostic d'addiction à titre personnel – sans pour autant que ses modes de consommation ne soient désignés comme tels, ou stigmatisés, dans son environnement social d'origine, dans son milieu professionnel, si elle ne déroge pas de manière déterminante aux missions et rôles qui sont les siens.

La matrice des niches écologiques, approfondie après Ian Hacking par Baptiste Brossard (2019), peut nous mettre par ailleurs sur la piste d'une hypothèse qui restitue sa véritable part au social dans la compréhension du phénomène des addictions. Ces dernières témoigneraient en ce sens d'un positionnement toujours plus difficile, pour nombre d'individus, vis-à-vis d'un système de représentations sociales hégémonique, fondé sur l'image d'un individu autonome et responsable de son existence (Ehrenberg, 1991, 1998b ; Breviglieri, 2008 ; Noury, 2010). Elles seraient un des révélateurs possibles des sentiments et tentatives contradictoires que les individus développent à l'égard de cette représentation idéale, et de la subjectivation parfois contrariée qu'ils développent, notamment dans l'univers professionnels (Dujarier, 2006). Que ce soit par volonté d'hyper-adaptation ou au contraire par abandon de l'idéal, l'addiction constitue parfois, dans cette optique, une solution que rencontrent certains individus contemporains dans leur tentative avortée de souscrire aux représentations sociales imposées par l'ère néolibérale. Cet autre point de vue sur l'addiction rejoint celui développé en partie par des cliniciens et chercheurs, qui ont perçu depuis longtemps les liens entre l'impératif de productivité et d'efficacité, les tensions vécues par les subjectivités contemporaines et le recours aux substances psychotropes (Fontaine, 2006 ; Hautefeuille, 2009 ; Lorient, 2023). L'addiction advient lorsqu'elle ne correspond plus à l'emploi de substances pour accroître ses performances ou ses sources de plaisir :

L'addiction s'instaure lorsque le recours à une source de plaisir devient asservissant – c'est la perte de contrôle qui correspond à l'emballlement du système de récompense – mais aussi lorsqu'il devient envahissant, c'est-à-dire quand la répétition de la sensation autodéclenchée engage une modification permanente du rapport au monde. Une modification de soi dans son lien au monde qui n'arrive pas par hasard, mais qui permet à la fois de mieux répondre aux attentes du social et de s'en protéger. L'addiction

sont les ouvrages et articles de Becker (1963), Goffman (*Stigmate*, 1963), Garfinkel (« Du bon usage de la dégradation », 1956) et Erikson (*Wayward Puritans*, 1966) qui donneront sa notoriété à cette conception de l'étiquetage social (Lacaze, 2008). La particularité de cette conception réside dans le fait que « la déviance n'est pas une propriété du comportement, mais de l'interaction entre ceux qui commettent l'acte et ceux qui réagissent » (Becker, 1985 : 38). Sans qu'un comportement soit présent, il suffit donc que la personne qui étiquette croit que ce comportement a pu exister chez l'autre acteur de l'interaction (Nault *et al.*, 2016), qui de son côté interiorise cette propriété comme reflétant la nature de son Moi.

(comme la dépendance) n'est donc pas seulement une perte de contrôle, c'est aussi un changement profond dans la relation entre soi et le monde. (Morel, 2006 : 30)

Ce changement dans la relation entre soi et le monde, caractéristique d'une aliénation qui ne serait pas le propre de la dépendance à une substance – mais étayerait la possibilité de la catégoriser comme *maladie mentale transitoire*¹⁸ – permet enfin de consolider une définition constructiviste et dialectique de l'addiction. Il importe non seulement de prendre en considération le caractère « transitoire » probable de son évolution (de manière diachronique) : certaines relations à des substances sont aujourd'hui problématiques et ne le seront plus demain, et inversement. Mais aussi de concevoir le caractère *graduel* de cette catégorisation, son évolution dans le temps t d'une existence individuelle (dimension synchronique) et le basculement toujours possible vers une issue pathologique. Cette possibilité de concevoir l'individu contemporain non à partir de la dichotomie normal/pathologique ou sain/malsain, mais dans un *continuum* de risques et de vulnérabilités pouvant l'atteindre, témoigne d'un changement anthropologique majeur, analysé par Jean-Louis Genard (1999, 2009, 2015). De la même manière que les personnes autrefois « malades mentales » sont perçues désormais comme atteintes de certains troubles psychiques, plus ou moins stabilisés, l'« addict » n'est pas tant une catégorie nosographique que le reflet de la condition de l'individu au XXI^e siècle : un funambule marchant sur la corde raide tendue au-dessus du précipice des vulnérabilités. Selon l'addictologie en effet, nous sommes tous et toutes potentiellement « dépendants » ; mais ce n'est qu'à partir d'un certain stade, ou d'un certain « degré », que cela sera jugé comme étant pathologique. À l'instar d'autres traits saillants de l'individu contemporain – comme le narcissisme¹⁹ analysé par Dahlia Namian et Laurie Kirouac (2015) – le caractère addictogène des produits diffusés par le capitalisme tardif et du monde de consommation dans lequel nous vivons est ainsi aisément recodé en une « épidémie » contemporaine de troubles de l'addiction, dans laquelle personne ne peut être tenu pour responsable des vulnérabilités individuelles – mis à part les individus eux-mêmes, invités à se responsabiliser lorsque leurs comportements enfreignent néanmoins les normes sociales d'autonomie et de maîtrise de soi.

¹⁸ L'épistémologue Ian Hacking cherche à comprendre, notamment dans son ouvrage le plus célèbre en France, *Les Fous voyageurs*, « comment une maladie mentale peut émerger, prendre racine, et finir par s'évanouir » ([1998] 2002 : 71). Il construit une grille d'interprétation sociologique convoquant quatre vecteurs (taxonomie, observabilité, polarité culturelle, « libération ») qui permet de comprendre pourquoi en un temps et en un espace donné, certaines « maladies mentales » sont susceptibles d'apparaître et d'être désignées comme telles.

¹⁹ Dans leur article, Namian et Kirouac analysent ce qui se voit décrit comme une « épidémie du narcissisme » depuis les débuts du siècle, à l'aune de la diffusion de la catégorie de la « personnalité narcissique » depuis son inscription dans le DSM dans les années 1980. Elles démontrent que s'opère un déplacement des critères d'inclusion dans cette catégorie diagnostique à une définition du « degré » à partir duquel le narcissisme est considéré comme pathologique, l'inscrivant désormais sur un « *continuum* allant du normal au pathologique » plutôt que l'isolant comme un véritable trouble de la personnalité. Si leur article vise dont à expliquer la « dépathologisation » de ce trouble controversé qu'est le narcissisme pathologique, dans une époque où le narcissisme sert les valeurs entrepreneuriales du monde du travail contemporain, il complète à la perfection notre propre intuition : celui d'un mouvement inverse, de *pathologisation* de l'addiction – dans des sociétés où il n'est pas socialement valorisé d'être perçu comme un « pur » consommateur.

I. B/ Emergence de l'objet-CTR

Mener une recherche sur le traitement des addictions dans des institutions résidentielles prenant en charge sur des durées moyennes à longues l'hébergement des usagers ne paraît pas aller de soi, dans le réseau complexe des services déployés de nos jours par l'addictologie. Ce projet s'est néanmoins éclairé durant la première année de thèse et il se justifie tant empiriquement que théoriquement à l'aune de ce qui constitue l'histoire du traitement résidentiel de l'alcoolisme et des toxicomanies. À l'origine, les institutions dites de « postcure » et autres « lieux de vie » étaient en effet l'unique perspective de prise en charge pour le sevrage et la réhabilitation des jeunes toxicomanes. Cette prise en charge fondée pour l'essentiel sur la perspective d'une « cure de sevrage », en imposant un changement radical dans l'environnement et les habitudes des toxicomanes, a été remise en question, pour toute une série de motifs, au milieu des années 1990. Mais les institutions-modèles qui existaient alors pour ce type de structures alors instituées en France dans l'urgence étaient fondamentalement les Communautés Thérapeutiques états-uniennes (CT) et les Centres d'Hygiène Alimentaire, où l'on accueillait alors les alcooliques chroniques (CHA) (Delile, 2011 ; Thiry-Bour, 1996).

Pour comprendre d'où proviennent les Centres Thérapeutiques Résidentiels que nous avons observés, il faut rappeler brièvement l'évolution du secteur médico-social depuis les années 1970. La création du secteur public hospitalier et les deux lois du 30 juin 1975 entérinent la séparation entre secteur sanitaire d'une part et secteur de l'action sociale et du médico-social de l'autre – en précisant également le champ de juridiction concernant les personnes handicapées (Verdier, 2003). Dans chacun de ces secteurs se développent donc en parallèle, et de manière sectorielle (donc territorialisée), des dispositifs spécialisés, segmentés par types de problèmes et de réponse thérapeutique ou sociale, ou en fonction du moment de trajectoire des malades. Une mise en réseau de ces dispositifs est censée pallier les effets problématiques de l'hyperspécialisation qui commence alors seulement à apparaître en France (Velpry, Vidal-Nacquet, 2018 : 15-16). Comme on l'a vu plus haut, l'addictologie est de nos jours un des résultats tangibles de cette hyperspécialisation des filières. Elle s'est déployée sur plusieurs pôles d'activités depuis sa mise en place au début des années 2000 et elle s'articule de fait entre trois sphères différentes de la vie sociale : la ville, le sanitaire et le médico-social (Couteron, 2022 : 6-8). Cette division organisationnelle a été inaugurée par la commission Rascas (Réflexion sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions, 2001), qui prévoyait un dispositif de prévention et de soins en addictologie articulé entre ces trois pôles ayant chacun ses missions et ses modalités d'intervention propre.

L'addictologie est d'abord représentée au niveau des acteurs de proximité, notamment dans le secteur libéral ou d'exercice coordonné (médecins généralistes, pharmaciens, psychologues, Maisons de santé pluriprofessionnelles...), mais elle peut apparaître également dans le cadre de la médecine scolaire ou médecine du travail, dans les politiques de la ville, sans oublier tous les acteurs associatifs qui rendent audibles les revendications et les problèmes rencontrés par les usagers de drogues.

Le secteur sanitaire, ou plutôt hospitalier, offre aux usagers d'accéder aux plateaux techniques de l'hôpital, notamment dans le cas des hospitalisations pour sevrage. On y trouve des

consultations sanitaires, des équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA), des services d'hospitalisation complète ou d'hospitalisation de jour (HDJ), et les services de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisés en addictologie (SSR-A).

Le secteur médico-social est censé quant à lui assurer un accompagnement transdisciplinaire et dans la durée, gratuit et avec possibilité d'anonymat. Il est majoritairement géré par des établissements publics de santé ou par des associations, particulièrement représentées dans ce secteur. Jacques Malet souligne d'ailleurs l'exception que constituent les « structures d'accueil des toxicomanes » dans ce domaine : le taux de salariés dans le secteur associatif y est en effet de 65% – et contrairement aux établissements comme les EHPAD, la part du secteur lucratif est infime (2% de salariés) par rapport à celle des fondations qui œuvrent dans ce domaine spécifique (30% des salariés) (Malet, 2012 : 49). Les dispositifs existant dans le médico-social sont principalement les CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), les CJC (Consultations Jeunes Consommateurs)²⁰ et les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues)²¹. C'est enfin au sein des CSAPA que l'on peut accéder aux CTR.

Les CSAPA sont en effet des centres pluridisciplinaires d'accueil et de consultation en addictologie, qui assurent des missions d'information, d'accueil et de prévention, mais qui procèdent aussi à l'évaluation médicale, psychologique et sociale et à l'orientation des usagers. Les CSAPA comme les CAARUD ont également à leur cahier des charges l'introduction de la réduction des risques, mais ils se concentrent surtout – contrairement à ces derniers – sur la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative des usagers qui en font la demande. Les diverses professions représentées dans ces structures sont les suivantes : médecins – la plupart du temps psychiatres –, infirmiers (IDE ou IPA), psychologues cliniciens et psychothérapeutes, psychomotriciens, travailleurs sociaux et professionnels socio-éducatifs, médiateurs-santé-pair – aussi appelés ailleurs patients-experts – et professionnels administratifs. Si la majeure partie des CSAPA accueille les usagers uniquement en ambulatoire, certains d'entre eux proposent des services de soins résidentiels, qui se répartissent entre les Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR), les Communautés thérapeutiques (CT), les Appartements thérapeutiques (AT), et enfin les familles d'accueil.

Cette séparation entre lieux de soin en ambulatoire et lieux de soins avec hébergement structure de fait le champ de l'alcoologie et de l'intervention en toxicomanie depuis plusieurs décennies. La circulaire du 29 mars 1972 issue de la Direction Générale de la Santé établissait déjà une ligne de frontière entre les deux types de « postcure » existant à l'époque : « les centres de postcure se divisent en deux catégories : les uns traitent pendant quelques mois en cure

²⁰ Les CJC, créés en 2004 sont des espaces de consultation destinés à l'accueil des jeunes consommateurs et de leur entourage accueillent des jeunes consommateurs et leur entourage, dans des cas où des conduites d'usage (alcool, cannabis, tabac, jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo ou Internet) viennent repérées comme problématiques (Obradovic, 2012). Ces rencontres et consultations se déroulent soit dans les CSAPA ou des centres hospitaliers, soit dans des lieux dédiés à l'accueil des jeunes (Couteron, *art. cité* : 8).

²¹ Les CAARUD sont des espaces d'accueil inconditionnel et de soins de premier recours destinés aux usagers actifs, souvent parmi les plus précaire, qui peuvent s'y rendre pour se reposer, manger un repas chaud, avoir accès à du matériel de réduction des risques, prendre une douche ou avoir accès à des produits d'hygiène ou de connexion basiques (machine à laver, ordinateur, etc.). Ces lieux prennent en charge en priorité les risques et les conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues, et contribuent cela étant bien souvent à un premier accès aux soins.

psychothérapique les toxicomanes ayant terminé une cure de sevrage qui ont une personnalité très fragile. Les autres aident pendant six mois à deux ans environ le toxicomane à quitter définitivement l'univers de la drogue, c'est la réinsertion sociale » (DGS, 1972). Caractéristique de l'esprit de l'époque, cette division reflétait également la traditionnelle division ville/campagne : mis à part quelques structures pionnières en matière de soins ambulatoires ou d'hospitalisation en ville (l'hôpital Marmottan et l'association L'Abbaye à Paris, la *free clinic* du Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue – CEID – à Bordeaux), l'essentiel des « foyers agréés pour toxicomanes » étaient des post-cure du second type, la plupart du temps situées à la campagne, et proposant une prise en charge non- médicalisée et psychosociale du problème des « drogues », dans le sillon des pratiques et de la pensée soixante-huitarde (Delile, 2011 : 39).

Oscillant depuis leurs origines entre finalité sociale et finalité thérapeutique, les centres résidentiels actuels demeurent les représentants d'un modèle laïque d'intervention sociale qui s'est institutionnalisé dans ces années pionnières : la loi de 1970 nomme les post-cures pour alcooliques Centres d'Hygiène Alimentaire, et introduit les Centres de Soins Spécifiques pour Toxicomanes ou CSST. On distingue alors les CSST *sans hébergement*, qui s'occupent de la « cure », c'est-à-dire du sevrage et du suivi psychologique, et les CSST *avec hébergement*, qui prennent en charge pendant une durée plus ou moins longue (« six mois à deux ans » spécifie la circulaire de la DGS) la prise en charge qui suit le sevrage (Feugère, 2005 : 6). Les expériences communautaires qui existaient de fait depuis la fin des années 1960 et le début des années 1970 dans divers lieux furent progressivement institutionnalisées dans un dispositif spécialisé qui séparait clairement (voir schéma ci-dessous) toxicomanies et alcoolisme. Au niveau de leurs finalités, on peut considérer que les centres résidentiels comptent parmi les trois « grandes possibilités thérapeutiques » que sont, selon Lert et Fombonne (1989) : 1) les Communautés Thérapeutiques, 2) le recours aux TSO, 3) le traitement en ambulatoire²². Mais tout en reprenant les principes de base venus des États-Unis (un lieu de vie collective et d'accès aux responsabilités et à l'autonomie – sans drogues, sans sexe entre les résidents, et sans violences), ces institutions se sont constituées en France en s'opposant spécifiquement aux Communautés Thérapeutiques, dont le modèle était critiqué comme trop massifiant, trop béhavioriste, voire possiblement sectaire²³ (Demange, 2011 : 72-73). Elles instaurèrent une forme de modèle hybride à la française, entre dimension communautaire et idéal thérapeutique de la relation duale, où les avancées du patient dépendent en grande partie de son transfert privilégié avec *son* « thérapeute » :

Les « post-cures » conjuguèrent une approche communautaire à une prise en charge très individualisée, mais ce qui était revendiqué c'était *le primat*, en termes d'efficacité et d'éthique, de la prise en charge individuelle. L'effet thérapeutique ne pouvait survenir *que dans le cadre d'une prise en charge individuelle*. C'était l'époque où *tout intervenant, quel que fût son rôle ou sa fonction dans l'institution, se revendiquait comme*

²² Dans les faits, ces possibilités sont loin d'être incompatibles entre elles, elles se recoupent bien plutôt, dans la trajectoire de soins des personnes qui se reconnaissent comme ayant une dépendance. Ces analyses, portant uniquement sur les « soins de la toxicomanie » comme le souligne Henri Bergeron, présentent le désavantage de ne considérer « cible de soins ainsi entendues que ceux qui ont une consommation anormale (exagérée et incontrôlée), et qui forment, plus ou moins clairement, la volonté de s'en sortir » (Bergeron, 1999 : 5).

²³ L'image des CT en France se dégrada particulièrement par suite d'une déclaration officielle faite par les intervenants français au congrès WFTC de New York affirmant que la méthode CT était autoritaire, sectaire et incompatible avec la déontologie des praticiens français. Simone Veil, alors ministre de la Santé, déclara à la suite de ce fait, en 1983, que la France n'accepterait pas de CT sur son territoire (Van der Straten, 2011 : 120).

thérapeute. Les pratiques de groupe et le communautaire étaient considérés comme une affaire secondaire que l'on pratiquait dans l'« arrière-boutique » sans aucune référence théorique sérieuse. (*ibid.* : 77)

Les CTR sont ainsi l'émanation contemporaine du regroupement des anciennes post-cures dédiées à la prise en charge des usagers de drogues illicites et licites, qui se trouvaient hébergés jusque dans les années 1990-2000 dans divers types de structures. La circulaire DGS du 22 février 1984 spécifie en effet que le séjour résidentiel est présenté comme un temps de « remaniement, de restructuration de la personne » et qu'il doit constituer « une préparation à l'insertion » ; elle diversifie les possibilités d'hébergement en proposant par exemple des possibilités d'hébergement en studio, d'hébergement d'urgence et de transition et d'hébergement des mineurs.

Evolution des structures ambulatoires de prise en charge de l'alcoolisme et des toxicomanies (années 1970 à 2000)

• Alcoologie

- - 1970 : création des Consultations d'hygiène alimentaire.
- - 1975 : circulaire transformant les Consultations en Centres d'hygiène alimentaire (CHA).
- - 1983 : circulaire transformant encore leur statut en Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA)
- - 1999 : transformation des CHAA en CCAA (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie)

• Intervention en Toxicomanie

- - 1970 : Création des CSST (Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes) via l'article 3 de la loi du 31 décembre 1970 (aujourd'hui article L. 3411-1 du Code de la santé publique)
- - 2003 : changement du mode de financement des CSST – deviennent officiellement rattachés au médico-social et financés par l'Assurance-Maladie

Mise en place des CSAPA (2002-2007) : Fusion des CCAA et des CSST

- Création par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
 - Le décret du 14 mai 2007 fixe les missions obligatoires et facultatives des CSAPA.
- Les divers dispositifs d'hébergement (CTR, CAUT, AT..) se trouvent automatiquement rattachés à un CSAPA

Dans les années 1990, en ce qui concerne les seuls CSST, on trouve ainsi en France (en plus des 200 centres en ambulatoire et de la quinzaine de centres en milieu pénitentiaire) 46 centres de soins avec hébergement collectif, qui pouvaient gérer également des réseaux d'appartements thérapeutiques-relais, des structures d'hébergement de transition ou d'urgence ou des réseaux de famille d'accueil (Reynaud, 2016 : 388). Les Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA), et après le 1^{er} janvier 1999 les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), étaient pour leur part destinés aux usagers présentant une consommation à risque ou une dépendance à l'alcool. L'action médico-sociale effectuée dans ces centres se coordonnait bien souvent avec une prise en charge hospitalière et un suivi en aval de la cure pour sevrage alcoolique envisagé par la personne. Néanmoins, ce n'est qu'à partir des années 2005 que la législation française (voir encadré suivant) réussit à unifier ces prises en charge, au sein des CSAPA (Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

Les CTR font donc partie de la nouvelle cartographie instituée en addictologie française depuis la création des CSAPA dans les années 2000. Ces centres (une quarantaine, concentrés en France métropolitaine – voir tableau 1) donnent avant tout les supports nécessaires pour reconstituer les pratiques constitutives de la vie ordinaire, et engagent les usagers et usagères qui viennent y séjourner à une période de soins et d’accompagnement orientée par la perspective de l’abstinence – quand bien même les modalités contemporaines de prise en charge contemplent également l’inclusion de la réduction des risques, et pour certains centres, l’orientation vers un mode de « gestion » de ses consommations à la sortie du CTR. Le statut légal de ces structures est anodin, étant donné qu’un CTR est encore de nos jours une « communauté thérapeutique autorisée à titre expérimental dans le cadre de la circulaire du 24/10/06 », d’après le rapport d’activité le plus récent de l’un de mes terrains d’enquête²⁴, même si dans les faits ces structures se sont pérennisées bien au-delà des trois ans réglementaires. En parallèle, on trouve à leurs côtés une dizaine de communautés thérapeutiques (CT), ainsi que quelques Centres d’Accueil, d’Urgence et de Transition (CAUT). Publiée en octobre 2006, la circulaire N°DGS/MILDT/SD6B/2006/462 fixe les modalités de mise en place de toutes ces structures. Plus précisément, elle définit l’objet du *dispositif résidentiel*, les procédures d’autorisation et leur durée et enfin, les modalités de leur renouvellement. À l’annexe 1, la circulaire du 24 octobre 2006 présente le cahier des charges relatif à la mise en place des structures. Le point 2-4 de ce cahier des charges intitulé « Droits des usagers des CT » précise les dispositions prévues par le législateur afin de prévenir toute possible dérive autoritaire, tout prosélytisme religieux ou sectaire et toute exploitation économique (Denis *et al.*, 2011). Il encadre l’activité des futures structures et précise leurs principaux objectifs et missions.

Encadré 0.3 _

Législations importantes récentes pour la mise en place des centres thérapeutiques résidentiels

La circulaire DGAS/5 C/DSS/1 A n° 2003-526 du 13 novembre 2003 relative à la campagne budgétaire pour l’année 2003 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (CCAA, CSST et AT), fait passer le financement de ces structures de l’État vers l’Assurance-maladie.

La circulaire DGS du 10 mars 2006 relative au renouvellement des autorisations des CSST et à la mise en place des CSAPA, explicite les modalités de transition des CSST aux CSAPA.

La circulaire du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques prévoit leur mise en place expérimentale sur 3 ans, renouvelables un an. Au-delà de ce délai, ces communautés thérapeutiques pourront devenir des CSAPA sous réserve des résultats de l’évaluation menée au niveau national sous l’égide de l’Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT).

Le décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions CSAPA, détaille les missions de ces établissements. Il établit qu’un rapport devra être complété pour chaque type d’activité d’hébergement, dès lors qu’un minimum de 10 patients ont été accueillis dans un type d’hébergement.

²⁴ CTR n°2, Métanoïa – Rapport d’activité 2023 (document interne).

La circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie, complète cette dernière circulaire.

Passons à présent aux modes de financement des CTR. Depuis 2003, le statut des anciens CSST/CCAA (et nouveaux CSAPA) a changé, les faisant passer du dispositif d'exception dans lequel ces centres se trouvaient précédemment au droit commun. Le système conventionnel antérieur se trouvait en effet financé directement par l'État (et de façon complémentaire par la MILDT et les collectivités locales). Les institutions médicosociales que sont les CSAPA (et donc les CTR qui s'y voient rattachés) se trouvent désormais dotées de moyens directs de l'Assurance-maladie, depuis l'article 38 de la loi de financement de 2003. Les financements sont plus précisément alloués à travers une enveloppe budgétaire annuelle (dotation globale de fonctionnement) correspondant aux crédits ONDAM accordés par l'Assurance-maladie et les ARS. Ces structures fonctionnent avec la convention collective de 1966, qui s'applique aux établissements et services de l'intervention sociale et médico-sociale.

Tableau 1 : Différences entre les diverses institutions d'hébergement en addictologie en fonction du nombre maximum de résidents

Nombre d'hébergés par structure	Moins de 5 résidents	5 < 9 résidents	10 < 15 résidents	15 < 30	+ de 30 résidents
CAUT (4 structures recensées)		2	2		
CTR (37 structures recensées)		8	22	3	
CT (11 structures)				1	10

Note : En 2020, il existe près de 500 CSAPA en France selon les bilans de la dernière enquête RECAP (OFDT – Bouthier, 2023). Au sein de ce nombre conséquent, on compte 4 CAUT, 40 CTR, et 11 CT. Plusieurs centaines de familles d'accueil complètent le dispositif. La comptabilisation des appartements thérapeutiques s'avère impossible à travers nos sources – du fait de la confusion possible avec les appartements de coordination thérapeutique de la psychiatrie classique (ACT).

Suite aux résultats de ce tableau, nous décidons de classer les CTR comme suit :

CTR de type 1 (5 à 9 résidents)

CTR de type 2 (majoritaires) (10 à 15 résidents)

CTR de type 3 / CT (+ de 15 résidents)

Nous rappellerons enfin ici les principes généraux de fonctionnement de ces structures, avant de problématiser comment l'enquête s'est progressivement focalisée sur ce type de dispositif de prise en charge. Les CTR sont des établissements médico-sociaux et adoptent conséquemment les règlements qui s'y appliquent, ainsi que les principes qui règlent généralement le fonctionnement des CSAPA : droit à l'information et à l'anonymat, accompagnement « global » et projet individualisé, transdisciplinarité des équipes, primat accordé à ce que les professionnels nomment

« l’alliance thérapeutique », bientraitance et confidentialité sont les modalités premières affichées par ces structures. Certains principes semblent néanmoins spécifiques au fonctionnement en résidentiel : le *programme thérapeutique* et l’explicitation de *l’objectif de soin* poursuivi par la structure.

Chaque structure présente dans son projet un certain programme thérapeutique, s’appuyant sur des objectifs et des supports spécifiques. Ce programme est rédigé et périodiquement évalué, et il doit rendre compte d’au moins un volet centré sur des activités occupationnelles (sport, ergothérapie, psychomotricité, jardinage, bricolage, etc.) et un autre centré sur des techniques relationnelles (groupes de parole, ateliers d’expression, etc.). L’emploi du temps établi (voir II. B/) s’articule ainsi entre temps collectifs et individualisation du parcours (entretiens médicaux, psychologiques, etc.). Par ailleurs, les usagers signent généralement une charte, un règlement²⁵, ou un contrat de séjour. Au sein de ces règles, l’objectif de soins dégagé découle nécessairement en partie de l’expérience de vie collective qui leur est proposée au sein de ces centres : vivre, pendant plusieurs semaines voire mois, de manière « abstinente » (ou du moins, s’engager à ne pas consommer, et à ne pas introduire des produits de consommation interdits au sein de l’établissement). Néanmoins, les usagers et les professionnels peuvent s’entendre sur les modalités de consommation envisagées à la sortie, et construire ensemble l’orientation la plus souhaitable pour la personne concernée.

L’« abstinence » est une notion fondamentale dans l’histoire de la discipline addictologique, et a constitué pendant longtemps l’un des trois piliers du « triangle d’or » de la politique française en matière de stupéfiants : « l’abstinence comme idéal normatif, la désintoxication pour ceux qui ont subi l’attrait des paradis artificiels, l’éradication des drogues de la société comme horizon politique » (Ehrenberg, 1996 : 6). La notion d’abstinence désigne, dans son acception courante, la « renonciation partielle ou totale, par principe, hygiène ou pénitence, à la consommation de certains aliments, à la satisfaction d’un besoin, d’un désir » (Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales - CNRTL) et elle concerne, dans le champ spécifique qui est le nôtre, l’absence de consommation telle qu’elle a été définie lors de la Conférence de Consensus sur les TSO en 2004 :

Au sens addictologique, l’abstinence désigne l’absence de consommation (le « non-usage » d’une substance psychoactive qui suit pendant une durée significative une période de pharmacodépendance à cette substance, c’est-à-dire > 12 mois dans le DSM-IV). Dans le champ de la dépendance aux opiacés, le terme abstinence répond également à deux acceptions :

- Le sens traditionnel qui désigne le non-usage significativement durable, voire définitif, de toute prise d’opiacés, y compris de Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) ;
- Le sens actuel qui désigne le non-usage significativement durable de toute prise d’opiacés illicites, en s’accommodant du maintien des MSO. (Fédération Addiction, 2023 : 22)

Bien que l’opinion commune considère, souvent à tort, que les structures en addictologie se consacrent essentiellement à la « désintoxication » des usagers (selon le modèle du *rehab center* américain – qui peut correspondre de fait aux services dédiés à la « cure »), c’est en vérité sur d’autres enjeux que les processus engagés dans ces centres nous ont parus importants à mettre en lumière.

²⁵ Le lecteur ou la lectrice pourra trouver en annexe un document-type établi par un CTR existant, qui établit l’ensemble des règles (globalement partagées par les centres) que les usagers doivent connaître avant d’arriver dans la structure (annexe 0.1 – « Règles de la maison »).

L'abandon (total ou partiel) des substances psychoactives (y compris des traitements médicamenteux) ne constitue qu'un versant du travail effectué quotidiennement dans ces centres. La perspective qui est développée est bien plutôt de conduire l'individu à avoir conscience de ses comportements de consommation, de ce qui les motive, et des moyens de contrôle ou a minima de réduction des risques qu'il peut avoir à leur égard. C'est globalement une dynamique de « changement » par rapport au comportement de dépendance, et la recherche d'un mieux-être par rapport à sa situation initiale (au moment de la demande de séjour) qui configurent la visée annoncée des CTR, à un niveau local (sur les dépliants ou plaquettes d'information) ou national (Fédération Addiction, 2023 : 40). Dans ce travail, nous interpréterons ce changement attendu et poursuivi dans les institutions résidentielles en addictologie à l'aune du concept de *responsabilisation*, que nous développerons dans la prochaine section introductive.

Encadré 0.4 _

Diversité de l'offre de soins thérapeutiques résidentiels : pourquoi enquêter sur les CTR ?

Les CTR se distinguent des autres dispositifs d'hébergement que nous détaillerons ici, permettant ainsi de souligner les différences qui existent entre les diverses options offertes par les services de soins et d'accompagnement résidentiels :

- **Les Centres d'Accueil, d'Urgence et de Transition (CAUT)** : on en dénombre 4 en France. Ils accueillent des personnes ressentant le besoin de rompre rapidement avec leur environnement, pour un séjour de transition inscrit sur une durée courte (quelques semaines à trois mois maximum). Ils permettent généralement de consolider un projet de soins ou d'insertion avec des partenaires pouvant prendre la suite de ce séjour. On assiste récemment à la mise en place de ce type de logement collectif pour les sortants de prison (notamment une structure de type CTR, mais qui fonctionne comme un CAUT, et une structure de type appartement thérapeutique collectif)

- **Les Communautés Thérapeutiques (CT)** : d'origine anglo-saxonne, les Communautés Thérapeutiques s'inspirent presque toutes de ce qu'on appelle le « modèle Minnesota », ou encore ce qu'on résume par « le programme en 12 étapes » inspiré par les Alcooliques Anonymes/Narcotiques Anonymes. Les CT prennent généralement en charge les personnes sur des durées allant d'un an à un an et demi—deux ans, avant la réinsertion en milieu ordinaire. La thérapie est fondée sur les groupes de parole entre résidents, plus nombreux qu'en CTR, et sur un accompagnement basé sur la confrontation à ses comportements et à l'extériorisation de ses émotions. Ce modèle, qui est le plus répandu aux États-Unis en ce qui concerne le traitement des addictions, s'est adapté au cours des décennies aux spécificités culturelles et sociales des pays où il s'est implanté (Hervé, Pedowska, 2011 : 27), mais la France a fait figure d'exception pendant longtemps en la matière. L'épidémie du sida, ainsi que le développement dans ces mêmes années des TSO, ont permis d'ouvrir le champ à ce dispositif, et d'inaugurer les premières CT à l'issue du plan gouvernemental de 1993 (où le terme apparaît pour la première fois dans un texte officiel) – puis de permettre leur réelle émergence au cours des années 2000 (Castagné, 2006 ; Demange, 2011 : 78). Les CT françaises ont donc su dépasser les accusations de « comportementalisme agressif, évoquant des camps de rééducation » (Delile, 2011 : 37), qui pesaient déjà dans le débat existant entre le modèle des premières CT américaines comme *Synanon* (Hillel, 2018) et les CT anglaises, qui ont été choisies comme modèle d'inspiration européen. Depuis la fusion opérée par l'addictologie, le format de la CT est davantage valorisé comme possibilité de traitement thérapeutique, notamment dans les cas les plus compliqués à traiter en ambulatoire, de la part des professionnels du secteur. Il en existe aujourd'hui 11, en France métropolitaine et dans les DROM.

- **Les Appartements Thérapeutiques (AT)** : suivant fréquemment un séjour en CTR ou en CT, les Appartements thérapeutiques permettent de poursuivre un suivi renforcé dans le cadre d'un logement autonome correspondant à sa progressive réinsertion sociale. L'AT permet à la personne de restaurer des liens sociaux et professionnels, mais en bénéficiant d'un accompagnement et de consultations régulières avec ses référents en CSAPA, qui viennent éventuellement au domicile. Dans d'autres cas, ils bénéficient aux personnes qui n'arrivent pas, pour des raisons personnelles, à résider en collectif : difficultés relationnelles, expériences négatives en groupe, situation familiale (mères avec enfants à charge). Malgré quelques exceptions, ils constituent souvent une étape supplémentaire vers la reconnaissance d'une autonomie et ne sont d'ailleurs généralement proposés qu'à des personnes « ayant la capacité de *vivre seules* et de gérer à minima le quotidien et la tenue de l'appartement » (Fédération Addiction, 2013 : 32). En plus d'une participation au loyer, la plupart des structures demandent d'ailleurs que le résident soit capable de disposer rapidement d'un revenu minimum (RSA, AAH, autres prestations sociales), afin de pouvoir subvenir à ses besoins primaires (alimentation, hygiène, loisirs...). Le séjour en AT peut durer entre 1 mois et 1 an, renouvelable 1 fois. Un contrat de séjour et un Dossier Individuel de Prise en Charge (DIPeC) fixent les objectifs de l'engagement individuel en matière de soins et d'insertion.

- **Les familles d'accueil** : dispositif moins connu, il fait suite à l'arrêté du 20 décembre 1977 fixant règlement du placement familial ou communautaire des toxicomanes. Il consiste en l'accueil et l'hébergement d'une ou deux personnes en « milieu ordinaire » au sein d'une famille. Certaines préconisations sont engagées par les législations encadrant cette modalité de prise en charge – notamment l'évitement des personnes présentant des comorbidités de type psychopathologique. Le recrutement des familles et leur lien avec l'institution est assuré par les CSAPA. Disposant d'un statut bénévole, ces familles bénéficient néanmoins d'une indemnisation forfaitaire de frais de séjour (25 euros par jour), pour des durées moyennes des séjours variables (4 mois en moyenne). Une centaine de familles d'accueil existent de nos jours – mais les équipes ont tendance à leur privilégier depuis quelques années les AT.

En dépit du fait que nous ne les connaissions pas au début de notre thèse – et notamment grâce l'orientation presque « naturelle » qui nous a été faite de la part de nos interlocuteurs vers ce lieu²⁶ – l'objet-CTR nous est progressivement apparu comme un dispositif particulièrement fécond sur lequel enquêter.

Premièrement, il nous semble incarner à la perfection la situation des structures médico-sociales contemporaines, devant conduire une prise en charge à *l'entre-deux* entre des services plus médicaux ou hospitaliers (dans ce cas précis, lors des cures pour sevrage) et des services d'action sociale et de réinsertion. La prise en charge en CTR est également située entre la temporalité urgente de l'entrée à l'hôpital – au service d'urgences après une overdose, ou dans l'empressement d'échapper à une situation de danger ou de détérioration physiologique inéluctable – et la temporalité plus distendue, ou du moins flexible, des suivis en ambulatoire des CSAPA ou des CJC.

Deuxièmement, au sein des dispositifs d'accueil *collectifs* existant en addictologie (SSRA, CTR et CT), les CTR semblent plus représentatifs des enjeux contemporains de la discipline : les services de Soins de Suite et de Réadaptation sont, comme leur nom l'indique, des services sanitaires de rééducation hospitalière, sectorisés, et plus généralement destinés à des publics présentant des polypathologies liées à un âge avancé. Des usagers des structures que j'ai fréquentées ont pu y effectuer des séjours, mais qu'ils envisagent souvent plutôt comme des « cures » que comme des postcures. Les activités y sont souvent « à la carte », et les séjours n'excèdent généralement pas le mois. Les Communautés Thérapeutiques, à l'autre extrémité du spectre, se définissent comme des

²⁶ Voir plus loin, section Méthodologie et terrains.

centres résidentiels de longue durée axés sur le fait de procurer un environnement propice à l'abstinence, et dans lequel la reconnaissance de sa « maladie » et un modèle de vie communautaire avec des pairs plus avancés dans leur rétablissement constituent une base idéologique intangible. N'étant ni un service sanitaire dont les hébergés seraient les patients-bénéficiaires, ni un centre fondé sur le nivellement des usagers et leur soumission à un même ensemble de règles et de croyances partagées, le CTR nous semble un lieu plus propice à décrire les idéaux et les attentes professionnelles de ce secteur, leur négociation active et le travail effectué quant à l'élaboration de ces attentes par les usagers, ainsi que les effets délétères, les inégalités de traitement et les éventuels problèmes auxquels ces principes se heurtent nécessairement.

Troisièmement, entre les divers dispositifs du médico-social proposant de l'hébergement (encadré ci-dessus), la spécificité du CTR – qui est de proposer des durées de séjour de moyenne à longue (généralement entre un et six mois, jusqu'à douze mois maximum) – offre une prise particulièrement saillante pour l'ethnographe. Contrairement à des services en ambulatoire, où la fréquentation des usagers serait trop éphémère, ou à des séjours en hospitalisation ou en CAUT, où deux à quatre semaines seraient une durée bien courte pour observer les interactions et les pratiques, la durée en CTR permet de réaliser une plongée dans le milieu de l'addictologie et de comprendre comment l'institution et ses professionnels cherchent à « favoriser et soutenir chez les usagers une dynamique de changement » (OFDT, 2012 : 197). Ce changement serait sans doute moins perceptible, sur une durée plus courte, au-delà de la seule résolution à changer ou « volonté de se soigner » – dont nous analyserons également les tenants, essentiels en addictologie. Le séjour en AT ou en famille d'accueil, de même, ne nous permettrait pas de voir les usagers de manière continue – et d'estimer, ainsi qu'ils le font, les effets dans le temps de ce séjour. Des durées plus longues, comme celle qui est favorisée dans les institutions de type CT, confirment quant à elles cette influence positive du temps sur la sensation de vivre une transformation personnelle et identitaire. Toute la question du « devenir » des personnes dépendantes – dans les évaluations et rapports qui l'ont pris pour objet (Moutin, Briole, 1984 ; Bourgeois *et al.*, 1987) – n'a été lue qu'à travers les résultats décrivant un taux de sortie « réussi » car proportionnel au temps passé en post-cure. Ces résultats étaient néanmoins déjà interrogés à l'époque comme pouvant être le produit de la sélection faite à l'entrée, ou des effets de cette sélection : les personnes qui séjourneraient plus longtemps en CT seraient celles qui, ayant franchi toutes les étapes de sélection préliminaires, demeureraient « les plus motivées », indépendamment des modalités thérapeutiques employées. La corrélation de la durée avec le succès de la thérapie n'est véritablement attestée que pour les personnes présentant des troubles graves et disposant de très peu de ressources sociales ; pour celles qui sont moins sévèrement atteintes, les études ne parviennent pas à estimer des « facteurs de prévisibilité » de la réussite de la sortie en fonction du temps de séjour (Delile, Couteron, 2009 : 32).

Le CTR, les attentes qu'on y développe, et les pratiques qui y ont lieu nous semblent en ce sens particulièrement riches à investiguer, et elles rendent compte de la pluridimensionnalité du lieu, qui fonctionne au moins selon trois facettes : celle d'une institution (quasi-)totale prenant en charge la vie de ses hébergés pendant un temps déterminé ; celle d'un espace liminaire d'initiation et d'apprentissage ; celle d'une scène sociale orientée par les impératifs d'individualisation, de réinsertion, et de professionnalisation. L'objet-CTR apparaît comme une institution complexe et un objet aux visées plurivoques – d'où la nécessité d'en inspecter toutes les facettes et tendances. Ce

sont avant tout ces trois dimensions du CTR que nous chercherons à analyser, dans une thèse portant plus généralement sur les différents devenir proposés de nos jours aux usagers de l'addictologie contemporaine.

Tableau 2 : Durée moyenne de séjour dans les structures d'hébergement collectif du secteur médico-social en addictologie (CAUT, CTR, CT)

Durée moyenne de séjour	4 à 6 semaines	6 à 15 semaines	4 mois renouvelables	6 mois renouvelables	6 < 12 mois	12 mois ou plus	Non précisé ou « quelques semaines à un an »
CAUT	2	2					
CTR de type 1 (5 à 9 résidents)		3		1			5
CTR de type 2 (10 à 15 résidents)	2	4	3	2	1		9
CTR de type 3 / CT (+ de 15 résidents)		1					2
CT						11	

Note : la plupart des sites ou des brochures des CTR recensés demeurent approximatifs ou allusifs concernant la durée moyenne de séjour. Certains précisent notamment la période d'essai ou d'évaluation de l'utilisateur (généralement d'une semaine à un mois), ou encore la périodicité avec laquelle un « bilan » sera établi avec l'utilisateur concernant son séjour, mais sans notifier quel serait le séjour moyen, que ce soit statistiquement ou idéalement (quelle serait la durée « désirable »). De la même manière qu'en ce qui concerne le classement par nombre de résidents, nous pouvons ici estimer qu'une ligne de division s'établit entre les CTR de séjour court (un à trois mois, sans renouvellement possible) ; les CTR de séjour moyen (trois à six mois, renouvelables ou non) et les CTR de séjour long (six mois à un an) et dont le fonctionnement s'apparente sans doute plus à celui des CT (12 mois minimum).

I. C/ « Faute d'« être soi » : responsabilisation, addictologie et devenir orientés

La responsabilisation étant le concept-clef autour duquel se déploie notre problématique, il nous faut à présent mettre en lumière la notion polysémique de « faute », contenue dans le titre de cette thèse, et la manière dont nous l'envisageons comme une notion permettant d'illustrer les franchissements d'étapes vécus par les usagers dépendants que nous avons observés dans des institutions de l'addictologie contemporaine. C'est l'analyse anthropologique du sens attribué à l'origine des maladies qui nous permettra dans un premier temps d'établir un lien entre faute, responsabilisation et construction identitaire. Françoise Héritier décrit en effet trois types d'interprétation possibles dans la manière dont les êtres humains ont historiquement exprimé leur besoin de « donner sens à l'événement qu'est le malheur biologique et l'épidémie » : le mal est toujours soit le résultat d'une sanction, soit la marque d'une agression par un agent extérieur, soit le

fruit d'une faiblesse intrinsèque (Héritier, 2013 : 61). Formulées autrement plus loin, ces trois causes, qui peuvent d'ailleurs se conjuguer entre elles – « la faute », « l'envie » ou « le destin » – sont considérées comme déterminantes dans l'apparition d'une maladie (*ibid.* : 82). Dans le registre de la faute, « [le] mal est la sanction immédiate d'une infraction à une règle, avec la possibilité de passer d'un registre à l'autre par l'application quasi mécanique de principes de transfert et de causalité » (*ibid.* : 61). L'individu fautif d'avoir enfreint les normes morales de sa société est « puni », par le développement d'un mal dont il est à la fois *victime et responsable*. C'est une conception qui nous semble encore hanter les fantasmes sociaux existant dans notre société autour de la notion d'addiction : si une personne n'est jamais entièrement responsable de son rapport de dépendance à une substance, on ne peut cela étant la considérer comme une simple victime de son mal-être – comme dans le cas par exemple du développement d'une maladie auto-immune ou d'un handicap de naissance. La représentation d'ailleurs francocentrée de l'être humain comme le seul animal doué de libre-arbitre a son poids dans cette représentation de la mise en déroute d'un individu qui pensait pouvoir maîtriser son comportement et sa consommation. Cette vision sous-entend qu'en acceptant de céder une partie de son autonomie à une substance, personnifiée souvent sous la forme d'une puissance extérieure (du type « la Drogue »), le sujet n'est plus tout à fait « lui-même » ; son rapport à autrui et au monde se modifiant, son Moi se modifie également, étant conditionné par ce lien de dépendance qui finit par *définir son existence*. C'est sans doute pour cela que les personnes dépendantes à une ou plusieurs substances ou comportements sont souvent décrites sous un statut substantivé (« les drogués », « les toxicomanes », « les alcooliques »). *Faute d'avoir fait ces choix* (de consommation, d'occupation de son temps, et de don de soi à cette substance), l'individu dépendant se trouve parfois sanctionné par une société qui nie son libre-arbitre, lorsqu'elle le considère comme aliéné à une substance et incapable de décider pour sa vie – tant qu'il est sous cette emprise. Cette conception renoue d'ailleurs avec la compréhension que propose Darin Weinberg de la maladie mentale – dans la manière dont les individus se perçoivent comme envahis par un autre à l'intérieur de soi (*an « other inside »*) (Weinberg, 2005).

C'est donc eu égard à ces représentations sociales que nous nous interrogeons, par rapport à ce que nous problématisons comme la « faute d'« être soi » » du sujet *addict* ou dépendant : l'individu malade est devenu dépendant de son fait, à cause de ses choix répétés de consommation – cela constitue « *sa* » *faute*. Mais il peut également se considérer « possédé » par la drogue ou la substance qui a pris cette part prépondérante dans son existence – et à *défaut d'être lui-même*, il est désormais un individu dépendant, dirigé en partie dans ses prises de décision par ce mode de vie s'écartant des normes d'autonomie ordinaires. Cela a donc deux conséquences. Responsable et irresponsable à la fois, il faut que cet individu soit *pris en charge* par la société, si l'on souhaite qu'il réintègre l'ordre social : l'idée d'une incapacité à pouvoir se tirer seul de cette situation est contenue dans la faute morale qu'on attribue habituellement aux « *addicts* ». *Il faut l'aider*, donc, d'une part. De l'autre, le devenir qui peut lui être proposé, en lieu et place de cette situation de non-coïncidence avec son être, doit être un schéma *applicable et transposable* à une population d'individus pourtant très hétérogènes mais réunis sous le dénominateur commun de l'addiction. La *responsabilisation* est le nom que nous donnons à cette prise en charge et cette transformation individuelle qui est visée – conjointement par les institutions se dédiant à cette mission et par les individus qui s'en font à la fois le support et l'objet

– pour orienter le devenir d’une diversité d’individus regroupés autour d’une unique problématique, dans notre cas celle de la dépendance à une substance ou à un comportement.

Par ailleurs, une des questions qui demeure à l’horizon de cette thèse est de comprendre si et comment l’émergence et l’institutionnalisation de l’addictologie ont permis de faire évoluer les modèles étiologiques et les perspectives qui sont offertes, pour leur devenir, aux personnes concernées par une forme de dépendance. Le faisceau multifactoriel encadrant le modèle bio-psycho-social diffusé aujourd’hui dans les services en addictologie permet-il de se départir d’une vision de l’addiction comme celle d’une aliénation à un agent pathogène²⁷ (la présence d’un « *other inside* ») ou de celle d’un fléau moral touchant des populations en partie responsables de leur état ? Sans doute en partie : notamment, nous le verrons, dans la mesure où on a pu faire évoluer l’horizon thérapeutique univoque de *l’abstinence*, en l’ouvrant à la possibilité de choisir par exemple entre abstinence, substitution et « gestion ». Ces diverses orientations possibles impliquent une explication plus sociale et contextuelle des causes qui ont porté à l’addiction et, en lui offrant de considérer ces facteurs biographiques et sociaux, l’addictologie permet à la personne concernée de choisir (plus ou moins librement) de consommer ou non – étant donné qu’elle a au moins connaissance des raisons qui la poussent à consommer, et des moyens par lesquels elle pourrait faire autrement. Mais cette « gestion » connote aussi l’action à avoir sur l’addiction comme s’il s’agissait encore une fois de maîtriser le corps, de maîtriser les pulsions et l’irrationnel, d’avoir une action sur un Moi qui, selon l’expression consacrée par Freud, « n’est pas maître en sa demeure » – et qui resterait habité par des pulsions inconscientes qui le déterminent, tout autant que ne le fait le cadre normatif sociétal, ou le calcul des bénéfices-risques (pour un être qui serait *seulement* rationnel). Nous tenterons d’analyser également ce qu’il reste des orientations cliniques et des représentations passées dans la construction de l’horizon pensé aujourd’hui pour les usagers dépendants.

La complexité de l’addictologie, c’est sans nul doute qu’elle circonscrit un phénomène en évolution constante, aux sources explicatives en perpétuelle redéfinition, et qu’elle fournit des solutions thérapeutiques elles-mêmes en pleine mutation. Cette thèse prend donc le parti de se focaliser, non pas tant sur les conditions sociales d’entrée dans l’addiction, que sur celles qui conditionnent *la prise en charge et la réorientation existentielle de personnes qui se voient définies comme dépendantes, et qui font le choix, pour une raison ou pour une autre, de « s’en sortir »*. En d’autres termes, qui ont vécu un processus d’étiquetage et de stigmatisation les caractérisant comme malades – en leur donnant en partie la responsabilité de cette maladie – et qui ont choisi de « se responsabiliser », et de reprendre, même minimalement, le contrôle de leur existence.

Deux ouvrages importants pour notre étude se trouvaient donc au minimum à considérer – l’ouvrage de Robert Castel sur « *les sorties de la toxicomanie* » (1998), et celui, plus récent, de Maria Caiata Zufferey, intitulé *De la toxicomanie à la conventionalité. Sociologie des sorties de la drogue à l’époque de la réduction des risques* (2006). Les deux livres postulent que les mutations du champ social et de l’intervention spécialisée (développement de la RdRD, diffusion des traitements de substitution, rapprochement entre drogues licites et illicites) ont permis, au moins une pluralisation du processus

²⁷ Et la neurobiologie n’est pas en reste sur cet argument, car si elle considère l’addiction comme un dérèglement du système de la récompense, ce dérèglement (dû au « découplage » et à l’« autonomisation des neurones noradrénergiques et sérotoninergiques qui réagissent de façon indépendante aux stimuli externes ») est attribué à l’introduction et à la consommation répétée de produits toxicomanogènes libérant de la dopamine (Tassin, 2008 : 25).

de « sortie » de la toxicomanie, parfois même l'extension de la possibilité pour les individus de définir eux-mêmes les contours de leur vie. Ou plutôt, ces contours prenant la forme de ce que M. Caiata Zufferey désigne, avec Marc-Henry Soulet, comme la participation à des formes de « conventionnalité » (Soulet, Caiata Zufferey, 2002). Si « la géométrie de la sortie a subi de profondes modifications », de nouvelles formes d'affranchissement de la pratique addictive existent dès lors de nos jours, entre consommation occasionnelle de substances psychotropes, vie stabilisée sous substitution impliquant (ou non) la poursuite de l'usage, consommations espacées et réglées via le paradigme de la « gestion des addictions », ou encore abstinence, mais envisagée comme l'option optimale choisie par l'individu (Caiata Zufferey, 2006 : 15-16). Aucune de ces options de sortie n'est considérée comme « porteuse d'une validité intrinsèque », en ce que toutes peuvent tout aussi bien réussir qu'échouer (en fonction de l'individu et de son contexte). La sortie est ainsi non seulement un processus multiple mais « virtuel » : « C'est donc à la personne elle-même de s'orienter parmi toutes les opportunités de rémission, c'est à elle de trouver les critères qui lui permettent de choisir la voie qui lui semble être la plus appropriée » (*ibidem*). Nous retiendrons de la perspective de cet ouvrage que ce n'est pas tellement l'horizon d'une vie abstinentes qui constitue le critère pertinent pour juger de la réussite d'une sortie de la dépendance, mais bien plutôt le processus de responsabilisation dans lequel la personne se trouve *de facto* engagée. Si c'est à la personne de définir son parcours de sortie parmi les options existantes, alors la rémission ne constitue plus l'étape finale d'un parcours de « guérison » de l'addiction :

au contraire, elle [la rémission] se réalise quelque part pendant le parcours lui-même, à travers un travail de redéfinition personnelle et continue de la frontière qui sépare le rapport douteux à la drogue du rapport convenable. Il faut ainsi à chaque fois décréter quand l'abstinence est effectivement un choix réaliste et praticable ; il faut définir quand la consommation d'héroïne et de cocaïne est suffisamment maîtrisée ; il faut établir quand la stabilisation à la méthadone est réellement source d'émancipation. En résumé, ne s'agissant plus du renoncement définitif et obligé à la drogue, l'abandon de la toxicomanie semble aujourd'hui être constitué par deux processus différents : *d'un côté, le façonnement d'une trajectoire individuelle en dehors de modèles de comportement rigides et prédéterminés ; de l'autre, la définition personnelle et sociale de ce parcours en tant que processus de rétablissement de la normalité.* (Caiatta-Zufferey, *ibid.* :16-17)

Cette définition sociologique de ce que seraient aujourd'hui les processus de « sortie » ne convainc néanmoins pas entièrement. D'un côté, Maria Caiata Zufferey part d'un point de vue centré sur l'individu et sa détermination rationnelle à s'affranchir de la carrière toxicomaniaque – ce qui a pour mérite de mettre en lumière le poids de la motivation subjective dans ces changements de trajectoire, mais n'interroge guère comment ces notions mêmes de « volonté », de « motivation » et du désir de « conventionnalité » se trouvent être socialement légitimées, et inégalement réparties. De l'autre, elle n'analyse pas quels autres acteurs se trouvent en charge de « décréter » et d'« établir » que le rapport établi par la personne anciennement dépendante à la drogue est désormais « convenable » : la formule impersonnelle (« il faut... ») masque l'existence de toutes les institutions qui président à la définition de ce qu'est aujourd'hui un « rapport convenable » aux substances psychotropes quelles qu'elles soient. Par ailleurs, la « dissolution de la cohérence normative » des parcours de vie qu'elle met en exergue – le fait que chacun puisse construire une trajectoire de vie plus souple par rapport aux modèles et aux rôles sociaux prédéterminés – n'empêche pas

l'émergence d'un nouvel impératif, celui d'une *cohérence narrative* (une capacité à raconter et à se raconter son existence de manière cohérente avec ses valeurs et son identité) qui rend compte de profondes inégalités entre classes sociales. Ce qui pose la question des voies par lesquelles la sociologie peut éviter les écueils d'une définition normative de la santé, à partir du moment où elle s'efforce de définir ce qui configure le retour à « la vie ordinaire » ou encore, comme ici, le « rétablissement de la normalité ».

Nous souhaitons nous interroger à l'inverse sur la manière dont tous les éléments rapportés ici et qui définissent la rémission de l'usage problématique de substances – le désir de conventionnalité, la distinction entre rapport sain et rapport « toxique », la légitimité pour effectuer cette distinction, et la possibilité de choisir et de raconter sa vie – peuvent se voir socialement construits, et se trouvent porteurs d'enjeux constitutifs de l'individualisation génératrice d'inégalités qui a cours à notre époque. Le façonnement d'une existence individuelle où l'individu doit être « responsable de soi » et en même temps « inventer sa vie » correspond bien au modèle dominant de la subjectivation au sein des classes dotées d'un minimum de supports économiques et sociaux pour la construction de l'individualité (Caiata Zufferey, 2006 : 70). Elle rend compte de « modes de gestion des conduites humaines » qui se sont d'abord diffusés dans le milieu du *management* professionnel, avant de se voir transposés au cours des vingt dernières années aux finalités de l'action sociale. Or, comme l'écrit Alain Ehrenberg, ces injonctions paradoxales qui conçoivent « la responsabilité comme objectif et non comme postulat de départ », sont particulièrement anxiogènes pour toutes celles et ceux auxquels on ne permet pas de « faire l'apprentissage du gouvernement de soi » (Ehrenberg, 1991 : 273-274).

On pourrait donc définir notre problématique de recherche comme suit : nous nous demandons dans quelle mesure certaines institutions peuvent être appréhendées comme le lieu de *fabrication* de la subjectivation attendue des individus contemporains – en ce qu'on y diffuse les valeurs, les relations, et le rapport à soi qui autorisent l'inclusion sociale, mais qui permettent aussi l'écart toléré à la norme. Ce processus de subjectivation consiste, en suivant la temporalité des centres que nous observons, à « se rétablir »²⁸ de l'addiction – une visée qui se voit présentée aux usagers comme ce que j'appellerai une forme de *libération/responsabilisation* : libération de la substance psychoactive accusée d'avoir aliéné leur libre-arbitre et leur volonté ; responsabilisation de leurs comportements, de manière à ce qu'ils ne constituent plus une déviation des rôles sociaux couramment attendus dans leur milieu social d'appartenance. En outre, nous nous questionnons également sur la manière dont cet apprentissage du gouvernement de soi qu'on véhiculerait dans des institutions liminaires de la santé mentale produit et/ou reproduit des formes de distinction sociale, qui rendent compte d'un rapport hétérogène à l'ensemble des prescriptions normatives existant dans les autres sphères de l'existence sociale.

Cette problématique centrée sur les processus de *socialisation institutionnelle* se justifie doublement, à l'aune, d'une part, de la création récente d'une discipline – l'addictologie – venant accompagner les individus dans cette responsabilisation *choisie* de leurs comportements, et d'autre part d'une typologie d'acteurs dont le mandat social est aujourd'hui de soutenir la motivation et

²⁸ Nous définirons le rétablissement en addictologie dans l'un des premiers encadrés du chapitre 1.

l'engagement des personnes qui souhaitent rentrer dans ces processus de libération/responsabilisation.

En effet, le caractère *volontaire* de l'entrée des patients en addictologie a toujours été promu comme un élément déterminant de ce parcours de soins, tout en maintenant la représentation que la défaillance de la volonté constitue l'une des caractéristiques principales du public visé par l'addictologie. L'addiction est une pathologie parce que l'addictologie a pour elle des traitements, dont « le but est de permettre le développement durable de la motivation au changement chez la personne » (Caiata Zufferey, 2006 : 27). Cet objectif se trouve réalisé à travers la prise d'engagements formels et informels de l'utilisateur envers l'institution, mais aussi via certains dispositifs groupaux devant soutenir la prise de conscience et le pouvoir d'agir, dont le modèle le plus connu sont les groupes d'auto-support de type Alcooliques Anonymes (Suissa, 2014). Ce modèle nous permet d'autant plus de démontrer que pour assister l'individu dans sa résolution à changer de comportements, le poids d'une collectivité partageant un certain nombre de normes sociales, et de valeurs idéologiques est fondamental pour soutenir la perspective d'un changement autodéterminé (Michel, 1999 ; Jauffret-Roustide, 2010). Plus concrètement, la communauté dans laquelle la personne décide d'amorcer son changement se fait l'interlocutrice première des demandes de validation que l'utilisateur développe au fur et à mesure de son parcours. Les personnes peuvent faire évoluer leur trajectoire de personnes malades ou dépendantes vers un rétablissement de la norme sociale, uniquement si elles en passent par des « processus de légitimation » qui leur permettent de se situer, de donner du sens à leurs choix et de rendre compte du tracé singulier de leur parcours comme faisant partie des formes de rémission socialement reconnues (Caiata Zufferey, 2006 : 19). De même, nous verrons que le séjour en postcure dans les centres thérapeutiques qui forment notre terrain constitue une des formes concrètes qu'on peut donner aujourd'hui à ce parcours de responsabilisation, lorsqu'une personne décide de s'inscrire dans un processus de sortie de l'addiction.

Et deuxièmement, les diverses voies qui se concurrencent de nos jours comme autant de choix dans le parcours de vie des usagers, ainsi que les interrogations qui se posent sur la meilleure « sortie » possible pour chacun, sont fortement déterminées par les représentations et les options que les équipes soignantes en addictologie préconisent pour eux. « Ces mêmes questions se posent bien évidemment aussi aux professionnels qui sont censés aider le toxicodépendant à s'en sortir », écrit Caiata Zufferey dans une note de bas de page (2006 : 58). Notre travail de recherche commence de fait là où le sien s'est arrêté : à l'endroit où les services en addictologie, et les professionnels et professionnelles qui y travaillent, participent à construire les hésitations et ce « chemin », vers ce qui serait le rétablissement d'une normalité – qui est loin d'être dans ce champ, comme le dit l'autrice, une donnée de fait. Mais cet horizon de normalité se trouve être le moyen configurant, comme le processus de soins lui-même, un laborieux travail de recomposition et de redéfinition constante de chaque usager et usagère. De ce fait, nous choisissons d'appréhender ce qui est envisagé par les professionnels et les usagers (au-delà d'une « sortie » de l'addiction) comme un véritable *processus de transformation identitaire*.

Dans ce processus, nous avons donc à considérer tant le rôle et la part active de la personne qui se rend dans ces centres que le travail effectué par les professionnels de ces structures. D'un côté il y a en effet la mobilisation volontaire, et l'ensemble des efforts, des tentatives de mise en

conformité, et les espoirs avec lesquels la personne dépendante arrive en CTR. De l'autre, il y a un protocole et des modalités d'accueil, la bienveillance ou les efforts poursuivis par les équipes pour donner du sens à cette prise d'initiative ; il y a aussi les attentes et les représentations sociales dont elles ont la charge, les interactions – inégalement réussies ou manquées – et les dynamiques institutionnelles qui peuvent affecter le parcours de l'utilisateur ou de l'utilisatrice. Enfin, il y a l'histoire de l'institution, les injonctions qui pèsent sur elle en un moment donné ou en fonction de certaines circonstances, son évolution constante – qui, comme celle des usagers, peut s'avérer plus ou moins positive.

On pourrait considérer que ce séjour vise à organiser le changement d'existence de l'utilisateur, tant au niveau de son quotidien et des activités qui le peuplent, qu'au niveau de la prise de conscience des déterminants passés et actuels de sa consommation et de la manière dont il peut faire évoluer ses comportements vers d'autres modalités d'action que le recours compulsif à l'objet de son addiction. Enfin, l'utilisateur apprend dans ce centre à réorganiser son parcours biographique, en articulant une cohérence entre ce qui a constitué son passé, et la démarche dans laquelle il se trouve à présent, pour lui permettre d'envisager un avenir dont il lui semblera d'avoir davantage la maîtrise. Un lien se tisse donc entre la responsabilisation et le processus de (re-)construction identitaire engagé – dans une approche où il semble fécond d'analyser le processus identitaire comme « un système d'action travaillant continuellement à reconstituer les conditions de l'action » (Kaufmann, 2004 : 174), témoignant d'un changement épistémologique par rapport aux représentations des sociétés holistes où identité et action étaient des entités dissociées :

L'identité comme condition de l'action est en effet un processus historiquement nouveau. Dans les sociétés holistes, l'individu a été tenu par la convergence des injonctions intériorisées et des contraintes extérieures. Les *habitus* s'incorporant sous la forme d'une « formule génératrice » de pratiques [Bourdieu, 1980] ; la voie était tracée, il suffisait de la suivre. L'action individuelle était socialement structurée et mise en mouvement. *Par rapport à ce présent et à cet avenir prédictibles, vécus comme un destin, la facture opérée par la modernité est double. Elle enjoint l'individu à définir lui-même sa propre identité. Et elle lui demande en même temps d'effectuer une multiplicité de choix pratiques, de réfléchir avant d'agir.* Ces deux impératifs sont en réalité étroitement liés entre eux. D'une façon générale, car *ego* ne peut donner sens à son action si il ne sait pas qui il est. Mais aussi de façon beaucoup plus quotidienne et problématique à travers *le bricolage des grilles significatives orientant l'action*. Ces grilles s'inscrivent au cœur du processus identitaire. Or, sans elles, l'individu moderne tombe en panne. (Kaufmann, *ibid.* : 175)

Cette thèse constitue un projet d'étude ethnographique sur l'un des lieux de *fabrication* de cette identité-condition des actions et des choix possibles pour l'individu. Car comme Jean-Claude Kaufmann le postule ici, l'identité n'est plus seulement une réalité *a priori*, conditionnée par l'appartenance à un social qui nous précède, ni un simple prérequis pour se voir acceptés socialement dans la société individualiste (comme le stipule Ehrenberg dans ses travaux) : elle est aussi une *condition acquise*, qui lorsqu'elle fait défaut (lorsque l'individu est « en panne » et n'arrive plus à produire cette identité-condition de son intégration au monde social) doit être réactivée. Et les options qui s'offrent à l'individu contemporain pour ce faire sont souvent institutionnelles : il se dirige alors vers certains centres présentant les caractéristiques appropriées.

Cette thèse reprend donc les apports sociologiques fondateurs d'Alain Ehrenberg, qui a analysé sur différentes scènes sociales le passage d'une identité comme résultante d'un

positionnement social à une *identité-condition* – et elle envisage de dialoguer avec cet auteur, comme avec d'autres travaux fondamentaux pour notre approche. Au-delà du constat partagé sur cette évolution sociale, nous voudrions en effet éviter une perspective qui naturaliserait cette nouvelle condition individuelle, en faisant le choix de mettre en évidence les espaces où peut se fabriquer cette nouvelle condition du sujet contemporain, ainsi que les dispositions sociales antérieures qui favorisent cette production identitaire. Cette recherche prend donc pour point de départ les *institutions* dans lesquels se trouvent produites ces réalités et ces catégories sociales qui sont ensuite adoptées comme part intégrante de l'identité. Elle s'inscrit dans le sillon de cette investigation sur les processus de production identitaire, qui s'inaugure par les analyses foucaaldiennes sur la production des formes de subjectivité, se conjugue avec les analyses interactionnistes sur l'étiquetage de la déviance, et parvient jusqu'à Ian Hacking et l'idée d'un essor contemporain de la manière dont les catégories et les institutions *fabriquent* les personnes. Ce n'est pas que ce système d'étiquetage sociale soit particulièrement nouveau, mais c'est que la modernité a inauguré une époque où, d'une part la prolifération catégorielle est sans doute inédite par rapport aux époques précédentes, et d'autre part, l'adhésion à ces nouvelles catégories suggère une extrême flexibilité des individus contemporains à redéfinir – et à se laisser redéfinir – dans leur identité. Par ailleurs, l'incidence de cette redéfinition est beaucoup plus forte – ce sont les comportements de ces personnes qui sont voués à changer, et pas uniquement leur nomination. Enfin, ce système d'action s'auto-génère et s'entretient : « L'interaction que Hacking décrit est circulaire : les gens font les institutions, les institutions font les classifications, les classifications modèlent les actions, les actions appellent des noms, et les gens, ou d'autres créatures, répondent à ces noms, positivement ou négativement » (Douglas, 1989 : 92). Ce postulat s'étaye de toute une série de travaux, à la suite de l'ouvrage de Mary Douglas, qui montrent comment certaines institutions prennent désormais en charge l'individuation, en invitant notamment les personnes à formuler ou à reprendre la construction biographique de leur vie (Astier, Duvoux, 2006). L'individualisation contemporaine ne doit conséquemment pas être confondue avec le déclin de l'institution (Dubet, 2002) : « bien au contraire, ce processus va de pair avec l'institutionnalisation et la standardisation des modes de vie » :

L'individualisation n'est pas synonyme d'émancipation, mais plutôt une façon de rendre chacun responsable de sa vie et du moindre événement qui l'émaille. Ce qui auparavant était surmonté collectivement comme le fardeau d'une classe sociale, doit être de plus en plus fréquemment pris en charge individuellement comme une défaillance personnelle. Ce que l'on attribuait aux conséquences d'un destin de classe prend à présent les aspects d'une responsabilité, d'une faute ou même d'une névrose individuelle. (Astier, Duvoux, 2006 : 25)

Ce qui nous permet de revenir à notre point de départ, le lien fantasmatique tissé entre la faute, la responsabilité de l'individu pour sa situation sociale – et l'avènement d'un « mal » qui le fait, soudainement, n'être plus lui-même, et lui permet dans le même ordre d'idées de se défaire du poids qui lui incombe. Notamment dans un cas comme celui de l'addiction, où la problématique de la dépendance vient configurer les coordonnées existentielles et identitaire de la personne, pour quitter sa situation et son état de « malade » ou de personne atteinte par un « mal » extérieur à elle (mais qui la définit désormais), l'individu fait la plupart du temps le choix de s'engager dans un processus où il doit d'abord vouloir changer, c'est-à-dire devenir un autre. Si « ce que l'individu est

pour lui-même », « c'est ce que les autres qui comptent pour lui ont fini par considérer qu'il devrait être, ce comme quoi ils ont fini par le traiter, et, par suite, ce comme quoi il doit lui-même se traiter s'il veut être en rapport avec les rapports qu'ils ont avec lui » (Goffman, 1973b : 263), alors il faut changer cette version *stigmatisée* de soi – qui n'est pas le vrai soi-même, l'image de soi à laquelle l'individu devrait pouvoir (grâce au parcours de soin) théoriquement arriver (ou revenir – s'il a eu un ou une « bonne image de soi »). Une articulation se tisse donc entre un devenir-autre et un devenir-soi, qui se présentent comme les deux extrémités du chemin qui se présente aux usagers et usagères entrant dans une post-cure de type CTR.

II. Méthodologie et présentation des terrains ethnographiques

II. A/ Une approche ethnographique et sociologique

Une enquête ethnographique sur le devenir

Cette thèse prend racine dans un questionnement, qui s'articule selon deux versants, l'un philosophique et l'autre empirique : *qu'est-ce que la responsabilisation à l'époque contemporaine ?*, d'une part, et *comment certains individus peuvent apprendre à d'autres à « être libres » ?*, de l'autre. Sans prétendre y donner une réponse définitive, elle déroule le fil d'une pensée qui se construit depuis plusieurs années autour de la dichotomie responsabilité/irresponsabilité et à son emploi dans le champ de la santé mentale pour redessiner les frontières de l'inclusion des individus porteurs de troubles. Je²⁹ ne prétends nullement être la première à donner du poids à ce terme. La « responsabilisation » est depuis une vingtaine d'années un terme fort connoté et associé à la sociologie critique. Elle a été utilisée pour désigner, dans les domaines du social les plus divers, cette individualisation de la responsabilité que certains ont pu nommer « autonomie » (Ehrenberg, 1995 ; Duvoux, 2009) ou que d'autres ont préféré qualifier à travers les agents et les programmes en charge de l'« activation » des individus défaillant dans la mise en œuvre de cette même autonomie (Astier, 2007 ; Perriard, 2017). Elle a déjà pu être envisagée comme l'un des principaux instruments au service de la gouvernamentalité néolibérale (Rose, 1989 ; Hache, 2007).

Cependant, en ce qui concerne les *processualités* que j'ai été amenée à observer, ce concept risque parfois de porter à une interprétation trop réductrice, ou de manquer un pan du phénomène. Deux dimensions en effet sont perceptibles : pour diverses personnes rencontrées, le passage en CTR et leur parcours au sein de ce centre est d'abord sémantisé (de leur part et/ou de celle des professionnels) comme une « évolution », où la responsabilisation a une grande part à jouer dans ce changement qui semble modifier la personne d'un moment *T* à un certain moment *T + séjour* de son existence. Par ailleurs, il y a très régulièrement – notamment dans les récits de « sortie » de

²⁹ L'emploi du *Je* dans cette section se justifie par les retours réflexifs sur la méthode et la démarche qui ont été les miennes au cours de cette recherche. L'oscillation employée entre le *Nous* et le *Je* tout au long de ce manuscrit sera explicitée plus loin, en II. C.

l'addiction – une forme de récit de *conversion*, l'entrée dans le parcours de soins pouvant constituer une première marque-repère. Il y a moins une temporalité évolutive dans cette manière de percevoir le processus de sortie, qu'un *avant* et un *après*, un ancien et un nouveau Moi.

Si la responsabilisation peut être un concept permettant de traiter de ces deux temporalités-là, c'est sans doute parce qu'elle a été pensée et a évolué dans un cadre théorique qui s'intéresse tant aux interactions qu'aux effets de sens produits par les divers acteurs d'un champ. C'est-à-dire que le concept de responsabilisation mobilisé est moins le résultat d'un cadrage ou des diverses opérations effectuées par des professionnels dans une institution, qu'un processus dynamique, où les actions menées par l'équipe sont censées décroître proportionnellement à l'engagement et à la mobilisation des ressources des usagers. La responsabilisation est théoriquement dans ces centres l'acquisition d'un état d'autonomie, psychique et fonctionnelle, de certains individus au sein de transformations plus structurelles touchant la nature de l'individuation qui caractérise la « sortie » de la dépendance. L'observation montrera néanmoins que la possibilité d'envisager sa liberté d'action et une véritable autonomie au sein d'une institution médico-sociale n'est possible qu'à travers les négociations et la reconnaissance que l'individu doit obtenir des professionnels, qui incarnent (à l'échelle microsociale du centre) la société et les valeurs dans lesquelles il lui faudra se « réinsérer ». Cette notion de responsabilisation se conjugue d'ailleurs aisément avec celle de *trajectoire* employée par Barney Glaser et Anselm Strauss pour décrire les modulations d'une maladie chronique. Comme ce terme a permis de translater l'objet « maladie » et son étude hors du cadre de pensée médical pour traiter plutôt de toutes les formes de travail qui ont cours (des professionnels, du patient, de ses proches), pour maîtriser et orienter la trajectoire de la maladie (Glaser, Strauss [1965] ; Baszanger, 1992 : 30), la responsabilisation permet de prendre les trajectoires individuelles des usagers pour objet d'étude, plutôt que de considérer comme allant de soi l'« addiction » et ses diverses « thérapies » possibles.

S'intéresser aux devenir individuels ne signifie donc pas pour autant céder à la tentation d'un relativisme phénoménologique, mais interroger ces processus en termes d'actions et d'interactions – avec autrui, mais aussi avec le contexte, avec les contingences. Dans cette même perspective de l'interactionnisme symbolique, j'ai souhaité m'intéresser à *ce qui se produit* lors d'une expérience de transformation individuelle ; *dans quelles conditions* elle est facilitée par l'institution, ou au contraire ralentie ou entravée ; *quels discours nouveaux* cette expérience est susceptible de produire ; *sur quelles ressources ou capacités individuelles* elle peut s'appuyer ; *quelles réactions, ou actions corrélées* elle vient susciter chez l'équipe qui accompagne cette transformation.

Cette valeur première accordée aux actions sur les individus et à leur manière de réagir, et de seconder ou d'infléchir ces actions, me semble d'autant plus importante eu égard au rapport de captivité dans lequel se trouve encore parfois de nos jours la parole des usagers de drogues. Celles et ceux qui se perçoivent comme dépendants, dans les centres que j'ai fréquentés, sont en effet habitués aux entretiens, et à répéter l'histoire de leur vie dans une « posture réflexive de rationalisation des motifs qui ont fait que leur destin a pris telle ou telle tournure » qui minimise souvent, tant l'action des institutions qu'ils ont croisées sur leur route (police, institution pénale, foyers d'hébergement ou de réinsertion) que leurs propres responsabilités dans ce parcours (Devresse, 2006 : 242). Comme en institution pénale, les écueils de l'entretien avec les usagers sont alors bien souvent de deux types. Soit ces personnes qui parlent de leur expérience sont tentées de

le faire de manière très standardisée, quasi-protocolaire, en suivant le récit habituel employé pour se présenter devant les institutions judiciaire, sanitaire, médico-sociale, et devant leurs dizaines de professionnels – parfois depuis des années. Soit, comprenant parfois que l’entretien semi-directif que leur propose une « anthropologue » diverge légèrement de l’historique de leur problématique auquel ils sont désormais rôdés, ils et elles ont la tentation de se servir de cette sorte d’interview pour laisser un « message », ou un témoignage important sur leur vie – et ainsi se distinguer de l’image socialement répandue du « toxicomane-type ». Dans mon cas, la dimension performative de l’entretien, et le problème éthique qui se posait de venir incarner de nouveau pour ces usagers une instance qui leur demande de rendre des comptes sur leur évolution récente, sur leur « choix » de « changer » (« maintenant, c’est fini la drogue/l’alcool... ») était déjà un frein suffisant. Le risque de la dérive « journalistique » (être prise pour une journaliste à qui l’on vient raconter son existence) se trouvait par ailleurs présent en CTR, même s’il demeure compréhensible, comme l’écrit Marie-Sophie Devresse (2006 : 170), que les usagers puissent vouloir se réapproprier un discours personnel sur l’addiction, compte tenu du fait qu’ils s’en voient généralement dépossédés au quotidien. Cette situation m’étant arrivée au moins trois fois lors de cette enquête – sans que j’aie *a priori* décidé de mener des entretiens individuels avec les résidents des structures – j’ai pris le parti de laisser à d’autres chercheurs ce projet ambitieux, qui est de retranscrire au plus proche le vécu, l’expérience quotidienne, mais surtout la grande diversité des usagers de drogue (Taïeb, 2011).

À l’inverse, il me semblait tout aussi important de ne pas donner caution aux discours rapportés et/ou préformés sur les usagers entrants, qui arrivaient dans la structure et sur lesquels les équipes dissertaient déjà, souvent avant même de les avoir rencontrés. On me proposa souvent, lors de mes premiers jours de stage, de consulter les dossiers médicaux des « patients » présents dans la structure (cette attitude concerne les deux centres, bien que les résidents ne soient pas désignés comme « patients » dans le second). Au-delà du fait que cela signifiait bien souvent devoir accepter ou non d’être considérée comme une « professionnelle » au sein de la structure – et que donc, refuser ce partage pouvait signifier un refus de me positionner comme telle – j’ai préféré ne pas le faire, pour des raisons scientifiques autant que déontologiques. J’admets ici être profondément embarrassée par rapport au fait d’ouvrir le dossier d’un usager que je suis amenée à rencontrer durant mes terrains – pour y lire ses divers diagnostics, les remarques faites sur son comportement, toutes les institutions qu’il a fréquentées, ses possibles antécédents psychiatriques, son éventuel parcours pénal, voire les violences ou les abus subis durant l’enfance. Le questionnement récurrent que je me fais par rapport à l’aspect peu déontologique de ce regard contraste avec l’éthique de chercheuse qui devrait peut-être accepter d’observer tout ce à quoi on lui donne accès, et encore plus, ce que l’on essaie la plupart du temps de soustraire à son analyse. Mais, d’une part, cet accès me semblait parfois suspect, comme une tentative de biaiser mon regard et d’exiger un contre-don symbolique – que moi aussi je *participe*, à porter un regard différent mais tout aussi convaincu sur la psychopathologie du patient en question. D’autre part, il me semblait fondamental de partir de l’image sociale que les résidents pouvaient renvoyer d’eux-mêmes, et de voir à quelle représentation renvoyaient ou semblaient au contraire les faire correspondre les professionnels. On me rétorquera que cela revenait à me fier aux apparences sociales, qui ne sont pas nécessairement le reflet de la situation réelle de ces personnes. En vérité, la durée du séjour, les informations déjà connues de l’équipe (et que je ne pouvais pas non plus faire mine d’ignorer), et la confiance acquise

progressivement auprès des résidents, a permis d'accéder à beaucoup plus de détails et de caractéristiques sociologiques sur leur vie qu'une fiche de présentation ou un dossier ignorant la singularité de leur « présentation de soi » (Goffman, 1973).

Précisons-le : ce n'est pas tant que j'aurais douté de la parole des usagers et usagères, mais que dès le départ celle-ci ne constituait pas le cœur d'une recherche orientée à saisir la manière dont les pratiques (que nous avons personnellement, ou que d'autres ont sur nous) *sont transformatrices*, bien en amont du sens dont nous prétendons ensuite les doter. À la suite du sociologue Darin Weinberg, je crois en effet défendre l'idée que la *praxis* précède l'approche sémiotique – à savoir le sens qu'en retirent les acteurs, et auquel donne suite immédiatement le sens moral et le jugement (Weinberg, 1997 : 151). Ce cadre d'analyse théorique est particulièrement important dans un cadre où il s'agit de proposer une alternative aux théories de l'addiction centrées sur le *sens* qu'auraient les pratiques de toxico- ou d'alcoolodépendance, indépendamment de *la signification qu'elles acquièrent progressivement, au sein des pratiques* – Howard Becker aura été un des premiers à le démontrer empiriquement ([1963] 2020). En écho à ces recherches fondamentales, j'estime que l'important n'est donc pas tant, dans le processus de déshabitude des substances psychoactives et de transformation personnelle que cela engage (*pourquoi* les acteurs le font, ou décident de « changer ») – mais *comment* ces pratiques engagées en CTR transforment concrètement la manière dont ils perçoivent cette démarche, la subjectivité qui est la leur, et l'avenir qu'il leur devient possible d'envisager.

Penser une interdisciplinarité forte en santé mentale : une sociologie des pratiques professionnelles

Dans cette thèse, il paraît impossible de traiter uniquement des attentes ou des injonctions sociales pesant sur les résidents en séjour en CTR, sans parler de façon complémentaire de la construction négociée de ces attentes et de ces valeurs sociales, qui se voient transmises et avec lesquelles composent également des professionnels aux statuts et aux formations diversifiées. L'observation ethnographique a permis de fait de faire émerger de précieux matériaux, qui donnent l'occasion d'analyser le grain des pratiques et de décrire de manière pragmatique ce que font les membres des équipes travaillant en CTR. Ce travail de description permettra de mettre en lumière la complexité de définition de l'objet du rétablissement en addictologie (la prise de conscience personnelle sur ses comportements ; l'autonomie de la personne ; la trajectoire de la « maladie addictive » ; peut-être la trajectoire de la personne elle-même), au croisement de visions et d'orientations cliniques qui influencent cette co-construction et la négociation du travail identitaire à fournir. C'est dans l'interaction des normes professionnelles et institutionnelles et de l'expérience de l'individu *objet et sujet* de ces procédures de responsabilisation que se construit l'élaboration d'un vécu de changement, de progression, ou de transformation radicale – qui apparaît tant dans les discours produits par ces usagers, que dans les nouvelles stratégies et attitudes qu'ils mettent en place au cours du séjour. Il est indéniable que certaines personnes réagiront mieux que d'autres à ces pratiques professionnelles et à ces modifications de leur subjectivité – et qu'il y aura, qu'il y a, toujours, des « échecs », ou des formes de régression. L'ambition de cette thèse est ainsi de pouvoir désigner les facteurs sociaux impliqués dans cette évolution positive ou négative des personnes

dépendantes, dans la réponse qu'elles fournissent à la socialisation institutionnelle produite par ces centres.

Ce travail de saisie sociologique des pratiques professionnelles et de leur interaction avec les caractéristiques socio-culturelles antérieures des résidents et résidentes permet de se départir d'une simple perspective « critique » de la reproduction des inégalités sociales dans les services du médico-social observés. Comme le souligne Muriel Darmon par rapport au travail dans les services de réhabilitation post-AVC, « saisir les déterminants sociaux des rééducations empêchées » ne se limite pas à accuser les pratiques professionnelles de discriminer certains patients ou patientes, ou d'entériner les inégalités sociales de santé déjà existantes. Mais il s'agit d'être conscients de ces inégalités sociales de santé, de l'horizon d'attente des diverses pratiques professionnelles existantes, et de la façon dont cet horizon peut *faire réagir* (quasiment au sens chimique du terme) les personnes qui viennent, avec leur « culture importée » dans ces services d'accompagnement et de soins (Darmon, 2011 : 312-313). Cela permettra de mettre en lumière les devenirs possibles des diverses catégories sociales, après un séjour en addictologie – ainsi que de rendre compte des appariements plus efficaces, tant en fonction de l'institution que de l'origine sociale des personnes.

Cette approche entend concilier une posture socio-anthropologique assumée et la croyance dans la fécondité d'un dialogue interdisciplinaire réel. Le but d'une « épistémologie pluraliste », comme l'a écrit Nicolas Dodier, « n'est pas de contester aux spécialistes attitrés une spécificité dans l'objectivation de la réalité, mais de se forger une conception plus ajustée de la nature du travail concret qu'il leur faut déployer pour réaliser cette objectivation » (Dodier, 2005 : 11). Dans mon cas, loin de hiérarchiser les apports aux divers regards d'expertise portés sur l'addictologie, je ne souhaite ni considérer les sciences sociales dans un rapport pseudo-complémentaire à la discipline, ni faire prévaloir que les phénomènes d'emprise et de déprise à une substance seraient en priorité socialement construits. Mais je crois qu'il est possible d'apporter un regard sociologique compréhensif *et* critique sur la manière dont les institutions médico-sociales réussissent – ou moins, ou pas – à permettre à certains individus de se libérer d'une addiction, et de se réintégrer (ou pas totalement) au monde social ordinaire. Une épistémologie pluraliste ne condamne pas nécessairement le ou la sociologue à renoncer à son esprit critique, mais il s'agit avant tout de restituer les pratiques professionnelles à leur contexte d'explication. C'est-à-dire de rendre compte des raisons plurielles pour lesquelles ces acteurs sociaux ou ces institutions échouent, ou se voient limités dans la mise en œuvre de leur objectif pratique. Ou encore pourquoi ils ont fini par manquer d'une approche éthique envers les personnes dont ils ont la charge : « Quand bien même certains auraient des pratiques qui pourraient être taxées de "contestables" au nom de ce que serait une « bonne » éthique de l'expertise (qui serait le modèle de l'éthique dominant dans ce champ, voire pour le sociologue énonçant une norme), nous ne souhaitons pas clore l'analyse sur ce constat, mais rendre compte des *raisons* qui les poussent à agir dans ce sens » (Protais, 2016 : 25). C'est par cette voie que les sciences sociales peuvent apporter leur contribution aux disciplines médicales existantes, et aux diverses pratiques qui y sont rattachées – en maintenant et en formulant « un point de vue autonome » sur ces divers objets que sont la construction professionnelle d'une maladie, la traduction de la déviance en pathologie, et le vécu et la gestion de ce qui s'apparente à une maladie chronique (Baszanger, 1992 : 30). L'interactionnisme symbolique employé comme matrice théorique permet en ce sens de ne céder ni à la simple description des pratiques existantes – en renonçant au

dévoilement des logiques qui les sous-tendent – ni à l’aveuglement idéologique d’une critique qui a déjà sa conclusion comme programme de recherche. Car, si comme le dit Howard Becker, « la véritable attaque contre l’ordre social consiste à insister sur le fait que toutes les parties sont des objets qu’il convient d’étudier [...] étant données une question et une méthode pour lui trouver une réponse, n’importe quel chercheur, quelles que soient ses valeurs politiques ou autres, devrait aboutir à peu près à la même réponse, celle qu’imposent rigoureusement les faits constatés, quoi que nous pensions d’eux » (Becker [1963] 2020 : 222).

Une recherche croisant logique abductive et vérification inductive

Ce cheminement de la recherche, décrit par Becker, incite à développer la logique à l’œuvre dans le raisonnement qui a été le mien sur le terrain. Issue d’une formation en philosophie, le déplacement majeur qu’a représenté le fait de mener une thèse en anthropologie sociale, s’incarne dans la communication que j’ai dû tisser entre les idées théoriques et les matériaux empiriques recueillis. Faire une recherche sur le rétablissement en santé mentale – et dans notre cas particulier, en addictologie – ne pouvant se réduire à l’évocation de processus abstraits ou à celle de l’intériorisation des normes sociales de la part des usagers et usagères, il m’a fallu revoir mes cadres de pensées et de perception, pour laisser place à ce que le terrain venait infirmer ou suggérer de nouveau. Néanmoins, à cause du côtoiement du raisonnement médical, psychologique et pédagogico-éducatif *in situ*, il était nécessaire de redoubler de vigilance et se rappeler constamment de distinguer les objets d’études partagés avec les professionnels, et l’identité sociologique du travail fourni sur leurs pratiques spécifiques. La démarche anthropologique m’invitait à être attentive à rendre compte de la visibilité d’un fait social sans concéder à la « naturalité » qu’elle peut avoir acquise sur le terrain ; et à construire mon objet d’étude en se distanciant des perceptions communes développées par les indigènes (professionnels comme usagers) – d’autant plus, comme dans mon cas, lorsque « ces conceptions, produites, contrôlées et diffusées par les acteurs légitimes et dominants dans le champ social concerné, ne sont ni spontanées ni sauvages » (Saliba, 1994 : 44). Pour ce faire, le recours à la *démarche abductive* a été une nécessité, afin de pouvoir désigner par d’autres termes que ceux incarnant la perception légitime les phénomènes et les pratiques en question.

Car si les allers-retours entre induction et déduction sont le propre de toute démarche ethnographique³⁰, il me semble qu’on puisse lui adjoindre ou lui préférer une troisième logique, qui permettrait d’illustrer sans doute plus clairement ce que signifie tester des hypothèses dans le terrain

³⁰ Un éternel débat épistémologique divise les sciences sociales sur le fait de trancher si la démarche inductive doit précéder à la production de généralisations de type théorique – selon le modèle de la théorie ancrée (*grounded theory*) développé par Glaser et Strauss ([1971] 2014) –, ou si, à l’inverse « c’est toujours la théorie qui guide l’enquête de terrain puisque, comme Gaston Bachelard l’enseignait, "le vecteur de la connaissance va du rationnel vers le réel", et non pas dans le sens inverse » (Wacquant, 2010a : 121). Sans penser résoudre cette féconde querelle, nous donnons raison à Glaser et Strauss sur l’importance de la comparaison entre champs et terrains différents pour parvenir à la formalisation d’une théorie solide ; et nous donnons raison à L. Wacquant sur le fait que la « réflexivité épistémique » est un des prérequis d’une pensée qui s’aventure dans le monde, comme pour un voyage exploratoire ou initiatique. Les deux pensées se complètent en ce qu’elles refusent de céder aux appréhensions communes, mais elles ont en tête un objectif précis : répondre à une question, et être en mesure de la déplacer ailleurs.

d'exploration que sont conjointement le terrain, ses acteurs et les idées que ces derniers font avancer dans l'esprit de l'ethnographe. Si ces deux termes d'induction et de déduction relèvent en effet d'un régime de justification, « l'abduction », terme créé par le sémioticien Charles S. Peirce, appartient, elle, à « une logique de la découverte qui ne s'offre pas immédiatement et aisément à la parole, et encore moins à un discours fondé face à un tiers » (Linhardt, 2001 : 90). Davantage qu'une intuition, la logique abductive permet de diviser nos perceptions en deux sous-ensembles : l'ensemble des choses que nous connaissons déjà – qui font partie de nos prénotions, au moins de manière typique ; et l'ensemble de ces éléments qui, nous étant inconnus, nous incitent à tenter de créer de nouvelles catégories ou de nouvelles règles permettant de rendre compte de notre perception. Ces typifications momentanées, ces « inférences abductives » comme les nomme C.S. Peirce, doivent ensuite être validées par la logique inductive-déductive, qui complètent le processus cognitif. Nous pensons et nous agissons dans le monde, en produisant des hypothèses, et en cherchant (le plus honnêtement possible) à les valider ou à les invalider – et nous modifions nos choix et nos actions en fonction de la faillibilité de nos intuitions fondées sur les connaissances de notre expérience acquise. Cette logique abductive nous permet en ce sens de considérer que le travail de recherche anthropologique peut être très semblable à la méthodologie employée par les praticiens et les travailleurs du médico-social. Poser la question de la préséance de la théorie ou de la pratique dans ce champ est en effet une question incongrue :

Lorsqu'une équipe travaille, elle n'est pas dans un savoir immédiat, mais au regard de la clinique et du sujet accueilli, elle formule des hypothèses qu'elle vérifie dans l'après-coup. Les réunions sont les espaces/temps où ces hypothèses seront travaillées. Cette logique de l'après-coup est celle dont Freud parle lorsqu'il explore les processus psychiques. Le sémioticien Peirce (1839-1914) introduit en complément des logiques déductive et inductive, la logique abductive, qui consiste à formuler des hypothèses et à vérifier leur validité dans l'après-coup de l'expérience. L'Institution fonctionne essentiellement avec cette logique abductive. (Crété, 2019 : 403)

C'est cet ensemble d'hypothèses, formulées au fur et à mesure de la rencontre avec les différents terrains – et que je tenterai de faire apparaître ci-dessous – qui me permet de défendre dans cette thèse à la fois une série de conclusions pratiques, dont les destinataires principaux me semblent être les professionnels travaillant en addictologie (ou plus généralement dans le médico-social), et à la fois une contribution à certaines discussions théoriques qui habitent depuis plusieurs années le champ socio-anthropologique de la recherche en santé mentale.

Un objet de recherche multi-terrains et la construction d'un rapport singulier à chacun des deux centres

Envisageant au départ de mener un travail de thèse comparant les trajectoires volontaires des personnes transitant par des services d'accompagnement en addictologie et la négociation des parcours de soin imposés dans un cadre juridico-pénal, je comptais enquêter à la fois dans des CSAPA et dans des SPIP (Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation). Le projet s'est vite réorienté – faute d'accès aux terrains en SPIP, et dans le contexte compliqué des débuts de la Covid-19 – sur une première recherche consacrée à la sociogenèse de l'addictologie, d'après la littérature

spécialisée et ce que mes premiers terrains en CSAPA et services d'hospitalisation m'en avaient jusque-là révélé. J'ai conduit ainsi comme annoncé au début de cette introduction un premier *terrain exploratoire* dans l'hôpital M. – un des sites fondateurs de l'intervention en toxicomanie en France, et regroupant aujourd'hui un service d'hospitalisation, un service de médecine générale, et un service ambulatoire d'accueil médico-social (fonctionnement d'un CSAPA). Tout en continuant à fréquenter de manière régulière le centre de documentation de l'hôpital, j'accumule durant la première année de thèse des matériaux importants pour établir l'histoire récente de l'addictologie, de ses frondes, des divers enjeux qui l'ont constituée. Suivant cette piste sociogénétique, j'ai alors effectué, au tournant de l'année 2021, une dizaine d'entretiens avec des figures-clefs de la discipline en identifiant des acteurs reconnus comme experts de ce champ ou des personnes ayant participé directement à la promotion du changement de paradigme de l'addictologie au début des années 2000 (plusieurs psychiatres-alcoolologues ou -toxicologues, un psychologue clinicien devenu président de fédération, un médecin généraliste addictologue, devenu fonctionnaire de la DGS ayant présidé l'évolution vers la prévention des addictions...).

J'ai par la suite entrepris des recherches de stages dans des lieux qu'il me paraissait significatif d'aller explorer – en mettant la focale sur les services extrahospitaliers, et les institutions du médico-social ayant à prendre en charge les problématiques d'addiction. Malgré le contexte peu propice, j'obtiens successivement deux stages. Tout d'abord, un stage au printemps 2021 dans un CSAPA d'une ville moyenne française, qui m'intriguait pour l'ancienneté et la notoriété du centre, et son attachement conservé à la psychanalyse. Un lieu où je suis rapidement (ré)orientée vers le CTR de l'association présidant la structure – l'administration essayait de cette façon de modérer l'effet d'intrusion qu'aurait pu provoquer ma présence sur certains professionnels (en particulier psychologues cliniciens) dans leur espace de travail, centré sur un dispositif d'entretien dual. La direction (qui avait accepté ce stage) me fit comprendre que j'aurais à la fois plus de choses à observer – eu égard à la thématique de « responsabilisation des usagers » avec laquelle je présentais mon travail de recherche – et que ma présence serait également moins critiquée au CTR, au sein d'une structure où régnait visiblement de constants conflits interprofessionnels. Je me suis donc rendue deux à trois jours par semaine dans ce centre, pendant les deux mois de ce qui a constitué mon premier terrain. J'ai pris le parti de cette situation d'enquête – me rendant compte au fur et à mesure qu'en vérité le CTR constituait un dispositif d'observation ethnographique idéal, pour les raisons que j'ai évoquées en I. B – et mes rencontres successives se sont orientées par rapport à cette enquête dans les dispositifs résidentiels de l'addictologie. Un médecin-psychiatre parmi mes interviewés, comprenant que je commençais ce terrain en CTR, insista pour « que je voie » le travail effectué dans une des structures de l'association qu'il présidait. J'ai donc réalisé à l'automne 2021 un autre stage dans ce second CTR, beaucoup plus récent et novateur que le premier terrain, dans des conditions particulières. En effet, ce second centre n'accueillant les résidents que pour un séjour court de six semaines, j'ai pu proposer de suivre, au jour le jour, le séjour d'un groupe d'usagers entrant – leur étant directement associée, en tant qu'étudiante en anthropologie, dès leur entrée dans le centre. J'ai observé donc prioritairement ce groupe, constitué de quatre usagers hommes venus pour des problématiques différentes, mais j'ai également pu suivre, au cours de ces deux mois et demi, un groupe d'usagers et usagères qui venaient en « séjour d'approfondissement » de trois semaines dans la structure, et deux autres groupes d'usagers et usagères entrants.

Par la suite, l'année 2022 m'a conduit à adopter une stratégie différenciée à l'égard de ces deux centres. D'une part, j'ai pu, du fait des liens constitués avec l'équipe en place, revenir régulièrement d'une part sur le CTR n°2 : mes observations (hebdomadaires ou bimensuelles) ont pu dans ce cadre s'étendre aux réunions cliniques, au travail institutionnel et à la dynamique d'équipe existant dans ce centre – en lien avec la partie de la thèse portant sur les pratiques professionnelles et leur rôle dans les processus de responsabilisation à l'œuvre. D'autre part, il m'a semblé important de consacrer plus de temps au CTR n°1 – étant donné l'inégale quantité de matériaux que j'étais en train d'accumuler. Un second séjour – en avril-juin 2022 – a ainsi pu avoir lieu, qui m'a permis de me rendre compte tant de l'évolution dans le temps de cette structure (et de certaines dynamiques qui m'avaient semblé au départ figées), que de caractéristiques propres à cette dernière, à présent que je disposais d'une autre institution permettant la comparaison.

De plus, j'ai mené sur cette même période ce que désignerais comme un *terrain-« témoin »* en effectuant un stage de plusieurs jours par semaine – de février à mai 2022 – dans une Communauté Thérapeutique (CT) située en milieu péri-urbain. Ce terrain se verra très peu convoqué dans cette thèse, si ce n'est pour justifier ce qui fait la spécificité du CTR par rapport à cet autre type d'institution thérapeutique incluant l'hébergement. Les travaux sur les CT étant beaucoup plus diffus dans la littérature (notamment anglophone mais plus globalement européenne), il me semblait nécessaire de me faire une idée des différences, conséquentes, qui existent en vérité entre les deux types de dispositifs.

Enfin, et parce qu'il me semblait qu'on ne pouvait traiter des pratiques sans questionner le sens que les acteurs et actrices de terrain donnaient à ces pratiques, j'ai mené du printemps à l'automne 2022 une trentaine d'entretiens avec les membres des équipes de l'hôpital M., du CTR n°1 et du CTR n°2, en suivant la même grille d'entretien semi-directif, qui visait à interroger l'évolution professionnelle des enquêtés, la définition de leur travail en addictologie, les enjeux sociaux qu'ils et elles voient dans leur pratique et le sens qu'ils et elles lui confèrent. Ces entretiens ont servi, en trame de fond, à appuyer l'observation du contexte, des activités et des interactions quotidiennes qui ont lieu en CTR – ce matériau d'observation ethnographique conséquent (réparti au total sur douze carnets, d'une cinquantaine à une cent-cinquantaine de pages) constituant véritablement le cœur des résultats qualitatifs qui se dégagent de ce travail de thèse³¹.

Je voudrais souligner d'emblée quelques points importants, concernant la constitution de cette démarche ethnographique. Premier point, il semble qu'il ait eu à chaque fois une forme d'intérêt, de la part des interlocuteurs qui m'ont fait venir sur le terrain du CTR – pour des motivations néanmoins très différentes. La direction du TCHAT (CTR n°1), à la lecture de mon projet de thèse, s'était réjouie de pouvoir, via le passage d'une étudiante travaillant sur l'addictologie, apporter un avis extérieur sur la dynamique de travail qui avait cours dans l'institution et rendre compte de l'harmonisation effectuée (ou faire valoir les points problématiques ou non-réglementaires) par rapport aux circulaires les plus récentes, notamment concernant la « participation des usagers ». Le médecin et président de l'association « Agora » tenait particulièrement de son côté à ce que – menant une enquête sur « les CTR » – je puisse voir le CTR

³¹ Le tableau recensant la totalité des sources primaires sera placé en fin d'introduction, page 91, pour permettre un meilleur repérage avant la lecture des chapitres.

de son association auquel il apportait une valeur très personnelle, dans la mesure où c'était pour lui le lieu qui synthétisait en quelque sorte le mieux ses efforts pour aller vers une dimension coopérative et humaniste de l'accompagnement en addictologie. Mon regard était donc sans doute attendu tant pour apporter à l'équipe des réflexions et un regard extérieur, que pour une éventuelle valorisation symbolique de Métanoïa (CTR n°2) dans un article ou une collaboration éventuelle avec l'association. Cette motivation de mes interlocuteurs à accueillir une étudiante en thèse d'anthropologie dans leurs centres a été le signe, cela étant, de l'acceptation d'un regard réflexif (et possiblement critique) sur le travail institutionnel mené au sein de leurs centres – et je remercie encore ces professionnels et directions pour la confiance qu'ils m'ont témoignée, et pour avoir accepté qu'une étrangère y questionne les pratiques naturalisées, et y déboussole parfois un tant soit peu leur dynamique ordinaire. C'est ce jeu, au sens d'un espace libre, mobilisable, déplaçable, au sein de certaines pratiques professionnelles et organisatrices, qui témoigne à mon sens du fait que ce sont des institutions vivantes, en questionnement sur leur fonctionnement et sur la « commande sociale » à laquelle elles se trouvent sommées de répondre.

Deuxième point, et non des moindres, j'ai pu tenir, bon gré mal gré, dans chacun de ces deux CTR – et de la même manière pour des raisons fort opposées – une position d'« entre-deux » que je crois au fondement de la démarche anthropologique et que j'espère, le plus souvent possible, honorer. Dans un des centres, le CTR n°2, j'ai en effet pu effectuer un « séjour complet », la durée courte du programme y prêtant. En choisissant de suivre un seul groupe entrant, pendant toute la durée de leur séjour, et en établissant des liens privilégiés avec eux et avec les référents qui les suivaient, j'ai pu bénéficier d'un statut de « quasi-initiée », que ma curiosité et mon envie de prendre part aux échanges a sans doute contribué à entretenir. J'y reviendrai dans le manuscrit (notamment sur la place que m'accorde les membres de ce premier groupe), mais c'est en relisant la thèse de Julien Bonhomme, anthropologue ayant rédigé sa thèse sur le rite d'initiation du *Bwete Misoko* au Gabon, que j'ai trouvé les phrases les plus concordantes avec l'expérience que *j'aurais souhaité mener* en m'incluant dès le départ dans ce groupe. Julien Bonhomme motive son choix de se faire initier personnellement au sein de la communauté pratiquant le *Bwete Misoko*, en affirmant que si l'« on n'échappe pas aux relations de pouvoir qui déterminent l'accès au savoir », la position particulière de se trouver « à l'intérieur du dispositif » permet d'avoir accès à un ensemble d'informations *objectives*, qui inclue certains « éléments matériels et relationnels » ainsi que « certains [de leurs] effets » (Bonhomme, 2003 : 32). Dans mon cas, il ne s'agissait pas de me mettre à la place d'une personne « dépendante » venant trouver des réponses, ou des instruments pour « s'en sortir » ; mais il s'agissait de participer à une expérience de partage autour des ressentis personnels, des difficultés mais aussi des joies ressenties dans la rencontre avec autrui, de comprendre pourquoi certains ont plus de difficultés que d'autres à affronter certaines situations et/ou à stopper certaines expérimentations adolescentes. J'ai préféré participer à ces mêmes « cours », « groupes de parole » et « jeux » qui étaient mis en place par la structure, plutôt que de me tenir à distance, et de juger ces contenus d'un regard extérieur³². *Jouer le jeu* n'était pas disqualifiant pour ma recherche, précisément

³² Ce qui ne signifie pas que d'autres – qui ne choisissent pas la voie de l'initiation – ne puissent avoir accès à certaines de ces informations. Il ne s'agit pas de confondre ou de se mettre à la « place de l'autre », mais bien d'« être affecté » par le rituel (Favret-Saada, 1990), et de comprendre son efficacité, bien que les intentions de l'ethnographe soient autres que celles de l'« initié moyen ».

parce qu'elle me permettait d'être en lien avec moi-même, avec mes impressions – plutôt que théoriser constamment ou me projeter dans les sentiments des usagers. Ainsi, comme l'écrit encore J. Bonhomme, « même si mes motivations étaient fort différentes des leurs, j'ai joué le jeu [du *Bwete*] comme les autres initiés » (Bonhomme, *ibid.* : 33). Je n'avais pas de problème de drogues ; mais j'avais sans doute un problème à résoudre : celui qui portait – et qui porte toujours – sur la question de la responsabilisation des usagers et usagères. Et il n'est pas certain que cette thèse me permette d'en sortir³³.

Néanmoins, bien loin d'être naïve sur le fait que cette participation sincère ne serait pas perçue de manière égale par les membres de l'équipe et par les autres usagers et usagères, je soulignerai d'emblée que tous les résidents et résidentes n'acceptaient pas de « m'inclure » dans le groupe, lorsque par exemple certaines activités impliquaient la totalité des hébergés ; ou cela dépendait foncièrement de l'atelier : on acceptait ainsi que je « partage » une chanson (associée à une émotion), ou un moment de performance théâtrale ; mais on me « sautait » s'il s'agissait, dans un grand cercle, de décrire par des qualités morales son voisin de gauche ou de droite – non sans s'être par avance excusés de cet « oubli » délibéré. C'est comme si dans ces moments, je reprenais une forme d'« aura » professionnelle, un tout petit peu particulière néanmoins, dans la mesure où ma profession m'engageait à me mêler aux usagers. Mais personne n'était dupe, et à part pendant de brefs instants, lors de l'arrivée d'un nouveau contingent de résidents, où le doute pouvait exister, on ne m'a jamais « prise » pour une résidente en CTR.

De la même manière – et je le justifierai dans les prochains chapitres – jamais on n'a réussi à m'identifier totalement avec une « professionnelle », ou en tous les cas une interlocutrice de référence pour pouvoir répondre à certaines problématiques personnelles, ou à certains conflits interindividuels au sein du centre. Dans le CTR n°1, cela fut sans doute d'autant plus marquant que je pense que certaines professionnelles tentèrent, au départ, de « m'inclure » dans leur espace, dans les partages quotidiens (formels et plus informels), et rapidement également, dans les confidences qui se font entre collègues. Passant beaucoup de temps confinée dans le bureau avec les deux éducateurs ou travailleuses sociales en charge – puisqu'à chaque fois que je sortais pour voir les résidents, on me rappelait rapidement en prétextant une transmission importante – j'ai appris ainsi beaucoup d'éléments personnels de la vie des travailleurs du CTR n°1. Mais, par distance, voire par antipathie pour certains d'entre eux, j'ai essayé le plus possible de me faire discrète, et de pouvoir malgré tout entretenir un autre rapport avec les résidents que celui que je voyais reproduit par les divers stagiaires-éducatrices ou psychologues présentes dans la structure. Pour les usagers résidents, j'ai été heureuse d'être ainsi rapidement désignée comme « Silvia », et non pas comme « la stagiaire-anthropologue »³⁴.

³³ Étant donné que la branche du *Bwete Misoko* concerne uniquement des initiés qui viennent pour obtenir la guérison d'une maladie, le père-initiateur rencontré par Bonhomme justifia aux autres hommes que ce jeune Blanc venait, non pas pour résoudre une affliction sorcellaire mais parce qu'il présentait un problème particulier aux Occidentaux, une « thèse », permettant par un « coup de force astucieux » d'apporter à sa demande singulière une justification qui s'inclutait dans les motivations ordinaires de la communauté (Bonhomme, *thèse citée* : 34)

³⁴ C'est comme si leur regard avait donné raison aux analyses de Hortense Powdermaker, étudiante de Malinowski qui écrivait que le *soi* de l'ethnographe « n'est fondamentalement pas plus différent sur le terrain qu'ailleurs » (Powdermaker, 1966 : 289 – citée par Berliner, 2022 : 14) – quand bien même il peut *passer* entre des mondes, *passer pour* un autre ou une autre (même si c'est souvent de façon toujours ponctuelle), ou que son identité peut paraître osciller, dans ces divers passages. Mais comme le défend l'anthropologue David Berliner, qui la cite (à un autre moment, elle écrit : « Je n'ai jamais

Sans doute ne choisissons-nous pas totalement la place que tous les acteurs sociaux en présence nous donnent sur le terrain. Cela étant, il m'a semblé important, tout au long de cette thèse, de restituer à la fois le positionnement particulier que certaines interactions ont semblé me donner – dans le lien à certains usagers notamment –, et le caractère réflexif que ces diverses places accordées, et le positionnement trouvé à l'occasion, ont suscité en moi. J'en ai fait donc des notes préliminaires (chapitre 3), des encadrés spécifiques (chapitre 5) ou des incises ponctuant le texte – considérant que ces sentiments et les réflexions qu'ils ont suscité font partie de l'ethnographie, et ne sont donc pas à traiter à part. Si les sciences sociales connaissent ces dernières décennies une revalorisation forte de la mobilisation de la subjectivité du chercheur ou de la chercheuse (Fernandez *et al.* 2013), je souhaite assumer d'emblée également que mon appréciation ou la préférence que j'accorde à un centre ou à ses méthodes ne légitimera pas un traitement de faveur, en ce qui concerne l'acuité du regard sociologique. C'est bien parce que je respecte mes enquêtés que je considère qu'il est de ma responsabilité de décrire également les faits, ou les attitudes que je trouve plus contestables³⁵. Je ressens des émotions contrastées à cet égard, mais qu'à cela ne tienne : car je crois que s'il est beaucoup plus simple de dire que je m'ennuyais ou que je trouvais les méthodes de certains indigènes contestables – en rapportant des faits où mes émotions se trouvent légitimées au sein des valeurs socialement partagées dans le milieu de la recherche universitaire –, il me serait beaucoup plus ardu de défendre pourquoi je critique, et je trouve également parfois contestables, les représentations ou la manière de faire des gens avec qui je me suis liée. C'est bien le second terrain qui m'a fait prendre conscience du cadre social déterminant les émotions socialement légitimes et illégitimes, et du fait que même « la juste distance » professionnelle fait partie, comme les émotions, d'une prescription normative qui précède leur ressenti. Je restituerai donc ces cadres de prescription, auxquels certains et certaines sont plus sensibles que d'autres, auxquels certains savent mieux répondre, et que d'autres ignorent totalement. Cela n'enlève rien à mes ressentis – qui eux concernent ce que centres ont changé pour ma vie, et non mon métier.

Le choix d'une double enquête

Je justifierai à présent, juste avant la présentation des deux centres, la pertinence et l'intérêt de cette double ethnographie. Il est indéniable que si les deux CTR que j'ai observés présentent des différences dans leur histoire, dans leur orientation clinique et idéologique et dans leurs modes de recrutement, ils poursuivent en même temps certaines visées institutionnelles. En appui d'au moins un terrain comparatif en CT, et d'un terrain préalable, à l'hôpital M. (dont les missions sont situées en amont de l'orientation en CTR), ce sont ces visées, et leur implication sur le fonctionnement de la structure, que j'ai souhaité interroger. Car ce qui me paraît particulièrement significatif dans l'activité

pensé que j'étais devenue autochtone. *J'ai participé assez librement, mais je suis restée une anthropologue* », Powdermaker, *ibid.* : 115), ces immixtions dans un monde étranger ne sont pas censées affecter radicalement l'identité personnelle de l'anthropologue. Comme l'anthropologie demeure une science du fait de ses méthodes et de ses récits, elle implique surtout de revenir de ces mondes pour pouvoir en parler.

³⁵ La référence inestimable en la matière demeurant Philippe Bourgois (2001) – qui va jusqu'à analyser ce qui demeure moralement inacceptable de la vie, des actions et des représentations des jeunes Portoricains auprès desquels il a vécu des années durant à East-Harlem.

des CTR, c'est que leur cadre et leurs normes de vie, leur programme, sont à la fois indissociables de l'histoire « fondatrice » de chacun de ces lieux, et en même temps rattrapés par l'injonction actuelle faite à ces institutions de se rattacher au paradigme théorique et clinique de l'addictologie. Les points de divergence existant à l'endroit de l'héritage politique, des orientations thérapeutiques, ou des figures qui ont pu marquer la tradition des deux CTR paraissent ainsi *mineurs*, eu égard à une dynamique d'institutionnalisation qui tend à niveler ces différences derrière un certain nombre de syntagmes, des pratiques, et des visées unifiées et *identiques*. Sans pour autant nous aveugler sur ce qui se voit proposé comme une harmonisation sans heurts de pratiques professionnelles parfois encore opposées, il nous semblait important de témoigner de *ce que produit dans chaque lieu ce mouvement singulier d'institutionnalisation*. En outre, plutôt que de considérer naïvement l'addictologie comme un champ unifié, nous nous proposons d'analyser sous un angle socio-anthropologique ce qui constitue l'objectif et la raison d'être de l'un de ses dispositifs d'action privilégié, le CTR. La principale fonction de ces derniers, nous le verrons, n'est ni de servir à une rééducation fonctionnelle (au sens de la récupération des facultés ou capacités abimées par l'usage de produits), comme dans les SSR-A, ni de proposer l'expérience modélisée et exemplaire d'une vie sous le signe de l'abstinence, comme cela est le cas dans les CT, mais plutôt d'offrir une forme d'initiation et de resocialisation permettant aux anciens dépendants et dépendantes de retourner dans le monde « ordinaire ». Les CTR opèrent moins comme des parenthèses que comme des préparations aux enjeux du « dehors » (tel qu'il vient nommé), aux problèmes de la vie quotidienne, et (de manière qui nous semble problématisable) aux attentes caractérisant l'âge adulte. Ils opèrent semblablement via un processus de responsabilisation, que cette thèse vise à caractériser : la sélection sur lettre de motivation à l'entrée, les modalités de séjour, l'investissement exigé dans la vie résidentielle, la participation obligatoire au programme, la liberté concédée dans les sorties comme mise à l'épreuve, la souplesse (relative) à l'égard de la transgression des règles – tous ces éléments concourent à nourrir cette hypothèse d'une similitude de fonctionnement et d'objectifs dans ces deux CTR, et à pouvoir en inférer des conclusions et des pistes de réflexion plus larges.

Les prochains chapitres tentent de résoudre de manière multifocale un des risques majeurs qui se pose fréquemment à l'anthropologie : rester figés sur la spécificité et le caractère incomparable de l'Altérité – en la réduisant parfois à n'être que la part d'ombre ou le miroir inversé du « Nous »³⁶. Justifier ma méthodologie de terrain au regard de mon approche générale de la problématique de la thèse, pourra servir ici à éclairer la nécessité d'en passer par plusieurs chapitres, plusieurs « facettes » du diamant CTR – dès lors que l'étude comparée, et une comparaison plus latérale que frontale, se sont révélées fondamentales pour appréhender mon objet.

³⁶ Jean-Guy Goulet (2011) analyse dans son article sur les frontières de l'ethnologie participante les tentatives en termes de réflexivité et d'objectivation qui ont été essayées par les chercheurs et chercheuses en sciences sociales pour tenter d'échapper au « soupçon obsessionnel qu'un ethnologue ne fait que construire un nouveau miroir pour se regarder lui-même et retrouver sa société et ses présupposés à travers les autres » (Godelier 2002 : 194). Dans une perspective philosophique, Nathalie Depraz cherche elle à prouver que la phénoménologie peut permettre à l'ethnologue de percer à jour l'illusion herméneutique qu'il porte avec lui, en pensant accéder « à l'autre *lui-même* », mais en courant parfois le risque de ne « saisir que sa propre image dé-formée ou ré-formée » (Depraz, 1993 : 119).

II. B/ Présentation des deux terrains – “TCHAT” et “Métanoïa”

On présentera ici deux terrains, qui de prime abord peuvent paraître très dissemblables, bien qu'ils présentent des points communs dans leurs caractéristiques générales. En effet, ces deux centres appartiennent au groupe que j'ai catégorisé sous le nom CTR de type 2, à savoir des centres présentant une capacité d'accueil moyenne, de 10 à 15 personnes. En ce qui concerne les durées de séjour (cf. tableau 2), le CTR n°2 se situe parmi les structures à durée restreinte, puisque les résidents sont admis sur une durée fixe de 6 semaines, tandis que le CTR n°1 appartient au groupe majoritaire, des CTR accueillant pour une durée indéterminée (« jusqu'à un an »). Le choix de deux centres en milieu urbain, mais en zone de proximité rurale, s'avère a posteriori particulièrement intéressant – une mise à distance du modèle traditionnel des post-cures, privilégiant le grand air et l'ergothérapie à la campagne, et souvent plus éloignés des enjeux concrets de la réinsertion. Il faut noter néanmoins que le recrutement au CTR n°1, le *TCHAT*, semble globalement plus ancré sur le territoire local, que les admissions au CTR n°2, *Métanoïa*, qui proviennent souvent de toute la France.

Tableau 3 : Différences entre les diverses institutions d'hébergement en fonction de leur localisation_

Localisation	Milieu rural	Milieu urbain (ville petite ou moyenne jusqu'à 200 000 hab.)	Milieu urbain (grandes villes et banlieues)
CAUT	1		3
CTR de type 1 (5 à 9 résidents)	3	3	3
CTR de type 2 (10 à 15 résidents)	8	6	6
CTR de type 3 / CT (+ de 15 résidents)	2 / 9	1 (CT)	1 / 1

Le **TCHAT** est un CTR situé dans une ville moyenne française située autour de 100 000 habitants intra-muros (nous nommerons cette ville O. dans l'ethnographie). C'est une institution historique de l'intervention en toxicomanie, qui s'est constituée à la fin des années 1970, dans le sillon d'institutions indépendantes, telle l'hôpital Marmottan à Paris en 1971, et le Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions à Bordeaux en 1972 ; mais aussi *contre* ces dernières, dans un contexte provincial où les enjeux sociaux de prise en charge sont très distincts des grandes villes. C'est un exilé politique venu de l'Amérique du Sud – qu'on nommera ici Osvaldo Herrera –, qui crée le TCHAT et construit rapidement sa popularité. Il parvient en effet à fédérer le milieu des intervenants en toxicomanie dans des rencontres annuelles organisées par l'association, dans un contexte où les recherches et les solutions apportées face à la problématique « toxicomaniaque » sont encore minces. L'institution avait une idée très précise de la toxicomanie, comme psychopathologie dont le traitement privilégié ne pourrait être que psychanalytique – et elle en garde un héritage très

tangible, dans le nom qu'a gardé encore aujourd'hui le CTR : TCHAT étant l'acronyme de « Traitement Complexe, Hébergement et Accompagnement *des Toxicomanes* ».

L'institution compte en moyenne sept à dix résidents, qui se voient désignés par l'équipe comme « les patients » ou « le groupe ». Quotidiennement, deux ou trois travailleurs sociaux et un infirmier se succèdent sur les horaires « de jour » de la structure (7h-22h), avec parfois le support du chef de service, et la venue du médecin-psychiatre, une fois par semaine. Un psychologue et une psychothérapeute ont leur emploi du temps réparti entre CSAPA et CTR, mais les autres concentrent leur activité sur le centre ambulatoire : les résidents doivent s'y rendre une à deux fois par semaine, à pied ou en bus, pour effectuer l'entretien psychologique avec leur thérapeute référent. La nuit, trois veilleurs de nuit alternent et s'assurent de la transmission d'éventuels incidents au professionnel entrant le matin suivant.

Si le lieu d'accueil et de consultations externes (la partie CSAPA de l'institution) a déménagé ses locaux il y a une dizaine d'années, le CTR est resté à son emplacement originaire en plein centre-ville. L'idée originelle était d'intégrer ce lieu à la cité, de ne pas l'extraire ou le marginaliser aux confins de la ville. C'est donc une bâtisse d'apparence modeste, située dans une petite ruelle du centre commerçant de cette ville moyenne, et aucune plaque n'indique la spécificité du lieu. À l'intérieur, deux espaces de consultation et d'accueil (le bureau des professionnels juste à droite en entrant), une salle commune, une cuisine et une terrasse avec sortie de garage occupent le rez-de-chaussée. Les dix chambres sont réparties dans les étages, où on trouve également une salle TV et le bureau du directeur du pôle hébergement au premier. Les locaux sont vétustes, et malgré quelques retouches et travaux (la salle TV venait d'être repeinte lors de mon arrivée au centre) quelques gros problèmes d'infrastructure dérangent régulièrement la vie quotidienne du centre - à chaque forte pluie notamment, les gouttières se bouchent, et les patients sont donc invités à « écopier » au deuxième étage du bâtiment, pour éviter l'inondation des chambres... L'emploi du temps de la structure est scandé par des rituels réguliers – l'administration des médicaments, matin, midi et soir ; l'annonce du « programme » de la journée, le matin à 9h ; le moment « courses » opéré par un binôme usager-professionnel ; les repas du midi et du soir ; l'activité sport de l'après-midi –, et par d'autres moins fréquents : les résidents ont ainsi « médiation animale », une fois toutes les deux semaines ; une activité journal le jeudi matin ; un atelier alimentation et diététique le lundi matin (dont le but est d'organiser les menus de la semaine) et quelques autres plages horaires dédiées à des activités thérapeutiques collectives. Le reste du temps est « libre ».

Métanoïa se présente comme une grande maison pavillonnaire, de trois étages, dans une ville aisée de banlieue pavillonnaire, à une heure environ d'une importante métropole. La spécificité de ce centre est de se situer à distance mitoyenne des grandes villes périphériques d'un département à la forte concentration de logements sociaux, d'où peuvent provenir des publics d'extraction populaire, et des zones rurales d'un département plus cossu. L'organisation – qui fait partie d'une association beaucoup plus grande, détenant plusieurs structures en addictologie de tout type en France, et que nous nommerons *Agora* – compte également au niveau local une permanence en ambulatoire pour les personnes orientées par le Tribunal de Grande Instance, et une équipe de Prévention en milieu scolaire. Les professionnelles de ces deux instances complémentaires au travail effectué en CTR – mais qui assure le rayonnement de l'association à un niveau départemental –

interviennent de manière ponctuelle auprès des hébergés de la structure, ou viennent parfois travailler sur place avec la direction et les secrétaires administratives.

La capacité d'hébergement est de maximum quinze personnes, qui sur le lieu, viennent désignés comme « actients ». Cette appellation interroge voire déconcerte parfois les résidents – elle diffère en effet de l'emploi usuel du nom de « patients », tout en laissant transparaître l'attitude proactive qu'on attend d'eux. À l'inverse, pour les professionnels, c'est la déstigmatisation de l'usager et l'horizontalisation des rapports soignants/soignés qui serait en jeu dans l'utilisation de ce néologisme. Le personnel est composé d'une directrice, d'un médecin psychiatre, d'un psychologue, d'une cheffe de service psychomotricienne, d'une infirmière, d'une dizaine d'éducateurs spécialisés, d'un médiateur santé-pair, d'une secrétaire, de trois veilleurs de nuit, d'une auxiliaire de ménage, d'un sophrologue intervenant extérieur, d'un intervenant extérieur plasticien, ancien usager, et d'un employé s'occupant plutôt des menus travaux et du bricolage – lui aussi ancien usager.

La maison est située en bord de fleuve, et possède un grand jardin (200 m²) qui donne sur un portail, régulièrement ouvert. Elle constitue le lieu principal – d'habitation et d'ateliers pour la population qui y est accueillie. La structure (qui était auparavant une maison de retraite) accueille en outre un petit bâtiment à l'entrée, où sont concentrées les fonctions d'administration et les bureaux de consultation du psychiatre, de l'infirmière et du psychologue ; ainsi qu'un autre petit bâtiment où deux chambres de plus sont situées, ainsi que la « salle-cathédrale » (désignée ainsi pour sa forme, au plafond triangulaire), où sont effectués certains ateliers (dont la sophrologie), et les réunions d'équipe du jeudi. Les usagers sont accueillis dans la structure à une fréquence de groupes de 5 toutes les deux semaines (5 personnes maximum rentrent dans la structure et 5 au moins en sortent, toutes les deux semaines). Trois groupes cohabitent ainsi en même temps, et sont désignés par des numéros - groupe 1, 2 et 3 : un groupe « entrant » (ou « nouveau »), un groupe déjà présent depuis deux semaines, et un groupe devant effectuer ses deux dernières semaines et envisager « la sortie ».

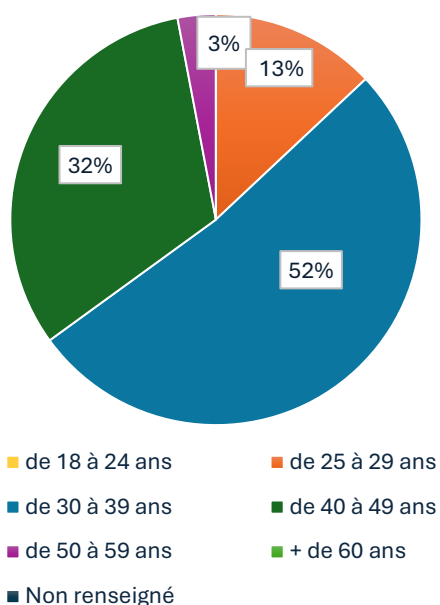
Le programme – aussi appelé « planning » – des six semaines, est particulièrement chargé. Les activités s'étalent de 10 à 12h, puis de 14 à 16h et de 16 à 18h, ou bien de 15 à 17h, avec des temps d'entretiens qui s'échelonnent avant et après. Les ateliers qui suivent quatre axes de travail fondamentaux pour la structure, alternent de manière assez équilibrée. Les traitements sont délivrés à 8h30 tous les matins.

En ce qui concerne les données comparatives, il est d'emblée possible de remarquer, via les rapports d'activité des deux structures, que la population reçue au TCHAT est non seulement globalement plus âgée mais aussi plus masculine qu'au CTR Métanoïa (77% contre 64,8% d'hommes sur l'année 2023). L'âge moyen des usagers au centre Métanoïa est globalement équilibré et presque un quart des usagers ont moins de trente ans tandis que plus de la moitié des usagers du TCHAT est située dans la frange entre 30 et 40 ans, et jusqu'à 84% des usagers peuvent être comptabilisés dans la large frange qui regroupe les âges intermédiaires (entre 30 et 50 ans). Toutes ces données pourront être un appui fécond à nos observations de terrain.

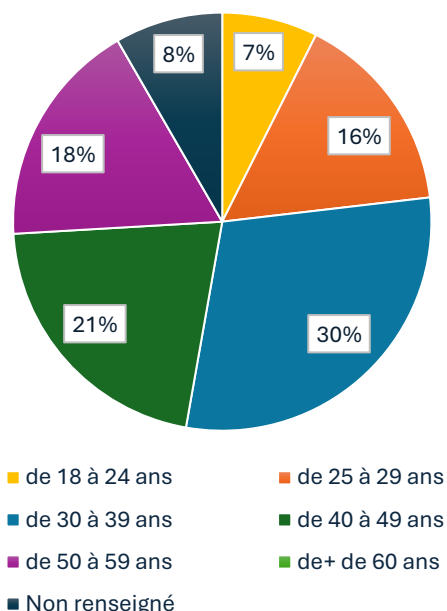
Tableau comparatif de nos deux CTR

Nom de la structure	TCHAT	Métanoïa
Places totales en résidentiel	10	15
Taux d'occupation	94% (déclaré par la structure)	64,6% (calculé de mon côté – en fonction du nombre de nuitées d'hébergement déclarées)
Nombre de personnes vues pendant la dernière année (patients hébergés) (N)	53 (Rapport d'activité 2021) ; 30 (RA 2023)	108 (RA 2023)
- en pourcentage d'hommes	77%	64,8% (70 hommes)
- en pourcentage de femmes	23%	35,2% (38 femmes)
Durée moyenne du séjour en nuitées	73,95	30,07 ³⁷
Durée moyenne en pourcentage :		
- Moins d'un mois	19%	51%
- De 1 mois à 3 mois	34%	49%
- Plus de 3 mois	47%	X

**Âge moyen des usagers
du CTR TCHAT**



**Âge moyen des usagers
du CTR Métanoïa**



³⁷ Nous avons dû établir manuellement le calcul concernant la durée moyenne de séjour au TCHAT – en nous basant sur ce qui avait été établi à Métanoïa, c'est-à-dire en divisant le nombre total de journées d'hébergement réalisées par le nombre de personnes hébergées durant l'année (N). La durée moyenne du séjour au TCHAT était pour sa part ainsi indiquée dans le rapport d'activité de la structure : 19% moins d'un mois ; 19% un mois ; 15% de 1 à 3 mois ; 47% de 3 à 6 mois.

On aurait par ailleurs souhaité « présenter » nos deux centres en rapportant les extraits de la première journée de terrain passée dans chacun d’eux. Mais pour ne pas rallonger infiniment cette longue introduction, j’ai préféré effectuer un bref développement sur deux éléments qui peuvent rendre compte des caractéristiques et de ce que nous appellerons le *style* particulier de chaque institution : le rapport entretenu au « *bureau* » des professionnels, et la relation entretenue à la *temporalité du séjour* d’autre part. Comme dans tout le reste du manuscrit, j’introduis d’emblée également la présentation graphique que j’ai choisi pour clarifier le terrain où se situe la scène rapportée : les extraits provenant du CTR n°1 - TCHAT seront situés sur la droite de la page ; à l’inverse les extraits tirés de l’observation du CTR n°2 - Métanoïa seront placés en léger décalage sur la gauche par rapport au corps de mon analyse³⁸.

Espace : rapports différenciés des professionnels au « bureau »

L’espace des professionnels est un souvent un lieu qui apporte d’emblée des informations sur les logiques d’interactions soignants-soignés à l’œuvre dans une structure. Tout simplement déjà, la matérialité de sa présence ou de son absence est indicatrice des mouvements et des déplacements possibles aux membres de l’équipe transdisciplinaire qui traverse le CTR (voir encart ci-dessous) : à l’hôpital M., stage préparatoire, il n’y avait pas de bureau des professionnels (certains médecins avaient néanmoins « leur » bureau). Ce qui générait un étrange attroupement des divers membres de l’équipe au sein du secrétariat, qui était aussi le lieu de la machine à café-filtre, et de l’accueil des usagers du CSAPA : et permettait également de ce fait des rencontres, fortuites ou attendues, des prises de rendez-vous improvisées, des échanges animés, des rires, de la circulation. Dans les deux CTR que j’ai fréquentés, il y avait un bureau réservé aux professionnels : dans le premier, c’était le lieu le plus investi de la structure par les membres de l’équipe ; dans l’autre, il était sous-exploité – cela nous fournit un certain nombre d’informations préalables.

Encadré 0.5 _

Origines géo-sociales et « rôles professionnels » des équipes en CTR

Les différents professionnels que nous avons rencontrés appartiennent principalement à six « métiers » et donc six statuts sociaux différents. En CTR travaillent tout d’abord un corps important de *travailleurs sociaux*, regroupant le groupe professionnel (majoritaire dans ces structures) des éducateurs spécialisés (ES), des assistantes sociales (AS), des moniteurs-éducateurs et monitrices-éducatrices, des éducateurs sportifs, des professionnels de l’animation – et enfin quelques nouveaux médiateur-santé-pair, que l’on peut également regrouper dans cette catégorie. D’après les entretiens menés avec les professionnels des deux CTR, l’écrasante majorité d’entre eux a au moins un de ses parents qui travaillait dans le social ou le sanitaire. Similairement à l’étude consacrée par André Vilbrod sur la profession, les ES rencontrés disposaient généralement « d’un capital culturel incorporé, « extra-scolaire », préadapté aujourd’hui comme hier au terrain d’élection de leur activité salariée. » (Vilbrod, 1995 : 92).

³⁸ Les extraits de terrain qui seraient en provenance d’autres terrains (ethnographie menée à la CT Stella par exemple) seront centrés au milieu de la page. Les morceaux d’entretien, quant à eux, seront présentés avec un classique report sur la droite.

On distingue ensuite trois types de professionnels également nécessaires au fonctionnement de la structure. Les infirmiers d'une part : infirmiers et infirmières en soins généraux (IDE) plus généralement, mais parfois quelques infirmiers ou infirmières en pratique avancée (IPA). Les médecins de l'autre : médecins psychiatres addictologues, qu'ils soient anciennement alcoolologues ou intervenants en toxicomanie, ou encore médecins généralistes en libéral spécialisés en addictologie, qui apportent un soutien ponctuel (vacations ou remplacement) à certaines structures – c'est le cas notamment au TCHAT. Les psychologues enfin, qui ont eu historiquement une importance majeure dans les institutions de soins en toxicomanie – et dont la place est plus discrète aujourd'hui, en ce qu'ils sont intégrés de manière complémentaire au travail de soin et éducatif effectué par leurs collègues.

Enfin, il faut également repérer tous les professionnels d'encadrement et les employés-support de la structure : les cadres administratifs constituent une cinquième catégorie de professionnels gravitant autour du CTR – le chef de service du CTR, souvent ancien travailleur social ou profession paramédicale, occupe une place souvent très importante. Parmi les employés par l'administration, on compte enfin les secrétaires, les veilleurs et veilleuses de nuit, les agentes de service effectuant le ménage de la structure.

À présent, nous aimerions résumer succinctement (des développements suivront dans le chapitre 5 de la thèse) la littérature portant sur les rôles professionnels déployés dans le médico-social – en rappelant que le concept de « rôle professionnel » se conçoit comme l'articulation des *finalités* définissant le sens des missions conduites, des « *compétences professionnelles spécifiques* » et du *statut* économique et symbolique détenu par les professionnels, eu égard à leur hiérarchie et à la relation d'autorité qu'ils entretiennent avec l'utilisateur (Bajoit, Franssen, 1995 : 38).

Les travailleurs sociaux représentent entre 1 et 1,5 millions de personnes en France (Le Goaziou, 2022), mais constituent un ensemble de professionnels très disparates du fait de la diversité de leurs formations, missions et champs de compétence. Les professionnels en CTR, qu'il s'agisse des éducateurs et éducatrices ou des assistantes sociales, voient surtout les finalités de leur métier concentrées sur la relation aux usagers. Comme les infirmières, ils et elles ont fréquemment « un rôle d'interface et de médiation » (Petitat, 1994 : 227), dans « l'entre-deux » - à la fois du technique et du relationnel, double fondement de ces professions, mais aussi « à la charnière du clerc et du pédagogue, à distance à la fois des images du scout et de ses actes de foi et du spécialiste exerçant « froidement » une profession comme les autres », car leur métier les a portés à incarner historiquement cette place d'intermédiaires directs de l'intervention sociale (Vilbrod, 1995 : 85). Situés généralement aux premières lignes de l'interaction, ils doivent composer avec les problèmes des résidents et trouver des solutions personnalisées, qui donnent corps aux politiques médico-sociales développées en amont de leur travail (Lipsky, 1980 ; Maynard-Moody et Musheno, 2003 ; Tabin et Perriard, 2016).

Au CTR, les autres professions semblent quant à elles se replier de ce fait sur leur sphère de compétences spécifiques, lorsqu'elles ne partagent pas avec le travail éducatif et social les mêmes fonctions de réhabilitation de la personne hébergée. Les infirmiers ne se distinguent pas tellement dans leurs activités quotidiennes de leurs collègues éducateurs, si ce n'est dans la mise en avant de leurs compétences techniques spécifiques (composition des piluliers, administration médicamenteuse, soins primaires ou éducation thérapeutique effectuée auprès des usagers). Les psychologues, à l'inverse, tiennent à se distinguer particulièrement de leurs collègues – surtout lorsqu'ils et elles défendent l'idée que la spécificité de leur métier tiendrait au volet proprement « thérapeutique » du séjour – via la cure par la parole que constitue l'entretien individuel hérité de l'orientation psychanalytique de ce type d'intervention. Ils décrivent donc leurs fonctions comme étant d'accueillir et de soigner par la parole les personnes en séjour – ou selon une triade plus intégrative d'« Éclairer, Conseiller, Remédier » les usagers (Rouquette, 2011). Les médecins-psychiatres en revanche, à l'inverse de leur part prépondérante à l'orientation et au traitement des usagers en services d'hospitalisation pour sevrage, voire en CSAPA, paraissent moins influents en CTR. Présents en moyenne un jour par semaine dans la structure, ils se contentent de confirmer ou de revoir les prescriptions avec les usagers – que ce soit en matière de TSO ou de traitements médicamenteux facilitant le sevrage ou constituant un traitement de base antérieur de l'utilisateur (anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques principalement). Ils et elles sont globalement absents aux réunions d'équipe concernant l'évolution des usagers hébergés, et entretiennent plutôt une pratique d'évaluation clinique en lien avec les recommandations thérapeutiques préconisés par leurs collègues présentes dans le dossier de l'utilisateur – et à ce que dit l'utilisateur lui-même de sa situation.

Abraham Franssen discerne par ailleurs que sont advenues des transformations importantes des rôles professionnels de ces divers métiers de l'intégration sociale, qui implique des tensions et de nouvelles formes

d'adaptabilité de ces métiers à leur définition contemporaine. En effet selon lui, la finalité des missions éducative et d'intégration est marquée par la remise en cause de l'intégration au profit de l'autonomisation ; l'autorité doit évoluer « d'un mode disciplinaire à un mode procédural » ; les compétences évoluent vers une « complexification rapide dans le sens d'une professionnalité plus réflexive et spécialisée » – des changements parfois difficiles à accepter pour des professionnels qui partagent le sentiment d'un manque de reconnaissance sociale pour leur contribution (Franssen, 2005 : 139).

Au TCHAT, ce que j'appellerai le bureau d'accueil, mais qui était explicitement nommé « le bureau des thérapeutes » par usagers et professionnels, constituait le centre névralgique des échanges entre membres de l'équipe et de l'organisation de la structure :

L'accueil au CTR du TCHAT se fait le lundi 24 mai, dans des conditions un peu particulières compte tenu du fait que j'y vais de mon propre chef, étant donné l'absence de réponse de Vincent Leprince, directeur du pôle hébergement du CTR, encore en arrêt maladie. Je me fais accueillir par Capucine, une éducatrice spécialisée. Très rapidement après avoir compris qui j'étais et le pourquoi de ma présence, *elle ferme la porte du bureau d'accueil* (que je connaissais déjà, ayant visité la structure une fois au mois de mars, lors de ma première venue) pour « [me] faire une courte transmission » sur les « patients » présents dans la structure en ce moment.

Carnet de terrain 1 – TCHAT – 24/05/21

À tous les moments de « transmissions » (arrivée du deuxième professionnel un peu avant 9h ; changement de professionnels l'après-midi à 17h ; arrivée du veilleur de nuit à 22h), la porte du bureau est strictement fermée par les soignants, pour des questions qui s'apparentent à l'échange confidentiel et au secret professionnel. Le reste du temps, la porte peut selon les jours (et les professionnels en fonction) rester ouverte, ou se voir fermée systématiquement. Dans ces circonstances, les résidents se mettent souvent directement en relation avec les professionnels en passant par le bureau : ils et elles doivent toquer à la porte avant d'entrer, faire leur demande, et attendre en dehors du bureau. Dans tous les extraits suivants, la conversation entre professionnels et résidents a donc lieu des deux côtés du *seuil* que constitue la porte d'entrée du bureau d'accueil :

Plus tard dans le bureau. Nadine (assistante sociale) me parle du fait qu'un des anciens « patients » du CTR, Dylan, va venir aujourd'hui lui rendre visite. Il est parti [après huit mois au CTR] dans un foyer la semaine dernière, mais il revient déjà, en ayant fait la demande d'un rendez-vous à Nadine, « pour calmer ses angoisses » (sic). Nadine s'interrompt brutalement, lorsque Jonas, usager présent depuis quelques semaines, se présente devant la porte du bureau. Le jeune homme toque à la porte, qui est ouverte, et tout en restant sur le pas de la porte il demande s'il peut avoir du gel hydroalcoolique. Elle attend que sa collègue lui ait passé du gel, patiente encore cinq à dix secondes que l'usager se soit de nouveau éloigné, pour reprendre son discours par rapport à Dylan.

Carnet de terrain 1 – TCHAT – 24/05/21 (suite de l'extrait précédent)

Il est 11h30. Sacha, usager d'une trentaine d'années, passe la tête par l'embrasure de la porte du bureau. Sacha – Il est pas là Emeric ?
Melvin (éducateur spécialisé) – Non.
Sacha – C'était pour savoir si on se voyait en entretien ce matin ou cet après-midi...
Melvin – Je pense que ce sera difficilement ce matin...
Sacha – Bah non mais c'était juste pour savoir, parce que ça fait quand même une heure et demie que j'attends...

Carnet de terrain (Cdt) 1 – TCHAT – 04/06/21

Les résidents et résidentes ont par ailleurs des moments fixes de la journée où il est *attendu* qu'ils et elles passent par le bureau : au moment de la remise des portables, en début d'après-midi ; au moment de leur « sortie en autonomie », où ils doivent passer au bureau, annoncer qu'ils sortent, l'heure de leur retour et ce qu'ils vont faire durant cette sortie. Par ailleurs, pour ce qui est de la distribution médicamenteuse, les professionnels y procèdent en traversant le couloir et en ouvrant, après la salle d'entretien, une petite salle dédiée à l'infirmerie. Les portes sont souvent grandes ouvertes au moment de la prise des médicaments – si bien que quelqu'un qui se trouve dans le bureau d'accueil au moment du passage à l'infirmerie d'un des usagers peut le voir dans l'enfilade des trois portes ouvertes procéder à ses prises de traitement.

Au centre Métanoïa, le bureau occupe une fonction tout à fait diverse : il est le lieu privilégié pour la remise des médicaments, et l'administration médicamenteuse – qui au TCHAT comme on vient de le voir, se déroule directement dans l'infirmerie. À Métanoïa, les résidents ne se rendent qu'en cas de besoin auprès de l'infirmière, qui dispose d'un bureau personnel dans la petite maison en haut du jardin de la structure. Ils et elles passent par cet endroit également une fois par semaine, le mercredi, lors de la visite médicale hebdomadaire (entretien conjoint avec le psychiatre et l'infirmière). Le reste de la semaine, et suivant la prescription médicale établie le mercredi, ils se rendent dans un très petit bureau – nommé précisément à cause de sa taille « le bocal » – qui se situe dans un des coins du réfectoire situé au rez-de-jardin. L'administration médicamenteuse se fait donc souvent « à la chaîne », juste avant le repas du midi notamment, si bien que les usagers à peine sortis du bureau peuvent prendre leur plateau repas et s'installer sur les tables du réfectoire. Ce bureau peut également servir d'appui aux professionnels, dans les temps « calmes » de la structure – mais qui sont en vérité très rares durant la semaine. Par ailleurs, la porte de ce bureau est une vitre opacifiée. Ce qui certes, protège de l'intrusion et garantit une forme d'intimité à minima. Mais si un usager ou une usagère vient voir un membre de l'équipe dans ce bureau hors des temps réglementaires, n'importe qui est susceptible de deviner les deux personnes présentes à ce moment dans le bureau – ne serait-ce que par le son des voix, mais également par les silhouettes ou la couleur des vêtements, qu'on voit en transparence. Quoi qu'il en soit, tout indique que le « bureau », du fait de la distance formelle (la table qui sépare le ou les professionnels et l'utilisateur) et du protocole qu'il incarne (la prise de médicaments, sous les yeux d'un membre de l'équipe) produit d'emblée – et dans cette structure également – des effets de distanciation voire de suspicion entre soignés et soignants. Ce même si ces derniers s'efforcent, le reste du temps, de partager les mêmes espaces collectifs (la table où déjeuner, la cuisine, la terrasse ou le jardin) :

Dans le bureau des éducateurs, je discute avec Charlène. Elle est assise derrière le bureau, et je me suis assise dans le fauteuil qui est dans le coin de la pièce à gauche, à côté de l'armoire à piluliers, et à l'opposé de la porte d'entrée. Keufan, usager en première semaine, arrive dans le bureau pour prendre son traitement. Charlène déplace la feuille et le portable qui se trouvaient sur le bureau, devant lui.

Keufan. – [*heurté, réagissant au fait que l'éducatrice ait déplacé son portable*] Je vais pas vous le voler, hein...

Charlène. – [*se justifiant*] Non, mais c'est parce que je m'étale...

Keufan prend ses médicaments, les avale avec un verre d'eau, et sort du bureau. Elle me parle de l'atelier qu'elle va animer cet après-midi, un atelier sur les 5 sens.

Charlène. – C'est un atelier un peu chiant à animer, mais qui est intéressant... il y a certainement des choses à retravailler, pour que ça soit plus intéressant et plus ludique pour eux.. C'est un atelier qui existe presque depuis le début de Métanoïa.

Carnet de terrain 2 (Cdt 2) – Métanoïa – 10/09/21

Par ailleurs, la question du bureau regroupe des enjeux territoriaux plus complexes au sein de la structure qu'une simple division des espaces entre « soignants » et « soignés ». Les bureaux « d'en haut » concentrent en effet diverses activités et réunions informelles des membres de l'équipe : le matin, c'est au bureau d'accueil (secrétariat) que se réunissent généralement tous les professionnels, pour échanger quelques mots et boire un café avant de « descendre » à 10h, commencer les premiers ateliers. Lorsqu'un événement important a eu lieu pendant la journée ou la nuit précédente (comme une consommation dans le centre), c'est souvent dans ce bureau d'accueil qu'il s'ébruie, et se diffuse. C'est également à cet endroit ou le couloir adjacent (qui mène au bureau de la direction) que les opérationnels de terrain et la cheffe de service décident parfois d'acter une « fin de séjour », c'est-à-dire l'expulsion d'un usager ou d'une usagère – et qu'ils décident alors de qui se dévoue pour aller prévenir la personne en question. À l'étage de ce bâtiment annexe, on trouve également le bureau du psychologue, et un bureau qui sert depuis quelques années aux trois professionnelles de prévention rattachée à la structure – qui avaient auparavant des bureaux délocalisés, mais qui travaillent désormais sur place quand elles ne sont pas en mission sur le terrain. Lors d'une analyse de pratiques, qui se déroulera en mai 2022 dans la structure, les éducateurs m'informeront que c'était auparavant « le bureau des éducateurs ». Ces derniers n'ont donc plus véritablement d'espace consacré, depuis la cohabitation avec les intervenantes du programme de prévention – mis à part le « bocal », qui leur sert effectivement de zone de repli, notamment (et le passage au centre dans les mois et années successives me le démontrera ultérieurement) dans des cas de contestations et de critiques qui s'échangent par rapport aux décisions de la direction.

Dans un cas donc, le « bureau des thérapeutes » introduit pour le TCHAT à une dynamique de distanciation forte existant entre les professionnels travaillant dans la structure et les usagers et usagères – qui doivent effectuer toutes leurs démarches en veillant à ne pas entrer dans l'espace des professionnels, mais plutôt en leur demandant de bien vouloir en sortir pour leur venir en aide. Cet espace localisé rend compte d'une logique territoriale où certains lieux sont accessibles aux usagers, d'autres le sont mais sous conditions et à des moments précisément définis, et où d'autres espaces leur sont fermés, et réservés au contraire pour les membres de l'équipe, non-hébergés au CTR, mais qui y ont « leur » espace. Dans le second cas, les bureaux sont multiples, et la configuration du lieu

prévoit plutôt une logique de circulation entre espaces, des usagers comme des professionnels. Seules certains rôles ont une place attitrée et donc un lieu consacré dans la structure (le trio médecin-infirmière-psychologue – mais aussi la direction et le secrétariat). Les autres doivent mener l'essentiel de leur temps dans des espaces collectifs mixtes (les salles d'atelier, le réfectoire et le jardin), selon une logique de transparence et de visibilité, qui s'étend on l'a vu au « bocal » des prises de médicaments – et qui n'est pas sans rappeler la logique panoptique benthamienne rendue célèbre par Foucault. Les usagers ne se rendent de fait que très rarement dans leurs chambres individuelles ; tant que la journée n'est pas finie, il est préférable qu'ils et elles demeurent dans les espaces collectifs.

Temps : longueur du séjour et organisation d'une semaine-type

En ce qui concerne la temporalité du séjour, des divergences fortes sont à souligner entre nos deux structures. Elles concernent d'une part l'espace-temps de la semaine, qui est rapidement représentable sous la forme de l'emploi du temps ; et d'autre part la temporalité sur laquelle s'inscrit le séjour dans la vie des usagers : moment de « mise à l'abri » et d'éloignement durable – mais donc aussi indéterminé – dans le cas du premier CTR. Et à l'inverse rapide remise « en forme », ou « à niveau » pourrait-on dire, en fonction des cas, dans le second – sur une durée intense de six semaines qui doit en un temps record les conduire à disposer de nouveaux outils leur permettant de retourner à une vie professionnelle et/ou familiale souvent déjà constituée.

Nous reconstituons ici un « emploi du temps-type » de nos deux structures :

Emploi du temps type TCHAT

	Lundi		Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8h-9h	Petit-déjeuner et traitements					
9hh-10h	Réunion du matin					
10h-11h	Atelier diététique				Atelier Journal	
11h-12h						
12h-14h	Cuisine et repas (12h30)					
14h-15h	Semaine A – Médiation animale	Semaine B-				
15h-16h			Musculation	Badminton	Jeux en extérieur	
16h-17h						
17h-18h	Piscine					
18h-19h	Cuisine et repas (19h30)					
19h-20h						
20h-21h	Jeux de société			Film		
21h-22h	Prise du traitement et coucher					

Emploi du temps type Métanoïa

	Lundi			Mardi			Mercredi			Jeudi			Vendredi		
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
9h-10h	Petit-déjeuner et traitements														
10h-11h	Accueil groupe entrant	Atelier Interagir	Atelier connaissance de soi							Méditation					
11h-12h															
12h-14h	Repas			Repas			Repas			Repas			Repas		
14h-15h	Accueil référents + Entretiens Infirmerie	Atelier Gestion des Addictions	Entretiens				Atelier peinture								
15h-16h		Gymnase													
16h-17h															
17h-18h	Sport	Sport	Entretiens				Réunion						Piscine		
18h-19h															

Comme on peut le voir, les emplois du temps transmettent une idée fortement différenciée de l'occupation temporelle en CTR, et de ce qu'elle doit permettre (ou encore éviter). Inversement, le « vide » temporel était jusqu'à récemment appréhendé positivement au TCHAT, alors qu'il est plutôt craint à Métanoïa.

L'équipe veut procéder à une mise à jour du programme des six semaines, car elle se rend compte d'un déséquilibre fort entre les axes (ils listent ce faisant un total de 50 ateliers différents par séjour...). De gros changements sont annoncés par rapport à certains ateliers de gestion ou de réduction des risques. Notamment l'atelier tabac, qui passe en atelier optionnel, au choix, et n'est plus obligatoire. L'équipe débat, sur le fait que ces ateliers optionnels puissent rester obligatoires pour les personnes qui ont un problème particulier avec le fait de fumer, par exemple.

Puis, une éducatrice qui a l'air de s'occuper des plannings illustre par un nouveau tableau les modifications apportées au reste de l'équipe, en disant : « Même s'ils font pas tout, c'est pas grave. On décharge le planning, *et ça permet de tout faire rentrer.* »

Je questionne un peu sur l'histoire de ces trames, sur depuis quand chacun de ces ateliers existe, qui les a formalisés... Marion, la cheffe de service répond : « Là, si je regarde le planning... ls 3/4 c'est du *plus*. C'est des trucs qui étaient là avant, et qui y sont de nouveau. ». Elle en profite pour

lancer un appel aux éducateurs et éducatrices, pour que quelqu'un se dévoue pour trouver un nouvel intervenant extérieur pour le jeudi matin, parce que par ailleurs le groupe qui donnait des séances de méditation pleine conscience finit son contrat fin septembre - « et après, ils [les résidents] *n'auront plus rien...* »

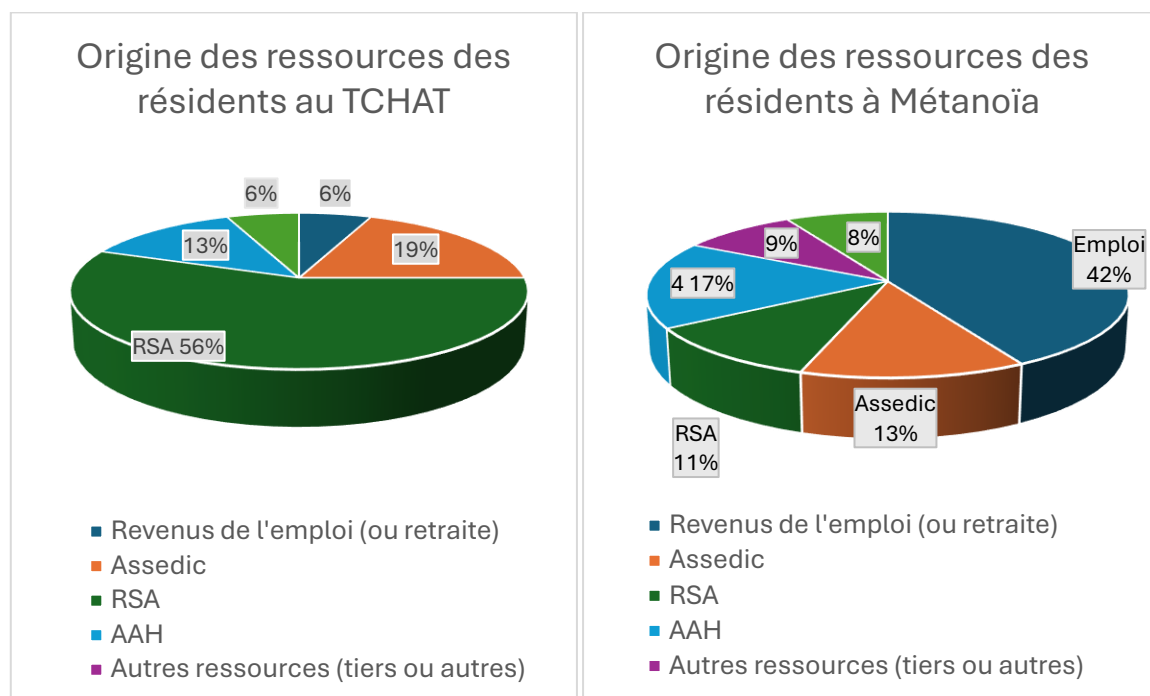
Cdt 2 – Métanoïa – 09/09/21

Je discute de manière informelle en extérieur avec Grégory (éducateur spécialisé) travaillant au TCHAT. On parle de la différence qui existe selon lui entre les CTR et les SSR-A. Il me décrit ces derniers comme des programmes thérapeutiques courts, « de 6-8 semaines max, c'est très réglé leur truc ». Forte de mon séjour annoncé des mois à venir à Métanoïa, je lui fais valoir que certains CTR suivent aussi ce format...

Grégory. – Après, nous on part de loin aussi, même s'il y a eu comme une réforme dans nos pratiques. Reste qu'on ne veut pas ressembler à ça, parce qu'on pense que c'est un peu trop... Mais c'est pas tout ou rien, hein ! – il y a un curseur à tracer. Mais c'est vrai que c'était fondé pour nous sur la philosophie du TCHAT – où il fallait qu'ils s'emmerdent... Parce que *quand ils s'emmerdaient, ils pensaient, soit dit en passant*, et après il y avait des gens qui étaient là pour les prendre, faire des entretiens... Alors c'est clair, on deviendra pas ça [une structure programmée type Métanoïa ou SSR-A] – enfin je te dis ça, moi je sais pas ce que pensent mes collègues et ce que voudront peut-être mes chefs mais *je crois pas que ça se fera...* Alors que les SSR-A, certes, ça peut les mettre en mouvement, ça les occuper.. mais je me dis *c'est pas la vraie vie quoi ! .. bien sûr que quand t'enchaînes les activités, tu penses pas à la drogue, mais bon.. Nous la vraie vie, c'est pas du bowling..* Sur l'instant oui, après est-ce que un mois après, ça tient.. Après je dis pas qu'ici ça tient mieux, hein...

Cdt 1 – TCHAT – 09/06/21

Un programme où il faudrait « tout faire rentrer » *versus* un centre où l'ennui est considéré comme l'un des moyens de la thérapie. Cette description – qui s'étaye d'ailleurs de la comparaison effectuée par l'un des éducateurs travaillant au CTR n°1 – pose le cadre de deux paysages très opposés de la prise en charge en addictologie, où le curseur semble d'emblée néanmoins porter sur la représentation que se font les concepteurs de ces programmes thérapeutiques de ce qui serait – ou devrait être – « la vraie vie ». Sur ce point d'ailleurs, il faut enfin mettre en regard la différente inscription temporelle du séjour en CTR telle qu'elle se déploie dans les deux centres. La temporalité du CTR n°1 semble souvent délimiter une inscription institutionnelle rassurante, de 6 mois à un an, notamment pour des parcours de vie se situant dans le sillon d'un décrochage durable lié à la prise de produits : foyers, institutions spécialisées, ou encore parcours carcéral, y font fréquemment partie de l'horizon de provenance des usagers entrants. Peu d'entre eux disposent d'un emploi qualifié, voire d'un parcours professionnel ou d'études leur permettant de postuler facilement à un emploi à leur sortie de parcours de soins. À l'inverse, comme en témoigne la comparaison graphique ci-dessous, une grande partie des usagers et usagères de Métanoïa dispose des revenus d'un emploi, à temps plein ou temps partiel. Nombre d'entre eux vont le reprendre à la sortie du centre, et le nombre minoritaire de personnes touchant le chômage envisage néanmoins leur réinsertion professionnelle comme l'une des premières étapes pouvant favoriser leur rétablissement et leur permettre de se stabiliser.



Ce sont ces deux centres aux coordonnées initiales pourtant très dissemblables que nous allons à présent entrevoir comme les versants d'un même projet – celui de la responsabilisation. Mais à quoi correspond-elle vraiment ? La responsabilisation est-elle un lien, est-elle une croyance, est-elle une pratique ? Au fil de l'écriture j'ai cru me rendre compte qu'elle est sans doute les trois à la fois. Mais la saisir supposait précisément de ne pas figer l'observation sur un des pôles du lien – de ne prendre directement pour objet ni les usagers ni les professionnels. Le sujet de l'enquête serait plus proprement « l'institution », dans tout ce que cette notion a de massif et de conceptuel en France – mais aussi dans son incarnation la plus empirique, si on fait le choix comme ici de traiter d'une institution, en France, en 2020, quinze ans après l'institutionnalisation de l'addictologie. Mais alors, pourquoi avoir choisi deux institutions ; pourquoi avoir préféré la double enquête à l'enquête monographique ?

D'une part, de manière *synchronique*, pour comprendre ce qu'est un CTR à partir de cas divers. Mes deux enquêtes de terrain pouvaient chacune fournir le support d'une étude de cas (Lahire, 2010 ; Passeron, Revel, 2005) où comprendre le traitement différentiel des usagers, l'évolution circonscrite des professionnels, les mutations de la visée institutionnelles d'un centre résidentiel en addictologie. Mais elles ont d'emblée été pensées ensemble, l'intérêt de l'étude de cas étant d'éclairer ces processus en tant que phénomène progressif et non comme une réalité univoque et implacable, et l'intérêt de l'étude comparée étant de pouvoir « généraliser » à partir de cas particuliers, pour heuristiquement parvenir à pousser plus loin, sans nécessairement produire de « conclusion générale » (Evans- Pritchard, [1951] 1969 : 114 – cité par Candea, 2016). J'ai procédé, comme suggéré précédemment, de manière abductive (c'est-à-dire en formulant et en testant des hypothèses) sur un phénomène local pour le circonscrire et ne pas le percevoir comme déterminé d'avance : en illustrant comment une séquence d'événements est régie par certaines lois et déterminismes sociologiques, mais aussi par les contingences ou circonstances qui contribuent à ces

mécanismes (Van de Ven, Huber, 1995), il a ainsi été possible de « tisser du lien entre les divers éléments qui structurent le processus » (Rouat, Sarnin, 2018), tant de manière chronologique, que dans la compréhension sociale et organisationnelle des logiques sous-jacentes à l'œuvre dans cette structure. Mais j'ai procédé de manière inductive pour traiter, dans une comparaison latérale entre CTR n°1 et n°2, des similitudes qui peuvent s'établir entre ces institutions et permettre de déduire la nature plus globale d'une institution type-CTR ; mais qui permettront aussi sans doute à d'autres de creuser les différences qui émergent dans cette comparaison, et qui permettent d'ouvrir de nouvelles pistes ou questions de recherche.

D'autre part, considérer l'évolution des institutions-CTR de manière *diachronique*, permet de prendre au sérieux la méthode de l'étude de cas comme de celle de l'étude comparée, et d'observer ces centres depuis un autre niveau. Je chercherai en effet à montrer que l'analyse comparée fait émerger de quelle manière CTR n°2 ne pouvait naître, au milieu des années 2000, que des ambivalences des institutions de la forme CTR n°1, plus ancienne. La comparaison permet de rendre compte du fait que les législations et les circulaires liées à l'établissement de la discipline de l'addictologie ont cherché à rétablir ou à amender certaines défaillances des anciennes structures de soin, et que les « nouvelles » structures sont le reflet de ces modifications de la clinique et de l'esprit dans lequel est pensée de nos jours « la sortie » des addictions. Si l'on prend alors comme focale la *différence* entre les deux centres observés (étude de cas), on met en place une forme d'histoire virtuelle de l'évolution du CTR – depuis sa forme ancienne, en perdition de vitesse sur le marché de l'accompagnement médico-social (CTR n°1, ancien CSST) à la forme nouvelle, « projet », sinon paradigme de la nouvelle addictologie française en constitution (CTR n°2). À ce second niveau, l'étude de cas devient donc l'étude du devenir des CSST-CTR au cours des trente dernières années. Mais en prenant en compte les *similitudes* qui se dégagent d'une comparaison latérale, entre ces deux institutions protagonistes, mais aussi en prenant d'autres terrains (la CT Stella, l'hôpital M.) comme terrains-témoins (ou comme « entités qui sont formellement du même ordre, quoique différentes dans leur contenu » – Candea, 2016), on établit une étude comparée d'une autre portée encore. C'est dire qu'on voudrait ici faire de la limite de la comparaison latérale sa force, et que le cadre pluraliste qu'elle requiert nous permet d'appréhender sérieusement l'objet abordé plus haut (*qu'est-ce qu'un CTR à l'époque contemporaine ?*) sous plusieurs angles – qui ne peuvent être perçus tridimensionnellement en même temps, mais qui demeurent constitutifs du même objet. C'est dire qu'il y a plusieurs centres dans le CTR, comme il y a toujours plusieurs peuples dans un peuple (Candea, 2011). C'est ce qui s'abordera à chaque fois dans la troisième partie des chapitres qui vont suivre : le CTR comme institution (quasi-)totale ; le CTR comme hétérotopie ; le CTR comme valorisation d'un projet utopique. Un lieu où devenir autre ; un lieu où devenir adulte ; un lieu où devenir soi.

II. C/ Nomenclature, anonymisation et architecture du manuscrit

« Patients », « clients » ou encore « actients » en fonction des structures (et leur équivalent féminin « patientes », « clientes » et « actientes »), la désignation des « usagers » et « usagères » ne pouvait que susciter un problème, qui me semble intrinsèque à la nomination des populations observées dans les centres en addictologie, comme plus généralement en santé mentale. La solution qui aurait été d'esquiver les appellations indigènes pour préférer le terme par exemple de « consommateurs et consommatrices » ne résolvait pas cette tension que contient l'addictologie, qui a étendu la nosographie aux addictions sans drogue (on ne peut pas vraiment parler de « consommateurs » en parlant des *cyberaddicts* ou des joueurs en ligne). Elle entretenait une ambiguïté intéressante sur ce qui pose problème dans le phénomène des « addicts » (être un consommateur, sans contrepartie productive), mais annulait leur spécificité dans le grand bain du consumérisme. Le terme anglais, essentialisant au demeurant, n'était pas une bonne option. L'autre solution qui consisterait à les nommer « dépendants et dépendantes » de même, posait un problème éthique conséquent. En parlant de la dépendance, on oscille de fait toujours entre une position banalisatrice, qui naturalise la dimension pathogène du rapport à certains objets (nous serions tous « dépendants » aujourd'hui – à la technologie entre autres – ces effets de généralisations fatalistes étant légion), et une position de stigmatisation brutale venant de celles et ceux qui ne seraient *que dans l'usage* – dit parfois « récréatif » ou « festif » – par rapport à ceux qui auraient un usage « problématique », les « dépendants » et « dépendantes » qui auraient succombés à un processus dont la biologie, la psychologie et la sociologie pourraient, en bonne entente, déterminer les facteurs de cause.

N'affectionnant pas particulièrement le terme d'« usagers » privilégié par les politiques de santé publique, il me semblait en même temps réducteur de préciser parfois « usager-es injecteur-riche-s de drogue » (sans savoir forcément d'ailleurs si ces usagers ou usagères s'injectent du speed, de l'héro ou de la 3MMC), ou le barbarisme « usager-es d'alcool », comme si précisément, le produit de consommation devait amener à les définir. La question de les nommer par certaines nomenclatures indigènes (que ce soit « toxicomanes », « alcooliques », ou encore personnes atteintes de « la maladie de la dépendance », « dépendants en rétablissement » « personnes dépendantes ») est précisément ce que je voulais éviter, étant donné que c'est la construction de ces nomenclatures, de ces subjectivations, de la manière de les traiter en réponse, que j'interroge³⁹. Par ailleurs, il y aurait eu quelque chose de réducteur (du côté en revanche d'un biais sociologique) à les désigner par leur produit, comme si on signifiait par-là implicitement leur milieu social d'appartenance. Comme on le découvre au contact des personnes qui fréquentent des centres en addictologie, les carrières et les parcours de vie sont bien souvent plus complexes que ce que l'usage technique, le mode de prise ou le type de substance laisserait entendre. Pour le dire plus simplement : tous les cocaïnomanes ne sont pas des traders de la Défense ou des cadres supérieurs des boîtes de pubs ou des médias, alors que tous les crackers seraient des migrants sans-papiers pauvres, et les alcooliques d'anciens

³⁹ Je crois d'ailleurs pouvoir affirmer, à la fin de cette thèse qu'on ne soigne pas de la même manière quelqu'un qui se dit et qui est nommé comme « toxicomane » que quelqu'un qui se dit et est nommé comme « malade de la dépendance », que quelqu'un qui se dit et est nommé comme « usager de drogues ».

ouvriers ou artisans au chômage. Enfin, les nommer en suivant l'exemple M. Caiata Zufferey, qui les désigne comme « le/les sortis », en se confiant à l'autodéfinition que les usagers en donnent, ne reflétait pas de manière claire le moment de la trajectoire des usagers que j'observe : on ne peut les définir comme véritablement « rétablis », et leur statut même d'être « en rétablissement » est en discussion ou en négociation au sein du CTR.

Ne trouvant pas de solution plus satisfaisante que celle-ci, j'ai désigné les personnes rencontrées en CTR – non-professionnelles – par le nom de « résidents et résidentes », et d'« hébergés et hébergées ». La particularité de leur condition dans ces centres est en effet d'y habiter – contrairement aux membres salariés ou bénévoles qui y travaillent quotidiennement. Pour varier les nomenclatures, il m'arrivera aussi fréquemment de conserver la notion d'« usagers et usagères », mais sans doute plus en écho à l'emploi de la locution d'« usager de drogue » que par rapport à leur statut d'usager d'institution. Néanmoins, lorsque ce sera le cas, je référerai la manière dont les résidents et résidentes se définissent – ou disent se nommer.

La nomination des professionnelles et professionnels de terrain subira de même des variations. « L'équipe », « les membres de l'équipe » ou « les opérationnels de terrain » désigneront les professionnels indépendamment de leur statut et de leur sexe, mais exclusivement celles et ceux qui travaillent « sur le terrain » quotidiennement. Lorsque je parlerai des cadres administratifs, je préciserai leur fonction ou je les nommerai « la direction ». Lorsque je souhaiterai désigner une fraction des professionnels, hommes ou femmes, ou encore en fonction de leur profession, cela se verra précisé. Par ailleurs, bien que tenant dans certains contextes à l'écriture épïcène, je ne la conserverai dans cette thèse que dans les introductions de chapitre. D'une part, pour faciliter et raccourcir une thèse déjà excessivement longue, mais surtout parce que sur mes terrains la population d'usagers en rétablissement est, de fait, majoritairement masculine. J'emploierai donc fréquemment le masculin pour signifier le neutre pluriel, et je préciserai bien évidemment, lorsque le traitement ou l'attitude des usagères et des usagers est susceptible de différer.

Choisir ces deux termes de « professionnels » et de « résidents » m'a semblé le plus approprié dans ce contexte, car il est possible que certains professionnels se considèrent par ailleurs « usagers » de substances, ou que certains professionnels ne se voient pas véritablement considérés comme « soignants » (les employées de service par exemple, ou encore les veilleurs de nuit). Ce qui sépare vraiment les deux populations en présence, plus que la distinction « soignants/soignés » qui est une locution indigène que je reprendrai sans doute parfois, de manière calquée sur la psychiatrie, c'est en effet de résider et de dormir pendant les diverses semaines ou mois constituant la durée du programme à l'intérieur de l'enceinte du CTR.

Tout au long de la thèse, et en dehors des citations référées, les guillemets doubles seront employés exclusivement pour les mots, expressions et prises de position provenant directement du terrain en question. À de rares reprises, il m'arrivera d'employer des guillemets anglais (" ") pour marquer une forme d'ironie, de distanciation, ou pour référer à une situation exprimable selon une expression idiomatique intraduisible diversement pour mes lecteurs. Quant à mes propres concepts ou prises de positions, ils se verront soulignés par une italique. Sont également marqués en italique les termes d'origine étrangère.

Je distinguerai en outre le point de vue de l'ethnographe, en situation d'observation ou de clarification sur sa posture – en choisissant de l'identifier par le pronom *Je* – de la prise de position ou du récit effectué par la narratrice doctorante en anthropologie : ce positionnement, et les constats ou les conclusions obtenues avec plus de recul sur mes résultats de terrain, se verront exprimés au *Nous* de modestie.

Pour plus de clarté dans la localisation de mes terrains, comme explicité plus haut, les extraits de terrain issus du CTR TCHAT seront placés sur la droite ; les extraits de terrain issus de Métanoïa sur la gauche de la feuille. Les extraits d'entretiens, ou les observations tirées de la CT Stella seront centrées. Dans les extraits de terrain, je marque entre dièses (#...#) les morceaux de conversation que je n'ai pu noter à temps et restituer à l'identique – mais dont je me souviens globalement, dans le contexte, ou que je réinterprète comme ayant été ces mots.

La totale anonymisation des centres et des prénoms est effectuée selon une logique différentielle dont il faut que je me justifie : aucun usager n'ayant refusé, lors des terrains, mes prises de notes ou le fait de rapporter des propos ou des situations vécues au CTR, je redemandais par un accord de principe, l'autorisation de certains d'entre eux pour évoquer certaines situations ou certains détails personnels. Lorsque cela a été possible (sans modifier trop le profil sociologique de la personne), les métiers ou les configurations familiales ont été modifiés (ou simplement omis). En revanche, en ce qui concerne l'anonymisation, j'ai décidé au cours de mon stage au CTR n°2 de leur laisser le choix du prénom ou pseudonyme employé pour les désigner – en suivant l'exemple et les motivations de Marie-Sophie Devresse (2006). Néanmoins, pour certains usagers et usagères – dont par exemple ceux desquels je n'ai pu assister au départ – cette discussion sur le choix du prénom, effectuée avant mon départ du terrain, n'a pu avoir lieu. Je leur donne en ce cas un prénom sociologiquement similaire, selon l'anonymisation proposée par Baptiste Coulmont (<http://coulmont.com/bac/index.html>), méthode qui a été employée également quasi systématiquement pour les prénoms des professionnels, avec recoupement d'autres bases de données - pour établir notamment la popularité ou rareté d'un prénom, pour quelqu'un né avant les années 1980.

*

Cette thèse propose de décrire la transformation dans les pratiques et l'identité d'usagers et usagères dépendants en appréhendant leur *devenir* sous trois dimensions distinctes : devenir autre – devenir adulte – devenir soi.

Lors d'un premier stade, il faut que l'institution soutienne le récit d'un devenir-autre qui va aider l'individu à s'engager sur le parcours de soin et de changement identitaire. L'institution va jouer à soutenir l'expérimentation d'un devenir-autre, les divers masques que le sujet va emprunter, pour soutenir sa performance. En une seconde phase, cette même institution lui inculque néanmoins les valeurs dont elle est porteuse, en orientant cette performance vers les normes et valeurs communément établies de ce qui configure l'âge adulte dans les sociétés occidentales. Elle le forme et le déforme à l'image de ce que la société attend de la socialisation d'un citoyen ordinaire. Dans un troisième stade, elle lui révèle (au fur et à mesure) que sa performance en réalité n'est rien d'autre que ce qu'il dit de lui-même et vit lui-même. Elle lui fait construire son nouveau Moi comme étant

le « vrai soi » que chaque individu doit s'efforcer de maintenir et de « choyer », que celui-ci soit en continuité avec l'ancien (l'ancien Moi et non l'ancien « Moi malade »), ou en rupture radicale avec ce dernier, selon les histoires individuelles. On peut ainsi passer par le « devenir autre » avant de devenir « adulte » puis de « découvrir/inventer/(re)devenir » Soi.

Notre thèse se divise en trois parties consacrées, chacune, à ces trois manières d'envisager le devenir. Pour des raisons de clarification de cette démonstration, ces trois stades qui n'ont pas véritablement d'ordre chronologique sont ici articulés en fonction des différentes phases du séjour en CTR : la partie I se consacre pour l'essentiel aux procédures d'entrée dans le centre et à l'introduction aux règles institutionnelles ; la partie II traite des apprentissages et des procédures entamés durant le séjour ; la partie III donne plus de place à la question de l'après-séjour, et à la façon dont est envisagée la perspective de sortie.

L'architecture classique de la thèse se subdivise ensuite en trois chapitres par partie, dont les objets distincts se répondent en fonction de leur niveau d'analyse : dans le premier chapitre, on considèrera toujours d'abord l'ordre des attentes institutionnelles qui pèsent sur les usagers. Nous y déploierons les principes qui émergent des activités et du travail effectué en CTR et montrerons qu'ils président à l'orientation des résidents vers un certain type de devenir. Un deuxième chapitre par partie est consacré à l'ordre des interactions *réelles*, à savoir à la manière dont ces attentes sont mises en œuvre, validées et/ou sanctionnées dans les faits – donc via les pratiques professionnelles. Enfin, le troisième chapitre est consacré à chaque fois à disséquer une des fonctions sociales possibles de l'objet-CTR. Dépassant la perspective des usagers et celle des professionnels, nous nous demanderons dans ces chapitres (3, 6 et 9) quelle est la nature des attentes sociales à l'égard des CTR, et plus généralement de l'addictologie – en entamant un dialogue avec trois penseurs fondamentaux pour cette thèse, et en discutant certains de leurs concepts-clef : Goffman et la notion d'institution totale ; Foucault et le concept d'hétérotopie de crise ; et enfin Robert Castel et la notion de gestion des risques.

Sources primaires : données de terrain

Durée	Terrain	Description de l'ethnographie
<i>Septembre 2019 - Février 2020</i> — Printemps 2022	Hôpital M. (CSAPA, service d'hospitalisation pour sevrage, service de médecine générale) – <i>terrain préalable à la thèse</i>	25 journées de terrain - Observation du fonctionnement du CSAPA, de la réunion institutionnelle et du service d'hospitalisation ou de médecine générale un à deux jours par semaine (circulation libre). - Observation une semaine sur deux de la réunion clinique du CSAPA. - Inclusion dans les entretiens duels menés par les psychiatres, infirmiers, accueillants et assistantes sociales de la structure. - Accès inconditionnel (maintenu dans les années successives) au service de documentation et aux ouvrages de l'hôpital - Retour à l'équipe sur mes premières observations de terrain - Entretiens enregistrés avec les professionnels volontaires de la structure (CSAPA) : un entretien groupal avec les 4 assistantes sociales ; 2 entretiens avec des psychiatres ; 2 entretiens avec des psychologues ; 1 entretien avec un infirmier ; 1 entretien avec une assistante sociale ; 4 entretiens avec les « accueillants »
2021 <i>Mars - Juin</i> —	TCHAT (CTR n°1)	20 journées de terrain [Première phase du terrain] - Observation du fonctionnement du CSAPA, et de la réunion institutionnelle. Orientation rapide sur le CTR. - Observations menées principalement aux côtés des professionnels présents (bureau et activités de la journée, éventuels accompagnements à l'extérieur). Quelques entretiens informels non enregistrés avec les résidents. - Participation hebdomadaire à la réunion institutionnelle au CSAPA (autre espace)

2022 <i>Avril - Juin</i>		[Deuxième phase du terrain] - Approfondissement des observations menées dans le CTR. Plus d'autonomie de déplacement. - Poursuite de la participation aux réunions hebdomadaires - Entretiens enregistrés avec plusieurs professionnels du CTR : 6 éducateurs et éducatrices spécialisées ; 1 psychothérapeute ; 2 assistantes sociales ; 2 infirmiers ; 2 stagiaires éducatrices et 1 stagiaire psychologue ; les 3 cadres administratifs (CSAPA / CTR / direction) - Retour à l'équipe (mai 2022) en réunion institutionnelle sur mes premiers résultats et observations.
2021 <i>Septembre - Octobre</i> <i>[présence régulière sur toute l'année 2021-2022]</i> Printemps 2022	Métanoïa (CTR n°2)	35 journées de terrain (au total) [Première phase du terrain (continue)] - « Séjour » approfondi de 6 semaines, auprès d'un groupe d'utilisateurs de la structure (23 journées de terrain complètes) - Observations menées principalement aux côtés des utilisateurs (ateliers et moments informels). Quelques partages informels avec les professionnels au moment des interstices, ou de la réunion institutionnelle hebdomadaire [Deuxième phase du terrain (discontinue)] - Venue régulière au centre (1 journée par semaine ou toutes les deux semaines) jusqu'à janvier 2022 – souvent le jour de la réunion (10 journées de terrain environ) - Retour à l'équipe (novembre 2021) en réunion institutionnelle sur mes premiers résultats et observations. - Visite bimensuelle au CTR au printemps, pour mener des entretiens - Participation aux formations organisées par l'association-mère de la structure (trois journées en novembre 2021 et février 2022, plus formations à distance) - Entretiens enregistrés avec plusieurs professionnels du CTR : 5 éducateurs et éducatrices spécialisés ; 2 éducateurs sportifs ; 1

		conseillère en économie sociale et familiale ; 1 aide-médico-psychologique ; 1 infirmière ; 1 médiateur-santé-pair ; 1 intervenante en prévention ; 2 secrétaires ; le psychologue ; la cheffe de service. - Un entretien isolé avec le nouveau médiateur-santé-pair de la structure en février 2023
2022 Février - Mai	Communauté Thérapeutique Stella (CT) — terrain « témoin », ou complémentaire aux données recueillies en CTR	15 journées de terrain - Observation du fonctionnement de la CT, participation aux différents groupes de parole, d'abord avec une prise de notes régulière, puis, à partir de la mi-mars, avec une prise de note empêchée (la direction m'avait demandé de restreindre mes prises de note devant les résidents) - Observations menées principalement aux côtés des professionnels présents (bureau et activités de la journée, éventuels accompagnements à l'extérieur). Quelques entretiens informels non enregistrés avec les résidents. - Participation à la journée-famille et à deux journées de portes ouvertes proposées par la structure

Première partie

**Faute d'« être soi », vouloir être un autre.
Attentes relatives à la « sortie » de la dépendance et à la
construction d'une nouvelle identité**

Introduction de partie – « Soi-même comme un autre »

« C'est comme, tu vois, la métamorphose de la chenille en papillon.
Elle passe par plusieurs étapes, d'abord chenille, puis chrysalide puis papillon.
Et bah moi je savais pas avant, mais j'ai essayé de faire ça, en fait, quand t'ouvres les chrysalides, t'as rien dedans..
Et c'est un peu ça ce qui m'est arrivé : je devais passer par *rien*, avant de devenir quelqu'un d'autre.
Alors que moi, je préférerais passer par une cage, plutôt qu'être rien... »

Youri, médiateur santé-pair.

La littérature scientifique concernant le parcours des usagers de drogues concerne, bien souvent, les deux extrémités de cette trajectoire de vie. En amont, on choisit de parler des différentes modalités d'entrée dans la « carrière » d'usagers de drogues, pour insister sur les conditions sociales qui peuvent jouer comme facteurs de leur plongée dans l'addiction (notamment à partir de l'ouvrage d'Howard Becker (2020 [1963]), qui a redessiné les contours de ce qui serait la « carrière » déviante). Qu'il s'agisse d'une socialisation de jeunesse (Le Garrec, 2002 ; Beck *et al.*, 2010), de l'engrenage articulant consommation et trafic dans les quartiers populaire (Duprez, Kokoreff, 2000), du passage d'un usage fonctionnel à un usage compulsif des substances psychoactives (Antunes Lima, 2017), ou de l'apparition de ce qui s'apparenterait, dans les discours, à un vécu de maladie chronique (Brody, 2022), la recherche en sciences sociales documente toujours plus l'entrée dans l'addiction. En aval, certains font plutôt le choix de traiter des « sorties » de la dépendance et de la subjectivation des sortants – le risque pouvant être en cela de corroborer qu'il s'agirait effectivement de s'extraire, par un processus à identifier, de la carrière déviante. Les « sorties de la toxicomanie » (Castel *et al.*, 1999) ou « sorties de la drogue » (Caiata Zufferey, 2006), pour autant qu'on les définisse comme plurielles, mettent en lumière de manière statistiquement remarquable un phénomène de bifurcation de carrière qui restitue le phénomène de la dépendance aux substances psychoactives et à certains comportements à sa nature de processus social, mouvant, parfois réversible et en tout cas non inéluctable.

Si le concept sociologique de *bifurcation* a été développé et peut s'appliquer à de nombreuses sphères de la vie sociale – comme en témoigne un ouvrage collectif complet sur la notion (Bessin, Bidart, Grossetti, 2009) – il s'applique particulièrement bien au passage qui s'opère lorsqu'un individu devient dépendant, ou à l'inverse, cesse progressivement ou brutalement son addiction à une substance. La portée de ce concept devient néanmoins sociologique à partir du moment où les sciences sociales se font témoins et sont en mesure de rapporter non seulement les devenirs individuels, mais ce qui finit par constituer des parcours de vie possibles et répliquables. Robert Castel et Anne Coppel soulignent ainsi l'importance que prirent les cas de cessation de consommation d'héroïne des soldats américains revenus du Vietnam dans un contexte où la toxicomanie était encore considérée comme une « maladie quasi incurable » : si l'extrême majorité (91% selon l'étude américaine citée) des soldats pouvaient cesser, en l'espace de trois ans, l'habitude qu'ils avaient développée dans un contexte particulièrement hostile, la prise d'héroïne, conjoncturelle, était donc susceptible d'être stoppée suite à un changement de situation et d'environnement (Castel, Coppel, 1991 :

250). D'autres recherches, épidémiologiques ou sociologiques, ont insisté sur le caractère contingent et contextuel de la motivation. Harald Klingemann (1991) valorise l'impact des effets motivationnels positifs de certaines expériences (nouveau travail, rencontre amoureuse, naissance d'un enfant) sur la cessation de l'activité de consommation. D'autres auteurs privilégient à l'inverse l'impact que les événements négatifs peuvent provoquer sur la vie de la personne – opérant parfois comme une sonnette d'alarme, ou un événement déclencheur permettant la prise de conscience de sa situation (Caiata Zuferey, 2006 : 32).

Or, corrélativement à cette perspective de la vie dépendante comme « carrière », avec de potentiels début et fin, on n'envisage pas, ou en tout cas beaucoup moins, les procédés institutionnels qui contribuent à former et à déconstruire ces carrières. On analyse rarement quels processus – de conversion, de modification de croyances, d'allégeance à de nouvelles institutions de sens, de négociations – se jouent pour que cette « sortie » d'un processus de dépendance soit possible. Nous partons pour autant du postulat qu'il y a fort à gagner dans la compréhension de ces évolutions de carrière et trajectoires en cherchant à dégager comment fonctionnent les institutions du médico-social qui organisent et prennent en charge en partie ces processus de sortie. Bien que l'on puisse aussi relever comment certains sujets se sèvent et se « sortent » tous seuls de la dépendance à certaines substances (Peele, Brodsky, 1991 ; Prins, 1995), la majeure partie des cas de dépendance problématique a eu maille à partir avec les institutions de soin, que celles-ci soient psychiatriques, de médecine générale, hospitalières ou ambulatoires. Nous ne traiterons donc que secondairement, ou par contraste avec les trajectoires que nous observons, des processus de « *self-change* » (littéralement « changement par soi-même ») ou de rémissions sans traitement (Klingemann *et al.*, 2001 ; Sobell *et al.*, 2000). Ces derniers n'infirmant pas notre propre développement, mais ils concernent des usagers qui – contrairement aux personnes dont nous traitons – n'ont pas eu besoin de recourir à une aide extérieure pour se retrouver. En effet, globalement, la littérature et les entretiens qui corroborent notre enquête confirment que pour « s'en sortir », il faut d'abord que le sujet soit entré quelque part – dans le monde et en lui-même. Il doit être parvenu à un stade d'introspection qui lui a permis de constater la souffrance et les séquelles physiques et psychiques que lui a causé l'administration d'un produit sur un certain temps de sa vie. Il doit avoir quelque chose à « gagner » dans le fait de vouloir changer de mode de vie, quitte parfois à être parvenu au stade où il a « tout perdu », ou n'a du moins plus rien à perdre, en acceptant de se confier à l'intervention d'autrui. Parfois il retourne le stigmatisme social envers lui et constate combien il a déchu (moralement, socialement, mais aussi physiquement et psychologiquement) : c'est souvent, aux dires des usagers et usagères, lorsque ce « fond » a été touché qu'on peut commencer à assembler les outils langagiers pour pouvoir exprimer un désir de soin et de réhabilitation. Qu'on peut avoir l'envie de réintégrer la sphère sociale de laquelle la drogue avait possiblement coupé, et que sortir puisse signifier « revenir » dans le monde ordinaire, celui de la vie avec ses semblables.

Partir de ce que sont les parcours de soin avant la *sortie* de l'addiction, c'est comprendre qu'il y a des *attentes* qui déterminent ce moment où quelqu'un décrète qu'il lui faut « s'en sortir », que ce soit soi-même ou que ce cheminement soit attesté et accompagné par autrui. Ces attentes relatives à la sortie de l'état de dépendance sont définies par un cadre – que l'individu ne se donne jamais seul, quand bien même il mûrirait en lui (*mature out*) (Prins, 1995) de manière « spontanée » le projet de guérir. Des modèles, des idéologies et des projections sous-tendent cette spontanéité du changement existentiel qui se propose à un sujet dans un moment biographique (et sociohistorique) déterminé. Cette diversité de cadres de projection dans lesquels il peut se reconnaître ou s'identifier lui permettront de *définir les*

limites d'une nouvelle identité. Ce que nous voudrions soutenir dans cette première partie, c'est que « sortir » de l'addiction s'apparente à appréhender les limites et la constitution possible de ce nouveau Moi¹ – et que cette fabrication est rendue possible au sein d'une institution d'accueil comme le CTR.

Pourquoi envisager cette fabrication comme le projet de *devenir un autre* ? Cette question renvoie à une interrogation plus générale concernant les attentes sociales qui portent, de manière individualisée, sur les populations qui nourrissent un rapport de dépendance à un produit ou à un comportement dans une époque qui a érigé l'autonomie et la liberté de choix comme les idéaux à atteindre. Quelles sont les conditions pour devenir un individu « libre » dans la société contemporaine ? Pourquoi, lorsqu'on n'arrive pas à réunir ces conditions, l'injonction demeure puissante, jusqu'au fait qu'on puisse vouloir modifier son identité – « vouloir être un autre » ? Les publics auxquels nous avons eu affaire ont bien souvent développé une forme de culpabilité à l'égard de leur comportement – où il se sentent en faute, d'être qui ils sont et d'avoir ces comportements de dépendance. La *faute d'être soi* prend donc les contours d'une injonction sociale intériorisée, celle de devoir changer, d'arrêter d'être caractérisé par le stigmate de la toxicomanie ou de l'alcoolisme, et de tenter de faire « comme tout le monde » ou – comme je l'ai entendu d'un usager – d'« être comme Monsieur Tout le monde ». Mais aujourd'hui la prise en charge de ce changement est très souvent socialement encadrée : on ne devient pas n'importe quel autre, et pour opérer cette bifurcation, « il faut le vouloir » – c'est-à-dire, dans les faits, il faut que certaines figures ou instances établissent que la volonté est à la hauteur de ce projet. La notion de faute se décline encore autrement ici : comme ces personnes ne sont pas « elles-mêmes » lorsqu'elles consomment, et par extension que la consommation de substances empiète sur leur identité, la société doit les reconduire vers le Soi qu'elles ont perdu, quitte à les priver temporellement de leurs libertés individuelles. Faute d'être soi, ces personnes acceptent de se constituer en objets d'intervention d'autrui, de manière à passer à travers ce vide identitaire (le « rien » que Youri décrit dans la citation placée en exergue) qui devrait leur permettre, dans un second temps, de « devenir quelqu'un d'autre ».

À un niveau personnel, d'une part, cette première partie nous permettra de préciser que « sortir », c'est en fait *entrer* dans le rétablissement (voir encadré 1.1) – se mettre en chemin au-travers d'une ou plusieurs institutions, qui vont faire en sorte que l'ancien Moi puisse envisager une transformation. On verra au cours du développement qu'il s'agit plus spécifiquement d'une ritualisation vers l'âge adulte et d'une mise « au travail » mais, en travaillant dans le premier chapitre les attentes (aussi bien des usagers que de l'institution) à l'égard de cette transformation, nous voulons montrer qu'il s'agit d'abord d'abandonner son ancien Moi, pour assumer d'en construire un nouveau. Cet abandon et ce vouloir être un autre sont d'abord nécessaires pour que le résident puisse envisager de retourner ou d'accéder enfin, passé son séjour, à une vie qui ne soit pas conditionnée par l'accès au produit.

¹ Nous envisageons la notion de Moi à la suite de George Herbert Mead ([1934] 2006), dans une acception socio-anthropologique, qui souhaite permettre d'envisager l'individu dépendant et ses choix de parcours sous un autre angle que celui de la vision psychologique ou médicale dominant le champ des addictions.

*Encadré 1.1_* **Que signifie le rétablissement en addictologie ?**

Le concept de rétablissement en santé mentale a été importé depuis une trentaine d'années en France, mais il trouve ses racines dans le concept anglo-saxon de *recovery*, développé dès les années 1980 au Canada, en Grande-Bretagne et aux États-Unis. Elle symbolise une disjonction de l'évolution de la maladie et de celle de la personne qui est étiquetée comme « malade », et l'apparition d'un nouveau concept permettant de se départir de la notion de guérison, voire de celle de rémission – en ce que ces deux notions concernent le statut de la maladie, et non le devenir de la personne concernée (Deegan, 1988, 1993). Ce qui signifie qu'« il s'avère en réalité possible de « sortir de la maladie mentale » sans pour autant attendre que la maladie ait complètement disparu [...], à condition que la personne parvienne à se dégager d'une identité de « malade psychiatrique » et à recouvrer une vie active et sociale, en dépit d'éventuelles difficultés résiduelles. Telle est la thèse innovante du rétablissement » (Pachoud, 2018 : 166) Au moins deux conceptions du rétablissement coexistent en vérité dans les diverses publications traitant du sujet (McCranie, 2011).

Une conception plus médicale considère encore parfois le rétablissement comme la traduction d'une réduction des symptômes et de la restauration des fonctions considérées caractéristiques de la vie ordinaire. Un autre sens du rétablissement, plus existentiel, accorde davantage d'importance à la satisfaction qu'a la personne de sa vie ; elle « met davantage l'accent sur le bien-être que sur la maladie, sur le choix des personnes concernant leur vie et sur la voix des personnes, avec le présupposé que les personnes possèdent leur propre sagesse de vie » (Quintin, 2016 : 219). Cette distanciation prise d'avec les catégorisations produites par la psychiatrie a opéré un renversement majeur dans le champ de la santé mentale. Le concept de *recovery* est désormais à la base de la définition de plusieurs politiques de santé mentale à travers le monde ; en France, le « rétablissement » est inscrit dans le décret n° 2017-1200 relatif au projet territorial de santé mentale.

Mais le succès de la notion dans les trajectoires de sortie d'addiction s'explique sans doute en partie par l'influence qu'auraient eu les mouvements de « tempérance » ou les groupes d'auto-support type Alcooliques Anonymes sur la conception moderne du *recovery* – à savoir, que si l'on ne « guérit » pas de l'alcoolisme, on peut néanmoins se rétablir de ses effets et trouver une forme d'équilibre dans sa vie (Wietkiewitz *et al.*, 2020). La traduction du *12-Steps Recovery Program* des Anonymes, traduit depuis les années 1960 sous le titre *Programme de rétablissement en 12 étapes*, aurait fourni le terme français d'usage, à la place du terme de « réhabilitation » qui lui était concurrent dans les années 1990 (Jouet *et al.*, 2019 : 386). Même si le concept de rétablissement appartient à l'histoire de la psychiatrie classique, et se retrouve notamment dans les écrits de Pinel (Davidson *et al.*, 2010), la réémergence contemporaine du concept fait valoir avant tout la notion de bien-être, notamment à travers la définition donnée en 2017 lors du *Recovery Science Research Collaborative meeting*, le rétablissement étant reconnu comme : « un processus individuel, intentionnel, dynamique, relationnel engageant des efforts soutenus pour améliorer son bien-être » (Ashford *et al.*, 2019).

Si cette définition ne fait pas mention de changements concernant la consommation d'alcool, ou/et l'abstinence, diverses études contemporaines soulignent néanmoins que, dans la perspective d'améliorer leur bien-être, les patients ont tendance à diminuer ou même arrêter leur consommation d'alcool (Kaskutas *et al.*, 2014 ; Neale *et al.*, 2016). Par ailleurs, dans les programmes de soin, en particulier aux États-Unis, le maintien de l'abstinence continue à être mis en valeur dans le sillon du *recovery* – ce qui n'est pas sans poser question, au regard du repli de sa définition sur l'appréhension médicale du concept (Peyron, 2021).

En ce qui concerne les terrains dont nous traiterons dans cette thèse, ainsi, la notion de « rétablissement » ne relève donc ni d'une terminologie indigène que je reprendrais à mon compte, ni d'une conceptualisation extérieure du processus qui a lieu pour ces usagers dans et en-dehors de ces centres. Le terme de « rétablissement » fait déjà partie du langage commun de l'addictologie comme des groupes d'auto-support qui veulent se distancier de l'approche professionnelle. Ce qui ne veut pas dire que le mot soient employé par toutes et tous de la même manière – nous aurons l'occasion d'y revenir.

À un niveau institutionnel, d'autre part, l'ensemble de cette partie rendra compte des formes d'initiation qui sont menées et des règles qui sont introduites pour admettre l'usager ou l'usagère au sein de cette structure et de la communauté qui la régit : que signifie « entrer dans la carrière » de « résident en CTR » ? Vouloir *devenir-autre* par un passage en institution pose aussi la question du *jeu* auquel la personne dépendante accepte de se plier en entrant dans le centre. Envisager les règles du jeu institutionnelles, c'est non seulement observer leur spécificité locale, mais aussi considérer qu'elles se voient de fait promues comme la représentation en miniature des interactions sociales qu'on retrouvera dans la vie ordinaire. Devenir-autre, dans la spécificité de la relation soignant/soigné, implique également que les professionnels soutenant la demande de s'en sortir de personnes aux parcours de dépendance, sont tenus d'évaluer cette représentation – de la juger, de lui donner des outils pour la rendre plus authentique ou la faire perdurer. Cela veut dire également qu'ils assument, outre les fonctions de socialisation, les fonctions de contrôle social qui parfois l'accompagnent. Ce sont les soignants qui établissent « les règles du jeu », et celles-ci varient d'une institution à l'autre. Mais ils sont conséquemment gardiens du fait que leurs règles intrinsèques soient respectées. Ils sont en charge de garder toute tentative de sortie de ce qu'ils nomment le « cadre ». Nous rendrons compte de la particularité de ces règles du jeu dans chacune de nos deux institutions dans le chapitre 2.

Enfin, si l'on prend un peu plus de champ, nous voudrions également dessiner, à un niveau plus abstrait d'une théorie sociologique des lieux, ce que constitue une communauté où la mise en place de règles normatives a pour but de représenter ce clivage de l'âme humaine, l'opposition du rationnel et de l'irrationnel, ou de la volonté contre les passions, où certains seraient mandatés pour incarner le dehors (la société civile) qui serait en mesure de juger l'autre partie, la partie malade qui veut s'amender. Plus pragmatiquement, à un niveau administratif, celui de l'institution, qu'est-ce que cela veut dire, gérer des flux de patients dépendants, sur un marché où on attend des institutions de soins qu'elles ne soient plus que des lieux de passage ? Ces questions seront abordées lors du chapitre 3, qui prendra plus spécifiquement le CTR comme objet, en éprouvant la pertinence du concept d'institution totale pour le désigner.

*

Chapitre 1

Savoir entrer pour « s'en sortir »

Attentes individuelles et institutionnelles au seuil du CTR

Lasciate ogne speranza, voi ch'intrate.

Dante
chant III de *l'Inferno*

L'abord d'un terrain ethnographique pourrait se résumer à l'interrogation qui émerge progressivement sur la provenance, le statut, et les raisons de la présence des individus qui se trouvent réunis là. Qui sont ces gens ? D'où viennent-ils, d'où viennent-elles ? Comment ont-ils atterri là ? Si le public des espaces de soins de l'addictologie me fut, dans les premiers temps de mon enquête, à chaque fois décrit comme un public hétérogène (« on voit de tout ici », « les clients viennent d'un peu tous les milieux », « il n'y a pas un usager type », etc.), le motif de leur présence en ces lieux est à chaque fois suffisamment synthétique pour ne pas sembler lapidaire : ils sont là « pour se soigner ». Souvent, aussi, ils et elles expriment le désir de « s'en sortir ».

Dans cette partie, nous désirons aborder la construction des attentes de l'usager par rapport à ce que nous choisissons de nommer un *devenir-autre*. Avec quel bagage l'usager-type des structures de CTR doit-il entrer pour se voir bien accueilli ? Que vient-il officiellement (et officieusement) chercher ? Comment attend-t-il de ces lieux une initiation qui puisse faire de lui *un autre* – indépendamment de son statut d'homme ou de femme² ? Pour ce fait, il devra régulièrement faire le deuil du passé, de son Moi antérieur (pour autant qu'il ait existé). Il devra également, dès l'entrée, considérer et le cas échéant exprimer le besoin d'une nouvelle identité, celle d'un être qui peut réapprendre « à marcher » sans le soutien mais aussi l'entrave qu'a constitué « le produit ». Nous réutiliserons parfois cette notion, ainsi que celle de « conso » (pour « consommation »), par une préférence relative que nous accordons au langage employé par les usagers des CTR, par rapport à l'emploi scientifique ou journalistique des termes substances psycho-actives (SPA), substances psychotropes ou l'indistinct « drogues ». Il nous semblait important de conserver un vocable de la vie courante des usagers de drogues

² Dans cette introduction, il me semble pertinent de me référer à une catégorie plus abstraite d'Homme, pour donner à saisir ce que j'entends en termes de conversion existentielle orientée vers un autre devenir. Ce qui ne veut pas dire laisser les rapports sociaux de sexe au second plan (dans certains contextes, la différence hommes-femmes se verra au contraire soulignée, par exemple en ce qui concerne la problématique de la parentalité). Nous parlerons ainsi au neutre des attentes que génèrent ces institutions – en leur permettant de devenir *autres que soi*.

disposant d'un minimum de « neutralité conceptuelle », étant donné qu'ils circulent de par leur entrée en addictologie dans un champ qui – comme celui de l'« aller mieux » – est envahi d'une multitude de termes scientifiques ou performatifs pour décrire une vision de la santé, du monde et de la vie qu'ils devraient être susceptibles d'adopter ((Demailly, Garnoussi, 2016 : 17). Nous entendons le « produit » comme cette substance, drogue ou dispositif qui, à un moment donné de la vie de l'utilisateur, et dans le rapport réflexif qu'on attend de lui en addictologie, est devenu *problématique*. Cette notion de « produit » est évidemment à distinguer de ses autres acceptions dans le sens courant (produit mathématique, produit en marketing, « produits locaux », « produits de beauté » ...) ; il faut en outre considérer qu'elle fait partie, par contamination réciproque des soignants et des soignés, du jargon récurrent dans les centres en addictologie – et que par conséquent les professionnels l'emploient aussi régulièrement.

Nous examinerons dans une première sous-partie comment l'admission en CTR suit, dans les deux centres que nous avons pris pour objet d'étude, une procédure régulière, de demande, d'acceptation de la demande, et de mise en adéquation de celle-ci avec le règlement du centre et les attentes institutionnelles à l'égard de l'utilisateur. Nous chercherons à comprendre quelles logiques président à l'acceptation ou au refus des divers usagers, quels sont les sujets qui sont admis à l'initiation d'emblée et quels sont ceux qui, au contraire, sont envisagés comme de potentiels entraves au bon déroulé du fonctionnement institutionnel.

Nous approfondirons ensuite en quoi consiste la mise en adéquation de l'offre institutionnelle et du projet individuel de l'utilisateur entrant. Celle-ci se décline de diverses manières, mais nous avons fait le choix, dans ce chapitre, de nous concentrer sur les aspects qui témoignent d'une volonté (subjective de l'utilisateur) et d'un projet (politique et institutionnel des structures résidentielles) de changement et de transformation du Soi. La trajectoire individuelle d'affranchissement du produit passe selon la littérature portant sur le sujet par trois à cinq phases, qui débutent nécessairement par une rupture d'engagement avec le modèle de vie antérieur (Becker, 2020 [1963] ; Prochaska, DiClemente, 1982). Au sein du CTR, via la pratique de l'entretien motivationnel proposé par le CTR n°2, mais également à travers toutes les cérémonies d'admission et de dégradation³ (Garfinkel, 1956) qui sont prescrites à l'utilisateur à l'entrée dans les centres, nous voudrions rendre compte de la manière dont l'institution définit le cadre de cette rupture d'engagement. Le projet institutionnel épouse la volonté individuelle de libération de l'assuétude à la condition que l'utilisateur se défasse d'une partie de son identité antérieure, pour « entrer dans le rétablissement ». Être prêt à entrer dans ces centres, c'est en effet être prêt à perdre quelque chose de ce qui constituait une identité stigmatisée de « toxicomane », de « drogué », d'« alcoolique » ou de « dépendant » – ou du moins, c'est ainsi que la promesse d'un devenir-autre peut se laisser entendre. L'identité transitoire peut dès lors se configurer parfois via le durcissement et le repli – on ne peut être que *cela* que l'on voulait précisément voir changer –, ou parfois via une suspension identitaire qui laisse souvent la place aux doutes et à l'inquiétude de ne pas savoir comment se définir. Ce séjour de transition est alors susceptible d'ouvrir la voie à une définition de soi nouvelle, dessinée en lien avec le cadre et la philosophie institutionnelle.

³ Nous justifierons plus loin la préférence de la notion de « dégradation » à celle de (techniques de) « mortification » de Goffman (1968). Au-delà de l'homogénéisation des résidents via ces techniques, ce qui nous importe est surtout l'objectif visé par la dégradation, c'est-à-dire la production d'un sentiment d'indignation morale chez la personne dégradée pour ensuite l'impliquer dans un processus de reconstruction de son identité déchue.

I. L'admission en CTR : des procédures analogues, une estimation de la demande

L'orientation en CTR se fait régulièrement lorsque les personnes venant consulter un CSAPA en sont venues, à une ou plusieurs reprises, à mettre en danger leur vie (lors d'une overdose par exemple) et/ou accumulent dans un laps de temps très court les hospitalisations pour sevrage. Du côté des professionnels, ces centres constituent d'une certaine manière un *catalyseur* de l'accompagnement en addictologie. En effet, la plupart des CTR valorisent le fait d'être un lieu d'expérimentation de la possibilité de l'abstinence (comme le sont les anciens centres de cure et postcure en alcoologie et les Communautés Thérapeutiques), ce qui les rend attractives aussi bien pour des soignants qui veulent inciter, à la sortie d'un séjour d'hospitalisation, à la poursuite et au maintien du sevrage, que pour des usagers qui voudraient pendant un temps « se mettre à l'abri » de leur trop forte exposition aux substances. Chez ces derniers, le CTR est perçu comme un juste milieu entre une institution d'accueil de type médicalisée, qui envisage de manière déficitaire la problématique des addictions (comme des cliniques type SSR-A où les activités sont axées sur la réadaptation physiologique, où les médecins sont en blouse blanche, etc.), et la perspective de vivre de nouveau tout seul chez soi après une hospitalisation. Ils sont également la voie du milieu entre les divers « lieux de vie » ou espaces d'accueil résidentiel qui s'offrent généralement aux usagers dans leur concertation avec les assistantes sociales qui les suivent (en hospitalisation en cure, ou en CSAPA) : leur durée et la taille des groupes proposée est à mi-chemin entre ce qui se voit offert dans les centres de transition⁴ (quatre en France ; durée de 6 semaines maximum ; groupes de moins de 10 personnes) et ce qui existe dans les Communautés thérapeutiques (onze CT en France ; durée de plus d'un an ; groupes de 30 ou plus).

Dans leurs rapports d'activité les plus récents, nos deux centres font état d'une demande issue majoritairement d'autres structures d'accompagnement en addictologie – structures médico-sociale type CSAPA ou CAARUD, ou structures hospitalières : 51% au CTR n°1 ; 84% au CTR n°2 (Rapport d'Activités du TCHAT, 2023 et Rapport d'Activité de Métanoïa, 2023 – documents internes). On pourrait même supposer que les pourcentages seraient similaires si on estime le biais que prend au CTR n°1 l'importance d'attribuer à « l'initiative du patient ou de ses proches » 35% du total des demandes. Marqué encore par ce qui était une forte orientation psychanalytique, il demeure fondamental pour les professionnels de ce centre de considérer qu'ils travaillent suivant la demande de la personne – et non pas en suivant un mandat social de disciplinarisation des conduites. Néanmoins, en faisant rationnellement la part entre ce qui, dans l'initiative individuelle, relève de l'incitation des amis ou des membres de la famille et les déclarations d'initiatives individuelles qui font suite à un entretien avec un professionnel du milieu de l'addictologie rencontré auparavant, nous retrouvons sensiblement le même taux que dans l'autre CTR. D'autres demandes, plus rares, peuvent partir de la justice, en orientation post-sentencielle ou en classement avec orientation (14% au TCHAT), ou encore de la médecine de ville (9% à Métanoïa).

⁴ Leur nom véritable est Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition (CAUT) : ils proposent des séjours de courte durée pour consolider ou mettre en place un projet de soin ou d'insertion. D'après un site destiné aux professionnels (« [Intervenir addictions](#) ») trois des quatre centres accueillent ainsi des sortants de prison et font la transition entre le milieu carcéral et l'extérieur.

On en déduit que l'option des soins en résidentiel s'envisage la plupart du temps au sein d'un parcours de soins déjà entamé en addictologie (libérale, médico-sociale via les CSAPA, ou hospitalière). Elle se prépare de manière conjointe, entre le professionnel qui en fait la proposition et l'usager de la structure en question, comme une manière de soutenir la démarche de sevrage de l'usager et sa motivation à stopper sa consommation, que ce soit de manière momentanée ou pérenne. Elle sert également de période d'essai, comme l'équivalent d'un *sas*⁵, pour des personnes qui craindraient de retourner dans l'environnement dans lequel ils ont leurs habitudes de consommation, ou bien pour des trajectoires sociales où les personnes n'ont pas pu réévaluer leurs ouvertures ou leur désir de réinsertion tant que la problématique des addictions occupait le devant de la scène. Enfin la socialisation et les outils fournis en CTR font de ce dispositif un centre qui permet de travailler un peu plus sur les raisons qui ont poussé à la consommation et sur le « projet de vie », au-delà du projet de soin, que les usagers souhaitent mettre en place de manière à « s'en sortir ». Comme me le dira Ludivine, assistante sociale à l'hôpital M., dans le cadre d'un entretien collectif :

« la postcure, t'es plus [au sens de *davantage*] dans « l'après », et comment tu te construis, dans un quotidien, un avenir... – tu tends vers ça en tous cas. Que t'aies des idées d'être abstinent ou d'être dans le contrôle, hein, on s'en fout. Mais t'es dans l'après et la construction de l'après. Même si c'est des petites postcures de 6 semaines, *dans le format tu te projettes*. C'est de la projection aussi quoi. »

Entretien groupal avec Daphné, Elisabeth, Ludivine et Maude, Assistantes Sociales (AS) de l'hôpital M., juin 2022.

Entre la « transition » des centres de postcure qui y sont dédiés, et la vie « communautaire » des CT, on peut dire d'emblée que la dimension projective est une des composantes fondamentales de ce type de structure en résidentiel. Les CTR sont donc proposés comme une étape importante dans la voie du « rétablissement » envisagé par l'usager qui imagine un « après ».

Nous serons ici amenée à différencier les procédures d'admission dans les différents centres que nous avons observés, puis à envisager les motifs et les modalités selon lesquelles les usagers et usagères peuvent parfois se voir opposer un refus.

I. A/ La procédure d'admission.

A/ 1) Arriver au TCHAT

L'admission au CTR n°1 – dont nous avons anonymisé l'acronyme en TCHAT (pour Traitement Complexe, Hébergement et Accompagnement des Toxicomanes) – se fait selon des mesures relatives au fonctionnement classique des CTR français. Mais le centre présente aussi

⁵ « Sas » qu'il faut entendre au sens métaphorique, de gestation, ou de re-création – comme « l'île déserte » de Deleuze (Deleuze, 2002). « Elle est l'origine, mais l'origine seconde. À partir d'elle tout recommence. [...] Il n'y a pas une seconde naissance parce qu'il y a eu une catastrophe, mais l'inverse, il y a catastrophe après l'origine parce qu'il doit y avoir, dès l'origine, une seconde naissance. » (*ibid.* : 16). La problématique des CTR, précisément, est de tenir cet espace suffisamment séparé du monde de la consommation, sans pour autant tomber dans la réclusion dans un isolat coupé du monde.

des détails qui témoignent de son histoire singulière au sein du paysage des CSAPA, étant donné que le CTR appartient à une petite association qui comporte aussi bien un centre d'accompagnement en ambulatoire qu'un centre thérapeutique résidentiel et, depuis quelques d'années, une dizaine d'appartements thérapeutiques (AT) qui incluent un appartement thérapeutique « transitoire » (ATT), deux « parental » (ATP) et deux autres liés à un « placement extérieur » (ATPE). Après qu'une demande de séjour – papier ou informatique – ait été réceptionnée, plusieurs membres du CTR se réunissent, un mardi par mois, pour la « commission primo-arrivants ». Généralement, y assistent le chef de service du pôle hébergement, le médecin (quand il y en a un disponible en fonction), un ou une psychologue. Le mardi suivant, en réunion-CTR, le chef de service présente le potentiel futur résident à l'équipe et acte à la fin de sa présentation une éventuelle admission. L'équipe peut exprimer ses réserves ou réticences à accueillir certains « profils », mais elle ne pourra véritablement le faire qu'après l'avoir vu en situation, c'est-à-dire pendant la période d'essai de quinze jours où l'utilisateur est reçu dans un premier temps. Cette période de test permet aussi bien de leur transmettre les règles du jeu institutionnel, comme on le verra plus tard (chapitre 2), que de vérifier qu'« il n'y a pas de problèmes relationnels par rapport au cadre » (comprendre : que les usagers respectent le règlement intérieur, notamment en ce qui concerne l'interdiction de faire rentrer des produits dans la structure). Cette période permet, aux dires des travailleurs sociaux et des psychologues, « d'estimer l'adéquation entre la pathologie, l'offre thérapeutique et le projet »⁶. Elle ne constitue pas une garantie définitive sur le fait de pouvoir rester au CTR. Comme le commentait, pragmatique, un des éducateurs lors d'une des premières réunions institutionnelles à laquelle il m'était donné d'assister, concernant l'admission d'un résident : « Si on dit oui, il faut savoir à quoi on dit oui ».

Ce savoir qui conditionne l'admission se constitue par l'accumulation des informations glanées au travers de divers documents. Question(s) personnelle(s), ou questionnaires établis par d'autres structures ; lettres de recommandation des psychologues ou assistantes sociales du centre précédent ou du lieu de suivi en ambulatoire ; avis médical et psychiatrique. L'utilisateur adjoint souvent au dossier une « lettre », témoignant de sa volonté de s'engager dans le processus de soins ; mais ce sont souvent les divers rapports sociaux et médicaux qui permettent de faire pencher la balance du côté d'une décision favorable (ou défavorable). Les quinze jours d'essai constituent de ce fait une mise à l'épreuve de l'écrit, et des lectures antérieures qui ont été données du comportement de l'utilisateur par rapport à ce qui peut en être objectivé par l'observation des professionnels. Il y a sans doute plus d'interprétations possibles à fournir sur le comportement d'un individu dont on chercherait à établir le diagnostic que dans les lectures d'IRM considérées par Darmon (2021 : 99-101), mais il semblerait que l'écrit puisse, surtout lorsqu'il provient d'un collègue médecin, produire de semblables photographies (aussi appelés « clichés »). On établit alors les premiers contacts avec l'autre avec en tête la connaissance du passif et des différents diagnostics qui ont pu peser sur sa personne (et qui, comme les versions de la CIM ou du DSM, ont pu entre-temps évoluer). Les comparaisons avec les rapports écrits abondent dans les interactions d'équipe, dans les premiers jours du séjour. Le patient est perçu tel que les rapports le décrivent, ou très différent – c'est selon ; sachant que ce dernier point peut rapidement soit mener à la suspicion, soit à l'inverse conforter (lorsque les écrits sont négatifs) la décision d'admettre le patient. « Je suis rassuré parce que c'est pas ce que les écrits me reflétaient », dit ainsi Maxime Leprince (chef

⁶ Les deux extraits entre guillemets sont issus des bribes de discours m'expliquant, lors de ma première journée en réunion du mardi, le 9 mars 2021, les modalités d'admissions des « patients » de la structure.

de service du pôle hébergement), par rapport au dossier de Jonas, un « monsieur très précaire » qui vient d'être admis dans le service⁷.

A/ 2) Arriver à Métanoïa

L'admission au CTR n°2, Métanoïa, se fait également selon des modalités relativement consensuelles par rapport au paysage des CTR français, même si on demande d'emblée des marques de l'implication et de la conscience de son trouble au futur résident (dans la mesure où on lui demande de remplir personnellement deux volets, « santé et bien-être » et « état psy et connaissance de soi », qui sont traditionnellement réservés aux professionnels). Régulièrement, et parce que comme au TCHAT cela est considéré comme une pratique courante dans les centres en addictologie, l'utilisateur adjoint là encore ce qui se voit pleinement désigné comme une « lettre de motivation » – soit qu'il ait été enjoint par l'équipe référente à le faire, soit qu'il démontre par ce moyen vouloir accroître ses chances d'être admis dans la structure en faisant le récit de son parcours plus ou moins cahoteux. Il semble par ailleurs évident, ici comme dans le centre n°1, que le discours de l'utilisateur se trouve pris dans un système de représentations antérieures, lesquelles ont été données tant par les divers rapports inclus dans le dossier d'admission que par l'intériorisation par l'utilisateur de son « profil » au sein des structures en addictologie ou des différents services du pénal qui l'ont connu (Devresse, 2006 : 222). Le récit de soi (Fernandez, 2010 : 279) importe surtout dans ces structures d'accueil dans la mesure où il accentue le caractère de discontinuité ou de continuité avec les démarches passées de l'utilisateur : il s'agit de consolider une démarche de soins proactive attestée par d'autres services ; ou bien d'avoir pris d'un coup la décision d'amorcer une démarche de « changement ».

Néanmoins, l'implication de l'équipe éducative se trouve être ici majeure, par rapport à celle observée au TCHAT, qui se contente d'avaliser la décision prise par la commission d'admission. De manière tournante, chaque semaine un éducateur ou une éducatrice prend la liste des demandes en attente et téléphone aux potentiels admissibles pour un premier entretien téléphonique. À la réunion clinique du jeudi suivant, s'il reste du temps pour aborder ces futures entrées, la personne en charge de l'appel résume le parcours de vie et ce qui pousse l'utilisateur à faire une demande de séjour. Elle donne aussi ses impressions personnelles sur ce qu'elle a (res)senti lors de ce premier contact téléphonique. Cette personne ne sera pas forcément le « référent » ou la « référente » de la personne accueillie ; cette dernière fera à nouveau un entretien avec l'un des deux éducateurs en charge de son « groupe » durant ses premiers jours d'arrivée. À Métanoïa, *avant même* le début du séjour en CTR, il y a ainsi une vision multifocale qui se constitue sur le nouvel arrivant. Elle se fonde sur des points de vue diversifiés : secrétaire puis cheffe de service qui reçoivent les demandes, éducateur ou éducatrice qui appelle pour un premier entretien, autre éducateur « référent » à l'arrivée au centre, infirmière dès le premier jour pour parler des traitements. Il nous semble en même temps que, à la différence d'autres centres, on formule ainsi par trois fois une demande de réflexivité de la part de l'utilisateur, sur son parcours et son état psychologique : dossier d'admission, puis entretien téléphonique préalable, puis encore entretien d'admission. Il est probable que cette demande réitérée ne se légitime que par l'intention de générer en miroir la réaffirmation du nouveau résident de son engagement dans ce parcours de soin. Il doit vertement affirmer sa volonté et démontrer en quelque sorte la capacité de surmonter

⁷ Carnet de terrain 1 – TCHAT – 03/09/21.

l'« ambivalence » de sa demande (souvent désignée ainsi par les professionnels) : « se soigner » alors qu'il ou elle n'en aura peut-être pas toujours la force, la volonté ou la motivation. Sur ces trois seuils, l'équipe mesure déjà la capacité du résident à « donner de soi » et à faire preuve d'« authenticité » (le chapitre 2 reviendra sur ce point), dans la manière dont ses affirmations fluctuent selon le support ou les circonstances (si les réponses entre le dossier et le premier entretien au centre ont changé, par exemple), ou encore différent d'un professionnel à l'autre.

I. B/ Les refus d'admission.

La question qui se pose concerne donc les cas qui sont écartés d'emblée – qu'est-ce qui motive un refus d'admission ? Dans le rapport d'activité du CTR n°1, on constate que sur les 91 demandes d'admission en CTR effectuées au cours de l'année 2023 (79 hommes et 12 femmes), seules 26% aboutissent à une admission : au total (en ajoutant les demandes relatives à l'année précédente), 30 personnes ont été finalement accueillies en 2023 dans le CTR. Parmi les autres cas, la structure note que 5% des demandes sont réorientées, 33% (davantage que le taux d'admission) sont classées incomplètes ou sans suite, 14% conduisent à des désistements de la part des usagers. Enfin, 22% des dossiers sont refusés : le rapport explique que ces données sont un « indicateur de complexité de situations des patients », et que « la temporalité de la co-construction du projet personnalisé avec le patient est variable » sans que l'on comprenne véritablement les motifs de ces refus ou de ces échecs dans la procédure d'admission (RA 2023 TCHAT, page 12 – document interne). Or, on a pu établir globalement, d'après la littérature disponible et les entretiens menés avec les professionnels, certaines des raisons expliquant la non-admission. Cela arrive principalement lorsqu'on sait ou qu'on comprend que les personnes ont été renvoyées de diverses institutions pour violences, ou comportement intolérable⁸. On comprendra que, si les centres en résidentiels insistent souvent pour « tracer » les motifs d'expulsion prononcés contre un individu, cette mémoire des institutions d'accueil (et le fait que chaque usager voyage aussi avec les diverses lettres/rapports des centres qui l'ont expulsé) diminue considérablement ses chances de se voir accueilli ailleurs.

En outre, le problème se pose véritablement pour les personnes qui, au-delà du fait qu'elles ne bénéficient pas forcément d'une couverture sociale leur permettant de bénéficier de soins gratuits, n'ont pas de logement au moment de leur demande d'admission en CTR. Les centres demandent souvent en effet que la personne dispose au moins d'un domicile temporaire à l'extérieur. Cette information n'est pas forcément évidente à donner, de la part des structures d'accueil en résidentiel. C'est en discutant avec Suzanne, la secrétaire en place à Métanoïa depuis les débuts de la structure, que j'arrive plus ou moins à comprendre pourquoi il demeure toujours un nombre résiduel, dans les données d'accueil de la structure, de patients non-admis. Au départ, je pensais que les raisons étaient plutôt de type sécuritaire (si un patient s'est fait expulser de la structure précédente et que l'équipe de Métanoïa allait investiguer auprès de l'équipe précédente ce qui avait motivé l'expulsion). Mais Suzanne m'expliquait les chiffres très simplement : soit c'était des usagers qui avaient « finalement

⁸ La question de la consommation pendant le séjour sera traitée plus loin – on insistera simplement ici sur le fait que la problématique de la transgression, antérieure à l'arrivée au centre, dans une structure analogue, peut ainsi constituer un motif valable de refus d'admission.

décidé de ne pas venir », soit c'était des personnes qui n'avaient pas de solution de logement à la sortie de Métanoïa. Par ailleurs, les chiffres provenant de la structure sont assez parlants concernant le nombre d'admissions en situation de logement précaire : dans le rapport d'activité de 2023 du centre Métanoïa, sur 108 personnes hébergées dans l'année, 77 avaient avant leur entrée dans la structure un hébergement durable et 22 un hébergement précaire, 9 étant non renseignées – mais en tous les cas aucune (le pourcentage est explicite) n'était SDF. Le document précise que « le logement sera considéré comme durable si la personne pouvait raisonnablement escompter vivre, pendant au moins les 6 prochains mois, soit dans ce logement soit dans un logement équivalent lorsqu'un déménagement ou un changement d'institution était prévu » (RA 2023 Métanoïa, page 4 – document interne). D'un point de vue extérieur, on peut ainsi comprendre les proportions concernant les admissions de deux façons. Soit il y a plus de demandes d'entrée en CTR de la part de personnes disposant de leur propre logement ou d'un hébergement durable chez un familial ou un proche. Soit, comme nous l'interprétons, il y a tout simplement plus de probabilités d'être reçu en séjour en CTR en ayant, ou en déclarant avoir, un hébergement durable.

Pour étayer cette hypothèse, je me renseigne également auprès des assistantes sociales d'un établissement disposant d'un service d'hospitalisation pour sevrage, l'hôpital M. Alors qu'elles sont très enthousiastes et plaisantent beaucoup, tout au long de notre entretien, ce point particulier paraît les mettre mal à l'aise, et ralentit la fluidité de nos échanges :

S.R. – Vous faites toujours une demande, une seule demande ? Ou vous demandez dans plusieurs centres ? *[elles acquiescent toutes les quatre]* Et... je voulais vous demander : dans quel cas vous avez l'impression que c'est compliqué la réception d'un client... ? *[« clients » est l'appellation principale des usagers à l'hôpital M., qui pour des raisons historiques a préféré ce nom à celui de « patients »]*
[...] Ou est-ce que quand vous faites trois demandes, à 90% ça marche ?

Daphné – Ah oui ! 90% ça marche.

S.R. – *[avec étonnement]* Ça marche ? C'est qu'il y a quand même plein de places... ?

Daphné. – C'est que ça tourne bien. Ouais, ouais. Si le patient il est motivé, qu'il a fait sa lettre, qu'il vient nous voir sur toutes les étapes, ça aboutit, à 99%.

[Elisabeth tient à préciser « Sauf pendant le Covid », où elle raconte que ce fut une période plus compliquée]

S.R. – Et, des patients qui sont en demande de logement, ou qui ont pas de logement, ça marche aussi ?

Daphné – Oui, mais après faut que t'assures... *[« tu » sert à l'autodésignation, d'elles en tant qu'AS]* Enfin voilà... Faut que ça soit bien clair que *la postcure ne prolongera pas le séjour en raison du problème d'hébergement... que nous on s'engage à poursuivre la recherche... 'fin, c'est pas la solution idéale non plus, hein...*

Elisabeth – Non... *[souponner et rire nerveux]*

Ludivine – *[pragmatique]* Il y a des cliniques qui te prennent pas.

S.R. – Oui enfin, même des CTR, non... ?

Elisabeth – Le problème c'est qu'après, les cures, elles se retrouvent embolisées... c'est critique. En général... puisqu'en plus les postcures refusent... *Et du coup après un soin... « dehors... ! », c'est compliqué... [gêne générale]* *[Silence]*

Daphné – ...après tu vois, les Sapins, par exemple ils ont accepté quoi, un patient, sans papiers, sans hébergement – *enfin... sans hébergement, en fait si, on avait quand même mis en avant la famille, mais c'était un peu fragile – mais ils l'ont quand même gardé un certain temps, ils ont essayé de lui laisser le temps, d'avoir une place dans une postcure derrière et tout ça...*

S.R. – Ok.

Entretien groupal avec Daphné, Elisabeth, Ludivine et Maude,
AS à l'hôpital M., juin 2022. [minute 13 :58 - 15 :42]

Malgré le fait que Daphné cherche de me donner un cas qui puisse servir de contre-exemple (en l'occurrence, c'est bien l'exemple qui confirme la règle – d'autant que la question de l'absence d'hébergement avait été camouflée par elle en s'appuyant sur le support familial), on sent bien que pour ces assistantes sociales, la règle générale est plutôt d'éviter ce genre de situations. Plutôt que de s'opposer à un refus franc de la part des lieux d'accueil en résidentiel, elles préfèrent chercher d'autres solutions, car sinon le séjour en CTR de l'usager se verrait aussi conditionné par le fait qu'elles réussissent, de leur côté, à trouver une autre solution pour la suite. Car l'horizon du CTR n'est pas de se substituer à un logement pour des personnes vivant dans la précarité : au contraire, les professionnels considèrent souvent que la question du logement viendrait obstruer la véritable problématique pour laquelle les personnes sont censées venir dans ces structures, outre le fait qu'ils ont du mal à envisager de « remettre à la rue » des personnes venues passées ces quelques semaines ou mois chez eux. Le « dehors » qui suit les soins, comme l'exprime avec gêne Elisabeth, rend les démarches en amont conditionnées par le fait que l'usager doit déjà avoir des soutiens ailleurs ou des ressources autres (de type familiales ou économiques, tout simplement). De l'autre côté, au niveau des CTR, le risque d'enkystement ou de chronicisation dans le lieu, et « l'erreur sur la demande » (demande de logement plutôt que demande de soins) sont ainsi donc deux éléments qui peuvent dissuader les équipes et conduire à un refus d'admission. Un refus qui se voit parfois teinté du possible soupçon porté sur l'usager qui viendrait dans des conditions trop précaires d'existence : on se figure qu'il ne serait pas « prêt » à s'engager dans des soins, tant que les conditions matérielles qui l'entourent seraient encore trop mises à mal, et qu'il viendrait de la sorte abuser du système – parasite au mieux, fauteur de troubles au pire.

Des freins évidents à l'admission en CTR semblent ainsi se présenter pour les usagers qui disposent le moins de ressources. Si de nombreuses études témoignent des barrières existantes à l'accès et au maintien dans les soins des usagers les plus précaires, ce qui a rendu nécessaire l'existence de dispositifs dit « à bas seuil d'exigence » (Wagner *et al.*, 2021), il semble encore très difficile pour les équipes médico-sociales hors des CAARUD d'envisager une prise en charge du problème d'addiction sans que la personne ne dispose de l'insertion sociale minimale que constitue un logement. Cela accroît encore les inégalités sociales de santé concernant le rapport aux substances psychoactives, en entretenant non seulement l'idée, répandue dans l'imaginaire social, que « les addictions sont souvent associées aux inégalités sociales » (Jauffret-Roustide, 2014 : 66), mais aussi en creusant encore la différence entre ceux qui peuvent accéder à des soins de postcure, et celles et ceux qui, pour des raisons financières partiellement liées au mode de vie que l'usage de drogues a occasionné, se sont retrouvés d'une manière ou d'une autre à la rue (Apostolidis *et al.*, 2003 ; Jamouille, 2000).

I. C/ Première entrée ou énième entrée ? Description de quelques usagers.

Il est important également de relever que plusieurs populations très différentes semblent se côtoyer au sein des contingents d'arrivants en CTR. Comme on l'a vu dans la présentation des centres en introduction, certains de ces résidents sont très jeunes, et peuvent même avoir moins de vingt-cinq ans ; d'autres au contraire ont déjà eu un parcours de vie, de suivis, voire de soins en addictologie très long, parfois parallèle à une carrière et une vie de famille, parfois de façon précaire et isolée. Leur rapport au travail en outre est nécessairement différent, en fonction de cet âge, ainsi que leur rapport à la psychologie, à la possibilité introspective. Et leur rapport à l'institution varie conséquemment, qu'ils et elles en soient à leur premier séjour en CTR, à leur deuxième séjour... ou bien à leur sixième séjour, sans de véritable perspective de sortie hors d'un va-et-vient permanent entre leur environnement d'origine et les institutions de soin. Pour comprendre qui sont ces résidents et l'étendue de la différence de leur rapport aux substances psychoactives, il nous faut d'abord prendre en considération le(s) produit(s) associé à la dépendance, et voir si ces derniers permettent d'établir une typologie minimale des différentes franges sociales de la population qui viennent en CTR, en fonction des différentes drogues ou parcours-type. Puis, nous introduirons en guise d'illustration la description de quelques résidents en CTR qui nous semblent incarner au mieux ces différentes types, lorsqu'on les considère au moment *t* de leur *énième* entrée au CTR.

Les produits à l'origine de la prise en charge sont représentés dans des proportions assez dissemblables dans nos deux structures. Au TCHAT, selon le rapport d'activité de 2023, 43% des demandes ont encore pour origine principale un problème avec l'usage d'opiacés (hors substitution), 18% le cannabis, 11% la cocaïne ou le crack, 6% l'alcool. Ces chiffres illustrent à quel point la structure est restée proche du modèle des CSST spécialisés dans le traitement des héroïnomanes. Il est sans doute dommageable de ne pouvoir accéder au deuxième produit renseigné par les usagers, comme au CTR Métanoïa, où l'on se rend compte de la part essentielle occupée par l'alcool, le cannabis, ou bien le tabac dans le mode de vie des usagers de drogues. Dans ce dernier, respectivement 5% des usagers viennent pour les opiacés, 9% pour le cannabis, 28% pour cocaïne et crack, et 36% pour l'alcool, listé comme le produit plus dommageable pour l'usager. Ces chiffres atteignent 5%, 17%, 10% et 20% en produit secondaire, avec un pourcentage particulièrement élevé également pour le tabac (15%). Si le CTR TCHAT accueille en outre depuis quelques années quelques usagers pour dépendances à de nouvelles produits de synthèse (NPS - 14% des demandes) en plus des quelques profils dépendants aux amphétamines, Métanoïa présente des demandes beaucoup plus diversifiées : en plus des NPS, des amphétamines et de l'ecstasy, le centre accueille aussi des personnes pour usage détourné de médicaments psychotropes (6,5%), usage détourné des traitements de substitution, jeux d'argent et de hasard (5%), cyberaddiction, etc.

De très loin, on pourrait ainsi en déduire que le TCHAT continue d'accueillir les anciens et nouveaux usagers d'héroïne, tandis que Métanoïa s'est spécialisé, malgré la diversité des profils accueillis, dans le traitement des problématiques à l'alcool et au duo cocaïne/crack. On peut regretter que ces deux derniers produits forment une catégorie unique (pour la ressemblance de leur formule moléculaire), car il est particulièrement notable, sans céder aux représentations stéréotypées, que les consommateurs de ces deux substances présentent de fortes différences sociales (Ragoucy-Sengler *et al.*, 2003 ; Jauffret-Roustide, 2009).

Que peut-on observer dans les faits, lors des séjours de ces usagers aux profils diversifiés en CTR ? Le produit associé à la dépendance produit-il des variations évidentes en termes de prise en charge ? Sans forcer l'interprétation sociologique, il nous faut ici répondre oui et non.

Non, car les usagers résidant en CTR paraissent rapidement intégrés au fonctionnement régulier de la structure, où s'enchaînent consultations médico-infirmières et psychologiques, entretiens éducatifs, ateliers, distribution des médicaments, et toutes les autres activités de la vie quotidienne. Ils sont ainsi homogénéisés dans une même catégorie de pris en charge (« patients », « clients » ou « actients » selon la structure), indépendamment semble-t-il du produit licite ou illicite associé à leur addiction. Cette question de l'illégalité de certaines substances ne semble d'ailleurs pas perturber le travail des intervenants en addictologie. *A fortiori*, pour un observateur extérieur, il est ainsi moins évident que ce que l'on imagine de *déduire* directement, sur la face ou dans le corps de l'utilisateur, quel est son « produit de choix », d'autant que dans cet espace, les usagers sont dépouillés de leurs objets ou de leurs espaces de fréquentation courante. J'ai pu le deviner parfois, lorsque je ne connaissais pas le parcours de vie d'un ou une usagère la première fois que je l'ai rencontrée ; mais j'ai pu aussi beaucoup me tromper.

Oui, néanmoins, car au moins une certaine catégorie de résidents me semblait particulièrement déconsidérée. Et elle l'était moins du fait du produit associé à leur dépendance (l'alcool) qu'au mode de vie et à l'attitude, au caractère passif voire amorphe qu'avait réalisé chez eux le processus d'alcoolisation, sur plusieurs et parfois de nombreuses années. Je l'illustrerai ci-dessous par l'exemple de Lucky, un homme entre quarante et cinquante ans, qui se trouve pour la deuxième fois au CTR Métanoïa lors de mon séjour d'observation. Durant les réunions cliniques, l'équipe commente souvent son manque de participation, son état « dissocié », ses difficultés à comprendre les ateliers ou à faire part de son expérience. Un jour, les professionnels regrettent également qu'il soit toujours « avachi dans le canapé » à regarder la télévision, entre un atelier et l'autre ou en fin de journée. Le fait qu'il boive parfois de grandes quantités de thé est considéré – plus que pour d'autres usagers – comme un symptôme de manque, et non pas comme une activité anodine, ou au mieux symptôme d'ennui. Lors d'une sortie courses, la première semaine de son séjour, Lucky essaie de prendre deux canettes de bière en cachette de l'éducateur les accompagnant à la superette où ils se rendent deux-trois fois par semaine, à une dizaine de minutes du centre. L'éducateur le reprend mais, dans des circonstances que nous expliquerons davantage dans le prochain chapitre, il se voit passible d'être expulsé du centre à la suite de cette tentative de transgression. Le vote au sein de l'équipe s'avère très partagé, sur son cas comme sur celui d'un autre résident problématique, parce qu'atteint de troubles psychiatriques : la moitié vote pour leur départ, et l'autre moitié pour le maintien dans la structure. En parlant de cet épisode avec un jeune éducateur, Romain, il enchaîne curieusement sur cette remarque :

Romain (Éducateur Spécialisé) – Ça va finir avec des personnes qui viennent travailler, mais qui sont peut-être pas au bon endroit... Je pense pas *que Lucky soit prêt, par exemple*, je sais pas s'il est *disposé psychologiquement à ce format-là*, même s'il trouve réponse à ses besoins et à sa sécurité... J'appelle ça le fantôme : des personnes qui sont là, qui flottent de pièce en pièce, mais qui sont extraites de la dynamique... Je suis pas sûr qu'il apporte des choses de lui-même. J'ai vécu ça avec un papa, qui avait perdu son fils et qui était dépressif depuis hyper longtemps... il déambulait, comme ça...

Carnet de terrain 2 (Cdt 2) – Métanoïa – 27/09/21

On voit que ce qui se présente comme frappant dans le discours du jeune éducateur, c'est que son propos sur le respect relativement dissolu des règles institutionnelles *glisse* vers la question de l'absence de « disposition » de certains pour s'adapter à ce cadre accommodant, qui repose néanmoins sur une « dynamique » de responsabilisation. Il est marquant que ce n'est même pas tant la « préparation » engagée en amont du travail dans le centre qui fasse défaut ; c'est pour Romain la disposition, « psychique » en l'occurrence, qui est manquante. Et l'association qu'il fait avec la dépression est de ce fait significative – la dépression étant, par excellence, de la même manière que l'alcoolisme, considérée comme une « maladie de la volonté » (Ehrenberg, 1998b). Il n'apparaît pas, dans ce contexte, que puisse être parallèlement envisagée la manière dont les modalités rééducatives fournies par le centre reproduisent un format, une exigence et une progression scolaires (Vincent, Lahire, Thin, 1994), qui entretiennent diverses formes de discrimination dans la mise en avant de ces mêmes dispositions sociales (nous y reviendrons dans le chapitre 4).

De façon donc ici nécessairement réductrice, nous pouvons distinguer un premier type de parcours à travers les *usagers d'alcool chronicisés*. Leur chronicisation peut être sans distinction attribuée à un parcours de vie souvent difficile, où la substance a produit des ravages neurologiques sans doute conséquents, mais où le maintien prolongé en institution (ou la transition répétée de l'une à l'autre) a joué son rôle dans ce qu'on peut décrire comme leur manque de dynamisme. Ils arrivent souvent pour un *énième séjour* en postcure – on les observe rarement à leur premier coup d'essai, surtout lorsqu'ils commencent à être avancés en âge. À l'autre extrême du spectre, on remarque aussi d'emblée les très jeunes consommateurs, qui arrivent pour la *première fois* en CTR : ils viennent souvent pour des consommations liées spécifiquement au cannabis, aux nouvelles drogues de synthèse ou à l'alcool. Ce constat concorde d'ailleurs avec les études récentes de l'OFDT et d'autres organismes, qui constatent une proportion toujours importante chez les adolescents, malgré sa diminution au cours des dix dernières années, de polyconsommateurs réguliers d'alcool, cannabis et tabac (Le Borgès *et al.*, 2019).

Entre le 1^{er} séjour et le énième séjour ou, pourrait-on dire, entre ceux qui viennent pour la première fois en CTR et ceux qui y viennent pour la « dernière fois » (comme on pense prendre le « dernier verre »), il y a tout l'éventail des trames biographiques des usagers rencontrés au long de cette thèse. Cette typologie doit nous servir uniquement *a minima* pour objectiver le fait que les résidents en CTR ne sont pas seulement sélectionnés en fonction d'un tri à l'entrée – dont la réalité hospitalière, notamment dans les services d'urgence, continue à être régulièrement documentée (Morel, 2023) – mais que ce qu'on appelle leur étiquetage social (*labeling*) opère déjà des divisions fortes entre populations, au sein d'un même espace (Becker, 1985). Cet étiquetage est coproduit par les usagers, dans la mesure où ils ont été amenés à produire ce que les interactionnistes nomment un travail identitaire (*identity work*), pour donner des explications ou protéger leur identité du jugement social pesant sur leurs comportements (Goffman, 1975). Il est donc pertinent de penser que les personnes dont les marqueurs identitaires (*identity markers*) liés à l'alcoolisation ou à l'excès de drogues sont plus nombreux et plus problématiques – de par le temps plus long passé à consommer – sont obligées de produire un plus grand travail identitaire, comme pour ce qui est des joueurs pathologiques (*gamblers*) (Wagner *et al.* 2017 : 356). Et donc que ces personnes participent d'autant plus à la construction de leur profil d'« usager dépendant », qui les stigmatisera davantage à chaque séjour successif passé en institution. D'autres déterminants sociaux, en dehors de l'âge et du produit consommé, jouent évidemment dans l'émergence ou

l'accentuation de ces processus de sélection et de différenciation des usagers tout au long du séjour en CTR – nous y reviendrons.

Quelques profils d'usagers nous permettront ici d'illustrer la diversité des profils qui se retrouvent dans les CTR contemporains.

Keufran, la cinquantaine, vient de la Picardie. Après avoir été placé en internat enfant, après la mort brutale et inexpliquée de son père, il est élevé à l'adolescence par sa grand-mère maternelle, dans un environnement social et familial où l'alcool (« la gnôle ») était toujours présent. Ses deux sœurs sont également alcooliques selon lui, ainsi que ses beaux-frères dont il souffre les railleries. Depuis un accident du travail eu à vingt-sept ans, qui lui a provoqué des séquelles physiques importantes au niveau du dos et du genou, Keufran touche l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), qui constitue sa principale source de revenus, en plus de l'aide financière qu'il a encore parfois de sa mère, avec laquelle il entretient un rapport très fusionnel et dont il dit s'occuper. C'est son troisième séjour à Métanoïa ; le dernier, six ans auparavant, lui a permis selon lui de tenir pendant cinq ans l'abstinence. Le jour de son anniversaire, son chien décède – animal qu'il dit être la seule chose qui lui donnait la motivation de sortir de chez lui toutes ces années. Il rechute pendant plusieurs mois (« J'étais arrivé à un point à simplement me lever, boire un verre d'eau, acheter mes bouteilles, et rester dans mon canap' avec la télé... »), et puis le souvenir de Métanoïa le pousse à refaire une demande de séjour en CTR qu'il obtient pour la rentrée 2021. Tout au long du séjour, Keufran mûrit le projet de se racheter un chien à la sortie, et peut-être de faire du bénévolat à la SPA.

Thibaud est un jeune homme d'une vingtaine d'années, très haut de taille et aux yeux toujours brillants. Il vient de la banlieue Ouest de Paris, d'une ville très cossue, et appartient à une famille de la grande bourgeoisie. C'est sa première fois en CTR (Métanoïa) ; auparavant il avait fait deux séjours en clinique, dont un lui a laissé un très mauvais souvenir : le psychiatre qui l'avait vu avait en effet invalidé son diagnostic de schizophrénie – « alors que je suis schizo mais ça se voit pas » affirme-t-il – puis un autre médecin l'avait de nouveau validé, en lui confirmant qu'il était bien « schizo ». Il arrive à Métanoïa comme d'autres jeunes de son âge et de son orientation homosexuelle pour un mélange de produits, consommés dans des contextes festifs (cathinones et GHB). Thibaud consomme en plus régulièrement de la cocaïne et du haschisch, plus « un peu de LSD, un peu de met [méthamphétamine] de temps en temps », et beaucoup de médicaments. Ses produits principaux de consommation sont devenus un problème, notamment le cannabis, parce qu'il dit que cela accélère sa pensée et accentue « les voix », notamment une, qui le persécute particulièrement depuis un an (au début du Covid-19). En même temps, une des hypothèses cliniques qui au centre émerge rapidement à son sujet, c'est que l'usage de substances lui sert probablement à trouver un état dissocié où il peut atténuer les effets de persécution de ses voix. Il semble avoir un lien fort mais compliqué à ses parents (qui selon lui ne croient « que les médecins »), et culpabilise vis-à-vis de son petit frère de treize ans, duquel il est très proche et qui l'a vu consommer chez eux. Il touche l'AAH depuis qu'il a été diagnostiqué, mais ses parents doivent gérer ses finances, car il a tendance à tout dépenser dans les drogues. Ayant fait beaucoup de théâtre quand il était plus jeune (il a arrêté car il ne supportait plus la pression ressentie dans les transports), Thibaud compte reprendre des études, en Langues Etrangères Appliquées, à la rentrée suivante – il adore l'anglais, et il écrit beaucoup, sur sa vie, sa maladie, son rapport aux drogues.

Sue Riz, telle qu'elle a souhaité se nommer, se décrit comme « dépendante à l'alcool ». Tout au long de sa vie, on lui a donné ou elle s'est trouvé un certain nombre d'appellations, comme « traumacologique », un « petit pseudo » qu'elle se donnait pour éviter le mot « alcoolique », détesté. D'une cinquantaine d'année, de classe moyenne, Sue est une femme extrêmement sensible, au contact facile mais qui présente de grandes difficultés à se séparer de son interlocuteur, et donc à accepter le silence, ou les au revoir. On sent qu'elle porte en elle des souffrances profondes, qu'elle a enterrées pendant des années au moyen de l'alcoolisation – elle décrit ce qui était pour elle une nécessité, « lâcher la pression » en « s'abrutissant », ou même en se dissociant pour combler les moments d'ennui ou de solitude. Elle dit qu'aujourd'hui elle n'a plus besoin de boire lorsqu'elle s'ennuie, mais que dès lors qu'un événement de sa vie la met à mal, ses émotions la déborde et elle replonge dans des crises d'alcoolisation violentes. Décrite par l'équipe comme quelqu'un de débordant et de désordonné (« c'est Sue Riz, ça part un peu dans tous les sens... » ; pour les bilans, ça se passe en 1h-1h30 avec les actients... Sue, ça a mis 2h, autant te dire... »), elle est appréciée pour sa participation et son attachement profond aux professionnels soignants, mais on la considère parfois comme *trop* dépendante, voire envahissante (« elle est quand même suivie depuis 20 ans ; à quel point elle est pas *accro au soin*... ? »). Consciente de cette image qu'elle renvoie constamment d'elle-même, elle n'est pas en mesure pour autant de s'en détacher, et l'accentue encore parfois, en intervenant souvent pour signaler les dysfonctionnements institutionnels ou les manquements professionnels (retards de travailleurs sociaux, mauvaise gestion des repas ou du planning) au reste de l'équipe.

Yassine, lui, même s'il est à son troisième séjour en postcure, décrit celui qui a lieu à Métanoïa comme le *véritable premier*, les deux précédents ayant été faits selon lui « à l'arrache » après deux overdoses et deux hospitalisations auxquelles il fallait donner suite. Il dit faire ce séjour avec plus d'envie et de motivation, mais aussi avec le déclencheur que lui a occasionné la perte de sa profession d'infirmier (il dit vouloir faire « le deuil » de celle-ci) – sa trop grande dépendance au GHB l'empêchant concrètement d'exercer. Jeune descendant d'une famille d'immigration marocaine, Yassine a commencé sa consommation de nouvelles drogues de synthèse dans des contextes festifs – pour ensuite continuer, seul, sur le lieu de travail, pour « tenir » les horaires et l'épuisement généré par son contexte professionnel. On découvre aussi, lors du premier entretien psychologique, qu'il a vécu durant les trois dernières années une série de morts fulgurantes, par maladie ou accident, au sein de sa famille. Il est aujourd'hui au RSA et il est retourné vivre à vingt-sept ans chez sa mère, après avoir été autonome pendant plusieurs années et avoir vécu parfois avec des compagnons également consommateurs.

Jonas arrive de l'USCAC (Unité de Soins Complexes en Addictologie) d'un grand EPSM, lorsqu'il est admis au CTR TCHAT. Notoirement diabétique – il l'annonce à tous ceux qui veulent bien l'entendre – c'est un homme de 36 ans, mais qui a gardé un visage poupin, les yeux bleus et un physique proche de l'obésité qui lui donnent un aspect enfantin. Très dissocié – au sens où il commence rarement quelque chose (une phrase ou une activité) sans en perdre complètement le fil – il parle compulsivement lorsqu'on lui adresse la parole. Il raconte avoir passé huit ans, entre ses 21 et ses 28-29 ans, à la rue, entre dérives, voyages et errance. C'est à la fin de cette période qu'il a commencé à se soigner : « J'ai beaucoup de soucis de santé » avoue-t-il : il a perdu la moitié de son pancréas, il a déjà eu une fibrose, une cirrhose. C'est un typique cas représentatif des comorbidités psychiatriques en addictologie. De son côté, il s'auto-diagnostique *borderline*, à la suite du diagnostic médical reçu lors de sa récente incarcération : « c'est ma maladie qui veut ça. On est tout le temps sur le fil du rasoir... Il faut

prendre ses responsabilités, parce que sinon on peut vite resombrer... ». Il est passé par de nombreux types d'hospitalisations psychiatriques et addictologiques, a déjà vécu un an en CT. Durant mon séjour d'observation, des démarches sont envisagées par l'assistante sociale pour qu'il passe en curatelle renforcée. Par ailleurs, Jonas rédige avec elle une lettre de motivation pour rejoindre une autre communauté thérapeutique dans le Rhône. À la fin de sa lettre, une expression me marque : « J'ai fait un VAE de jardinage, que j'ai loupé *faute d'avoir arrêté l'école à 15 ans.* »

Yohann est un homme d'une cinquantaine d'années, extrêmement prudent, ou discret, qui a cependant gardé une allure sportive et athlétique. Après avoir passé trois mois dans un autre CTR dans le Nord de la France, il arrive au CTR TCHAT pour se rapprocher le plus possible de ses deux filles (âgées de 7 et 12 ans), qui sont dans une ville située encore à deux ou trois cent kilomètres de là. Il sort tout juste de prison – sa femme l'a quitté en 2019, il a rechuté, puis été incarcéré. Il est donc en soins sous injonction thérapeutique. Il présente de nombreux problèmes de santé (prothèse dentaire mal fixée ; IRM réguliers), et l'état de ses finances n'est pas très clair – aux yeux de certains professionnels non plus, puisque certains spéculent sur les « comptes en banque » qu'il aurait secrètement en Suisse. Homme très attendrissant mais fort taciturne, Yohann accepte d'échanger néanmoins régulièrement avec moi tout au long de mon séjour d'observation, notamment lorsque je le questionne sur son vécu de l'univers carcéral.

Nadège est une femme aux longs cheveux tressés, descendante de l'immigration camerounaise. Elle a une quarantaine d'années, mais paraît très peu marquée par les stigmates physiques de sa consommation de cannabis et d'autres produits. Touchant l'AAH depuis des années, pour cause de troubles psychiques associées, elle s'impose néanmoins assez rapidement sur toute la gent masculine présente au TCHAT durant ses mois de présence au centre. Malgré ses troubles de dissociation et son impulsivité, elle présente une personnalité charismatique qui la rend très sympathique aux yeux de l'équipe, et de son référent Grégory, qu'elle appelle par son statut (« Référent »). Il réussit à la convaincre d'organiser pour sa sortie la mise en place d'une curatelle, via un dossier MDPH, et de faire en sorte de lui trouver une place en ESAT.

Cette série de portraits effectuée, nous aborderons à présent la manière dont on oriente les nouveaux résidents vers la perspective du changement. Leur volonté s'étant affirmée dans la demande formulée d'un séjour en CTR, et le sevrage ayant dû permettre de mettre suffisamment de distance entre le produit générant la dépendance et eux, on les invite durant ce séjour à réapprendre les modalités de fonctionnement synonymes d'une vie ordinaire, et à se défaire de leur ancienne identification à la catégorie stigmatisante d'usager dépendant.

*

II. Vouloir changer. La mise en adéquation de l'objectif institutionnel et du projet individuel

Après avoir passé le seuil, l'usager entre dans une structure qu'il a choisie, et qui pourrait théoriquement sembler « à son service ». Mais l'ethnographie permet de remarquer d'emblée (sans surprise véritable) qu'il lui revient en retour de s'adapter au cadre et aux règles institutionnelles. Le tout nouveau résident doit œuvrer à sa bonne « intégration », d'abord au sein du groupe des autres résidents et résidentes déjà présents, mais aussi au sein de la communauté de vie que constitue le CTR, et qui inclut donc aussi les membres professionnels de l'équipe et la direction. Si l'arrivée au CTR est présentée comme une « mise à l'abri », valorisée comme telle dans le discours des accueillis et des accueillants, ces derniers font aussi vite comprendre aux usagers qu'ils et elles ne sont pour autant pas là pour se reposer. Étrange situation, qui diffère bien des cures d'hospitalisation pour sevrage, où le personnel est censé être aux petits soins pour l'usager qui souffre physiquement des symptômes de manque et de la douleur somatique et psychique qu'ils occasionnent. Le CTR n'est pas « fermé » comme un service d'hospitalisation – où la plupart du temps, les usagers sont hospitalisés pour sevrage sans accès à leurs téléphones portables, en coupure totale avec le monde extérieur.

Dans les centres résidentiels de postcure (et le fait de choisir un centre à la campagne plutôt qu'en ville peut jouer sur la réalisation d'une effective mise à l'écart) c'est par l'effort volontaire que les usagers décident d'éviter les espaces de fréquentation usuellement arpentés, pour faire en sorte de suspendre leur consommation (du moins théoriquement, et dans un premier temps) et ainsi reprendre toute une série d'activités qui avaient été mises en suspens. Le centre va constituer le lieu d'essai de leurs diverses tentatives de sevrage et de la reprise d'une vie « ordinaire », le cadre permettant en apparence de soutenir cette demande d'assistance du résident pour réaliser, à plus ou moins long terme, certains objectifs. Nous sommes déjà ici dans une nouvelle étape, où l'usager est certes malade, mais se doit d'être *responsable de sa maladie*. Non pas étiologiquement responsable – il n'est pas la cause, en tous cas pas l'unique cause de ses maux (bien que ce soit lui qui, par intoxication à un ou plusieurs produits, se les ait infligés) – mais responsable dans la réaction à mettre en place face à son mal. Il n'est pas anodin d'ailleurs que l'un des mots d'ordre des groupes d'auto-support Narcotiques Anonymes (NA), tel qu'on peut l'entendre en réunion NA⁹ : « on n'est pas responsable de sa maladie mais on est responsable de son rétablissement ». Au CTR, les usagers sont ainsi orientés vers une position d'acteurs sociaux *co-responsables* de leurs choix de vie et de leur devenir, en parallèle de l'intervention médico-sociale dont ils bénéficient. Les usagers sont abordés dès le départ et décrit par les professionnels comme étant en partie victimes de leur histoire, ou d'une conjonction d'événements vitaux rencontrant des déterminations biologiques et sociales défavorables. Cependant, compte tenu de leur résolution de changement, les résidents en CTR doivent à présent s'efforcer de se comporter comme des agents rationnels, motivés et résistants dans l'affirmation de leur nouveau choix de vie, que celui-ci soit dirigé vers le maintien d'une abstinence ou par le souhait, plus récent, d'une « gestion » possible de sa consommation (Soulet *et al.*, 2002 ; Therrien, 2009). Puisque, par sa demande de soins, la personne dépendante a déjà en quelque sorte concédé que son libre-arbitre, sa capacité de choix et sa vie, se trouvaient entravés par l'addiction, on lui

⁹ Hôpital M., terrain préparatoire à la thèse, novembre 2020-février 2021.

demande ici d'être conséquente, c'est-à-dire de poursuivre un travail de changement qui lui permette de ne pas se retrouver à la sortie dans la même situation qui l'a poussée à entretenir ce rapport dérégulé au produit.

La plupart du temps, les centres que j'observe effectuent à l'arrivée de l'usager une estimation minimale de ses demandes et des objectifs qu'il ou elle s'est fixés en arrivant au CTR. Ces demandes sont souvent très basiques : s'isoler un temps, se mettre à l'abri d'un milieu de consommation où l'on est connu et où l'on ne réussit pas à échapper à la banalisation du produit ; continuer et « consolider le sevrage » effectué dans un premier séjour de cure ; reprendre « goût » à d'autres choses qui ne soient pas la consommation. Elles s'accompagnent souvent de nombreuses demandes sociales sur lesquelles se penchent en priorité les travailleurs sociaux (parfois les éducateurs, mais plus rarement) : faire un dossier à la CAF ou à Pôle Emploi, régulariser sa situation avec la Sécurité Sociale, remplir une demande MDPH, demander l'AAH, faire une autre demande de postcure pour faire suite au séjour en CTR, faire une demande d'entrée en AT, ou en foyer, etc. Elles s'adjoignent parfois de désirs, ou de projets, qui sont bienvenus à l'entrée dans les centres, du moins si leur réalisation semble envisageable : reprendre contact avec des membres de la famille desquels la consommation a éloigné, pouvoir se rapporter de manière nouvelle à ses enfants, les appeler, s'excuser auprès d'eux ; envisager la poursuite d'études, d'une formation, ou encore la reprise d'un emploi, lorsque la consommation a entraîné la perte du précédent ; commencer de nouvelles activités, s'adonner à des passions enterrées, reprendre le sport, prendre « soin de soi », voyager, « rencontrer quelqu'un »...

S'il est bien évident que les CTR ne pourront pas permettre d'accéder à toutes les requêtes, les équipes se font néanmoins le support de l'expression de ces projets, qu'ils soient formalisés clairement dans un plan d'action durant le (et à la sortie du) séjour, ou qu'ils soient – comme c'est plus fréquemment le cas – des bribes de désir, lancés en l'air pour voir si quelqu'un y répond. On y reviendra, mais les professionnels insistent bien souvent sur la « cohérence » des projets énoncés avec le parcours (et les déterminismes sociaux) qui caractérise l'usager, ou sur la dimension « réalisable » ou « réaliste » de tel ou tel vœu. La rencontre possible entre professionnels et usager, et le degré de « qualité » d'un centre perçu de la part des résidentes et résidents, se jouent dans cette mise au diapason des projets et ambitions d'un usager à son entrée au CTR, avec ce que l'équipe est capable d'une part d'entendre de ses demandes, et d'autre part de lui proposer en réponse ou en adéquation maximale avec son « projet ».

Certains lieux, dont le centre TCHAT incarne un cas paradigmatique, se limitent à tenter d'exaucer la demande de mise à l'abri et les demandes sociales. En plus d'un « thérapeute de séjour » (éducateur ou éducatrice spécialisée) et d'une assistance sociale, ils attribuent également d'office un psychologue référent au nouveau résident : l'offre du centre repose encore essentiellement sur cet « espace de parole » qu'est censé libérer l'entretien psychologique hebdomadaire. Le statut de la parole est fondamental au TCHAT, qui fonde ses pratiques sur une approche psychanalytique de la dépendance aux substances, et sur la manière dont l'espace analytique est censé offrir une autre scène possible, pour un usager soumis aux pressions familiales et sociétales – un espace apparent de « non-jugement »¹⁰.

¹⁰ Le « non-jugement » est une des qualités essentielles attendues aujourd'hui dans l'opinion commune de la part d'un psychothérapeute. Cette notion, présente en germe dans la psychanalyse mais non explicitement développée par Freud, a été introduite par le psychologue américain Carl Rogers (1957), qui développe dans son approche centrée sur la personne ce qu'il nomme le « regard positif inconditionnel ». Cette attitude complexe, que le

L'auto-évaluation et les moments réflexifs pour estimer l'avancée des projets des usagers sont eux-mêmes significativement assez espacés dans le temps, ce qui est en fait lié à la question de la temporalité du TCHAT, évoquée en introduction générale. Le résident a une réunion tous les deux mois environ, avec son thérapeute de séjour et le chef de service, pour estimer les prochaines étapes dans son séjour : ce qu'il veut mettre en place dans les prochains mois ; comment il envisage « la suite », en termes d'hébergement et de suivi des soins à la sortie du CTR ; a-t-il/elle des objectifs de travail, de logement ? Cela peut concerner aussi bien le retour au domicile que – comme on le verra pour le cas de Sacha (chapitre 3, II. C/) – l'entrée dans une structure plus orientée sur le traitement d'une problématique psychiatrique. On peut dire que ces évaluations-bilans, outre qu'elles permettent de répondre aux prérequis et aux demandes des ARS, sont aussi un bon moyen pour l'institution de légitimer le travail accompli au sein de la curieuse entité qu'est un CTR. Mais elles mettent rarement au centre la notion de motivation, qui constitue pourtant, selon nos observations au CTR n°2, l'un des piliers de l'expérimentation CTR telle qu'elle se trouve proposée aujourd'hui en France.

II. A/ L'entretien motivationnel à Métanoïa – comprendre les tenants d'une entrée en matière

L'accueil des nouveaux entrants à Métanoïa – durant ce qu'ils appellent la semaine 1 – s'accompagne toujours, le deuxième ou troisième jour d'arrivée, d'un entretien motivationnel avec l'éducatrice ou l'éducateur qui est leur référent. À cet entretien d'entrée feront suite des entretiens hebdomadaires pour savoir comment se déroule le séjour pour les résidents, comment ils se sentent, comment ils envisagent « la suite ». Si ce même fonctionnement par entretiens réguliers est observable au TCHAT, je choisis ici d'approfondir la question du binôme satisfaction/motivation tel qu'il se trouve employé au CTR n°2 afin de favoriser une balance décisionnelle en faveur d'un sevrage (total ou partiel – on y reviendra) encadré par une perspective de changement de vie.

Comme il existe de multiples raisons à ce qu'un individu choisisse de commencer un parcours d'accompagnement en addictologie, il peut y en avoir tout autant à ce qu'il ou elle ne souhaite pas être accompagné dans son rapport au produit – qu'il en soit heureux ou malheureux. C'est pour cela que certains professionnels de l'addictologie veillent dès le départ à mettre en évidence la notion de « satisfaction » quant à la consommation de l'usager qui vient consulter. Celle-ci permet en effet selon eux de distinguer « l'addiction pathologique (celle qui fait souffrir mais que le sujet ne parvient pas à changer) de l'addiction tout court (celle qui ne fait pas forcément souffrir et que le sujet ne veut pas changer) » (Morel, Couteron, 2008 : 84). Ces spécialistes de l'addiction insistent par ailleurs pour dire que l'addictologie commence là où l'individu se questionne quant à la baisse de sa satisfaction quant au produit : « Sans omettre de mentionner qu'entre les deux se situe *une phase souvent longue où le sujet ne sait plus s'il est satisfait ou non, une phase d'ambivalence*¹¹ que nous connaissons bien en clinique car c'est celle où les usagers sont amenés à consulter » (*ibidem*).

thérapeute doit fournir dans son rapport au patient, inclut cette dimension de non-jugement impliquant de « séparer la personne de sa maladie », qui constitue l'une des « conditions nécessaires et suffisantes » de la thérapie.

¹¹ Je reviendrai sur cette dimension de l'« ambivalence », qui se trouve au cœur de la dynamique du rapport soignant-soigné en addictologie dans le chapitre 2.

C'est souvent dans ce genre de moments, où l'individu n'est plus pleinement satisfait de sa consommation de substances, qu'il arrive dans un service d'accompagnement en addictologie. Mais nous pouvons déjà souligner à ce stade que la question de la *motivation* à changer a spécifiquement trait au traitement de cette « phase souvent longue » où l'on cherche à sonder ce qu'il en est de la satisfaction d'un sujet quant à son comportement de dépendance, et à sa vie en général. Que ce soit dans les centres d'inspiration plus psychanalytique où on parle de « l'émergence de la demande », ou dans les centres plus comportementalistes, où on utilise ce doublet satisfaction/motivation, il s'agit de comprendre ce que le nouveau résident serait prêt, et donc amené, à changer.

Ainsi, se rendre responsable de son rétablissement ne fait pas tant appel à la notion de volonté qu'à celle, moins philosophique, de motivation. Cette notion est fondamentale dans le travail effectué en addictologie, notamment depuis la conceptualisation du modèle transthéorique de changement introduit par les psychologues James O. Prochaska et Carlo C. Di Clemente (1982). Ce modèle d'approche comportementale fut déterminant dans la manière dont il a permis d'établir une échelle d'évaluation de la dépendance et du stade auquel on situe un individu. Les stades sont les suivants :

1. Pré-contemplation (*pre-contemplation*) : l'individu ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation ; à ce stade, les avantages de la consommation sont très supérieurs aux inconvénients et la motivation pour arrêter est faible.
2. Contemplation : à ce stade, commence à se manifester ladite « ambivalence ». La personne envisage un changement de comportement mais elle hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. Prochaska et Di Clemente parlent alors de « balance décisionnelle », qui amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de son comportement actuel.
3. Préparation/Détermination (*preparation*) : l'individu se sent prêt à démarrer la phase d'action qui doit l'amener à traiter le problème ; des moyens psychologiques, émotionnels, comportementaux et matériels sont mis au point. L'individu s'engage à apporter le changement à l'habitude visée puisqu'il croit pouvoir y arriver. Il dit mettre en place les conditions pour être en mesure de passer à l'action prochainement.
4. Action : l'individu s'est donné les moyens et a pris la décision *de passer à une nouvelle vie*. On fait le choix d'une date précise ; on met en place des changements concrets dans son comportement et dans son environnement. Les difficultés peuvent être importantes. Le soutien et l'encouragement sont nécessaires.
5. Maintien (*maintenance*) : à cette phase de consolidation, il convient de rester prudent car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique. La personne maintient l'adoption du comportement et évite la rechute.
6. Rechute (*relapse*) : pour le modèle transthéorique de changement, la rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps peut-être nécessaire à la réussite finale du processus.
7. Sortie permanente (*termination*)¹² : ce stade marque la réussite finale du processus dans lequel la personne consolide le stade de maintien.

¹² Ces derniers stades (6 et 7) n'étaient pas inclus dans le modèle initial et ont été ajouté par Prochaska, DiClemente et G.C. Norcross dans une adaptation du modèle en 1992 – voir « In search of How People Change: Applications to addictive behaviors », *American Psychologist*, 1992, pp. 1102-1114.

De manière significative, quelques années suivant la théorisation du modèle de Prochaska et DiClemente, sort un ouvrage déterminant pour toute une génération de médecins addictologues : *L'entretien motivationnel*, de Miller et Rollnick (2013 [1983]), ouvrage considéré comme révolutionnaire pour la discipline et les méthodes thérapeutiques dans les années 1990¹³. Les deux auteurs (l'un psychiatre et psychologue, l'autre psychologue et chercheur en communication) destinent ce manuel d'accompagnement aux soignants qui s'occupent de personnes dépendantes. Ils envisagent l'entretien motivationnel comme « un *style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement* » (2013 : 12). L'entretien est censé aider la personne dans l'exploration et la résolution de son ambivalence, à l'expression de ses motivations et au renforcement de ses capacités de changement. Voyons à présent comment il constitue encore de nos jours une pierre de touche dans le CTR n°2 de notre enquête.

Les deux référents du groupe entrant que je suis lors de mon séjour d'observation à Métanoïa en septembre 2021 sont Samantha et Romain. Le groupe, qui s'est retrouvé désigné « groupe 3 » (dans la suite logique des numéros des groupes sortants en fin d'année dernière), est composé de quatre hommes que je rencontre le premier jour de terrain : Brice, Keufan, Yassine et Thibaud. Le jour des entretiens motivationnels, Samantha est absente ; Romain doit quant à lui faire un entretien avec Brice, puis avec Thibaud, qui de son côté est reparti se coucher après le repas de midi... Romain me raconte que généralement, les éducateurs référents voient un peu plus régulièrement « les actients »¹⁴ de leur groupe attiré que ceux des autres groupes, lors des ateliers – que par ailleurs, pour ce qui regarde les entretiens individuels, les deux référents se répartissent en quelque sorte les résidents à chaque nouveau bilan de semaine, « selon le lien » qu'ils/elles ont établi avec chacun.

- « *Les thèmes de tous les jours* ».

J'assiste à l'entretien entre Brice, la trentaine, et Romain, éducateur spécialisé de 27 ans, qui continue de travailler à Métanoïa après le stage de professionnalisation qu'il a fait dans les mêmes murs.

Romain (ES) – Comment ça va ?

Brice (résident) – Bien. La sophrologie [activité qu'ils ont eu ce mardi matin] m'a fait du bien...¹⁵

Romain se présente d'abord brièvement à Brice : il vient de passer son diplôme d'éducateur spécialisé, Métanoïa est son premier poste en CDD, et il est donc tout jeune dans la structure et dans le métier. Il place ensuite sous les yeux de Brice une grille d'évaluation intitulée GSM, en lui disant qu'ils vont à présent la remplir ensemble. Je demanderai plus tard pourquoi ce nom – il s'agit en fait très basiquement des initiales de « Grille de Satisfaction et de Motivation ». La satisfaction comme la motivation sont estimées dans un tableau avec des croix sur des colonnes colorées allant de 0 à 10 (0 à 3 définissant une zone rouge ; 4 à 6 une

¹³ Dont le titre original est significativement : *Motivational Interviewing: Helping People Change* [je souligne d'un trait]. Ce livre (non traduit dans sa première version) a été réédité plusieurs fois (entre 2002 et 2013), et me fut présenté comme « le livre qui a tout changé » par un médecin alcoologue d'une cinquantaine d'années (d'un service spécialisé en addictologie de la région parisienne), lorsqu'il me faisait le récit de l'évolution de la discipline au cours des années 1990-2010 (entretiens avec des figures-clefs de l'addictologie actuelle ; matériau recueilli en 2020-2021).

¹⁴ Je rappelle que c'est le terme indigène par lequel les usagers résidant à Métanoïa sont désignés par l'équipe.

¹⁵ Tous ces extraits d'entretien sont extraits du carnet de terrain (Cdt 2) tenu à Métanoïa sur la durée de mon séjour : ici le mardi 07/09/21 (jour 1).

zone orange ; 7 à 10 une zone verte)¹⁶. Romain explique la visée de ce questionnaire – qu’il maintient, de son côté de la table, et consigne par des croix (et des prises de notes complémentaires) la note assignée par Brice à chaque domaine questionné : « L’idée c’est de reprendre les thèmes de tous les jours et de faire le point avec vous de votre satisfaction quant à ces thèmes, et votre motivation, ici, pour les améliorer. »

Sur le thème « Ma vie en général », par lequel commence la grille, combien donnerait Brice, par exemple ? Ce dernier réfléchit un instant et répond : 3/10. Romain lui demande pourquoi ce score : « Pourquoi ? Déjà le fait que j’aie besoin de rentrer en cure pour espérer gérer ma vie plus tard... ». Brice raconte qu’il a longtemps été sans domicile. Récemment, il a trouvé un logement en CHRS... (« Ça enlève déjà un poids » commente Romain, phrase qui se voit reprise et répétée par l’usager : « Oui, ça enlève déjà un poids. »), il y a de cela deux mois et demi, dans un établissement tout neuf, avec une chambre individuelle avec douche et toilettes. « C’est comme un petit appartement. C’est juste les repas qui... bah, on a pas le droit d’utiliser les cuisines d’étages quoi, ils ont mis un verrou. »

Romain questionne ensuite l’usager sur un point inattendu, si de l’extérieur on continuait à envisager les CTR comme des lieux de sevrage, visant à consolider l’abstinence et donc corrélativement, à éviter de parler de produits.

Romain – Ok. « *Consommation* » maintenant. Vous en êtes satisfait ?

Brice – De mes consommations ?

Romain – Oui.

Brice – Oui et non. Quand j’arrive à gérer mes consos, j’en suis satisfait ; quand elles prennent le dessus, non. L’alcool surtout. L’alcool m’a bien grillé... et la cocaïne les derniers temps, parce que plus j’en ai, plus je consomme.

Romain – C’était à quelle fréquence en moyenne vos consos ?

Brice – C’était un peu tous les jours ces derniers temps. Ouais... quasiment tous les jours, coke - héro - la manche...

Romain – [il le coupe, pris par sa prise de notes] Sniffée ou injectée l’héro ?

Brice – Sniffée. [il reprend son discours] Une journée type pour moi c’est : je fais la manche - une fois que j’ai un peu de sous, je vais chercher ce qu’il me faut.

[il dit qu’avec 10€, il pouvait avoir ses 0,3g d’héro, ça lui suffisait pour la journée, mais c’était nécessaire. Brice se dit très anxieux, au point de prévoir la veille pour le lendemain ses consos du matin.]

[...] Je prends beaucoup de médicaments aussi... depuis longtemps. Médocs plus alcool, c’est quelque chose qui importe beaucoup. Je suis quelqu’un d’angoissé, et comme je me dis que la journée va être catastrophique, j’ai besoin de consommer déjà, dès le matin. Après, il y a des périodes où ça allait mieux, je travaillais, je consommais moins, j’étais en couple...

Romain insiste pour que Brice « note » quand même son degré de satisfaction de la « conso » proposée comme thématique. Le résident réfléchit un peu, dit « 5, du coup » : « parfois ça me va, parce que ça me paraît être géré, et parfois non... *j’ai toujours besoin d’une béquille dans la vie, et quand j’en lâche une, c’est pour en prendre une autre...* j’ai toujours eu besoin de ça... de modifier mon état psychique. » [je souligne – la notion de « béquille » sera revue dans la sous-section II.C/]

On peut voir d’emblée dans cet extrait comment le discours de l’usager – bien qu’il révèle un des profils usuels du public accueilli en structures d’addictologie – déborde les

¹⁶ Voir Annexe 3 – Grille de Satisfaction-Motivation

marges de la grille de satisfaction-motivation proposée par l'éducateur. Il met en lumière les différentes manières dont l'usager peut chercher à obtenir la compréhension de son interlocuteur, tout en laissant entendre déjà beaucoup plus que ce qui lui est demandé.

La satisfaction par rapport aux consommations est difficilement quantifiable. Brice, contraint à lui donner une appréciation numéraire, dit 5, une valeur strictement moyenne, mais cela rend plutôt compte de l'alternance de plaisir et de maîtrise qu'il a dans son rapport à la drogue : parfois elle lui est alliée, parfois non. En l'occurrence, l'alcool lui semble problématique, puis, il ajoute, la cocaïne... On pourrait penser dans un premier temps que c'est là l'effet maïeutique de ce questionnaire : à partir d'une question simple, de « satisfaction » quant à la consommation, l'usager en vient à dérouler de lui-même le récit de son insatisfaction. Mais, dans ces ajouts successifs – surtout lorsqu'ils ne sont pas spontanés comme de la part de Brice, mais nécessitent une relance de la part de l'interrogateur –, on peut plutôt lire la mise en conformité du discours de l'usager avec le discours attendu par l'éducateur. On sait bien, à Métanoïa, que Brice n'est pas à 10/10 satisfait de ses consommations – sinon, il ne serait pas là. Du reste, il l'a déjà écrit, et dit pour obtenir une admission dans ce centre ; revenir sur ses propos à ce stade serait perçu comme contre-productif.

On peut voir qu'en même temps, dans la manière de se livrer, Brice fait œuvre d'un usage rhétorique de la sélection des images de sa vie et de ses états d'esprit. Il n'attend pas de fait la partie « Psychisme » pour faire part de ses angoisses, ou la partie « Amour » pour souligner qu'il a été en couple (et qu'alors, il « travaillai[t], consommai[t] moins » - qu'il avait pour ainsi dire une vie plus « normale »). Sa perception des attentes de cette institution, du jeune âge de son interlocuteur, ou sa socialisation antérieure en la matière (les usagers se plaignent souvent de devoir « répéter la même histoire ») l'incitent à développer sur sa vie et son intériorité avant, et plus en détails, que le protocole de la grille ne l'y invite. Cela est généralement appréciable – et apprécié – par les travailleurs qui lui font face ; même si, peu habitué à l'exercice encore, Romain conserve une attitude très sérieuse, paraissant se contenter de « cocher les cases » attendues. On pourrait d'ailleurs revenir sur le choix des thèmes de cette vie « de tous les jours », qui correspondent en fait aux attentes sociales standardisées d'un producteur-consommateur, qui travaille, qui se trouve bien intégré dans la société civile, qui a nécessairement une vie de « famille » (ou une famille héritée à laquelle il doit se rapporter), *des* « amis » et éventuellement *un* « amour ».

Malgré tout, leur interaction commence à dévier des rails prescrits par la grille au moment où Brice, dans la partie « Travail », dit qu'il travaillait auparavant comme moniteur-éducateur. Romain – sans doute pour conjurer son propre malaise – lui répond par une blague, sur le fait qu'ils soient « collègues ». Brice minimise aussitôt son ancien statut, en répondant que « ça fait longtemps qu'il n'a pas bossé », refusant ainsi l'identification possible proposée par le jeune éducateur. Les deux participent – l'un par l'humour et la prise de distance, l'autre par la minimisation de son expérience professionnelle (au bénéfice de son identification à une situation de polytoxicomane-SDF) – à rehausser la barrière soignant-soigné qui est censée les distinguer. Pour appuyer ce point, on peut remarquer comment il est important pour l'éducateur en fonction actuellement de souligner que le rapport à la drogue, lorsqu'il empiète sur le lieu de travail, devient disqualifiant pour le rôle que l'on occupe – certes Brice *était* éducateur, mais la drogue lui aurait en quelque sorte fait perdre cette identité professionnelle. En effet, lorsqu'il énumère les lieux où il a travaillé – en MECS, dans des institutions expérimentales entre placement judiciaire et maladie mentale ; avec les apprentis d'Auteuil ; en Centre Educatif Renforcé (CER), mais aussi certains séjours avec les personnes adultes, des

adultes IMC (infirmes moteurs cérébraux), des personnes autistes... – tous des lieux où la dureté du travail transparaît –, Romain le questionne à ce moment précis sur le rapport de la consommation avec le travail. La réponse de l'utilisateur est alors :

Brice – Il y avait des fois où je consommais en bossant... mais je suis resté professionnel.

Brice ajoute qu'il prenait surtout « pour éviter d'être en manque ». Beaucoup d'éléments transparaissent de cette réponse. D'abord le mal-être professionnel comme élément jouant dans le déclenchement de la situation de dépendance (voir encadré 4.1, page 296), la confrontation au « collègue » que constitue l'éducateur en train de l'interroger sur cette consommation – où il s'agit d'afficher avant tout la capacité à maintenir un travail sérieux tout en étant sous substance. Mais aussi la minimisation du fait que ce lien problématique (entre travail et consommation sur le lieu de travail) a certainement joué dans l'abandon de l'un au profit de la carrière dépendante. Lorsque Romain cherche de fait à creuser : « Ça affectait pas trop votre façon de travailler ? », Brice lui répond d'abord non, en argumentant qu'il « [a] toujours eu des bons retours sur [s]a façon de travailler, des résidents et des collègues ». Mais il ajoute : « Non, j'ai arrêté parce que c'était plus tenable par rapport à la conso... », c'est à-dire en dissociant complètement la partie de lui qui était le bon travailleur, et celle qui était déjà trop profondément dans la consommation – et qui a poussé l'autre à quitter le travail.

Par ailleurs, à la fin de cet entretien initial, semble presque déjà se dessiner un « projet cohérent » quant à l'avenir de Brice, et à *ce qu'il pourrait vouloir vouloir*. Romain lui pose en effet directement la question, de s'il aimerait retravailler dans ce milieu – et Brice répond spontanément que oui, « [il se] sentirai[t] d'y retourner parce qu'[il se] sen[t] à l'aise là-dedans ». Romain répond – dans un tic de langage sur lequel je m'attarderai plus tard – « ça marche. »

Il y aura matière à redévelopper dans la partie sur l'identification/la désidentification des usagers et des professionnels (nous le verrons au chapitre 4), mais on voit ici, comment Romain, qui a ouvert la porte dans un premier temps à une identification possible à un même statut professionnel, reprend très vite son « rôle » d'éducateur, en blâmant, sous couvert d'une insinuation (« Ça affectait pas trop... »), l'attitude d'un collègue qui a laissé empiéter la « conso » sur son métier.

- **Motivés motivés...**

À la fin de la partie « Travail », Romain se reprend :

Romain – Je me rends compte que je vous ai pas fait faire la ligne de la motivation pour ces deux thèmes. Pour la conso déjà. Pourquoi vous seriez motivé, à quel point vous seriez motivé, à augmenter cette note-là ?

Brice – ...*d'apprendre à la gérer ? Ou carrément de l'arrêter ? 10. Si, je suis motivé. ...enfin 9.*

Romain – [en continuant de noter dans la grille GSM] Ok. Et pour le travail ?

Brice – [après un silence] J'ai pas la motiv'... je suis pas en forme, et puis je me suis bien habitué au RSA. Donc 4. Le problème avec le travail, c'est que ça laisse pas le temps à l'envie de mettre en place d'autres choses, de vivre ses projets... et j'aimerais bien ça.

Romain demande *quels projets*. Brice développe un peu sur ses rêves, il a un demi-projet d'être autosuffisant, sur le modèle de potes à lui qui produisent de la bière à l'écart de la ville. Lui aimerait être le plus à l'écart possible - ne pas être dépendant de la société, « du système et de tout ça ».

Brice – En gros que je fasse ma vie sur mon terrain... mais c'est super compliqué. Au début, quand j'étais plus jeune, j'aurais bien aimé vivre en communauté... mais en général, ça finit assez mal. [...] à cause du fait qu'au bon d'un moment tu peux plus saquer ton voisin...

Romain – [*il ironise*] L'autre là, avec son djembé, qui veut jouer tout le temps... c'est normal, ahah. Et vous vous verriez bien tout seul dans ce fonctionnement ?

Brice – Oui, avec des visites de potes... et puis, avec ma femme, que je trouverai un jour.

Romain – *Et il y aurait de la place pour la conso dans cette vie-là ?*

Brice – Oui, mais peut-être d'un autre type... si je dois la produire...

Passons ici sur le fait que la motivation à arrêter la consommation de drogue est, elle aussi, peu quantifiable – sur le papier, il faudrait signer avec un 10, mais dès qu'intervient la confrontation avec sa propre parole, on voit bien que Brice recule (« 10. [...] enfin, 9. »). Mais le nouveau résident développe de manière conséquente comment pour lui, la drogue a pu être considérée comme une échappatoire, d'un monde où le travail et sa routine l'empêchait de rêver à une autre vie possible. Ce qui est surprenant, c'est que le professionnel l'accompagne dans cette description d'une autre vie rêvée, qu'il le soutient dans sa projection imaginaire – comme si ce temps pris pour les soins pouvait aussi être le temps d'une pause, d'une reconfiguration des choix de vie, à l'aune de ce qu'on ne s'est plus permis de désirer pour soi. Mais la partie suivante, « Finances », ne tarde pas à ramener nos deux interlocuteurs à une dimension plus concrète, à un certain « principe de réalité » :

Finances.

Brice noterait à 4, « parce que c'est peu glorieux. »

Romain – Parce que ça doit être glorieux ?

Brice – Bah, c'est l'argent que la société me donne... c'est pas mon argent. En vrai, je dois beaucoup à la société.

Romain – Vous pensez pas le mériter ?

Brice – Non. Mais je le prends quand même.

Romain – Ça doit être douloureux de prendre quelque chose qu'on pense pas mériter...

Brice développe un peu sur le RSA, son désir profond, non pas d'avoir forcément beaucoup d'argent, mais de le gagner, d'avoir un peu de « décence ». « C'est pas une fierté quoi » [*le RSA*]

Romain – *Et vos motivations pour sortir de cette insatisfaction ?*

Brice – Bah, je mettrais 6. Parce que je sais pas vraiment vers quoi me diriger.. *Je sais qu'à terme je me dirigerai vers le médico-social de nouveau, mais quand ? Quand j'aurai les pieds sur terre...*

Les rêves évoqués une minute plus tôt ont vite fait de partir en fumée. Confronté à sa situation « d'assisté », allocataire du RSA, Brice (dont le capital culturel et les valeurs transmises par sa famille de travailleurs sociaux transparaissent ici – voir Vilbrod, 1995) réévalue son avenir, avec la perspective morale de devoir retrouver un travail lui permettant d'accéder à un peu de « décence ». Alors même que le métier d'éducateur dans le médico-social lui paraît impossible à réacquérir, étant donné sa situation actuelle, il parle de son futur dans le médico-social de manière assez assurée, mais aussi quelque peu résignée, fataliste. Plus de place pour les rêves qu'il évoquait au conditionnel présent – il doit croire ici dans un futur bien défini, s'il veut réussir à « sortir de cette insatisfaction ».

La position de Romain, quant à elle, est ambiguë. Il accentue les mots et les phrases qui mettent en relief les convictions et les valeurs du résident ; on pourrait dire qu'il l'accompagne

à réaffirmer ou à réinterroger les principes sur lesquels il fonde sa vie. Il met aussi des mots sur ce qui est implicite (« Ça doit être *douloureux* de prendre quelque chose qu'on pense pas mériter... »), un peu comme ferait un psychologue. Mais il conduit, inéluctablement, par le protocole du questionnaire qu'il n'oublie pas de suivre, à faire dire à Brice des résolutions affichées, des manières de faire pour améliorer son « score ». On peut certes rêver, mais il faut que ces rêves soient orientés vers une réalisation tangible, future – quelque chose auquel l'utilisateur puisse s'accrocher pour penser qu'il va « devenir autre ». La question c'est la manière dont on peut le présenter, quand bien même ce devenir serait un retour à une situation antérieure, de routine salariale. Car pour le moment, Brice ne paraît pas envisager d'avoir à nouveau « les pieds sur terre ».

Cette interaction initiale, et on pourrait dire presque initiatique à l'entrée du CTR et de ce qui est son ambition (« l'accompagnement » et « le soin » d'utilisateurs dépendants) rend compte d'une dynamique de cadrage, tant de ce qui est envisagé, que de ce qui est envisageable, dans la négociation de l'utilisateur et de l'institution. Elle est à mettre en lien avec le processus « d'engagement » dans lequel on veut pousser l'utilisateur – processus qui est relativement courant dans les terrains qui relèvent de la sociologie de la déviance. Comme l'envisage Becker (1985 : 49-50), il s'agit d'orienter l'individu *outsider*¹⁷ vers les « conduites conventionnelles » sans même qu'il s'en rende compte. Ici, il s'agit d'emblée, avec cette grille GSM aux catégories thématiques prédéfinies, de lui faire investir « divers types d'intérêts » et de les corréliser aux « lignes de conduite » des personnes « normales », celles qui, au quotidien, peuvent elles aussi avoir des tentations déviantes mais ne passent pas à l'acte.

Par suite des actions qu'il a accomplies dans le passé ou du fonctionnement ordinaire de différents mécanismes institutionnels, l'individu estime qu'il doit adopter certaines lignes de conduite, faute de quoi nombre de ses activités se verraient indirectement compromises.

[...] En fait, on peut considérer l'histoire normale des individus dans notre société (et probablement dans toute société) comme une série d'engagements de plus en plus nombreux et profonds envers les normes et les institutions conventionnelles. Quand un individu « normal » découvre en lui-même une tentation déviante, il est capable de la réprimer en pensant aux multiples conséquences qui s'ensuivraient s'il y cédaient ; rester normal représente un enjeu trop important pour qu'il se laisse influencer par des tentations déviantes. (Becker, 2020 [1963] : 49-50)

Réprimer les conséquences qu'entraînent les tentations déviantes, voilà l'un des premiers pas à effectuer pour le résident qui, entré à Métanoïa, souhaite « (re)devenir normal ». Une « normalité » qui est un des habits possibles que peut prendre le « devenir autre ». Cet apprentissage de l'auto-répression ou de la frustration choisie, nous le nommerons ici « apprendre à marcher *sans* », c'est-à-dire sans la substance ou le comportement qui a fini par constituer la principale et obsédante tentation dans la vie de l'utilisateur. Avant d'envisager d'en observer les particularités, nous voudrions néanmoins lever quelques malentendus sur la notion de sevrage – et sur ce qu'elle représente encore aujourd'hui dans l'imaginaire social.

¹⁷ C'est-à-dire un individu « marginal », « déviant » au sens de délictueux, ou encore plus simplement « hors des clous », ou hors des rails d'une vie normative. J'essaie de cette manière de traduire pour le lecteur qui ignorerait l'ouvrage-phare d'Howard S. Becker ce que recouvre le concept d'*outsider*.

II. B/ Le sevrage préalable – théorie et réalités

L'entrée dans le rétablissement ne va pas sans quelques « sacrifices » matériels. Au premier rang desquels sans doute, le produit : avoir engagé le chemin jusqu'en postcure exige, en principe, qu'on n'y vienne pas avec ses produits de consommation, voire qu'on s'en soit déjà défait. C'est ce que symbolise l'étape du sevrage. Longtemps perçu comme le seul traitement possible de l'addiction, ce dernier, aussi appelé autrefois « cure », ou « cure de désintoxication », demeure l'image centrale que produit généralement chez un interlocuteur profane l'annonce d'une thèse portant sur des centres thérapeutiques résidentiels en addictologie. La question qui se trouve d'ailleurs statistiquement la plus posée, lorsque je parle de mon travail sur des centres contemporains prenant en charge les addictions, est elle-même relative aux malentendus qui demeurent attachés à cette représentation du sevrage, ou à son équivalent américain dans les *rehab' centers* : « Et alors, est-ce que ça marche ? ».

Les cures de sevrage aujourd'hui devraient théoriquement se dérouler en ambulatoire, ou en séjour d'hospitalisation préalable – avant une période de consolidation en SSR-A ou en CTR. Or, même en alcoologie (où le sevrage est le plus dangereux, pouvant occasionner des lésions cérébrales, et jusqu'à la mort de l'utilisateur), l'hospitalisation semble réservée aux contre-indications et comorbidités lourdes, aux polyaddictions ou à des situations d'isolement qui empêchent fortement le sevrage avec suivi en ambulatoire (Fouilland, 2015 : 416-417). C'est donc une tradition propre au sevrage des opiacés – où historiquement le sevrage ambulatoire était moins utilisé parce qu'on réputait l'environnement, le contexte et l'entourage de la personne peu fiables pour lui assurer un sevrage réussi – que de procéder à des traitements hospitaliers, isolant complètement de son contexte social pendant deux ou trois semaines l'utilisateur qui le demandait. Aujourd'hui, la réduction des risques et la transition du sevrage total au sevrage partiel que permettent les traitements de substitution permettent de diminuer progressivement l'usage des opiacés et de contrer ce qu'on appelle les symptômes de manque (aussi appelés syndrome de sevrage).

En effet, le sevrage est lié à la tolérance acquise de l'organisme à absorber une (ou plusieurs) substance(s) en certaines quantités régulières. L'organisme travaille habituellement, lorsqu'il est confronté à ces apports exogènes, à en limiter la quantité active et à rétablir les fonctions naturelles du système vital – via le foie et le système nerveux. Au sein de ce dernier, pour maintenir une tolérance synaptique, les neuromédiateurs ont diverses stratégies de défense pour s'opposer à l'afflux important de molécules extérieures : diminution du nombre et réduction de la sensibilité des récepteurs, et surtout augmentation de substances endogènes provoquant l'effet contraire de celui déclenché par la substance. Les manifestations de sevrage s'expliquent par cette production inverse effectuée par l'organisme de substances d'action inverse à celles consommées : excitation et tension anxieuse chez les consommateurs d'opiacés ; fatigue et dépression chez les consommateurs de psychostimulants¹⁸. Le sevrage présente surtout une composante psychique envahissante, c'est une expérience qui confronte l'utilisateur au manque, et à l'envie constante de reprendre la consommation, alors même qu'on a voulu l'arrêter :

Elle est un moment indispensable pour éprouver sa perte de contrôle, cette « appétence morbide », comme disaient les anciens (le « *craving* » dit-on aujourd'hui), qui aide à prendre conscience qu'on

¹⁸ Ces détails neurobiologiques proviennent tant de l'article de Fouilland, 2015 – repris par Delile et Morel en 2019 – que du MOOC produit par l'association Agora (document interne)

n'est plus seulement un consommateur intensif ou excessif mais peut-être bien un *addict*. Cette « découverte » expérientielle parfois douloureuse est un moment-clé dans le processus de changement. [...] Elle n'a d'efficacité sur ce chemin que pour celles et ceux qui l'ont choisie et parce qu'elle s'est avérée être la meilleure voie possible pour eux. Elle ne peut être durablement imposée, que ce soit par la médecine, la justice, l'entourage. Elle est une expérience du « vivre sans ». (Fouilland, 2015 : 411-412)

C'est à mon sens le poids et la valeur accordée à cette « expérience » du sevrage qui ont contribué à fomentier « l'illusion » de la cure – comme seule voie de « guérison » de l'addiction (Delile, Morel, 2019 : 505). La dimension symbolique du terme de sevrage (où se laisse encore entendre la trace de la première expérience humaine de séparation – celle du sein maternel) fait que c'est le terme lui-même qui en est venu à représenter la démarche et les soins attendus pour se sortir d'une dépendance. Patrick Fouilland spécifie en outre qu'il y également malentendu sur l'objectif, au sens où toute forme de soin efficace sur l'addiction s'est vue associée à ce projet de désintoxication – comme si on pouvait se débarrasser d'une dépendance en se débarrassant d'un « produit toxique perçu comme seul agent causal du trouble (modèle de l'intoxication) » (Fouilland, 2015 : 411). Si l'addictologie contemporaine a évolué, au sens où elle se préoccupe aujourd'hui des autres facteurs causaux (génétiques, psychologiques, socio-culturels) qui jouent dans le déclenchement et le maintien de la dépendance à un produit ou à un comportement, elle est encore configurée, dans nombre de structures, par la perspective du sevrage, et donc de *l'abstinence*, comme horizon à atteindre pour l'usager voulant s'en sortir. C'est ce qui fonde le fait que jusqu'à récemment, certains lieux de vie et d'accueil pour toxicomanes continuaient de sevrer les usagers « à la dure », sans traitement. Le sevrage est alors entendu comme « une expérience de vie sans produit » (*ibid.*), et encore bien souvent décrite de manière normative comme plus désirable. Ce que soutenaient dans l'ancienne alcoologie certains thérapeutes défendant l'idée que « la désintoxication, comme l'abstinence ultérieure, ne sont que des moyens, ou mieux des passages obligés pour atteindre le but que constitue une vie plus satisfaisante » (Roussaux, 2000 : 186). Une idée qui est par ailleurs encore grandement partagée, dans les groupes d'auto-support des Alcooliques Anonymes (AA) ou leur équivalent pour les usagers de drogues Narcotiques Anonymes (NA). Cette confusion fait que le sevrage partiel – par traitement substitutif ou réduction des niveaux de consommation sans cesser totalement l'usage –, alors même qu'il est parfois reconnu comme un objectif et une démarche à long terme tout aussi légitime, se trouve moins souvent valorisé dans les CTR – dont la fonction sociale est souvent, encore aujourd'hui d'accompagner voire de « consolider » le sevrage, comme on le lit dans certaines présentations de centres.

Cela étant, il faut considérer que la plupart des « cures » ou des sevrages en ambulatoire ne sèvrant que partiellement les usagers, avant leur entrée en CTR. D'une part, parce que certains usagers arrivent en CTR en ayant encore consommé la veille ou presque¹⁹. En effet, s'il est a priori attendu qu'un sevrage soit effectué avant de pénétrer à Métanoïa ou au TCHAT, de nombreux témoignages et constats des professionnels suggèrent le contraire. Le stress du voyage, l'anxiété éprouvée à l'idée de se retrouver coupé de son environnement et de ses proches pendant plusieurs semaines voire mois, la difficulté à résister sans soutien

¹⁹ Le rapport d'activité du CTR n°2 indique ainsi que 90% des nouveaux résidents se considèrent encore « en dépendance » par rapport à ceux qui se considèrent « en abstinence, au moins sur les 30 derniers jours » (5%), et ceux qui se considèrent « en usage » (2%) ou « en usage à risque ou en usage nocif » (3%). Ces déclarations sont évidemment à considérer du point de vue de leur détresse et de la demande qu'ils formulent à l'entrée du CTR. (RA Métanoïa 2023 – page 6 – document interne).

institutionnel à la reconsommation : tous ces motifs expliquent la présence de symptômes de manque de certains et certaines lors des premières semaines de séjour. Comme les membres des équipes sont souvent conscients et compréhensifs à l'égard du bouleversement existentiel que produit l'arrivée en CTR, les premiers jours ils se montrent souvent tolérants à l'égard des yeux dilatés ou des personnes qui « planent » (Becker, [1963] 2020 : 68 et s.) encore un peu. Mais passés les premiers jours d'acclimatation, ils guettent de manière obstinée tous les signes qui peuvent indiquer que quelqu'un ne se serait pas « défait » de toutes ses possessions. Lorsque la légèreté peut néanmoins être attribuée aux structures qui ont orienté l'usager, la stratégie peut être de réduire les accords avec ces partenaires. En parlant d'une structure dans le sud-ouest parisien, qui leur envoyait fut un temps des usagers, Marion, la cheffe de service souligne que « ça ne suit pas, les sevrages. Nous, quand on les reçoit [les usagers provenant de cette structure], on se dit que c'est fragile, mais en même temps, on peut pas mettre un frein sinon ils rentrent pas... »²⁰. Pour autant, l'équipe cherche depuis peu à limiter les liens avec ce CSAPA.

D'autre part, il faut rappeler que la plupart des cures ne sèvent pas tant qu'elles mettent l'usager sous substitution – du moins les usagers d'opiacés (Dos Santos, 2016). Dans la perspective d'un changement progressif, l'usager passerait ainsi d'abord en cure de la drogue à la substitution ; puis, dans un second temps, en travail de « post-cure » en CTR, il travaillerait à consolider ce sevrage à la substance ayant occasionné sa dépendance et à améliorer tous les autres facteurs qui risquent à son retour dans son environnement ordinaire, de le faire rechuter. Néanmoins, c'est souvent comme étape que les traitements de substitutions aux opiacés (TSO) sont envisagés en CTR : dans mes observations, j'ai constaté qu'une dynamique semblable – qu'on pourrait nommer « sevrage de la substitution » – intervenait souvent pour justifier une forme de progression au cours du séjour. Néanmoins, il faut nuancer ce constat, car la substitution et les médicaments faisaient aussi l'objet d'une constante négociation, et faisaient partie des éléments desquels les usagers se sentaient aussi les plus dépendants :

Entretien médical et infirmier (hebdomadaire)

Fabienne (infirmière) – [...] Après, je me demande, parce que vous parlez de vos angoisses... je me demande dans quelle mesure la dépendance au GHB a pas alimenté vos angoisses ?

Yassine – Oui, parce que quand je consommais régulièrement, arrêter le GHB c'était hyper violent...

[Fabienne et le psychiatre concilient de lui enlever un Valium le midi, avec l'accord de Yassine.]

Fabienne – C'est vrai que ça serait idéal de diminuer un maximum... mais pour votre sevrage aux benzos, faut pas aller trop vite.

Cdt 2 – Métanoïa – 15/09/21

[Brice évoque les voyages qu'il aimerait faire dans le futur – et l'entrave que constitue pour ce projet la méthadone]

Brice – [...] Après il y a toujours le traitement derrière, qui est une drogue légale... J'aimerais bien, un jour, faire un sevrage à la méthadone : arrêter complètement la substitution...

Cdt 2 – Métanoïa – 22/09/21

²⁰ Cdt 2 – Métanoïa – 11/09/2023 (retour sur terrain).

Le quotidien d'un résident en CTR est indissociable d'un casier personnel (parfois plein) de traitements médicamenteux. Savoir négocier sa substitution et ses anxiolytiques constitue d'ailleurs un atout considérable au sein des CTR, où l'usage fait des médicaments ou des TSO peut toujours être soupçonné de servir à l'usager à compenser les symptômes du manque – voire de continuer à rechercher des états de dissociation. Un tel constat tend à invalider l'hypothèse de Jean-Yves Trépos, selon lequel il y aurait désormais une « banalisation de la substitution » via la diffusion des TSO courants comme le Subutex, qui ferait que l'usager dépendant pourrait devenir un « malade comme les autres » (Trépos, 2003 : 100-101). Si le sevrage total n'est qu'un idéal et une réalité bien entaillée au sein des CTR, il n'en est pas moins vrai que ce qu'il représente va au-delà de la seule désintoxication de la substance addictogène. La question de savoir si les institutions en addictologie « marchent » ou pas, au sens de si elles parviendraient à sevrer définitivement les usagers de drogue dont elles ont la charge, nous semble aujourd'hui bien caduque – au sens où l'enjeu de ces centres est à la fois plus et autre. Le sevrage constitue la première étape d'une purification individuelle, d'un éloignement de l'autre à l'intérieur de soi (*the other inside*) (Weinberg, 2005) que constituerait la « pathologie addictive » comme on la désigne parfois aujourd'hui. Mais il charrie avec lui un ensemble de représentations sur tout ce que ces rites de *purification* sont censés inaugurer, au moment où l'individu choisit un parcours initiatique devant le conduire à une transformation personnelle, voire au passage du mal au bien, à une forme de rédemption (Douglas, [1966] 2001). En vérité, le sevrage demeure encore symboliquement, à l'entrée du CTR, à la fois *la condition d'accès et l'horizon d'attente du séjour*. Il rend compte en outre d'une topologie d'espaces réglés par des systèmes d'ouverture et de fermeture – des espaces *hétérotopiques* comme les appellent Michel Foucault, où l'on ne peut entrer « qu'avec une certaine permission et une fois qu'on a accompli un certain nombre de gestes » (Foucault, [1967] 1984). D'autres lieux que les CTR existent, comme les services d'hospitalisation, et sont censées se dédier de manière journalière à ces activités préparatoires de purification, pour que l'individu entrant en « post-cure » puisse à présent se confronter à la perspective transformatrice d'une vie sans le soutien et l'entrave que constituait pour lui la substance psychoactive.

II. C/ Apprendre à marcher *sans*. Réapprendre à « fonctionner » sans produit.

La circulation et la vivacité de la métaphore de la « béquille » de la drogue, dans le milieu de l'addictologie, reste frappante. L'un des premiers textes de divulgation du travail de l'intervention en toxicomanie au grand public, l'ouvrage de Claude Olievenstein *Il n'y a pas de drogués heureux* (1977 : 210), en faisait déjà état – mais l'image continue d'être de nos jours activement mobilisée. À cet égard, après avoir analysé les conditions sélectives d'admission et les premiers entretiens d'entrée, on voudrait développer à présent les attentes qui sont formulées à leur égard (et qui se voient intériorisées aisément) concernant le fait de « marcher » *sans* produit.

Si l'on se défait d'une béquille, trivialement, c'est que celle-ci ne constitue pas notre troisième jambe, par exemple dans une fin de vie où celle-ci devient indispensable à nos déplacements moteurs, ou encore si l'on est atteint d'un handicap physique durable. La métaphore de la béquille est importante parce qu'elle permet de considérer la dimension de

rééducation psycho-physique des centres thérapeutiques observés. Le parcours de soins en addictologie, s'il inclut souvent un sevrage physique du corps, semble faire perdurer cette dimension de rétablissement physique et moteur au-delà de la seule cure que constitue le sevrage. La marche est ainsi à entendre dans son sens fonctionnel – *marcher*, cela veut dire dans un second sens « fonctionner correctement » – mais aussi dans son acception littérale et métaphorique : ne plus être pris dans la catatonie et l'inertie que certaines drogues provoquent au corps du dépendant ; mais aussi se mettre en mouvement, marcher au sens de commencer à cheminer. Il n'est pas anodin qu'on parle également de « faire le pas » d'entrer en CTR – c'est-à-dire, comme dans le langage courant, d'avoir le courage, de franchir le cap. Le parcours qui est envisagé demande en effet un effort individuel qui, comme dans la rééducation post-AVC (Darmon, 2021) ou dans la récupération d'un cancer (Froucht-Hirsch, 2012), est parfois lourd à porter – surtout si cette perspective de rééducation ne concerne pas la restauration d'une image de soi passée, mais au contraire la constitution d'un nouveau Soi, encore inconnu.

Dans un des premiers entretiens motivationnels entendus à Métanoïa, comme je l'ai souligné, le résident nouvellement arrivé qu'est Brice s'exprime ainsi clairement : « *j'ai toujours besoin d'une béquille dans la vie, et quand j'en lâche une, c'est pour en prendre une autre... j'ai toujours eu besoin de ça...* » Venir ici, pourrait-on dire en ce qui concerne le cas de cet usager, c'était choisir de lâcher cette béquille²¹, de cesser avec un comportement répétitif et attendu, pour prendre une autre route, tenter de commencer un bout de chemin où il pourrait « vivre sans ». Mais cela au fond, ce sont les attentes que lui, Brice, a construites dans son parcours, fait de socialisations institutionnelles, de pressions familiales et sociétales, d'expériences diverses avec la drogue, de tentatives d'arrêt, de rechutes, etc. Comment ces attentes de l'utilisateur viennent-elles épouser les attentes institutionnelles, ou plutôt comment l'institution se saisit-elle de ces attentes pour produire un discours d'incitation à l'arrêt de la consommation ou bien (dans le cas d'institutions comme Métanoïa) à son éventuelle « gestion » ? C'est ce que nous allons voir à présent.

C / 1) Fonctionner

Au CTR TCHAT, cette façon d'appréhender la vie sans sevrage s'apparente à une littérale « ré-éducation » aux activités courantes de la vie quotidienne : se lever le matin, faire le plan de sa journée, faire le ménage, préparer le repas, manger, faire de l'activité physique, se doucher, manger, dormir. Ce rôle confié à l'institution est ainsi exprimé :

« C'est aussi la fonction du CTR de réapprendre les fonctions « normales », c'est pas tout à fait quotidien de prendre un hypnotique à 20h30. »

M. Leprince – directeur du pôle hébergement
Cdt 1 – TCHAT – 09/03/21 (première réunion d'équipe).

Le « quotidien » est lu dans les termes d'une normalité physiologique calquée sur ce que l'opinion générale sait des besoins de l'être humain – un corps-esprit qui fonctionne bien n'a pas besoin de tranquillisants ou d'hypnotiques pour se reposer. Cela est sans doute paradoxal à l'époque contemporaine, où l'imaginaire du « dopage » issu du domaine du sport a d'abord gagné l'univers de l'entreprise (Ehrenberg, 1991) avant de se diffuser dans toutes les sphères de la société – que ce soit pour travailler, pour se divertir, ou pour supporter la charge

²¹ L'expression n'est pas exceptionnelle ; il la réemploiera trois fois tout au long de son séjour – comme Keufran, qui utilise parfois le même mot de « béquille » pour parler de son rapport à l'alcool.

émotionnelle du travail et de la vie. Comme en témoigne l'ouvrage de Michel Hautefeuille, *Dopage et vie quotidienne* (2009), on ne peut ignorer aujourd'hui que les drogues (médicaments, anxiolytiques, psychostimulants...) sont devenues partie prenante du quotidien d'un grand nombre de travailleurs. Comme l'écrivait de manière provocatrice Roberto Saviano en exergue de son ouvrage sur la cocaïne (2013) : « tout le monde » se dope pour fonctionner normalement dans notre société. Mais dans un centre visant à la diminution d'un rapport tendanciel à la surconsommation, il faut en appeler à une norme idéale du « quotidien » pour décrire les objectifs à atteindre. L'apparence quotidienne que l'on vise est en fait une apparence de normalité, de banalité, qui est logiquement ce qu'on attendra des résidents dans la société civile. Être anormal c'est littéralement sortir de la quotidienneté, ne pas donner l'apparence de la normalité, mais aussi ne pas *savoir avoir de vie quotidienne*. Ce jugement, les usagers sont les premiers à l'intérioriser – et à attendre du centre le « cadre » nécessaire pour apprendre à fonctionner « normalement ». Cette idée n'est pas relative à un unique CTR. Dans l'entretien motivationnel qu'on a reporté précédemment, concernant la partie « Corps » à laquelle Brice donne 5/10 en termes de satisfaction, l'éducateur le pousse à discuter autour de l'alimentation. Au départ Brice semble dire qu'il mange correctement, puis les choses se précisent :

Brice – Parfois je mange pas pendant plusieurs jours d'affilée de la journée, et je mange à 2-3h du matin, c'est mon gros repas. Mais je comprends que c'est pas possible de tenir ça. *Pour rentrer dans une sorte de norme... c'est pas comme ça qu'on vit apparemment, il faut faire trois repas par jour apparemment...* Moi je sais pas, j'ai toujours mangé quand j'avais faim.

Cdt 2 – Métanoïa – 07/09/21

Que ce ne soit pas possible physiologiquement à long terme n'est pas la chose la plus importante pour Brice, dans ce qu'il dit de son régime passé. Ce qui fait que ce n'est pas « possible de tenir ça », c'est que « apparemment » la société qui l'entoure ne vit pas de cette manière. Et qu'il faudrait donc « apparemment » faire trois repas par jour, « rentrer dans une sorte de norme » pour être réintégré plus globalement dans la norme sociale. Brice n'est pas sûr de fait, de son envie de cette norme – il a toujours « fonctionné » autrement, il a toujours mangé quand il en sentait le besoin, c'est-à-dire quasiment jamais, du fait de l'effet coupe-faim de l'héroïne et de la cocaïne. Mais en vérité c'est comme s'il ne savait pas, littéralement, quelles sont les conventions d'une vie quotidienne ordinaire, comme s'il les percevait uniquement comme des apparences de normalité, un souvenir de pratiques courantes qu'il n'a plus eues depuis des années. On entrevoit que pour lui, venir en CTR, c'est attendre de voir comment ces fonctions apparentes de la normalité se réactiveraient en lui, pourraient être de nouveau acquises, par une période d'éloignement du « produit ».

Cette métaphore fonctionnelle ou mécanisation du corps de l'usager – qui pourrait mieux « fonctionner » en l'absence du produit dans son corps – paraît une idée diffuse, comme en témoigne l'extrait ci-dessous :

Fabienne (IDE) – Vous imaginez *pouvoir fonctionner*, à moyen terme, *sans prendre de produit* ?
Yassine – Oui, parce que j'ai tenu deux mois et demi avant de venir ici. C'était dur parce qu'il fallait *que je réapprenne à vivre sans le produit*. C'est là où j'ai demandé à mon psy de faire un HDJ addicto après Méta, parce que comme ça, ça me permettrait de prendre ensuite un travail à mi-temps...

Entretien Fabienne-Yassine – Cdt 2 – 15/09/21 (jour 7)

Le bon fonctionnement de l'individu – comme l'anticipe ici Yassine dans sa justification devant l'infirmière – est par ailleurs envisagé à l'aune de sa réinsertion professionnelle, et non simplement sociale. La projection « à moyen terme » de l'individu, au-delà des murs du centre, doit donc être orientée (généralement – on verra par la suite ce qu'il en est du cas par cas, en ce qui concerne la « gestion » des consommations) vers une vie sobre, coordonnée sur les fonctions « normales » d'une personne normale, en lui permettant du moins d'avoir sa place dans la société en tant que travailleur contributeur.

Une anecdote peut être ici pertinente à rapporter. Je remarquai, au départ de mon séjour, que Romain, jeune éducateur présent depuis deux ans seulement dans la structure, présentait un tic de langage intéressant : pour clore un argument, passer à un autre sujet avec les usagers, il utilisait très souvent l'expression courante « *ça marche* ». Peu de temps après, je me rendis compte que ce réflexe langagier lui venait sûrement d'un mimétisme d'identification avec Albin, éducateur spécialisé plus ancien dans la structure – sportif, dynamique mais très calme et doux dans son rapport avec les usagers. Son « *ça marche* », dans la forme de sa réponse mais aussi dans la tonalité de sa voix, semblait un calque appris sur le terrain, de cette manière de dire « d'accord », « OK », en employant néanmoins à leur insu une métaphore fonctionnelle.

C/ 2) Repérer les « progrès »

Dans cette entrée dans les lieux, il n'est pas évident que le changement soit rapidement évident. Et pourtant, la vie au CTR provoque rapidement chez les usagers des modifications touchant directement à leur rythme de vie. Les « progrès » sont moins évidents chez les résidents du CTR n°1 que chez les résidents du CTR n°2 – sans doute parce que la lenteur des journées au TCHAT affecte dans un premier temps plutôt négativement les résidents. Mais la périodicité de ma venue au TCHAT ne me permettait sans doute pas non plus de noter les évolutions quotidiennes comme à Métanoïa, où en quelques semaines de présence à temps plein, j'ai pu en constater les effets. Il n'est pas anodin en ce sens que c'est littéralement *physiquement* que les progrès se font repères, et deviennent de nouveaux éléments de motivation intrinsèque au travail à fournir dans l'institution, à la manière dont les drogues exogènes ont une action sur l'émission des « drogues endogènes » que sont les neuromédiateurs cérébraux (Maldonado, 2010 ; Morel, 2019 : 46).

L'exemple d'un des membres du groupe que j'observais me semble paradigmatique pour ce que j'essaie d'évoquer ici. Lors de mon séjour, toute l'équipe l'avait rapidement catégorisé comme le type de patient qui n'arrête pas de se plaindre. Ce cas peut faire écho à ce que l'article de Sarradon-Eck *et al.* (2020) analyse de la délégitimation de la plainte de la part des jeunes médecins, et du report de l'échec médical sur les patients décrits comme « particuliers »²². Mais si Keufran, les premiers jours, faisait systématiquement référence à ses douleurs au genou, le temps passant, et « allégé » aussi après plusieurs semaines de quelques kilos en trop, il commence à se sentir mieux. Au point d'en oublier, vers la 3^{ème} ou 4^{ème} semaine, les douleurs au genou, ou du moins de ne plus les évoquer comme obstacle à son séjour.

²² L'article, fondé sur des entretiens collectifs et individuels avec de jeunes médecins, décrit la perplexité vécue par ces derniers devant les patients présentant des « symptômes médicalement inexpliqués » (SMI) et la démedicalisation conséquente qui s'opère de ces cas. Il décrit d'une part la stratégie de délégitimation de la plainte de ces patients, et de l'autre la requalification morale de ces derniers par les médecins, qui les envisagent comme des patients « difficiles » ou « particuliers » pour ne pas assumer la tension que ces cas génèrent en eux, en éraflant l'idéal du « bon médecin » construit pendant leurs études, où est occultée la dimension de *care* du travail médical.

Sur cette question du « genou », on pourrait aller plus loin : il me semble que c'était là l'objet d'une négociation continuelle, pour Keufan, de son rapport à l'institution. Ce genou (notamment au tout début du séjour) semblait symptomatique d'une justification de faiblesse intrinsèque de la part de l'usager, pour éviter de « s'engager », ou en prévenant d'avance qu'il ne serait pas à la hauteur, qu'il ne pourrait pas faire tout ce qu'on lui demandait « à cause de [s]on genou ». Cela intervenait en sport, où Keufan, le plus âgé des usagers du groupe – et par ailleurs doté d'une physionomie imposante, notamment due à l'évidence de son surpoids – avait nécessairement plus de mal à monter et descendre des escaliers en courant, ou à courir après un ballon. La première balade à vélo, avec Youri, le médiateur-santé-pair de la structure, fut également laborieuse pour lui. Mais plus généralement, l'évocation du « genou » intervenait dans d'autres contextes, non sportifs, et notamment devant des figures féminines, l'infirmière ou certaines éducatrices. Elles correspondaient sans doute plus, inconsciemment, à la dimension de *care* que Keufan semblait chercher dans cette institution familière, où il était déjà venu, et dont il avait gardé un bon souvenir. Cette évocation d'un genou douloureux, sempiternellement répétée dans les premiers temps de son séjour, avait principalement pour fonction d'attirer à soi la compréhension de l'équipe, et d'obtenir éventuellement des compensations que Goffman (1968) inclurait dans le « système de privilèges » propre aux institutions totales. Ces compensations n'arrivèrent pas, ou pas vraiment – l'équipe étant plutôt excédée par les usagers aux demandes incessantes (Fabienne suggérait même un comportement « hypocondriaque » : « quand c'est pas le genou, c'est autre chose ! ») Ce qui fut particulièrement marquant, à cet égard, c'est de constater comment pour Keufan, au cours du séjour, le « genou » s'est d'abord mis à aller mieux ; et puis, il n'en a presque plus du tout parlé.

D'autres constats portent à considérer la valorisation professionnelle du « mieux-être » des résidents après quelques jours ou semaines dans le CTR n°2 comme une stratégie pour les convaincre de l'intérêt de ce séjour, tout nouveau pour eux. Ce centre est typiquement un espace professionnel « gravit[ant] autour de l'aller-mieux » (Demailly, Garnoussi, 2016 : 15-26). Le comparatif « plus » se retrouve fréquemment dans la bouche des professionnels lors de la réunion du jeudi. Une telle est « plus posée » qu'à l'arrivée, un tel est « plus à l'aise », tel autre « plus détendu ». Ces observations externes se transforment parfois en des jugements sur la façon dont cette apparence reflète des meilleures dispositions à l'égard du programme : il arrive ainsi qu'ils disent qu'un ou une paraît « plus *dedans* » (dans le programme, dans la disposition requise pour l'appréhender) que lors de son arrivée.

Les résidents sont eux aussi les premiers à remarquer les micro-transformations d'humeur, ou de changement physique, que leur permet de constater ce séjour. Pour suivre l'illustration que nous venons d'évoquer, on entend ainsi Keufan se présenter à l'intervenant extérieur qui fait l'atelier de méditation avec ces mots : « ça fait 10 jours qu'on est là, ça va de mieux en mieux - enfin, *je* me sens mieux à l'intérieur de moi... Si je reviens ici, c'est qu'il y a du bon. » Vers la fin du séjour (jour 24 pour ce groupe), après que j'eus été absente pendant quelques jours à Métanoïa, je le verrai ce matin-là arriver tout guilleret, sous l'abri de jardin où nous nous retrouvons régulièrement avec les résidents. Il m'annonce qu'il s'est pesé ce matin, et qu'il a perdu 5 kilos en une semaine (il est passé de 124 à 119 kilos) et se sent beaucoup mieux. « C'est presque 10 kilos depuis que je suis là ! » De même, mon carnet de terrain atteste que « tout le monde a l'air très joyeux ce matin-là. Yassine a l'air beaucoup éveillé, regard

présent, il demande à Brice son briquet pour fumer une cigarette – il a oublié sa cigarette électronique en haut, mais se concède ce "petit plaisir" »²³.

C/ 3) Fonctionner pour aller mieux ou aller mieux pour fonctionner ?

Semblablement, dans l'entretien évoqué ci-dessus entre Fabienne et Yassine, on peut ainsi entendre :

Fabienne – Donc, on a fait le point un peu... *Je vous ai trouvé un peu plus en forme qu'à l'arrivée...*

Yassine – Oui, *j'ai repris du poil de la bête, un peu.. Il y a eu un regain de dynamisme entre hier et aujourd'hui*. C'est vrai que ce weekend, il y a eu un impact sur mon sommeil, le fait de changer de chambre, de changer de lieu... le fait de me réveiller la nuit, je rumine énormément... – alors que le fait d'être à deux [Yassine dort dans la même chambre que Thibaud depuis qu'ils sont devenus le groupe intermédiaire], *ça me fait du bien*, je vois que quelqu'un dort à côté - alors que, quand j'étais seul, je ruminais encore plus...

Là j'ai essayé plusieurs exercices avant de m'endormir qu'on avait vus en sophro... Il y a un peu de fatigue le matin...

Fabienne – C'est pour ça que je m'étais dit le Tercian à 1, c'est peut-être beaucoup...

Yassine – Ça a été. Après... je me suis dit que je serais pour baisser le Valium un petit peu – 50 mg, je trouve que c'est beaucoup.

Fabienne – On avait discuté du Tercian la semaine dernière, parce que ça vous a fait prendre du poids et que ça vous embêtait... Mais c'est quand même le Tercian qui vous calme le mieux, c'est ça ?

Yassine – Oui.

La négociation autour de la prescription médicamenteuse se fait précisément à l'échelle de ce barème du « mieux-être », dont on pourrait dire qu'il doit combiner à la fois la dimension du « fonctionnement » évoquée ci-dessus et celle de la bonne image de soi, dont la négociation autour du Tercian ou Valium est ici une illustration éloquente. Fabienne serait en effet pour baisser le Tercian ; Yassine lui, pour baisser le Valium – il répète par ailleurs les mêmes mots et la modélisation employés par Fabienne pour justifier ce choix « c'est (je trouve/peut-être) beaucoup ». On peut dire aussi qu'en tant qu'ancien travailleur paramédical, Yassine a des chances de se voir considéré par les professionnels comme en mesure d'être le principal acteur de la modification de ses traitements. D'autant qu'il paraît mettre très vite en application les outils fournis par l'institution (« j'ai essayé plusieurs exercices qu'on avait vus en sophro ») et fournit la preuve ainsi d'être un « bon patient ». Mais Fabienne parvient néanmoins à faire valoir sa *qualification* à parler de l'objet en question (Reynaud, 1988) en tant qu'elle justifie l'abaissement du Tercian par un rappel qui pourrait intéresser au premier chef Yassine : un effet secondaire du Tercian est en effet la prise de poids. Ils en avaient déjà discuté, Yassine le sait, mais elle fait valoir aussi son expertise en tant qu'elle se fie à l'appréhension expérientielle de l'usager : « c'est quand même le Tercian qui vous calme le mieux, c'est ça ? ». Le Tercian peut donc être encore privilégié un temps, en tant qu'il fonctionne mieux pour le résident que le Valium ; et conséquemment, en tant que le résident pourra lui-même mieux « fonctionner » au sein du centre (se lever le matin, participer aux ateliers, sans être pris d'angoisses, etc.). Le *fonctionnement* semble être la logique dominante du rapport au produit médicamenteux au

²³ Carnet de terrain (Cdt) 2 – Métanoïa – 29/09/21

sein de ce centre – bien qu’on y ait la tendance notable de chercher le plus possible à diminuer les prescriptions et les posologies. Pour aller plus loin, on pourrait dire qu’ici, une drogue se doit d’être fonctionnelle – ni récréative, ni anesthésiante. Et cette dimension d’opérativité est donc hiérarchiquement plus importante, à ce stade du séjour, ou pour ce patient en particulier, que l’image de soi (la prise de poids corrélée). Il est probable que pour un autre usager, Fabienne pourrait user du même argument pour faire valoir son point de vue sur la modification de prescription à opérer – mais cela sera sans doute toujours orienté par cette visée du « bon fonctionnement ».

Non pas à l’inverse, mais différemment, il semblerait que les « progrès » au TCHAT ne peuvent se signifier que sur la base d’estimations et d’appréciations très floues de la part des professionnels – du type « je trouve » « ah oui, tu trouves ? » – fondées essentiellement sur la capacité des résidents à « faire plaisir »²⁴ aux professionnels, ou à donner des signes de leur implication dans les fonctions normées de la vie collective (prendre ses médicaments, faire à manger, nettoyer les espaces collectifs) :

[En réunion d’équipe, les professionnels commencent à parler de Stéphanie, une résidente qui est restée plusieurs mois au CTR et qui est sur le départ.]

Laurianne (IDE) – *Je trouve pas qu’elle imprime...*

Eduardo (psychologue) – *Moi je trouve qu’il y a du progrès...*

Laurianne – *Oui oui...*

Eduardo – *C’est peut-être fastidieux pour nous, mais... il y a du progrès. Et quand elle fait à manger, c’est un peu désordonné, mais c’est efficace !*

[Ils parlent de comment hier, elle a fait des hamburgers individualisés, un différent pour chacun selon les goûts que chacun aimait, et qu’un autre usager a commenté en disant « c’est bon... »] [...] Oui, et en même temps, c’est quelqu’un qui va venir prendre son pilulier en disant « Moi je suis pas du matin... »

Nadine (AS) – *Moi j’ai l’impression qu’on n’existe pas, tant qu’on n’est pas entré en relation avec elle... Et j’avais l’impression que quelles que soit les situations, on n’existait pas... Jusqu’à la semaine dernière, où je l’ai aidée à faire sa demande à la Sécurité Sociale... Donc on a fait sa demande, et là d’un coup j’existais [...] Elle est drôle, hein, cette dame...*

Cdt 1 – TCHAT – 12/04/22 (deuxième séjour d’observation)

Dans cet échange, assez caractéristique des réunions cliniques du TCHAT (qui oscillent entre le sous-titrage de la vie quotidienne qui se déroule au CTR et les considérations d’ordre psychopathologique sur le comportement des résidents et résidentes), on notera avant tout le jeu de ping-pong dans la prise de parole qui alterne entre le « moi je trouve » ou le « moi je ne trouve pas », le « moi j’ai l’impression », ou une autre expression de modalisation de l’opinion « en même temps... ».

Les « progrès » de la résidente se jouent dans le fait qu’elle parvient à répondre aux tâches qui sont attendues d’elle : même si c’est de manière peu « ordonnée » (le psychologue doit se référer à l’état de la cuisine après que Stéphanie ait préparé à manger), « c’est efficace »

²⁴ Cette dimension ne relève pas que d’une interprétation de la part de l’ethnographe : le syntagme « faire plaisir à l’autre » est littéralement employé par ces acteurs pour parler d’une capacité que réacquerraient les usagers en restant un certain temps au CTR. À mon sens, on peut y voir aussi bien une stratégie de désidentification des résidents destinée à les faire « coller » aux attentes professionnelles qu’une inévitable stratégie d’adaptation de la part des usagers avec une équipe qui fonctionne beaucoup sur la base des affects tissés.

(concrètement, elle réussit à faire à manger pour le collectif). Non seulement elle fait à manger, mais elle individualise les demandes – et démontre ainsi vouloir « faire plaisir » à chacun. La remarque sur la prise de médicaments – bien que pouvant être interprétée de manière équivoque – est à mon sens à lire dans le même sens : ce que dit le psychologue, c'est que la résidente adresse quelque chose à l'équipe du genre « moi d'habitude je pourrais pas, mais là je peux (pour vous/grâce à vous) ». À travers une plainte apparente²⁵, elle fournit un travail émotionnel de valorisation de l'équipe – en ce qu'elle leur dit entre les lignes, « c'est parce que c'est vous, parce que vous travaillez bien avec moi que j'y arrive », ou, aussi sans doute « parce que je veux vous faire plaisir ».

La réaction de Nadine me semble consolider encore cette hypothèse – que les « progrès » des usagers sont en fait le reflet de la manière dont ils valorisent le travail professionnel qui est effectué sur eux, et la personnalité des membres de l'équipe. En fait, ce que constate l'assistante sociale c'est qu'elle aussi « trouve » qu'il y a eu un changement. En fait, la chose est très banale : la résidente l'ignorait jusqu'à la semaine précédente, mais lorsqu'elle, Nathalie, est entrée en contact avec elle, l'usagère en question l'a faite « exister » ; elle a commencé à la prendre en considération. Stéphanie a donc fait des progrès – parce que maintenant elle, Nathalie, existe à ses yeux, en miroir, l'usagère aussi est digne d'exister à ses yeux. Comme elle démontre « fonctionner » comme une personne normale (qui a de la considération pour les autres qui l'entourent), elle peut aussi progresser, c'est-à-dire renvoyer des signes qu'elle « va mieux ». Tous ces éléments renvoient naturellement à la question du *mérite* en ce qui concerne la guérison (et donc corrélativement les soins qui y sont apportés), que nous examinerons dans le prochain chapitre.

À la suite de ces exemples tirés des deux terrains, il nous semble pertinent d'affirmer que l'aller mieux et le « bon fonctionnement » d'un individu semblent corrélés dans le travail de rééducation fonctionnelle qui est développé en CTR. Le « bon fonctionnement » se réfère ici aussi bien à la capacité de se conduire de manière à mettre en place une journée « ordinaire » – selon les critères normatifs qui dans nos sociétés font que l'on se lève à une certaine heure, que l'on se lave quotidiennement sauf exceptions, qu'on mange à tel et tel moment de la journée et se couche à telle autre – que celle de « marcher » selon les attentes tacites intrinsèques à chaque centre. À Métanoïa, cela veut dire être opérationnel : se lever avant 10h, être attentif en atelier, être coopératif et savoir interagir. Au TCHAT, cela veut dire être « efficace » : faire ce qu'on demande en termes de tâches quotidiennes déléguées aux usagers, ne pas hésiter à en faire un peu plus, pour montrer qu'on veut « faire plaisir ». Si on parvient à se transformer, de manière à réaliser ces attentes tacites – alors qu'on n'y arrivait pas à l'entrée du centre –, sans doute ira-t-on « mieux », aux yeux de l'institution.

La modulation entre les deux CTR se situerait peut-être dans la priorité accordée à la démonstration des aptitudes ou à l'aller mieux – sans pour autant que les deux dimensions soient antagonistes, comme on peut le percevoir avec l'exemple offert par le traitement médicamenteux à Métanoïa. C'est pour nous par ailleurs le signe que « L'espace social de l'aller mieux peut ainsi être appréhendé comme un « champ » au sens bourdieusien du terme

²⁵ J'irais même jusqu'à interpréter le « *et en même temps, c'est quelqu'un* » de Eduardo comme le redoublement de cette plainte apparente – où en fait se lit son appréciation positive de la résidente. Le dénigrement fait partie d'une stratégie de distanciation qui se veut professionnelle mais qui laisse entendre le besoin de reconnaissance personnelle (et non seulement professionnelle) dont témoigne le psychologue. Nadine Enchanté, l'assistante sociale, utilise le même stratagème (plainte et dénigrement qui cachent l'appréciation) tout de suite après : « Elle est *drôle*, cette dame ».

(Bourdieu, 1980), dans la mesure où il fonctionne sur la base d'une concurrence morale, idéologique, économique, entre différents acteurs, institutions, positions » (Demailly, Garnoussi, 2016 : 20).

Si au TCHAT l'affirmation de l'habilité à « fonctionner » et à mettre en place une journée type de manière répétée (par la cérémonie du matin, par la capacité à se souvenir de ses rendez-vous et de ses jours de tâches, par le fait de venir prendre ses pilules à l'heure...) est la condition tangible d'un « aller mieux » repéré par les professionnels, cette même affirmation est moins condition que signe à Métanoïa. On n'y fonctionne pas tant pour aller mieux qu'on doit *aller mieux de manière à pouvoir fonctionner de nouveau*. Le « bon fonctionnement » doit ainsi se voir validé par l'institution, en fonction de la manière dont on performe le fait d'aller mieux.

Un dernier exemple peut être évocateur ici, si l'on s'attarde sur l'expression surprenante de Thibaud, jeune usager du groupe 3, lorsqu'il se justifie face à la directrice sur sa négligence du respect des horaires lors de sa première semaine à Métanoïa. Celle-ci lui donnait un avertissement : s'il ne se reprenait pas, et qu'il ne respectait pas le cadre comme ses « collègues », il se verrait exclu. Thibaud insistait en s'excusant notamment pour ses retards le matin – dus principalement au fait qu'il était sans doute surmédicamenté à son arrivée au centre et qu'il ne se réveillait pas malgré le réveil. Et il montre dans cet extrait qu'il avait tout à fait compris que la règle tacite, à Métanoïa, c'est de montrer qu'on veut aller mieux :

Delphine (directrice) – Vous êtes tout à fait capable de le faire [de respecter le cadre] ...mais ça ne tient qu'à vous. [*Elle fixe à jeudi 17h30 un nouveau rendez-vous, pour voir si Thibaud se sera d'ici là davantage « engagé »*]

Thibaud – Désolé, vraiment. *Je veux pas montrer que je veux pas aller mieux* ; c'est vraiment que je suis pas habitué aux horaires...

Delphine – Il n'y a pas de problème Thibaud, c'est simplement que ni vous ni nous *n'allons perdre notre temps à faire semblant*...

Cdt 2 – Métanoïa – 14/09/21

« *Je veux pas montrer que je veux pas aller mieux* » : attardons-nous sur cette phrase. Sous cet aspect, on pourrait comprendre que Delphine répond directement à la compréhension par Thibaud du fait qu'il faut montrer, de manière performative, son désir de changement – et que sa formulation laisserait entendre que s'il veut le montrer de manière si éhontée, c'est au fond qu'il ne le pense pas. Delphine lui répondrait ainsi : d'accord, vous voulez faire semblant d'aller mieux ; mais nous on ne va pas faire semblant de jouer ce jeu-là : ne perdons pas de temps. En vérité, je pense qu'elle répond ici plus trivialement par rapport au respect des règles instituées : vous n'allez pas faire semblant de respecter le contrat, alors que de fait, vous êtes en tort. C'est une simple menace de sanction si l'utilisateur ne s'amende pas et ne fournit pas plus d'efforts. Elle soutient donc en quelque sorte son jeu de « monstration » qui, de fait, relève du faux-semblant. Mais dans cette institution, *il faut montrer vouloir, tout en y croyant* – ou jusqu'au fait d'y croire²⁶.

²⁶ On montrera dans la troisième partie de la thèse que c'est le propre d'un certain type de performance, qui correspond à une modification active du « soi », contre une conception déterministe simple de l'*habitus* bourdieusien. Il faudra pour ce faire mobiliser le concept sociologique de « conversion » (Darmon, 2011).

II. D/ « Donner de soi » : se défaire de son ancien Moi pour pouvoir changer

Cela nous amène à une autre phase de l'initiation qui s'instaure dans les premiers jours ou semaines au centre thérapeutique. Une phase où l'on fait entendre aux futurs résidents que pour devenir-autre, il va falloir non seulement vouloir changer, mais « donner de soi ». Le rétablissement n'est pas un simple séjour de repos ou un moyen de refuge pour l'usager. Souvent les professionnels qui orientent préconisent les CTR précisément pour des personnes avec qui on a un peu « tout tenté », avec lesquels jusqu'à présent « rien ne marche ». Je renverrais encore ici à la discussion avec les AS de l'hôpital M. déjà évoquée :

[15 :42] S.R. – Pour quel type de personnes vous valorisez ce choix du CTR ?

Ludivine – Quand ils ont déjà essayé plusieurs trucs... plusieurs sevrages, en disant bah après, je vais me mettre au vert, chez un pote qui habite à la montagne, ou après, je vais me mettre au vert chez ma mère ou quoi... *Bon bah tu les laisses faire, et à un moment...*

S.R. – [*en incise*] ça marche pas.

Ludivine – Oui. *Voyant que la situation se répète...*

Certains usagers en font eux aussi le lieu de la « dernière chance », notamment des usagers qui ont déjà fait plusieurs postcures, et pour lesquels cette appellation est sans doute un souhait répété qui peut constituer une prophétie auto-réalisatrice (Merton, 1949). Même si ce discours est sans doute parfois à relativiser, cette image de la dernière chance (pour autant qu'elle peut ressembler à la répétitive « dernière cigarette » de l'obsessionnel Zénon, dans le livre éponyme d'Italo Svevo (1923)) comporte néanmoins à son horizon la mort toujours possible de l'usager, via une prise de risques massive ou la mauvaise qualité du produit consommé. On ne vient pas uniquement en CTR parce qu'on a la volonté d'arrêter ; on arrive aussi parce qu'on a parfois été bien esquiné par la consommation et qu'on n'arrive plus à fonctionner socialement. Et l'on vient parfois parce qu'on sent qu'on n'était pas loin d'y rester.

La venue en CTR parce qu'on a peur de mourir, qu'on est « presque-mort », qu'on avait déjà « un pied dans la tombe »²⁷, ou qu'on en a trop vus, de morts – fait comprendre une autre motivation de la prise en charge de ses soins : *n'avoir plus rien à perdre*. C'est-à-dire en être arrivé à ce stade où il devient envisageable de se défaire aussi de sa primo-identité. L'investissement personnel, dans ce cas, peut aller bien au-delà de la perspective de « faire de son mieux », qui peut être parfois le lot des premiers séjours en postcure, pour lesquels le traitement semble être plus compréhensif. Quand on est en cure, il faut donner « le tout pour le tout », et surtout montrer que l'on y met, comme on dit, « du sien ».

Je prends le parti de considérer dans acception littérale l'expression « donner de soi », et d'envisager une conception métaphorique du Soi comme étant l'objet d'une transaction entre l'individu et le monde qui l'entoure et l'enjoint à certains comportements (Mead, 1982)²⁸.

²⁷ Cdt 2 – Métanoïa – 15/10/21.

²⁸ "I am influenced by my own conduct and can respond to it; the "I" of conversation never gets into the field, only the "me." It is the function of language that one does and should become aware of responses. It is there that the conscious self arises. One's own responses become stimuli to himself, and he sets himself up as object, just as he sets up other people as objects. [...] The thinker has become an object to himself just as have other people. When you carry social conduct to the level of language a gesture or speech man becomes aware of himself as an object. It is normal that

C'est-à-dire qu'il va falloir donner son Soi, celui qui contient la part « malade » du sujet, pour pouvoir obtenir quelque chose en échange (une transformation). Il faut abandonner le soi malade, le laisser sur le seuil ; le déposer entre les mains des soignants pour que quelque chose se produise et que de cette enveloppe vide, on puisse faire renaître un nouveau Moi. Cet « autre » n'est donc sans doute que le vrai Soi que l'on veut atteindre, et cela a également à voir avec le fait de devenir un homme, adulte, dans une société moderne. C'est ce que nous développerons dans les chapitres ultérieurs. Dans ce qui suit, on décidera plutôt de s'intéresser à la phase particulière où le *changement* est pensé comme *nécessaire* pour envisager une nouvelle identité subjective, personnelle et sociale. Ce point où il faut rejeter le soi malade, l'ancien, et affirmer sa volonté de passer par le rituel, de devenir un autre que soi, est une dimension dont on peut à travers l'ethnographie relever les instants où elle devient ritualisée.

D/ 1) Un abandon préalable : la dégradation de son ancien statut

Ce don de soi attendu du résident de manière *active* ne peut advenir que si ce dernier a accepté de se soumettre préalablement à certains rites de dégradation (Garfinkel, 1956) qui ne sont pas toujours apparents si l'on considère le CTR comme une simple institution médico-sociale. On peut néanmoins considérer que le dispositif encadrant l'entrée de l'usager dans le centre – isolement du monde extérieur (retrait ponctuel du téléphone, de certaines possessions), privation de la chose la plus importante pour lui antérieurement (le produit psychotropes), abandon de ses habitudes quotidiennes, enregistrement de toutes ses données, interrogatoires successifs par les différents corps professionnels – constitue un ensemble de cérémonies qui visent à obtenir le consentement et l'obéissance du futur-résident. Harold Garfinkel a illustré dans son écrit « *Conditions of Successful Degradation Ceremonies* » comment ces cérémonies sont la réponse sociale donnée à l'indignation morale que suscite la violation des normes communes par un individu, et comment en marquant et en punissant le déviant, elles rappellent à l'ensemble de la communauté l'importance de ces normes. Deux éléments nous intéressent particulièrement dans le concept de « cérémonies de dégradation » : le premier c'est que le processus de dénonciation du comportement fautif doit porter à une destruction et à une reconstruction rituelle de l'identité de l'offenseur – et « la destruction est entendue au sens propre » (*literally*) :

La transformation identitaire résulte de *la destruction d'un objet social et de la constitution d'un autre*. La transformation n'implique pas à l'inverse la substitution d'une identité à une autre comprenant encore les termes de l'ancienne – qui traîneraient comme les parties négligées d'un assemblage tout neuf –, pas plus que la femme que nous voyons dans la vitrine d'un grand magasin et qui s'avère être un mannequin ne porte en elle les possibilités d'une femme. (Garfinkel, 1956 : 421 – traduction personnelle)

La première particularité de ce processus de dégradation c'est donc qu'il repose sur le fait que le sentiment d'indignation morale opère également chez la personne dégradée afin de la réinsérer dans une mécanique de (re)construction identitaire (Domingue, 2020 : 122). Même s'il s'agit parfois des mêmes processus, nous le distinguerions donc des « amputations » ou « humiliations » de la personnalité que constituent les techniques de mortifications chez Goffman, et qui une conformation voire une homogénéisation des détenus en institution totale

consciousness should be centered in the response to physical objects, as it is toward social objects." (Mead, 1982 : 46) [je souligne]

(Goffman, 1968 ; Harcourt, 2020). Harold Garfinkel précise de son côté que contrairement au sentiment de honte pouvant accompagner certains rituels d'exclusion sociale, l'indignation morale a pour visée d'exclure, afin de faire émerger une nouvelle identité pour ces personnes dégradées, en orientant via une représentation morale opposée (*the counterconception*) le dessin possible de cette nouvelle identité.

Le second élément important selon nous dans cette cérémonie de dégradation, c'est le fait que la personne dénonciatrice doit s'associer à toute personne témoin de cette cérémonie sur la base d'une « métaphysique socialement employée » (*socially employed metaphysics*), c'est-à-dire sur un ensemble de représentations communes sur lesquelles ils peuvent concorder. Ce qui suppose que le dénonciateur soit jugé semblable à la communauté des témoins de cette cérémonie dans son ensemble, et que les témoins puissent croire que la personne dénonciatrice partage ces dites valeurs sociales préconisées (°6 : *they locate him as a supporter of these values*). Cela est particulièrement important dans notre cas, dans la mesure où en se rendant de manière volontaire dans ces centres pour amorcer un changement, le résident en CTR se fait le dénonciateur de son mode de vie antérieur et de la partie en lui qui a pu « offenser » la communauté à laquelle il appartient. Si selon Garfinkel ces cérémonies permettent d'éveiller chez les dégradés une volonté d'agir sur leur situation et leur identité, on peut considérer que toute la démarche de venir en séjour en CTR s'apparente à un similaire processus de dégradation du Moi.

Nous verrons en conclusion de ce chapitre comment Garfinkel et Goffman se rejoignent de ce fait sur la définition que ce processus engage, si on la prend au niveau individuel – celui d'un clivage interne entre deux parties du sujet, dont l'une est blâmable car taxée d'indignité morale, et l'autre est mobilisable en tant que dénonciatrice de l'autre – et donc encore potentiellement réintégré à la communauté. Ce n'est qu'ainsi que nous pouvons percevoir pourquoi les résidents reprennent souvent à leur compte les maximes et préjugés portant sur la catégorie sociale des « alcooliques » ou des « toxicomanes », pour discréditer cette partie de leur identité qu'ils envisagent de détruire, tout en ayant sans doute très peur de ne rien trouver derrière comme identification possible (Jonas – TCHAT – 24/05/21 : « Si vous mettez *que des tox* ensemble, ça va parler de défonce toute la journée. » ; Keufra – Métanoïa – 13/09/21 : « *Je suis peut-être toxico*, mais j'ai pas la peste... » ; ou 11/10/21 : « *Moi je serai toujours alcoolique...* » ; Guibole – 29/09/21 : « En me décrivant *comme un "toxico"*, je me dis que parfois *je risque de choquer des gens* » ; Lolo – 05/10/21 : « Et après, *comment je vais lui en parler*, à mon petit.. Je vais lui dire, *maman c'était une toxico ?* »)

En plus du dispositif configurant l'entrée et la dépossession de soi que doivent vivre les résidents, on peut considérer que cette désignation par le stigmatisme constitue l'identité de transition dont ils doivent se défaire pour accéder à un nouveau Moi. L'utilisateur n'est d'ailleurs que rarement évoqué par les professionnels selon ses qualifications ou son statut social (son métier, ses charges et occupations antérieures). Certains professionnels usent plutôt et abusent même de la définition catégorielle par la « problématique » de l'addiction – quand bien même ils emploient ces catégories plutôt entre eux que face aux usagers et usagères (qu'ils désignent en respectant la nomenclature locale, « patients », « clients » ou « actants ») :

Dans le bureau, Melvin et Emeric (ES) discutent des familles des usagers.

Emeric – *Vivre avec une personne toxicomane*, c'est pas forcément tout rose – parfois la seule solution, c'est la séparation...

Cdt 1 – TCHAT – 04/06/21

[En réunion clinique, on parle d'un patient qui est retourné à son domicile, prématurément selon l'équipe, et qui a une relation depuis quelques temps avec une femme mariée à un homme en ce moment en maison d'arrêt, mais qui devrait sortir bientôt.]

Nadine – Melvin a mis en place des moments avec lui, et je suis censée l'avoir au téléphone les jeudis soir. Je lui ai déconseillé de suivre cette femme. Je lui ai dit : « Si ça se passe mal avec elle, n'allez pas consommer ; venez nous voir. » [...] C'est une histoire classique de toxicomanes, il y en a sûrement un des deux qui va retourner en zonzon [argot pour prison] Eva (psychotérapeute) – Ou les deux... [...]

Nadine – De l'autre côté, elles sont malines, sa femme et la belle-mère. Elles se servent sur son paquet de tabac, il les aide parce qu'il bricole... Il pourra pas s'empêcher d'aller consommer, je le sens bien. Et c'est normal...

Eduardo – Oui, c'est normal pour un toxicomane !

Cdt 1 – TCHAT – 12/04/22

Si des moments de réductionnisme de ce genre sont ponctuels mais existent néanmoins encore en CTR, l'auto-stigmatisation et la perception négative de l'usage de substances dans notre société contribuent à renforcer ces moments de mise à distance brutale, et de stigmatisation à l'encontre des résidents. Les mécanismes de distanciation mis en place par les professionnels, et nécessaires dans tout travail d'intervention sociale (Le Goaziou, 2017, 2022), rendent par ailleurs infime la frontière qui sépare la typification des usagers – et qui leur permet de relativiser le poids réel de leur action sur la modification possible de ces trajectoires – et certains mécanismes jouxtant la déshumanisation. Il fut d'ailleurs marquant, dans mon observation du centre TCHAT, de prendre en notes la régularité avec laquelle la métaphore de l'éducation-dressage faisait son apparition – non sans se mêler, avec l'affection que les professionnels paraissaient néanmoins témoigner à leurs animaux de compagnie, avec une hiérarchisation des places de chacun qui servait dans ce contexte-ci à étaler leur mépris (de classe ou non) pour certains usagers. J'en relaterai seulement quelques scènes-types :

Nadine (AS) – Je pense qu'il faisait un peu peur aux autres qui étaient là... Et puis, après il me fixait d'un regard de ...bah de toutou... En attendant de moi que je lui dise quand Gustavo passerait. Je peux vous dire je vis avec des animaux... et il a vraiment un regard de toutou quoi...

Suzy (cheffe de service du pôle accueil) parle du fait que « à propos d'odeurs », le groupe-accueil c'était bien, parce que Gontran maintenant, « ça va », il dit qu'il va « prendre soin de lui ».

Noémie (stagiaire AS) [emballée] – Et pas besoin d'amener le sujet, c'est venu comme ça...

Nadine – C'était peut-être dans vos inconscients, et ils ont senti...

Laurianne (IDE) – Arrête, c'est ce que j'ai pensé...

Nadine – Tu sais pas, hein, ils sont assez fins pour ça...

Cdt 1 – TCHAT – 19/04/22

[Dans le bureau des thérapeutes, Nadine et Noémie parlent du rapport à avoir avec les chiens – Noémie se confie sur les problèmes de dressage qu'elle peut avoir avec son jeune chiot, et cherche conseil auprès de sa superviseuse de stage.] Noémie – Tu sais pas ce qu'il nous a fait, notre chien... ! »

[La conversation, anecdotique en somme, ne peut s'empêcher de faire écho à mes oreilles à la situation présente, vécue et décrite comme un processus éducatif similaire au dressage... Noémie dit que le chiot pose très explicitement ses pattes au-dessus des genoux de son compagnon, chose qu'il ne fait jamais avec elle. Nadine, très lapidaire et affirmative : « Ah, ça c'est pour le dominer. » Locutions qui

reviennent « Alors, déjà... », le ton est définitif, professoral : « c'est une question de domination » ...]
Nadine – Les chiens, c'est comme les enfants... À un moment, tu ne peux plus revenir sur ce que t'as autorisé dans un premier temps. Ils s'en souviennent.

Cdt 1 – TCHAT – 24/05/2021

[Jacob (usager) discute avec moi de son passé et narre des anecdotes de la vie de quartier. Il raconte qu'un type se promenait avec son gros chien, et il commente :] « Il y a des gens de trente ans qui vont changer de trottoir, tandis qu'il y a des petites vieilles et des enfants, ils arrivent en disant : « c'est quoi ce gros nounours... ? » [et ils le caressent, ils n'en ont pas peur]. C'est des a priori tout ça. »

Cdt 1 – TCHAT – 09/06/2021

Si la culture partagée des chiens et du dressage semble appartenir aussi bien aux professionnels de cette institution qu'à certains usagers de drogues, il nous semble assez juste de constater que la condition de toxicomane, d'après ce qui en transparaît via le récit de Jacob, ressemble un peu à la condition de ce chien promené en laisse qui fait peur et en éloigne certains... Si le « dressage » des usagers est une locution qui apparaît (par métaphores et images détournées) uniquement dans le centre TCHAT, il est sans doute pertinent d'affirmer que l'ensemble des représentations qui se voient véhiculées ici suit les usagers de drogue, dans leur parcours de soins successifs, et dans l'image qu'ils emportent d'eux-mêmes – et dont ils doivent nécessairement se décaler, pour se reconsidérer avec dignité. La question de la honte (Kilborne, 2006) et les images de contamination qu'impliquerait la fréquentation d'un usager dépendant (notamment via le thème de « l'odeur » dans le premier extrait) sont parfois encore bien implantées dans les institutions du médico-social qui se chargent de ces personnes.

D/ 2) Donner ce qu'on a : dimensions matérielles et immatérielles du don

Nous aimerions reprendre, à partir des analyses de Marcel Mauss sur la dimension anthropologique du don, certaines intuitions que ce texte majeur a pu fournir aux sciences sociales comme base d'analyse des relations humaines. Si Mauss a éminemment démontré comment les choses font partie et sont même constitutives des alliances que les hommes nouent entre eux pour agir dans le monde de manière à ne pas se défier de l'avenir – les choses instaurant une forme de pérennité du lien – nous souhaitons faire valoir ici le mélange *des choses et des hommes*, de manière à considérer (à la manière de Mead) que le Moi est une chose qui peut aussi se donner comme objet de partage et d'échange. Cette réflexion prend appui sur la manière dont Wilfried Lignier analyse dans son ouvrage *Prendre* (2019) comment les enfants de maternelle sont en mesure de développer les premiers pas de la sociabilité à travers des jeux d'alliance, notamment à travers ce qu'il appelle à juste titre « l'appropriation des autres ».

D'un point de vue sociogénétique, il y a là une hypothèse de travail qui, à ma connaissance, a peu été travaillée directement : dans quelle mesure l'établissement délibéré d'alliances personnelles, la création de relations avec des individus sur lesquels il est possible de compter – en un mot, ce que j'appellerai ici *l'appropriation des autres* – reposent-ils sur la capacité de donner les choses que l'on a ? [...] L'idée est que la prise des objets ne concernerait pas seulement l'usage, ni même la valorisation sociale du monde matériel environnant : elle toucherait aussi à la formation de liens électifs, durables, décisifs pour la vie en société. (Lignier, 2019 : 252)

W. Lignier analyse donc comment la capacité à prendre des objets, pour des enfants d'origines sociales diverses, et – selon le rapport de sécurité qu'ils établissent vis-à-vis de cette prise – leur *capacité à donner*, à échanger des objets contre d'autres (ou contre l'attention d'autrui, et notamment des adultes) influe sur leur capacité à développer des liens électifs durables. Nous ne dévoilerons rien de trop déroutant en disant que, des années plus tard, ces mêmes capacités se retrouvent au cœur des interactions dans un Centre Thérapeutique résidentiel – selon les mêmes lignes de fracture révélées par l'auteur. En complément, dans les cas observés en addictologie, il faudrait mettre en lien cette capacité à donner « les choses que l'on a » – la dimension matérielle du don – avec ce qui est exigible de la part d'institutions qui se fondent sur un apparent traitement égalitaire entre usagers, à savoir la capacité à « donner de soi », dans une acception beaucoup plus *immatérielle* du don.

Donner les choses que l'on a, c'est au départ en CTR, donner le *peu* que l'on a gardé, ou que l'on peut accumuler. C'est bien parce que cette dimension du don-contre-don pourrait avoir des incidences sur les rapports sociaux qui s'établissent au sein du centre – et qu'elle rappelle bien trop aux yeux des professionnels de l'« addicto » la dimension de *deal* de l'univers social dont proviennent certains résidents –, que le prêt et le don d'argent entre résidents est interdit, à Métanoïa comme au TCHAT. La générosité entre pairs passe ainsi nécessairement par d'autres canaux – et la monnaie d'échange principale en addictologie (comme c'est souvent le cas en psychiatrie adultes), c'est le tabac. Filer une clope à quelqu'un, rouler pour l'utilisateur qui sort au même moment que soi, « taxer », refuser de donner à quelqu'un qui taxe mais donner à celui qui ne demande pas, acheter du tabac à celui qui n'en a plus lorsqu'on est de sortie : toutes ces actions sont des gestes quotidiens des interactions entre usagers en CTR. Le rapport des usagers au tabac – outre le fait d'être l'unique moment de consommation individuelle ou collective concédé par les centres – s'explique aussi par ce besoin de donner pour recevoir des autres en échange, pour augmenter son capital social, ses alliances... La plupart des amitiés naissantes commencent ainsi à mon sens : autour de l'interaction entre quelqu'un qui offre et quelqu'un qui reçoit. La plupart des litiges également : quelqu'un « n'arrête pas de taxer » l'autre, ou quelqu'un a oublié de racheter un paquet de tabac, alors que la fois précédente, c'est lui qui en avait été le bénéficiaire...

Si l'on réfléchit à la place objective de l'argent, on peut dire qu'il se démarque de par son absence illusoire – parce qu'il est en réalité toujours présent, aussi bien dans les consciences que dans le rapport que les usagers entretiennent avec d'autres objets d'échange. C'est là où on constate que cette illusion est entretenue principalement par les professionnels – car comme pour la consommation, il est plus simple de sanctionner que de fermer les yeux sur ce que cet objet vient instaurer comme rapports entre les usagers. Ainsi, il faut au TCHAT que toute référence à l'argent disparaisse : les portefeuilles des usagers sont mis sous clef, comme les téléphones, et ils ne peuvent les récupérer que durant leurs heures de sortie en autonomie. Il y a une infantilisation accrue des usagers sous curatelle – précisément parce qu'ils n'ont pas la « maîtrise » de cette gestion de l'argent – et la revente d'objets entre usagers (vendre un paquet de cigarettes par exemple) est passible de renvoi de l'institution. À l'autre extrême du spectre, à Métanoïa, c'est comme si l'argent n'existait pas. Ou plutôt, l'argent ne doit pas constituer un problème. La circulation ou la dépense de l'argent ne s'effectue pourtant en apparence que dans les circuits autorisés – quand les usagers sortent avec un éducateur pour effectuer des « courses », de tabac et de friandises, à la supérette située non loin de là. Mais alors, que penser du fait que certains paient pour d'autres, ou que certains usagers dépensent dans les sorties de grandes sommes d'argent, alors que d'autres, dépourvus de moyens, choisissent de ne pas sortir ? La liberté de dépenser son argent entretient en fait

simplement les dynamiques d'inégalités économiques courantes entre les usagers ; et la discrimination qui s'effectue insidieusement entre riches et pauvres est souvent peu questionnée (même si le centre dispose d'un fonds d'aide aux usagers, par exemple pour leur payer un billet de train, s'ils sont renvoyés avant leur fin de séjour officielle). Par ailleurs, plus récemment (en septembre 2023), l'équipe se questionnait sur un transfert massif de l'attention de certaines usagères et usagers sur les achats en ligne. Le CTR recevait régulièrement (quasi-quotidiennement) des colis pour certains résidents qui s'achetaient des vêtements, des accessoires technologiques ou musicaux, des gadgets... La manière dont le CTR devenait progressivement un lieu de dépôt-vente commençait à les mettre en question. Mais cela s'intègre dans une réflexion plus générale sur la « progression » de l'utilisateur au sein du centre : tout phénomène pouvant être objet d'étude, le rapport effectué à ce transfert compulsif sur les achats en ligne peut devenir un sujet de réflexion pour le résident – et est donc plus facilement accepté par ce centre que par le CTR n°1.

Encadré 1.2 _

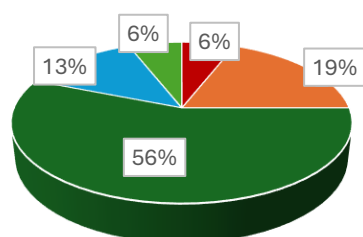
Caractéristiques socio-économiques des usagers en CTR

Les usagers en CTR ont des situations professionnelles, et conséquemment économiques, très dissemblables. Certains ont ou avaient un emploi rémunéré, certains touchent le chômage, d'autres sont absolument sans ressources au moment où ils entrent en parcours de soins. Bien souvent, d'autres travailleurs sociaux sont intervenus en amont de leur arrivée en CTR, et il est ainsi possible que certains d'entre eux aient déjà un dossier MDPH en arrivant en post-cure ou que, via leur parcours de soin antérieur, ils soient bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Parfois la famille apporte aussi un soutien financier conséquent aux personnes dépendantes, dans leur vie quotidienne ou dans le fait de leur fournir un logement.

La situation de nos deux CTR est éloquent de cette différence sociale qui peut exister parfois également selon la zone d'installation du CTR, mais également selon le recrutement différentiel qui est effectué des usagers (cf. I.A/), compte tenu du fait que les centres n'accueillent pas des publics venus de toute la France. La durée de séjour joue également beaucoup dans la différence de population intéressée par l'un ou l'autre centre.

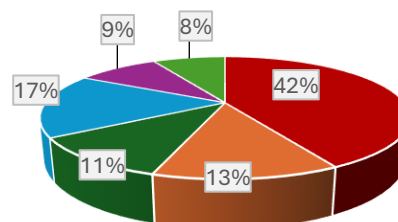
Comme en témoignent les deux diagrammes circulaires ci-dessous, le CTR Métanoïa présente ainsi un recrutement très diversifié en termes de profils sociaux-économiques. Une proportion conséquente proche de la moitié des usagers vit des revenus de son emploi (ou de la retraite, pour quelques rares cas). Des segments équivalents à 10-15% sont représentatifs en revanche des personnes touchant dans l'ordre l'AAH, les Assedic et le RSA. Le CTR TCHAT en revanche, situé dans une ville moyenne et recrutant en grande partie localement et dans la zone rurale et péri-rurale environnante, présente une forte majorité de personnes dont le revenu mensuel correspond au RSA, ou au maximum à l'AAH, ou encore au chômage. La proportion de personnes ayant des revenus issus de l'emploi au moment de leur séjour dans le centre (qui, rappelons-le, dure en moyenne plus de trois mois), est quasiment nulle (6%).

Origine des ressources des résidents au TCHAT



- Revenus de l'emploi (ou retraite)
- Assedic
- RSA
- AAH
- Autres ressources (tiers ou autres)
- Non renseigné

Origine des ressources des résidents à Métanoïa



- Revenus de l'emploi (ou retraite)
- Assedic
- RSA
- AAH
- Autres ressources (tiers ou autres)
- Non renseigné

Origine des ressources des usagers dans les deux CTR.
Sources : rapports d'activité des deux structures sur l'année 2023.

Qu'en est-il des cas où l'on n'a pas d'argent, et rien à donner ? Est-il vraisemblable de penser que des usagers qui ont su s'approvisionner et se garantir l'accès à une substance durant une partie conséquente de leur vie – puissent ne plus rien avoir à donner ? Même pour les sujets les plus économiquement précaires, où la dimension de l'argent est concrètement manquante, la capacité de donner, à l'institution et aux autres, demeure, aussi bien sur le plan matériel qu'immatériel. D'une part, matériellement, on peut toujours donner même lorsqu'on reçoit très peu. Dans le dispositif des CT, par exemple, une autre pratique entre en vigueur : les résidents (six mois à un an minimum) doivent y donner un certain pourcentage de leur revenu mensuel, indépendamment du montant de celui-ci. D'autre part, un sourire, de l'estime, du soutien moral aux autres... Ce sont précisément toutes ces dimensions, de don immatériel, qui sont demandées régulièrement au sein du centre, entre usagers, mais aussi en réponse à une poussée institutionnelle, qui cherche à développer entre eux non pas tant des alliances (qui pourraient se révéler dangereuses) qu'une sociabilité coutumière, minimale, reflet de la représentation des liens de réciprocité sociale. Brice et Keufraan apparaissent comme deux modèles de cette sociabilité et générosité ordinaires, qui passent par le partage de tabac avec les autres usagers, l'achat de boissons gazeuses ou de gâteaux toujours « à partager » – alors même qu'ils ne sont pas les mieux pourvus économiquement du centre. Ils font également preuve d'attention et passent leur temps à se mettre à l'écoute des problèmes et inquiétudes d'autrui : avoir « le bon mot » pour un camarade du CTR semble ainsi être une manière de compenser, par la sociabilité entre pairs, un capital symbolique faible qui peut se voir mis à mal par les apprentissages diffusés dans le centre.

Saisi dans un autre registre, celui de l'articulation du travail thérapeutique, le « don de soi » est une attente partagée avec l'institution. Celle-ci ne peut de fait exercer sa légitimité symbolique que dans un cadre où le résident lui fait confiance pour intervenir sur lui : la relation soignant-soigné caractérise cette dimension du « pouvoir thérapeutique », où

« l'implication des personnes et le "don de soi" sont des conditions essentielles » pour qu'il y ait une efficacité du soin (Aïach *et al.*, 1994 : 34). Selon ces auteurs, « l'autorité légitime » dont se voient investis les professionnels s'exerce selon trois dimensions : la relation soignant-soigné (dimension du relationnel et de l'affectif) ; le partage des mêmes symboles ou des mêmes croyances ou du moins la compréhension du monde social d'où vient le patient (dimension communautaire et traditionnelle) ; la connaissance et la mobilisation de savoirs sur la maladie et ses remèdes (dimension cognitive et technique). Selon les auteurs, les professions infirmière, psychologique et médicale se divisent ainsi le travail et la production de légitimité de l'institution médicale. Sur ce point précis, on peut d'ailleurs expliquer la différence de légitimité acquise auprès des usagers entre l'institution TCHAT et l'institution Métanoïa. Dans la première, le « don de soi » unilatéral exigé des patients auprès des psychologues se voit très faiblement contrebalancé par les deux autres dimensions de la légitimité thérapeutique (traditionnelle-communautaire et cognitive-technique) : on reste globalement, avec tous les professionnels, dans un don-contre-don de la sphère du relationnel et affectif, mais sans l'articulation aux deux autres dimensions. La culture, les connaissances sur la « pathologie » et ses remèdes demeurent la chasse-gardée des psychologues, qui partagent *entre eux* un certain nombre de croyances et de savoirs relatifs à la toxicomanie. Le « don de soi » des « actients » à Métanoïa implique en revanche une forme curieuse de double contre-don. Les croyances « partagées » par l'équipe sont proposées à l'utilisateur, non pas au détriment des siennes, mais comme une culture « commune », à laquelle la personne dépendante est invitée à ajouter son apport. Les savoirs professionnels accumulés sur le phénomène de l'addiction sont par ailleurs transmis aux usagers, comme monnaie d'échange de leur implication dans le programme thérapeutique. Ces contre-dons (communautaire et cognitif-technique) mis en place ont logiquement beaucoup plus de chances d'accroître la confiance et de développer une adhésion de la part des usagers dans ce traitement thérapeutique.

Donner de soi, c'est ainsi également, au-delà du fait de donner les choses que l'on a, donner les choses que l'on sait – c'est-à-dire parler, donner sa confiance à ses interlocuteurs de manière à en dire le plus possible (si ce n'est le « tout dire » des psychanalystes), et sur les manières dont autrui pourra accéder à ce soi-malade, et ainsi l'aider à changer. C'est l'étape liminaire, sans laquelle apparemment aucun travail n'est possible. En témoigne l'extrait suivant, tiré d'une réunion du centre en ambulatoire du TCHAT :

L'équipe aborde le cas d'une patiente venue cette semaine. Laurianne (IDE) la décrit. 46 ans, elle est SDF et ne travaille pas. Elle est maman de deux enfants et est au RSA. Elle dit avoir un soutien psychologique de la part de sa famille. Elle est arrivée sans rendez-vous et demande à voir un médecin.

Laurianne – Elle arrive et elle dit « Quand je peux voir le médecin ? ». #Je lui dis que pas tout de suite et je la prends en entretien avec moi# – et en fait, pendant l'entretien, elle ne parle pas. J'ai essayé, plein de questions ouvertes...

Nadine – C'est-à-dire... elle ne veut pas que tes paroles... elle est peut-être réfractaire à ça, elle en dit le moins possible ?

Laurianne – Alors... sa dernière consommation remontait à deux jours, voilà... Elle prend de la méthadone tous les jours, quand c'est pas de l'héroïne, 120mg/j.

Nadine – Pour l'instant, elle est défoncée, elle voit pas le lien – elle est pas posée, *elle veut pas donner d'elle-même – c'est juste qu'elle cherche un médecin pour lui faire des prescriptions d'héro.* Pour l'instant, *il y a pas de place pour une autre demande possible.*

Cdt 1 – TCHAT – 19/04/22

En fait l'usagère est assez claire, dans sa démarche. Elle vient au CSAPA, « voir un médecin », pour qu'il lui fasse une prescription de méthadone. On n'accède pas à sa demande, et on lui fait passer un entretien, en l'occurrence avec une infirmière, mais tout autre membre de l'équipe, non habilité à faire des prescriptions, aurait agi semblablement. Pourquoi ? Pour voir si, derrière la demande de substitution, il n'y aurait pas la possibilité d'une « autre demande possible ». Le constat qui émerge – avec le désappointement que l'on peut imaginer – c'est qu'il n'y a pas forcément d'autre demande de la part d'une usagère à la rue qui a banalisé le fait de ne pas trouver de réponse quotidienne à ses besoins les plus fondamentaux. Mais ce qui est marquant de la part de cette équipe c'est que, face à ce constat, la *faute* (comme s'il devait y en avoir une) est rejetée sur l'usagère. Celle-ci est considérée comme responsable, de ne pas « vouloir » (consciemment) « donner d'elle-même ». Elle n'est pas prête pour un autre type de relation à autrui, une relation où elle serait en demande d'une modification de ses besoins (avoir quotidiennement sa dose de méthadone), une relation où l'intervention d'autrui sur elle prendrait de l'importance. Est également marquant le fait que « ne pas donner de soi » signifie pour l'assistance sociale ne pas faire de place à l'émergence d'une autre *demande* (de soins ou d'accompagnement) ; mais que l'expression laisse aussi entendre qu'il n'est pas (encore) question pour l'usagère de l'émergence possible d'une *autre* (personne), d'une autre que soi. Et que c'est cela qui pose problème aux intervenantes : elles ne peuvent pas aider à l'émergence d'un autre soi chez cette usagère à la rue.

D/ 3) Donner aux soignants – le cas particulier du TCHAT

Nous pourrions cela étant nous pencher de plus près sur ce que suppose le rapport au don au TCHAT qui, du moins dans les réunions cliniques, paraît figé dans l'unique configuration du don-contre-don affectif. En relisant certains passages de mon carnet de terrain, je suis restée saisie par cette omniprésence (quoique parfois dissimulée) de la dimension du « don », et de ce qu'elle permet d'obtenir en échange, en termes de reconnaissance sociale au sein du collectif (professionnels et usagers). Je me permets donc de relire l'extrait qui va suivre à l'aune de cette problématique du donner/donner de soi.

Je relate ici la matinée du jeudi 03/06/21 où se déroule l'atelier-journal du TCHAT, animé par l'infirmier, Anthony. Je pose quelques questions, concernant le déroulé et les thématiques abordées dans cette activité. C'est un atelier collectif, « donc on essaye de travailler en groupe » me précise ce dernier. « Ça marche surtout grâce à Lucy » ajoute Sacha, un des résidents. Qui « donne » plus que ses camarades, peut-on ainsi en déduire.

La thématique du journal du mois est le travail. Ils sont en train de discuter à ce propos des personnes qui ont une sur-expérience par rapport à certaines tâches, comme les préparateurs de commande. « En attendant de trouver le taf qui leur convient, ils trouvent ce taf-là » (Mehdi). – Et ils prennent le taf de quelqu'un d'autre (Lucy) ; - Bon, on va pas s'engager là-dedans, dit Sacha. Il y a à chaque parution de journal, un article collectif, qu'ils doivent écrire ensemble – c'est ce qui se discute ce matin-là :

Mehdi – Et la discrimination, vous en avez parlé ?

Lucy, Jonas et Anthony esquivent.

Anthony (IDE) – Ah ouais, mais si on commence à parler de ça... [*même si Anthony est d'origine Antillaise, l'on devine ici qu'il ne souhaite pas débattre de ces questions*]

Mehdi marmonne que lui il l'a vécue...

[*Anthony fait le récapitulatif à voix haute de ce qu'ils ont dit – ils ont fait la liste des avantages et des inconvénients qu'il y a à travailler : le salaire, qui est toujours trop faible par rapport au coût de*

la vie ; « toujours », répète Mehdi. « Il y a une inégalité salariale forte – qui est d'autant plus forte selon les rapports de genre... »]

Mais on ne parlera pas des rapports de classe, ni des discriminations raciales...

Mehdi, par-delà la table, me pose la question de ce que je fais, et la conversation prend entre nous deux, déviant de la conversation groupale et du cours de l'atelier. Je sens que l'infirmier nous adresse des regards de temps à autres, espérant voir Mehdi remettre au centre de son attention l'activité groupale, mais je ne parviens pas à mettre fin à ses relances et à lui faire réintégrer le groupe. Ne pouvant me reprendre, c'est à Mehdi que s'adresse le reproche implicite d'Anthony lorsqu'il nous interrompt :

Anthony – Bon, Mehdi, ça serait bien qu'on fasse un dernier tiret [points abordés précédemment et listés sur une feuille devant lui] pour que vous puissiez aller à la cuisine [Mehdi est de repas aujourd'hui].

Mehdi – Ben, comment je fais ? *Je me coupe en deux ?*

Anthony – Comment ça ?

Mehdi – Ben là, je suis avec vous, alors que je dois aller là-bas...

La conversation sur les points à aborder dans l'article peut reprendre à ce stade, Anthony assurant à Mehdi qu'il peut faire une chose puis l'autre. Ils abordent la thématique de la retraite (« On pourrait mettre « la retraite : un mythe, une légende, une illusion ? » ; « Et à la fin, on met : "bref, restez au RSA !" » ; l'infirmier explose de rire). Le groupe est beaucoup plus à l'aise, dissipé, enclin à faire de l'humour que lors d'autres jours où je l'ai vu.. On sent qu'avec Anthony l'ambiance est plus agréable pour les résidents qu'avec d'autres de ses collègues. À un moment, peu avant la fin, celui-ci relance cependant Mehdi.

Anthony – Mehdi, finissez votre article du coup, vous devez *me le donner* aujourd'hui. Lucy aussi...

Mehdi – *Mais avec tous les jeudis où vous avez été pas là !*

Anthony – J'ai été absent *un* jeudi férié...

Mehdi – Bah voilà, ça fait déjà deux jeudis, plus tout ce qu'il y a eu à faire... *On coupe la poire en deux !*

Au risque de forcer l'interprétation, il nous semble important de souligner le retour de l'expression « couper [...] en deux » dans le discours de Mehdi, immédiatement après qu'il soit à nouveau question du fait qu'il doit donner de sa personne. Plus haut, le reproche voilé qui lui était fait passait par l'insinuation de ne pas *donner assez au groupe* – en termes de participation à l'atelier journal. Ceci au travers d'une nécessité pratique – à savoir le fait que Mehdi devait finir de travailler avec eux pour pouvoir aller travailler pour le collectif à la cuisine – en préparant le repas de tous les présents. Il me semble que l'usager est quelque peu conscient de cette exigence infondée (de donner « plus » alors qu'il va déjà donner de soi pour cuisiner pour tous) et qu'il met l'accent sur la sorte de chantage affectif qui lui est fait, parce qu'il s'est distrait une minute de l'atelier journal (en me « donnant » à moi) : « Je me coupe en deux ? », à ce moment-là, signifie aussi bien « je ne peux pas être à la fois au four et au moulin » (à l'atelier journal et à la cuisine en l'occurrence) que « vous voyez bien que je parle à une autre "soignante" ; je ne peux pas aussi vous donner de ma personne en ce moment ». Le fait de répondre à l'interrogation d'Anthony en précisant l'impossibilité de faire deux tâches à la fois constitue une négociation de l'usager – qui retourne le chantage affectif, en faisant entendre qu'il a déjà beaucoup à faire durant cette matinée et qu'il est normal qu'il « donne moins » que

les autres pendant l'atelier journal, parce qu'il va davantage travailler qu'eux au cours des heures qui vont suivre.

Dans l'échange qui suit de près cette première renégociation du « don de soi » de Mehdi, Anthony lui demande alors de lui « donner » son article terminé aujourd'hui, pour pouvoir rassembler les divers articles individuels nécessaires à l'édition du journal. Là aussi, l'usager fait intervenir une rhétorique affective pour justifier qu'il n'a pas pu travailler autant que l'infirmier l'aurait souhaité – pour la simple et bonne raison que son absence justifie l'absence de production des résidents (il n'y avait personne à qui « donner » ce travail...). « Couper la poire en deux », à ce stade, cela veut dire que Mehdi propose de partager la responsabilité du tort. C'est vrai qu'il n'a pas travaillé, n'a pas assez donné de lui pour pouvoir consigner son article dans les temps exigés par Anthony. Mais Anthony aussi a été absent, il a manqué, il n'a pas donné de lui de manière irréprochable (ce qui est marquant c'est que l'usager fait d'une absence – qui n'est même pas une faute professionnelle, c'était un jour férié – une faute à l'égard des attentes des usagers envers lui). Par conséquent, il n'a plus la légitimité totale pour exiger de Mehdi qu'il donne davantage que ce qu'il peut et veut bien donner.

Cette prédominance de la dimension du don qui se mêle à celle de l'échange et de la juste reconnaissance du don se trouve accentuée par la scène qui suit tout juste la fin de l'atelier-journal, la pause-clope, avant que Mehdi ne doive aller préparer le repas de midi :

Lucy demande une clope à Mehdi.

Mehdi passe une clope à Lucy.

Mehdi [à Lucy] – Tu m'écris mon truc [*l'article qu'il doit consigner aujourd'hui*] ? Vas-y... Tu tapes plus vite que moi...

Lucy [*qui allume la cigarette passée par Mehdi*] – T'as des sous ?

Mehdi [*qui sourit, conscient de s'être fait berner*] – La meuf... Je lui passe une clope et faut encore que je la paie...

Cdt 1 – TCHAT – 03/06/21

On pourrait dire ici que Mehdi a raté son échange de don-contre-don. Il concède à Lucy une cigarette, selon une habitude apparemment courante entre eux (ou fondée sur un échange habituel de cigarettes, selon les moyens de l'un ou de l'autre) ou par une générosité intrinsèque à leur rapport (Mehdi est « galant » ou plus généreux avec Lucy, qui est une femme, qu'avec ses autres co-résidents). Mais à ce moment-ci, il pense qu'il peut négocier l'objet du contre-don – et que, moyennant cette cigarette, il pourra concrétiser une alliance avec Lucy lui permettant de résoudre le problème de la rédaction de cet article (qu'il doit « donner à Anthony »). Or Lucy est semblable à la fourmi de la Fable – elle ne donne pas son travail pour rien. L'échange lui paraissant inéquitable, elle ne tient pas compte du passage de cigarette, le considérant hors marché. Elle propose ironiquement une autre forme de contre-don, monétaire, en échange du travail qu'elle devrait donner à Mehdi, sachant parfaitement que ce dernier refusera – et comprendra de lui-même qu'il n'y a pas d'alliance possible contre l'institution pour cet épisode de rédaction d'article.

S'il faut retenir une chose de ces interactions, c'est sans doute que la dimension de « don de soi » et le chantage affectif qu'elle véhicule est l'un des fondements de la relation

soignants-soignés dans cette institution²⁹. Il s'agit à chaque fois de montrer son investissement, mais dans les termes d'une affinité élective – au sens où se dessinent très clairement les enjeux d'une relation en termes de « faire plaisir à » ou « ne pas faire plaisir / déplaire à ». Comme le démontre Jonas (le résident considéré « problématique » par toute l'équipe) dans son interaction à l'autre étiqueté comme « soignant », qui me pousse dans mes retranchements dès mes premières journées dans le centre :

[J'arrive en retard ce matin, l'atelier-journal se conclut. Je me balade dans la salle commune, cherchant quelque chose à observer – Jonas me voit et m'interpelle pour que je vienne l'aider en cuisine. Ne voulant pas me montrer trop prompte (aux yeux des professionnels, plutôt que de Jonas lui-même) à « aider » ou à être avec les résidents, je décline poliment.]

Jonas [*me répondant du tac au tac*] – Vous voulez pas m'aider parce que c'est moi, ou parce que vous avez pas envie ?

S.R. – J'ai pas envie, je viens d'arriver...

Jonas – Bah voilà, c'est cash au moins. [*léger flottement*] ...En même temps, c'est votre métier *normalement*. La cuisine c'est un résident, un thérapeute.

S.R. – Mouais... Mais je suis pas thérapeute, justement.

Jonas – Oui, mais vous êtes « en stage » !

S.R. – Ah oui, mais pas n'importe quel stage, euh... Un stage un peu particulier...

Jonas – [*me faisant un signe des deux doigts sous les yeux – du type « je te vois, je t'ai compris »*]
Ah, vous êtes comme ça vous, je vois...

« Discussion entre Jonas et moi en cuisine » (rédigée après-coup)

Cdt 1 – jeudi 03/06/21 – jour 3

Perçue comme « thérapeute » (ou « thérapeute en formation ») par Jonas, je devrais, selon lui, répondre à sa demande d'aide par le registre relationnel et affectif qui caractérise les relations de *care* (Noël-Hureaux, 2015). Je devrais « donner » de ma personne, et m'impliquer – chercher à nouer une alliance thérapeutique avec lui qui pourrait ensuite constituer le fondement de mon savoir sur lui (et de ma capacité d'intervention sur son comportement). Ne me pliant pas (en la circonstance) à cette règle interactionnelle de base dans les institutions du médico-social, j'enfreins les règles attendues (je deviens déviante par rapport à la *norme* du métier de soignante), je suis néanmoins appréciée pour ma franchise (être « cash », c'est ne pas « faire semblant » ou « porter un masque » comme on le verra dans le chapitre 2, II. C.), mais je ne peux pas présumer de la relation que j'instaure avec l'autre – qui répond à ma fermeture par de la méfiance et de la provocation.

Sur ce point précis, il devient inévitable de considérer la question de la motivation du point de vue des « thérapeutes », ou plus globalement des « soignants », c'est-à-dire de la motivation qui est exigée des professionnels pour entrer dans la *carrière de soignant*. Plutôt que de considérer à ce stade qu'elle est une attitude mimétique de celle des usagers – donner ce qu'on a et donner ce qu'on peut pour « s'approprier les autres » –, il faudrait plutôt mettre en lien cette importance du « don de soi » avec la question de la « vocation » soignante, ainsi qu'avec la dimension de sélection méritocratique par laquelle certains professionnels sont passés pour arriver à l'exercice de leurs fonctions. Il me semble que c'est la transposition dans l'univers professionnel de la formation des médecins (Aïach, Fassin, 1994) et de la manière dont on sélectionne et laisse plus de choix aux meilleurs éléments. Une socialisation semblable

²⁹ Même pour un professionnel comme Anthony – qui n'est pas, au regard de ses collègues (notamment féminines) – le soignant le plus attentif à cette importance du « recevoir » quelque chose (l'attention, la parole, ou la volonté de persévérer) de la part des usagers.

à celle des classes préparatoires étudiées par Muriel Darmon (2015), qui impose ses règles à d'autres cursus et à d'autres formations beaucoup plus axés sur l'apprentissage sur le terrain et la diversification des expériences (comme dans la formation d'éducateur spécialisé). Les attentes en termes de « don de soi » seraient donc également interprétables à l'aune de ce que les médecins fondateurs de l'intervention en toxicomanie auraient traduit dans leurs pratiques, et dans les centres qu'ils mettaient en place, de ce qu'ils connaissaient mieux que quiconque, à savoir que l'on ne devient qui l'on est qu'en étant mis à l'épreuve des années durant. « La carrière médicale est caractérisée par de longues périodes d'étude et de mise à l'épreuve : la motivation des étudiants en médecine, d'après O. Hall (1948), doit être à la mesure de ce long apprentissage » (Déchamp-Leroux, 1994 : 92).

De plus, il correspond en partie au système de projections méritocratiques des médecins, qui s'applique bien souvent à leurs malades (Strauss, 1992). Mais nous pourrions voir dans le chapitre 5, dans les sections dédiées à l'identification soignants-soignés, comment ce sont aussi les attentes du personnel paramédical en termes de « dévouement » (se donner à l'autre) qui sont calquées dans ce « don de soi » exigible des patients :

Pourvoir aux besoins de quelqu'un procure de nombreuses satisfactions (être utile, être l'autre, celui qui sait et celui qui a le pouvoir). R. et I. Simpson (1957), dans une étude réalisée sur le personnel infirmier de psychiatrie, avaient émis l'hypothèse que les gens de statut professionnel modeste valorisent un aspect de leur travail qui, en général, rencontre une certaine considération dans leur milieu professionnel ou dans la société. Cette valorisation entraînerait une image professionnelle flatteuse. Ainsi, « se dévouer au malade » est une motivation suffisamment importante, car elle rencontre l'approbation du milieu professionnel et de la société en général. (Déchamp-Leroux, 1994 : 94).

D/ 4) Abandonner son ancien Moi

De façon conclusive, il nous importe de considérer, en laissant son ambivalence nourrir nos hypothèses, la différence qui s'établit en CTR entre « donner de soi » et « donner (le) Soi » (au sens de l'abandonner). Le fait que nous jouions dans cette dernière sous-section sur le fait que le Moi puisse être un objet social que l'on est susceptible de donner, ou de faire semblant de donner à l'autre, ne veut pas dire pour autant que nous confondons les deux expressions. Il y a, d'une part, donner de soi de manière à entretenir une relation avec l'autre : donner pour s'approprier ou entrer en lien avec autrui. Et il y a, d'autre part, donner de soi, dans une acception presque littérale, qui renvoie à l'expression du « don de soi » en termes de vocation, d'effort à fournir, mais aussi de renonciation. Renonciation si ce n'est au monde, comme dans la vocation monastique ou cléricale, mais renonciation au Moi, comme prison de l'âme. La définition courante du « don de soi » distingue deux acceptions : l'action de se sacrifier, au sens du renoncement ou de l'abnégation, et l'action de se dévouer entièrement à une personne ou à une cause. Ces deux déclinaisons du terme engagent d'une part une connotation de la *renonciation*, de l'*abandon de soi* (dimension plus cléricale, ou monastique), qui est par exemple présente chez les NA/AA – il faut se dévouer au rétablissement, avoir « la mission. D'autre part, elles laissent entendre l'*effort à fournir* – qui s'articule particulièrement, de nos jours, avec la dimension de la performance et son injonction sociétale (Ehrenberg, 1991).

Il nous semble que, pour franchir les étapes qui le sépare de la sortie, le résident doit non seulement promouvoir sa volonté de changer, mais il doit aussi laisser sur le seuil son ancien moi. Dire que l'on « veut changer », cela implique souvent de dénoncer la partie de soi

que l'on voudrait changer, ou de renier son identité antérieure (le Moi qui avait une existence dans et pour la « conso »), pour pouvoir envisager de faire émerger une autre personnalité ou image de soi.

Ce moment où les résidents ont pris conscience du deuil à faire de leur ancienne identité, et qu'ils sont entrés d'une certaine manière « dans » le programme, nous décidons de la nommer *l'étape du don de soi*. C'est en effet à ce stade que les remarques des professionnels sur le fait que quelqu'un « donne de sa personne » ou « est *dans* le soin » nous semblent pertinentes à analyser. Ce moment qui correspond à l'abandon de son Moi antérieur, nous l'analysons ici en écho avec les travaux de Anselm Strauss sur les patients mourants, dans le texte « *Awareness of dying* » [1965], issu de *La trame de la négociation* (1992) :

Une fois que le patient a manifesté sa conscience d'être un mourant, il est alors responsable de ses actes en tant que personne *mourante*, ce qui constitue la conséquence la plus importante pour le processus d'interaction. Il sait maintenant qu'il est non seulement malade, mais mourant. Il doit affronter cette situation. D'un point de vue sociologique, « affronter » une mort imminente signifie que le malade sera jugé et se jugera lui-même selon certaines normes de conduite particulières. (Strauss, 1992 : 117)

Les conséquences de l'« affrontement » de la mort, auquel se confrontent aussi bien les mourants observés par Strauss que les « presque-morts » que sont les usagers confrontés de manière répétée à l'overdose et à la possibilité récurrente d'un non-retour, sont éminemment concrètes :

- accepter *l'objectivation de son corps et l'intervention possible d'autrui sur soi* ;
- *laisser tomber* ce qui caractérisait *l'identité précédente*, ou au contraire « se crispier » sur ce qui était constitutif de son identité, comme l'illustre très bien Muriel Darmon (2021) sur les patients en rééducation post-AVC ;
- parfois aussi *régresser*, dans une phase où on attend de l'autre de prolonger uniquement dans ses fonctions biologiques une vie qui a perdu son sens, dans le cas des mourants mais aussi celui des drogués (puisque ce qui remplissait avant leur existence a disparu).

Les deux premiers points sont d'ailleurs ce qui se dégage de l'article de Strauss. Il énumère d'une part quelles sont les normes selon lesquelles on juge le comportement d'un malade mourant : « le patient doit conserver un certain sang-froid et bonne humeur. À tout le moins, il doit affronter la mort avec dignité. Il ne doit pas se couper du monde ni tourner le dos à la vie ; au contraire il doit garder sa place dans la famille et être « gentil » avec les autres malades.. » (*ibid.* : 121). Et d'autre part, il souligne que l'adoption d'un « style convenable de mort » ou plus exactement d'« un style convenable de vie face à la mort » est la réaction subjective attendue et favorisée par les équipes médicales – qui ont beaucoup plus de mal à tolérer les réactions de crispation des patients face à la perspective de la mort. Strauss liste ainsi les comportements « inacceptables » de réaction face à la mort : le refus des traitements, les demandes excessives, les patients qui deviennent bruyants ou hystériques. Que ce soit dans le « trop » (plaintes incessantes) ou dans le « trop peu » (l'apathie et l'abandon), les réactions radicales de certains patients découragent les équipes. Elles seront sensibles en revanche à l'expression d'un héroïsme de la dernière ligne droite, au courage de se présenter face au monde avec un « moi mourant » :

En général, l'équipe médicale apprécie les malades qui s'en vont avec courage et bonne volonté, non seulement parce qu'ils créent moins de drame et moins de tension émotionnelle, mais parce qu'ils suscitent une sympathie et une admiration particulières autant que le sentiment d'utilité professionnelle. Il est difficile d'admirer un malade qui se conduit improprement, même si on

sympathise avec sa terrible situation. Quand un patient sait qu'il va mourir, il doit présenter une sorte de moi mourant au monde. (*ibid.* : 124) [je souligne d'un trait]

Prendre au sérieux cette expression d'un « *moi mourant au monde* » c'est considérer que ce n'est pas parce que la mort est davantage symbolique que réelle en addictologie, que les réflexes professionnels qui se jouent dans ce cadre ne décrivent pas quelque chose d'assez semblable aux observations d'Anselm Strauss. La mort réelle, en outre, est toujours un horizon dans ces centres, comme dans les cures en hospitalisation, où l'introduction dissimulée de produit, puis son absorption massive en cachette, est toujours susceptible de provoquer la mort. Mais où surtout il n'est pas rare qu'on entende parler d'un usager ou d'une usagère qui est sorti(e) depuis peu, et qui a entre-temps trouvé la mort. Enfin, considérer dans son sens plein cette idée d'un moi mourant au monde, c'est voir que ce qu'on propose dans ces centres est une sorte de mue, d'abandon de son moi passé – qu'il faut laisser partir pour laisser place à une nouvelle identité, à un moi qui pourra renaître.

*

Ces deux métaphores des attentes à l'entrée du CTR – *apprendre à marcher sans* et *donner de soi* – nous permettent d'emblée d'appréhender le séjour en CTR sous la forme d'un parcours initiatique qu'explorera la deuxième partie de la thèse. Elles nous ont permis pour le moment d'analyser les procédures d'admission et les rituels par lesquels l'utilisateur se soumet à l'idée de « changer » en rentrant dans ces lieux. Ou, comme nous avons choisi de le théoriser, il est invité à *laisser les attributs de son ancien Moi à la porte du centre*. Comme si désormais, le fait de montrer encore son ancien Moi, lorsqu'on a franchi le seuil du centre, était sale, immoral (Douglas, 2001 [1966]). Cette intuition s'éclaire à l'aune du raisonnement de Goffman dans *Les relations en public* sur le clivage interne qui se joue chez un être qui s'est comporté en offensé (dans l'exemple, un criminel) à l'égard de la société à laquelle il appartient. Goffman appelle ce processus l'« *éclatement* » du moi :

Quel que soit le châtiment qu'on lui inflige, le criminel a généralement le loisir de proclamer son adhésion à l'autorité dont le courroux va s'abattre sur lui et d'exprimer son rejet du moi qui va subir l'action de la justice. Quoi qu'une personne ait fait, elle peut toujours exprimer son repentir, et, même si cela n'adoucit pas beaucoup ce qu'on lui inflige, *il faut soit lui refuser créance, soit lui permettre de se créer sur place une sorte de nouveau moi*. On peut soutenir que cette sorte de rédemption ne fait qu'exprimer l'« *éclatement* » du moi en interaction qui provient de son aptitude générale à s'écarter de ce qu'il semble être devenu afin de s'en distancier ; cette aptitude résulte à son tour d'un fait d'interaction inévitable : le commentaire d'un événement ne peut être cet événement lui-même. Je cherche ici à dériver de l'interaction une propriété des interactants. *Je prétends que l'individu est ainsi fait qu'il peut se couper en deux parties dont l'une peut adopter n'importe quelle attitude envers l'autre, par identification avec l'entourage.* (Goffman, 1973 :117)

À partir du moment où l'ancien usager de drogues ou d'alcool dépendant est entré en CTR, il se produit dans son interaction avec le centre, ses professionnels et les autres usagers, un processus d'éclatement semblable. Il doit correspondre à ce nouveau Moi, ou s'attacher du moins à rendre visible ses efforts de création de cette nouvelle personnalité sociale. Il doit juger l'ancienne, sévèrement ou avec compréhension, mais en veillant en tout cas à « s'en distancier ». Cette coupure qu'il effectue entre l'utilisateur dépendant et le nouveau sujet en

rétablissement doit transparaître – au risque sinon qu'on lui « refuse créance », et qu'on le renvoie à la partie jugée mauvaise de son Moi. C'est ce qui se produit – et qui pourra ainsi nous servir de transition avec la problématique des « règles du jeu » institutionnelles – au moment où l'on « découvre » par exemple que quelqu'un consommait au sein du CTR, alors qu'il donnait l'impression de « donner de sa personne » et de faire des efforts. Ce n'est pas rien que Thibaud (un jeune usager croisé dans ce chapitre et dont le cas sera à nouveau décrit par la suite) ait été expulsé de l'institution *malgré le fait qu'il ait*, comme l'avait dit un de ses co-résidents, « *donné sa conso* ». Il y a un temps pour donner sa conso, et un temps pour la cacher ; l'initié doit se défaire sur le seuil des attributs qu'il a de son passé, et partir nu, innocent, dans sa nouvelle vie. On accepte qu'il finisse ce qui lui reste, mais cela ne doit pas être su – et cela ne constitue en aucun cas un moyen d'échange une fois qu'on est embarqué dans le rituel. C'est ce qu'a appris le jeune Thibaud à son détriment ; il pensait que donner sa conso au moment où on découvrait sa transgression amadouerait l'équipe : cela n'a fait en réalité qu'exacerber le sentiment de trahison qu'ils ont ressenti.

Chapitre 2

« Jouer le jeu » du rétablissement

Ou comment on apprend à aimer les règles du CTR

Les règles sont efficaces (pour autant qu'elles le sont) parce que ceux auxquels elles s'appliquent croient en leur justesse et en viennent à se concevoir en fonction de ce que la conformité leur permet d'être et en fonction de l'état auquel une déviation implique qu'ils sont réduits. Le système de sanctions associé à une règle est efficace (pour autant qu'il l'est) parce qu'il proclame le succès ou l'échec d'un individu à être ce que lui et les autres sentent qu'il devrait être, et, plus abstraitement, parce qu'il proclame une conformité ou une déviance individuelles générales.

Erving Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne*, 2. *Les relations en public* (1973 : 103)

Nous avons tenté d'illustrer quelles étaient les attentes qui pesaient sur l'usager « entrant » en CTR – et comment la mise en adéquation de son propre désir de changement aux rites qui l'introduisent au sein de l'institution implique qu'il abandonne quelque chose de son Moi antérieur, et tout d'abord qu'il renonce à un certain rapport au produit. C'est ici que, reprenant la célèbre phrase de Becker, il nous faut analyser en miroir de la « carrière déviante » ce qu'on pourrait appeler la « carrière de résident en CTR ». Non seulement l'usager entrant doit passer par les rites de dégradation qui le défont de ses anciennes appartenances et de ses anciennes possessions. Mais il doit aussi apprendre à aimer, et à trouver *juste*, ce qu'il trouve dans cette nouvelle communauté – d'identification, de vie et de travail – que constitue le CTR. L'enjeu est donc de taille, car les « attentes » que nous évoquions au premier chapitre ne concernent pas que la « volonté » ou la « motivation » de l'usager à changer. Il ne suffit pas de « vouloir ». Nous voudrions plutôt démontrer que ces centres présentent un ordre des interactions (Castel 1990 ; Devresse 2006) où la détermination sociale antérieure oriente sensiblement les marges d'action et les devenir possibles au sein de l'institution. Et que par conséquent, on impartit rapidement des partitions précises à chacun des acteurs, dans un « jeu » qui constitue une mise en abyme des règles du jeu sociales. « Vouloir changer » ainsi, lorsqu'on entre au CTR, s'apparente à un jeu de rôles où on apprend à se composer une nouvelle image sociale – en suivant des règles qui déterminent à chaque fois un certain *style institutionnel* et permettent plus ou moins d'écarts de conduite. Il y a des règles différentes

selon chaque institution – et donc différents types de « jeux » et de « rôles » qui sont proposés¹. Et, comme dans tout jeu, il y a des gens qui sont plus ou moins talentueux pour comprendre les règles du jeu, qui ont plus ou moins de chance au jeu, ou qui sont plus doués dans certains jeux que dans d'autres.

Nous suivons sur ce point Marie-Sophie Devresse (2006 : 241 et s.) lorsqu'elle évoque les trois contraintes majeures envisagées par les usagers de drogues justiciables, qu'ils perçoivent comme surdéterminantes dans leur parcours pénal : la « surcharge pénale » (le fait que l'institution soit débordée), la « chance »² (qu'elle soit bonne ou mauvaise – l'aléatoire qui leur a fourni ce destin) et la « complexité de la toxicomanie » (l'incompréhension des acteurs extérieurs de leur problématique, plus l'intériorisation de leur sous-statut social). En montrant comment ces « contraintes avec lesquelles il faut composer » envahissent le discours des usagers, Devresse analyse que la responsabilité des mauvais traitements qu'ils reçoivent ou de leur enkystement dans des processus pénaux injustifiés, semble, en définitive, ne pouvoir reposer plus sur personne. La « surcharge pénale » acquiert le statut de « justification, voire d'excuse pour les ratés du fonctionnement de l'institution et de ses acteurs » (*ibid.* : 243). La « chance » intervient face au désarroi ressenti face à la machine « folle » du pénal, et « leur laisse croire que tout ce qui est ressenti comme une faveur est une chance, le pire étant évité » (*ibid.* : 245). Enfin le discours de la « complexité » permet à la fois de justifier les acteurs auxquels on fait face et qui ne nous sont pas favorables (« ils ne savent pas ce qu'ils font », ils ne me « connaissent » pas, ou ils ne « connaissent pas » la toxicomanie), tout en intériorisant ce que l'étiquetage dit des « toxicomanes », et de s'identifier à ce discours. D'où une grande difficulté pour la chercheuse : ce qui prévaut avant tout dans le discours des usagers de drogues, c'est semble-t-il souvent ce mélange entre *auto-justification* établie dans un rapport d'absence de responsabilité et *légitimation* accordée à l'institution qui accepte de les prendre en charge³. Les usagers que l'on rencontre ont fréquemment intériorisé la définition générique de ce que serait un « toxico » ou un « camé » dans la société contemporaine, et auquel personne, même eux, ne devrait être susceptible de faire confiance ou d'accorder crédit (aux deux sens du terme). Mais cette définition typifiée qu'ils conservent d'eux-mêmes, c'est précisément celle que l'addictologie devrait depuis bon nombre d'années avoir remise en cause, en combattant le préjugé de la déviance, pour faire valoir la « pathologie » – ou encore le mal-être de nombre d'individus dans une société de plus en plus « addictogène » (Couteron, 2012).

Or, si on peut imputer les préjugés encore existants à la lenteur de la mutation des représentations sociales, il semble également que la surdétermination des interactions qui régit les lieux de l'addictologie que nous observons est également à prendre en compte. Et notamment, quotidiennement, dans ce que *font* les professionnels du médico-social dans leurs pratiques et dans la manière dont ils considèrent les usagers – et dont ils les incitent

¹ Ce chapitre doit évidemment grande part de son inspiration théorique, notamment en ce qui concerne les notions de « style », de « face » et de « rôle », aux travaux d'Erving Goffman (1973, 1974).

² Le rapport à la chance est particulièrement intéressant en ce qu'il souligne une constante dans le comportement des personnes addictées (notamment au jeu) – voir à ce sujet les analyses de Marc Valleur (2001, 2009) sur « l'ordalie », à savoir la manière de défier l'ordre du monde, ou encore de se mettre à l'épreuve en espérant qu'une puissance transcendante intervienne en sa faveur.

³ L'expérience analogue faite sur le terrain de percevoir le discours des usagers, non pas comme un discours construit, hypocrite ou factice – mais comme un discours *tout-fait* (déjà répété, déjà vu, déjà peu crédible à leurs propres oreilles) – a en partie joué sur le fait de privilégier l'observation des interactions aux entretiens avec eux. Nous comprenons néanmoins qu'il n'existe pas pour eux d'alternative valable à la réhabilitation discursive de soi, dans un monde où « se rétablir » c'est répondre à une certaine « contrainte narrative » (Fernandez, 2010 : 177).

conséquemment à se considérer. Notre travail de recherche doit donc s'intéresser aux raisons ou intérêts qu'ont nos acteurs de terrain de faire ce qu'ils font. Car on postule qu'« il y a, dans ce que font les agents, une raison (au sens où on parle de raison d'une série) qu'il s'agit de trouver ; et qui permet de rendre raison, de transformer une série de conduites apparemment incohérente, arbitraire, en une série cohérente. » (Bourdieu, 1994 : 150).

Le paradoxe du CTR à cet égard c'est qu'il propose aux usagers de se constituer comme « sujets de leur rétablissement », et qu'il continue néanmoins à les rendre participants à l'objectivation médicale et psychoéducative d'une discipline dont une des fonctions est la transformation des comportements de cette population. C'est sans doute un paradoxe intrinsèque au rétablissement en santé mentale, tant qu'on considère – comme ceux qui le présentent comme une solution sans voir les contradictions – que le « métier moral des professionnels de la santé est donc celui de la prise en charge des finalités éthiques du rétablissement : rendre libre et autonome » (Quintin, 2016). On verra comment, au nom du projet institutionnel d'accompagnement et de soin de l'usager, on pratique tout un ensemble de mesures coercitives, de « transgression de l'intime » (Devresse, 2016 : 259), et de menaces de sanction qui font partie de l'expérience de l'usager – au même titre que l'espace d'expérimentation d'une nouvelle forme de liberté que ces centres peuvent néanmoins lui garantir. Dans ces conditions, on peut dire que l'institution CTR est génératrice d'une forme de *double-bind* (Bateson *et al.*, [1956]). Dans la mesure où, si à la demande de subjectivation, l'usager répond (par habitude, lassitude, ou erreur) par le fait de se prêter à l'objectivation, il est alors accusé d'être immature pour le dispositif, de ne pas être encore « prêt », d'être trop en demande, *etc.* Mais à chaque fois qu'il en fait « trop » dans la subjectivation, les professionnels de l'institution se chargent de le remettre à sa place, celui d'individu objectivé – qui ne tire sa possibilité d'être *sujet* que de l'institution qui le lui octroie.

La variation qui peut exister à cet égard dans l'établissement et la divulgation des règles qui régissent le fonctionnement d'une institution se trouve illustrée par la comparaison que nous comptons établir entre « les règles du jeu » propres à nos deux CTR. Cette comparaison ne servira pas tant, d'ailleurs, à illustrer une opposition entre ces centres en termes de « monde social » d'appartenance (Strauss, 1978) que leur positionnement différent dans ce monde social, ou leur manière propre de le faire évoluer en fonction des contraintes sociales extérieures. L'étude comparée de ces deux institutions – plus explicite dans ce chapitre que dans d'autres – sert en définitive à prouver que sur un plan général *les* CTR français fonctionnent selon un certain ensemble de règles, d'objectifs et de contradictions – que chacun de ces deux centres personnifie, à sa manière. L'intérêt d'aborder ce fonctionnement institutionnel sous l'angle des « règles du jeu » permet de « reconnaître le jeu et reconnaître les enjeux » qui se déroulent dans l'*illusio* propre au CTR (Bourdieu, 1994 : 151) – à savoir, ce que cette institution met en place comme jeu social entre soignants et soignés. Car de même que tous nos acteurs estiment que ce jeu mérite d'être joué – au sens où ses enjeux sont d'importance pour l'une et l'autre de nos parties – tout contrevenant aux règles remet en cause l'équilibre apparent de l'ordre institutionnel. « Chacun peut le constater, il suffit que l'adhésion au jeu soit suspendue pour faire surgir des questions sur « le sens de l'existence » qu'on ne se pose jamais quand on est pris au jeu, pris par le jeu » (Loquet, 2017 : §10).

Nous établirons dans un premier temps quelles sont les normes et les attentes tacites des règles institutionnelles de nos deux centres – qui prennent la forme de la soumission à un règlement dans un cas (TCHAT), et celle de l'engagement dans un contrat dans l'autre (Métanoïa). Après les avoir mis en parallèle par rapport à la dichotomie rigidité/souplesse, nous illustrerons par une étude de cas plus poussée sur le second centre de quelle manière se

voient formalisées et inculquées ces règles dont il faut avoir connaissance, mais aussi dont il est préférable de maîtriser les failles, si l'on veut traverser son séjour en CTR sans sanctions irrémédiables⁴. Puis, dans la seconde section de ce chapitre, nous appréhenderons l'ensemble des caractéristiques qui permettent de discerner ce que font les professionnels au sein de ces centres, pour mettre à l'épreuve la volonté de changement des usagers. Une mise à l'épreuve qui, semble-t-il, est constitutive de ce processus de transformation du moi dépendant en un moi « rétabli ».

*

I. « Les règles du jeu »

Les règles sont idiosyncrasiques. Si on veut étendre de manière cohérente la métaphore durkheimienne du corps social comme organisme constitué, on peut concevoir que l'idiosyncrasie ne s'applique pas uniquement aux corps individuels ou aux groupes ethniques, mais aussi aux institutions (Durkheim, [1893] 2007, [1912] 2008). Ainsi, on n'aura pas deux institutions régies par les mêmes règles. Cependant, comme on le verra plus bas, on peut toujours établir a minima la liste des règles sur lesquelles on ne peut théoriquement transiger – mais qui se voient respectées de manière très singulière d'une institution à une autre. À vrai dire, et compte tenu de la délégation d'une grande partie des soins en addictologie à des associations loi 1901, on pourrait dessiner une cartographie approximative des différentes philosophies institutionnelles en replaçant sur une carte géographique la présence et les rapports de force entre les diverses associations qui se partagent le secteur. Reste que, comme dans l'hôpital public plus globalement, « l'autonomie relative qui est accordée aux établissements, aux services, aux équipes et même à chaque professionnel, conduit finalement à une certaine singularisation des contextes de régulation » (Velprey, Vidal-Nacquet, 2018 : 15). Cette autonomie des établissements est due à une série de lois, depuis celles de 1975 actant la séparation du sanitaire et du médico-social jusqu'à la récente loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé (OTSS) du 24 juillet 2019, qui insistent tant sur l'uniformité d'action que sur la capacité décisionnaire des structures à mener leurs missions et leurs pratiques d'évaluation. Dans le cas des institutions en addictologie, leur autonomie relative s'explique aussi par leur histoire, et par le développement et le financement parallèle pendant des décennies de l'alcoologie et de l'intervention en toxicomanie (cf. préambule, schéma page 43). C'est à cette singularisation des associations prenant en charge le traitement des addictions que l'on désire s'attacher ici, en faisant valoir que la spécificité des règles d'une institution peut dépendre aussi bien de son histoire et de sa place dans le milieu de l'addictologie, que de sa dépendance à l'égard des politiques de santé publiques, et de l'influence de sa direction et de son chef de service au sein du centre et à l'extérieur. Mais aussi des rapports pacifiés ou des conflits des travailleurs avec la direction, des forces syndicales en présence ou inexistantes, des « précédents » en termes de transgression, d'accidents et de drames de la part des usagers, de la valeur que les professionnels attribuent à l'autonomie de ces derniers, de la peur qui peut être maintenue à leur égard, de la capacité de négociation des uns et des autres au sujet des règles en vigueur, etc.

⁴ Les sections I. C/ et D/ reprennent certains des développements d'un précédent article, et la distinction établie entre *indiscipline-incapacité* et *indiscipline-inadaptation* (Rochet, 2023).

Par ailleurs, au sein d'une même institution, on souhaite aussi analyser comment la gestion différentielle de la transgression, et les formes de sélection et d'auto-sélection progressive des usagers témoignent du fait que ces règles reflètent plutôt un modèle d'orientation qu'un schéma rigide d'application. Ce modèle présentant des virtualités directionnelles (Ottaviani, 2003) plutôt qu'un cadrage disciplinaire restreint nous semble par ailleurs à même d'illustrer, dans le domaine du médico-social, les évolutions en vigueur dans l'ordre post-disciplinaire pressenti par Castel (2011 [1981]).

*Encadré 2. 1_*

Organisation du résidentiel en addictologie au niveau législatif

Trois textes législatifs rendent compte du règlement officiel concernant les équipements CTR (mais ils concernent plus généralement le fonctionnement des CSAPA) :

- Le décret n°2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

- La circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

- Le décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions CSAPA (JO du 15 mai 2007) détaille les missions de ces établissements – qui spécifie uniquement concernant les centres en résidentiel : « Art. D. 3411-3. – *Les centres assurent soit des prestations ambulatoires, soit des prestations en hébergement individuel ou collectif, soit ces deux prestations.* »

Par ailleurs, le *Guide Pratique des soins résidentiels en collectif* est un ouvrage existant, édité en 2013, rédigé et fourni par la Fédération Addiction, avec le soutien de la Direction générale de la santé. Dans cet ouvrage, on trouve un historique des dispositifs de soin résidentiel depuis le XIX^e siècle jusqu'aux évolutions récentes ; le récapitulatif des dispositifs de soins résidentiels collectifs : CTR, CT, CAUT et un ensemble de fiches sur les pratiques en vigueur dans ces centres ; un récapitulatif des dispositifs de soins résidentiels individuels : AT, familles d'accueil et autres dispositifs. Mais il n'y a pas véritablement de charte officielle stipulant les règles qui devraient unifier les soins résidentiels (collectifs ou individuels).

Plutôt que de faire la liste des règles qui s'appliquent dans chacun des secteurs et des temps d'activité des différents CTR, nous avons fait le choix de considérer nos deux institutions à partir du *style* qu'elles définissent dans leur manière spécifique de légiférer et de faire respecter les règles. De manière grossière, nous pourrions dire que la première, le TCHAT, est plutôt de style légaliste : on entend y faire respecter les règles à la lettre. Alors que la seconde est plutôt de style permissif – ou du moins flexible : il y a certes des règles, mais il n'y a jamais un cas où la règle se verra appliquée strictement. Les deux modèles ont leurs avantages et leurs inconvénients au niveau de la dynamique organisationnelle de ces deux centres. Nous appréhenderons ici de manière plus phénoménologique ce que permet la rigidité ou la souplesse du rapport à la règle établie, pour ensuite appréhender comment ces règles se voient transmises, de manière brutale ou progressive aux résidents du centre.

I. A/ Ce que garantit la rigidité des règles – les exemples du TCHAT__

Pour préciser notre appréhension des règles institutionnelles, il faut ajouter que ce n'est pas en termes d'intérêt/de désintérêt qu'il est possible de les comprendre. Ce n'est pas que le centre TCHAT aurait plus intérêt à ce que les règles qui sont édictées en son sein soient respectées, par rapport au centre Métanoïa. Le rapport aux règles se définit plutôt en termes de logiques territoriales propres à chaque institution – et l'image que l'on doit employer pour en parler change donc nécessairement. Est-ce qu'une règle est une *limite* que l'on pose, et autour de laquelle les deux parties en présence viennent négocier leur territoire et leur conquête identitaire ? Ou est-ce qu'une règle est un *cadre*, plus ou moins souple, plus ou moins en pointillés, dans lequel on vient trouver des manières de composer, de « jouer le jeu des règles institutionnelles » ? Et où donc, parce que cette définition n'est pas rigide, elle ne peut pas non plus être strictement égalitaire (conséquemment, nous le verrons, les règles ne sont pas les mêmes pour tout le monde.

Au TCHAT, clairement, les règles servent à *poser une limite* – à mettre un frein aux usagers ou à se prémunir du « débordement » qui leur est souvent intrinsèquement accolé, comme « fai[sant] partie de leur problématique » selon les mots de l'équipe - c'est-à-dire comme étant part de leur pathologie, essentialisée comme caractéristique identitaire. Cette vision s'appuie en partie sur la socialisation longue de la majeure partie des professionnels dans une institution qui maintient une représentation psychanalytique de « la personnalité du toxicomane » (Bergeret, 1981) – dont il ne s'agit pas ici de discuter ou de mettre en cause la pertinence psychopathologique. Mais le regard historicisant des sciences sociales peut néanmoins mettre en lumière que ce type de représentation – dans la mesure où il tire les caractéristiques générales des individus présentant le même profil psychologique – est un « discours indissociable de la criminalisation des consommateurs de drogues » ou du moins d'une attitude répressive à leur égard (Kaminski, 1990 : 179). Si les professionnels d'orientation psychanalytique ont longtemps défendu l'intérêt d'un regroupement notionnel pour faire valoir à la fois la valeur psychopathologique commune à ces comportements, et la fonction présumée d'auto-guérison du « symptôme » que constituerait la toxicomanie (Rigaud, Jacquet, 1994 ; Saïet, 2016 : 57), leur point de vue a pu rencontrer, ou du moins se trouve désormais englobé par le point de vue répressif. Le discours généralisant sur « la Toxicomanie » (ou désormais « l'Addiction ») leur sert néanmoins d'appui, en nourrissant un flux d'affirmations contradictoires, pour maintenir leur cadre de pensée institutionnel et la perspective psychanalytique, à l'heure où les nouvelles orientations des politiques publiques semblent l'avoir drastiquement remise en cause, notamment suite à la controverse sur l'autisme (Borelle, 2016 ; Demailly, 2019). Ils continuent ainsi à affirmer la nécessité de tenir compte en priorité de « la personne » et de « sa singularité », en opposition aux traitements et aux préconisations toujours plus « standardisés » de l'addictologie contemporaine. Mais ils maintiennent de façon concomitante une préoccupation pour « la problématique toxicomaniaque », la réalité existentielle « des toxicomanes » – comme si chacun de ces individus ne pouvait avoir une interaction et une réaction propre à l'accompagnement qui lui est offert par la structure. La mise en valeur du signifiant « toxicomane » – qui je rappelle, continue à être présent dans l'acronyme de la structure (TCHAT : Traitement Complexe, Hébergement et

Accompagnement des Toxicomanes) les conduit à rejoindre paradoxalement aujourd'hui, dans leurs représentations et les moyens empruntés, certains postulats behavioristes – comme par exemple le fait que la nécessité et la contrainte sont nécessaires pour que l'individu déviant modifie son comportement (Miller, Flaherty, 2000). La sociologue Maria Caiata Zufferey, commentant la littérature américaine qui conforte l'idée que le caractère obligatoire (et sanctionnable si enfreint) de certains traitements est plus efficace pour maintenir la motivation que les traitements librement choisis, écrit ainsi :

Il s'agit ici d'un schéma de pensée très béhavioriste, sous-entendant que le comportement de l'individu est déterminé par les sanctions, positives ou négatives, qu'il reçoit. Plusieurs types d'intervention sur la marginalité répondent d'ailleurs à cette même logique. [...] Finalement, l'intervention formelle en mesure de produire la sortie d'un individu d'une situation problématique semble devoir inclure une caractéristique fondamentale : elle doit combler un double déficit chez la personne en mal d'intégration, à savoir un déficit de moyens nécessaires pour mener une vie conventionnelle (comme la santé physique ou mentale, l'argent, les relations, l'emploi, le logement, etc.) et un déficit de motivation à conduire une existence ordinaire. (Caiata Zufferey, 2006 : 28-29)

Il semble que ce soit au nom de ce double déficit (manque de moyens au sens de *capacités*, et manque de motivation) que les règles sont fixées au TCHAT, et doivent rester intangibles – au risque, disent les professionnels, de perturber les usagers, ou d'introduire des inégalités de traitements entre les plus capables et les moins capables. Tous les éléments de règlement se rapportant à « l'atelier cuisine » du lundi, et à la préparation des repas quotidiens, sont des éléments éloquentes pour illustrer ce rapport rigide à la règle établie :

Moment de courses, avec Jonas (résident) et Eva (psychothérapeute).

Nous nous rendons au supermarché le plus proche de la structure, à quelques minutes à pied. Jonas empoigne dès la sortie du CTR le caddie dévolu aux courses, visiblement habitué à ce geste. Dans la grande surface, il continue de traîner le caddie, alors que la professionnelle dégage une petite calculatrice verte et comptabilise à chaque fois le prix des produits sélectionnés par l'utilisateur, à partir de la liste de courses rédigée sur un papier pour préparer le déjeuner et le dîner. On me l'a déjà dit : il y a 43€ pour les deux repas du jour. Je demande pourquoi 43€, et Eva me répond que c'est un montant qui a été fixé, « depuis très longtemps » (elle semble elle aussi saisir le caractère un peu absurde de ce montant fixe qui paraît aléatoire). Et ce, indépendamment du nombre de résidents qui sont présents au CTR. *C'est la règle. Deux repas par jour, 43€.*

Eva arrête du coup Jonas à 41€, alors qu'il reste encore les yaourts et le fromage à acheter, en lui faisant remarquer qu'« on va déborder » la somme estimée. Lui est obligé de voir ses ambitions "à la baisse", et il choisit donc de retirer les tomates – qui constituent un ajout qu'il voulait faire dans la recette de bœuf bourguignon (même si, effectivement, Jonas n'a pas choisi le premier prix, et avait pris les tomates « les plus originales », les tomates Zimbra...). Les tomates n'étaient pas dans la liste ; il voulait, à la dernière minute, les rajouter dans la recette – comme « touche personnelle » avait-il dit. En sortant des caisses, Eva renforce le clou : « Heureusement que vous avez retiré les tomates, Jonas ; (Jonas.) - Oui mais moi, j'aurais voulu rajouter quelque chose à la recette classique ! ; (Eva.) - Mais au moins, comme ça, on est rentrés dans le budget, et puis ce sera la recette originelle. ; (Jonas.) - J'aime paaaas les recettes originelles ! »

Cdt 1 –TCHAT - mardi 25/05/21

L'originalité de Jonas – ou pourrait-on dire par néologisme dérivé de l'italien, sa

« propositivité »⁵ – se voit ici bridée, au nom du respect de la « recette originelle ». On peut comprendre d’une part que la planification doit primer sur l’inventivité ou les « envies spontanées » : ce qui est visé par la thérapeute c’est, à moyen terme, que Jonas cesse de se rapporter avant toute chose à ses envies compulsives (qui, comme dans le cas des tomates, se rapportent par ailleurs aux objets les plus inabordables). Mais ce qui nous semble plus caractéristique du rapport de l’équipe à la régularité instituée, c’est que le résident n’est arrêté dans ses élans que parce qu’on risque de passer le cap de la barre fatidique des 43€. Stipulés, aux dires de la professionnelle elle-même, sans qu’on sache très bien sur quel calcul ce montant s’est établi ; et en tous les cas, depuis un temps suffisamment lointain pour n’être plus le reflet du coût de la vie au moment où ces courses s’effectuent. Le recours à l’aléatoire de la règle établie semble être le seul moyen, à ce moment précis, pour la professionnelle, de faire faire marche arrière à l’usager par rapport à son attitude de consommateur compulsif. Faire en sorte que les résidents soient capables de « se donner un budget » est conséquemment l’un des objectifs principaux dont se chargent les assistantes sociales au TCHAT – un objectif dont les « courses », et le comportement de l’usager pendant celles-ci (sous le regard professionnel et calculette à l’appui), leur semble être une mise à l’épreuve suffisante.

De retour au centre, Jonas se met en cuisine, pour préparer le repas du midi. Yohann, un peu nonchalamment, traîne dans la cuisine, visiblement en train de se faire chauffer de l’eau pour un café⁶. Jonas l’expulse avec un ton assez brutal, en disant qu’après « il va avoir des problèmes ». Il répète à haute voix la règle – que j’ai moi aussi entendue à mon arrivée : « *C’est un-patient-un-thérapeute en cuisine ! Un patient et un thérapeute !* » Il m’explique – ne m’ayant pas, pour ma part, renvoyée de la cuisine :

Jonas – Ici ça dépend des thérapeutes, y a des gens qui vont vous dire B, y a des gens qui vont vous dire C, ou des gens qui vont vous dire A. Après, moi je suis dans le non-jugement...

[Je lui demande pourquoi ça ne marche plus, le fait que ça soit deux patients qui fassent ensemble la cuisine... il me dit que c’est un interdit qui existe depuis un moment, et justifie ainsi son renvoi de Yohann de la cuisine]

Jonas – Parce que si Capucine [une des éducatrices], elle vient, et qu’on est deux thérapeutes en cuisine (sic), c’est moi qui vais me prendre la réflexion... !

[Je lui fais remarquer, amusée, son lapsus, et nous en rions ensemble.]

Jonas – Je peux vous dire un truc franc ? J’aime bien parce qu’avec vous on peut être sincère. On est pas obligé d’être faux-cul comme avec les éducateurs parfois.⁷

⁵ La *propositività* est en italien le fait d’être « propositivo », c’est-à-dire le fait d’avoir des propositions positives et intéressantes – on le traduit souvent par le fait d’être « constructif » en français. Mais je vois l’intérêt de garder cet hapax ici, pour laisser entendre la dimension proactive de l’adjectif italien, en outre de l’attitude « positive » face à l’adversité du monde que le terme laisse entendre.

⁶ Point non-négligeable sur le café – qui comme les cigarettes, est constamment objet de négociation et de dispute au sein des centres. Dans tous les centres en résidentiel que j’ai observés, les usagers disposent d’un percolateur ou de grandes carafes, destinées à contenir des quantités abondantes de café-filtre. Leur rapport au café est ensuite souvent sujet à commentaire, ou à restrictions (après une certaine heure, on n’a plus le droit de faire du café, on retire les carafes, etc.). Dans tous les centres que j’ai fréquentés (à l’exception notable de l’hôpital M., où infirmiers et médecins sont aussi « addicts » au café-filtre du percolateur que les usagers de passage) – les professionnels disposent d’une machine à café avec capsules dans leur espace privé de travail. L’accès au « bon » café est ainsi réservé aux professionnels, et explique la perplexité des équipes lors des moments où je me servais une tasse du café-filtre des résidents – qui se mutait alors souvent dans un geste cherchant à intégrer l’ethnographe du côté de l’équipe soignante : « Non, tiens, prends une de mes capsules si tu veux ; celui-ci est quand même *bien meilleur*. »

⁷ Cette interaction, qui paraît témoigner du fait que Jonas me considère comme son alliée contre les professionnels de l’institution, est néanmoins à relativiser : je crois qu’en effet il est sans doute probable que pour Jonas, ma

Il semble important de faire remarquer que les usagers ne sont pas dupes de l'arbitraire sur lequel repose la rigidité des règles, ni de la manière dont les professionnels divergent entre eux sur leur manière de l'appliquer. Ils témoignent par-là de leur rapport d'anticipation, et d'une *demi-conformation* à l'ordre institué – par rapport auquel il faut « jouer le jeu », bien qu'on soit tous conscients de l'arbitraire de la règle. Comme on le voit ici, le fait de partager cette conscience de pouvoir se décaler par rapport à la règle inculquée crée un espace de connivence possible avec le résident : « on peut être sincère », on peut arrêter de jouer un jeu dans lequel on ne croit qu'à moitié, ou encore on peut arrêter d'avoir un masque (voir plus loin en II. C).

Mais cela signifie aussi que certaines personnes (dont l'ethnographe) ont le droit d'enfreindre certaines règles – alors que d'autres, les patients, sont la plupart du temps obligés de s'y tenir s'ils veulent ne pas risquer d'être sanctionnés...

Cette absence de souplesse dans le rapport aux règles n'est pas simplement un fait établi dans l'institution, un arbitraire qui repose sur une trop forte inertie institutionnelle, et pour lequel il y aurait un trop grand effort à fournir pour pouvoir en changer (comme à l'intérieur de l'hôpital public – Vallat, Bertezene, 2018). Il semble bien que la fixité fasse partie d'un processus dynamique, où l'institution et ses membres sont tentés de répondre à une situation problématique par plus de dureté. La rigidification est institutionnalisée comme réponse aux situations d'exception. En témoignent divers extraits de réunion institutionnelle, dont je choisirai ici uniquement un extrait, sans doute le plus marquant (mais leur nombre est important dans mes carnets) :

[Réunion institutionnelle du mardi où les professionnels sont censés discuter de l'évolution possible des ateliers. Ils sont invités par le chef de service à décrire les points positifs et négatifs, et à proposer des améliorations. Maxime Leprince se montre très procédural dans sa présentation des objectifs de cette réunion : « On décrit l'actuel, on annonce ce qu'on voudrait, on annonce les moyens pour y arriver. » On arrive à l'atelier-cuisine. Anne (ES), en charge de l'atelier, décrit laconiquement son fonctionnement actuel : « Il y a la réunion le lundi à 13h30, avec un planning qui est fait – où on inscrit les patients selon les jours de la semaine, en fonction des rendez-vous qu'ils ont déjà à l'extérieur. Pour les courses et la cuisine après, c'est : un patient-un thérapeute.]

Grégory (ES) – ...est-ce qu'on le garde ça ? Parce qu'il y a encore un an et demi, c'était deux patients...

Eva – Mais parce que ça avait déjà glissé dans un type de fonctionnement où ils alternaient un le midi, un le soir, ou un à la cuisine un à la vaisselle...

Grégory – Oui, mais on peut se reposer la question, maintenant que c'est l'objet de la réunion.

Eduardo (psycho) – Ils *préfèrent* être seuls. C'est clair, on peut les comprendre...

Anne – Bon. Après, l'idée de cet atelier, c'est de ne pas manger comme dans une baraque à frites...

Elle réexplique les principes de cet atelier qu'elle a créé ou contribué à créer : le menu du midi est prévu en fonction du menu du soir, et un peu en fonction de ce qui a déjà été établi sur la semaine... On ne refait pas des croque-monsieur le jeudi midi, si on a déjà mangé des hamburgers le mardi ou le mercredi soir par exemple – il faut que ce soit « équilibré ». [On remarquera que la proposition faite par Grégory, de repenser possiblement le binôme

présence auprès de lui en cuisine à ce moment-là était possible, parce qu'il *me rangeait du côté des thérapeutes*. Littéralement pour lui, on pouvait ainsi être 1 patient et 1 thérapeute, ensemble dans la cuisine. L'interaction eue avec lui deux semaines plus tard – et retranscrite plus haut (chapitre 1 ; II. D/ 2) le confirme, et montre aussi les problèmes de ma position, dès que je me dissociais de l'écoute et de l'aide concrète attendues d'une professionnelle.

travaillant en cuisine, est complètement passée à la trappe.]

Lorsqu'on évoque le fait que les patients parfois, aient envie de changer le menu à la dernière minute, Anne décrète sèchement : « La règle c'est : *on change pas*. On change pas ».

On voit déjà ici comment par deux fois, sur la question du binôme de cuisiniers et sur la question du changement de menu, la peur du changement fait place à un escamotage de la proposition de modifier quelque chose à la règle, ou alors à un rappel rigide à son existence. La contradiction même qui est mise en jeu ici (la règle n'est pas toujours « on ne change pas la règle », puisque précisément, pour ce qui concerne le binôme d'usagers qui devaient faire « ensemble » la cuisine, les professionnels l'ont changée) est de fait résorbée au nom de la praticité et commodité du travail (c'est plus simple si on ne change pas). Mais elle est mise sur le compte de la « préférence » des usagers, au moins de la part du psychologue Eduardo – qui clôt ainsi le débat par une attribution de pensée aux résidents, passablement infondée au demeurant (les professionnels font en sorte de séparer le plus possible les résidents, et certains d'entre eux affirment ensuite que c'est ce que « préfèrent » les résidents...). Par ailleurs, cette justification se fait au nom du « bien des patients », comme si c'était par empathie pour leur sort individuel que l'attribution de cette préférence se faisait. Alors que la visée réelle – empêcher toute alliance entre patients – peut dès lors se légitimer discrètement sur la manière essentialiste dont vient être considérée la déviance émotionnelle et sociale. « Ils *préfèrent être seuls*, et on peut les comprendre », aux dires du psychologue, c'est ainsi sous-entendre qu'ils ne savent pas se comporter entre eux, qu'ils n'ont pas les codes d'êtres civilisés.

[Quelques minutes plus tard, la question du budget de 43€ revient sur la table, cette fois-ci de la part d'Eva – qui dit que c'est frustrant, pour eux professionnels, d'avoir à « couper » l'usager dans son élan, lorsque peut-être avec quelques euros de plus...]

Grégory *[qui profite de l'occasion pour tenter lui aussi sa chance]* – On pourrait avoir la possibilité qu'un patient aille faire les courses seul... ? Parce que je réfléchis un peu, ce côté assisté quand ils passent sur les achats, après, c'est dur... Quand quelqu'un est vraiment autonome, est-ce qu'on pourrait pas lui filer 43 €, et lui dire « allez-y... » [c'est-à-dire : faites-le tout seul]

À ce moment, paradigmatique des réunions d'équipe du TCHAT, le chef de service propose alors une série de « solutions » - qui aux yeux de l'observatrice extérieure, semblent davantage être une façon de faire machine arrière, de régresser sur certaines conventions et règles établies, pour leur substituer des alternatives plus « commodes », qui génèrent moins de problèmes. Maxime Leprince dit ainsi que « sinon », on pourrait tout à fait aussi envisager de faire venir un traiteur, avec un mode de livraison qui permettrait de « liquider la question » selon lui. Pour le chef de service, la question de cet atelier est reposée de manière pragmatique : soit il ne « sert plus à rien », et dans ce cas-là autant ne pas compliquer outre mesure la situation. Soit il sert encore, si « on pose quelque chose comme une dimension socio-éducative. » ...Ces paroles permettent au psychologue, Eduardo, de s'infiltrer de nouveau dans un débat sur les mots employés – il ne cautionne pas cette appellation de « socio-éducative », qui lui renvoie l'image d'une institution de redressement, d'éducation spécialisée. Il propose alors tout un *laïus* sur la liberté et « l'autonomie » « pour employer les termes à la mode » précise-t-il, pour dire que dans cette proposition que les usagers cuisinent, « il y a recherche d'autonomie tout en étant avec l'autre » - c'est-à-dire sous le regard du professionnel.⁸

⁸ Pour interpréter cet extrait précis du journal de terrain, je tente une analyse selon trois axes thématiques que je développerai dans l'extrait ci-dessous :

Eduardo – Le patient il va acheter la nourriture pour le collectif, il prépare à manger pour les autres, et ça lui donne un petit savoir-faire à utilité sociale. Alors que, l'autre option [le fait de le laisser sortir seul faire les courses] c'est l'inviter à la transgression.

Les professionnels s'agitent à ces mots, commençant à rappeler des moments où les courses avaient été détournées par un patient pour faire entrer de l'alcool dans l'institution. Monsieur Leprince s'insurge alors :

M. Leprince – *Je comprends pas là, c'est pas déjà fait ?* Ce système de gradation où c'est en fonction des gens que l'on se pose à l'entrée et que le patient fait ses courses et que l'on vérifie ensemble ?

Grégory, dans une tentative de négociation sur sa proposition, suggère « l'option du petit banc », à l'entrée du supermarché. Le professionnel et l'usager vont ensemble jusqu'au supermarché, mais l'usager fait les courses seuls, et le professionnel l'attend dehors. L'autonomie est maintenue, la transgression est limitée.

Eduardo – Ça, oui ! Mais il faut y être... [et donc ça ne résout pas le problème qui était de devoir employer un professionnel à chaque fois pour les courses, qui devait laisser son autre collègue « seul.e »]

M. Leprince – Moi ça m'étonne [que vous l'ayez pas fait avant]. *Peut-être que vous vous autorisez pas parce que je vous en ai pas parlé...* Parce que sinon ça finit qu'on a un porteur quoi !

Alors, maintenant, est-ce que c'est des choses qu'il faut stipuler dans notre projet de service, ou on se laisse de la latitude... ? Qu'est-ce qu'ils en disent, les patients ?

Eduardo – **Ah, moi je pense que ça convoque beaucoup de discours...**

Eva exprime sa peur, sur cette option de l'autonomie nouvelle que l'équipe leur donnerait, « qu'on prenne pas les bons ingrédients, les bonnes quantités... »

Grégory – Pareil : on voit qu'on est de plus en plus serrés au niveau *timing*. Est-ce que si on faisait les courses tous les deux jours... ?

Celia (IDE) dit qu'il y aura des « logiques de jalousie, après, parce que l'un sera sorti et pas l'autre... »

M. Leprince – Moi je suis d'accord avec toi [Grégory], sur la dimension chronophage du truc... ça demanderait à être optimisé... *La question, c'est, qu'est-ce que vous voulez ? Parce que moi, je peux choisir ce qu'on veut, vous serez peut-être pas d'accord, ha ha ha...*

Grégory raconte comment se sont passées les dernières courses avec Jonas...

Eva – Enfin, ils viendront toujours se saisir de quelque chose pour avoir de quoi [se plaindre ; s'accrocher à l'autre]...

Nadine – Est-ce qu'il faut qu'on leur apprenne à vivre ensemble, ou à avoir une individuation ?

Cdt 1 – TCHAT – 15/06/21

Nous souhaitons développer les trois fils problématiques qui semblent se mêler dans cet extrait de réunion institutionnelle.

Tout d'abord, la confusion de l'équipe sur ses « missions », et sur la manière de les mettre en place par rapport aux usagers. Tout pourrait se résumer à la dernière intervention de Nadine, assistante sociale. Les hésitations des professionnels résident dans le fait qu'ils ne savent pas s'ils doivent privilégier le travail de progression individuelle des usagers dont ils

- [souligné] les ambivalences de l'équipe quant à la thématique de l'autonomie des usagers ;

- [en italique] les ambivalences du chef de service vis-à-vis de l'autonomie des professionnels ;

- [en gras] la mise en abyme des règles institutionnelles à laquelle conduit la discussion sur l'autonomie des usagers : un redoublement de la contrainte.

ont la charge, ou promouvoir avant tout ce que j'appellerais ici un « dispositif de vivre ensemble »⁹. C'est en tous cas de la sorte qu'ils le formalisent, en fin de compte, en choisissant fréquemment cette visée de leur « apprendre à vivre ensemble » uniformément, dans un environnement contraint qui ne ressemble en rien aux conditions sociales ordinaires auxquels la majeure partie des usagers sont habitués¹⁰. Pour la mise en place de cet objectif, il faut en effet un ensemble de « règles communes », dont ils semblent ne pouvoir se distancier qu'avec une immense difficulté – notamment parce qu'ils passent leur temps à se rappeler des cas où les usagers ont dérogé à la règle, ou à envisager par avance les cas où ils pourraient le faire... Je souligne d'un trait dans l'extrait de terrain tous les passages où il est question de ce curieux équilibre à trouver entre le fait de favoriser l'autonomie du patient et où la tension se fait forte néanmoins de vouloir conserver une position d'autorité, d'instance de contrôle de la potentielle « erreur » ou transgression de l'utilisateur¹¹.

D'autre part, le constat marquant dans cette institution (mais qui reflète sans doute le fonctionnement-type d'un certain nombre d'équipes du médico-social), c'est que les professionnels de terrain *demandent* à leur supérieur hiérarchique de leur donner une réponse et de fournir des solutions, par rapport à cet équilibre entre mission de responsabilisation des usagers et mission de contrôle du respect des règles. La demande de Nadine est clairement adressée à monsieur Leprince. Et l'espace de discussion collective des règles du lieu se transforme sensiblement en un espace de réclamation – de la part des professionnels, à continuer à agir comme ils l'entendent sur l'espace de leur juridiction, tout en ayant eu la « caution » de leur chef de service. Pour reprendre les paroles d'Eduardo, « il y a autonomie tout en étant avec l'autre ». Il y a de fait une mise en scène de la remise en cause des règles institutionnelles, mais il semblerait qu'en vérité, les professionnels soient avant tout désireux de maintenir leur complète autonomie professionnelle sur la manière dont ils « gèrent » les résidents au sein du CTR. Ils s'assurent ainsi du maintien des règles coutumières, en demandant la caution de leur supérieur. De l'autre côté, le chef de service semble vouloir maintenir l'illusion qu'en étant sous son regard (ou qu'en établissant des règles écrites dans le projet de service), les professionnels se comporteront comme ils l'ont formulé ensemble en équipe.

La position de M. Leprince est à cet égard très paradoxale – et je pense que ma présence contribuait en partie à ce qu'il l'exagère de façon aussi caricaturale. Il fait alterner un visage conciliant – où il semble se mettre à la disposition totale des professionnels et opter pour la logique du cas par cas – et un visage beaucoup plus dur, quasi-despotique, où il veut une règle unique – pour « simplifier » les problèmes. Les cas où il fait marche arrière sur des fonctionnements déjà en place au sein du centre sont éloquentes de ce second pan de sa

⁹ La visée et les modalités de ce dispositif seront précisées dans le chapitre 7.

¹⁰ On pourrait m'objecter que certains usagers doivent être au contraire « habitués » à ce type de contrainte de la vie en collectif, notamment celles et ceux qui ont passé une partie de leur vie en foyer ou en CHRS. Mais dans ce cas, cette continuité dans un type de résidence avec parties privées et parties communes, sous contrôle institutionnel, chronicise les personnes qui viennent en soins en addictologie dans un type d'accompagnement où il est peu probable que l'objectif souhaité – le fait de « s'en sortir » grâce à l'autonomisation – soit atteint.

¹¹ Un autre point saillant (qui se verra développé dans une sous-section du chapitre 6) des inégalités de traitement entre professionnels émerge ici : le discours des professionnelles femmes semble non pris en compte par rapport à celui de leur collègue masculin – en ce qui concerne le contenu et les solutions à apporter aux débats. Les remarques de Eva et Celia paraissent de fait éludées. Mais je pense qu'en vérité elles nourrissent beaucoup plus que ce que l'on croit le « fond » du discours, qui se tisse d'une ambiance mi-maternante mi-paranoïaque envers les patients (auxquels on veut faire « plaisir », tout en évitant de faire des « jaloux », etc.). Elles expriment les « peurs » diffuses de l'équipe, auquel le chef de service, père symbolique du CTR, se met dans le rôle de trouver une solution.

personnalité affichée. Quand il semble perdre patience, il finit souvent par vouloir décréter une unique règle, ou à demander de manière ironique aux professionnels de dire rapidement ce qu'ils veulent, parce que sinon il décidera en dépit de leur avis (et « *vous serez peut-être pas d'accord...* »). Mais dans les moments où il semble par ailleurs aller dans leur sens, celui d'une gestion au cas par cas des situations d'autonomisation et de transgression, il se conduit comme s'il leur faisait le reproche d'être trop incertains encore sur leurs prérogatives professionnelles (« *Peut-être que vous vous autorisez pas...* »), ou trop laxistes (en s'étonnant du fait qu'ils ne contrôlent pas le cabas au retour des courses).

Ce troisième élément constitue une mise en abyme du rapport aux règles institutionnelles – que nous choisissons d'insérer en gras dans l'extrait observé. La question qu'il vient poser (en gras et italique) par rapport au fait qu'il faille inscrire ou non ces nouvelles règles dont ils débattent est doublement retorse : d'une part, elle place les professionnels face à une nouvelle rigidité hiérarchique que l'enjeu de cette réunion ne semblait pas requérir ; de l'autre elle illustre bien l'hypocrisie de l'autonomie apparemment concédée aux usagers. Maxime Leprince veut de nouvelles règles – qui peuvent être identiques aux anciennes par ailleurs, mais qui doivent être reformulées et inscrites : ainsi, il pourra s'assurer du fait que les professionnels les connaîtront et devront les respecter (plus de *distinguo* entre collègues au nom de leur « expérience » ou de leur philosophie). Il *répond* à la demande faite par les professionnels : il vous faut des règles plus strictes si ça peut rassurer tout le monde ? Vous aurez des règles plus strictes – mais il faudra aussi que vous les respectiez. Et il demande paradoxalement « *ce qu'en disent les patients* » (au nom de la « participation » des usagers engagée dans les nouvelles circulaires) ; alors qu'il sait très bien que cette question, esquivée d'ailleurs directement par Eduardo, n'intéresse pas vraiment son équipe. La contractualisation qui est exigée de fait des résidents, paraît ici redoublée, mise au carré : pour mettre en place une autonomie réelle (qu'elle soit personnelle, ou qu'elle concerne une équipe de professionnels), il faut une discipline claire, et des règles précises. Le cadre dans lequel l'autonomie peut exister est l'objectif du cadre à maintenir ; ou encore le prix à gagner d'une épreuve où l'on s'est plié aux règles du jeu : il faut obéir aux règles. L'hétéronomie est l'unique condition de réalisation de l'autonomie.

Une autre conclusion importante sur laquelle il faudrait encore développer est que la modification des règles au TCHAT semble généralement entraîner une reprise, ou encore ce qu'ils appellent un « recadrage ». C'est-à-dire une spécification ou une simplification des règles, qui les rend encore plus strictes.

C'est de fait, malgré de « bonnes intentions », dans un même rapport aux professionnels que le second chef de service – qu'on appellera Vincent Ménard –, pensera « jeter un coup de pied dans la fourmilière » du fonctionnement du CTR ; alors qu'il semblera malheureusement contribuer lui aussi à rigidifier ses logiques d'organisation. Car pour ce qui est des règles et du règlement interne, il poursuit les ambitions de son prédécesseur, et se fait d'autant plus apprécié par les professionnels, qu'il est en mesure de remodeler rapidement les règles dans le sens d'un durcissement – ou de ce qu'il appelle un « ajustement » :

Mardi, jour de réunion institutionnelle. Je discute avec le nouveau chef de service avant le début de la réunion :

Vincent Mesnard – ...J'ai aussi revu le règlement de fonctionnement... parce qu'on a eu un patient qui est venu bien bien taper dans les limites – *du coup, il a fallu ajuster... préciser 2-3 bricoles. Les sorties notamment, parce que lui, il a bien travaillé la question. Parce que ce monsieur il a eu...* Je pense qu'en deux mois, il a eu le temps de distordre toutes les règles de fonctionnement.

S.R. – Il est encore là ?

Vincent Mesnard – Non... Disons qu'il avait « collectionné » quelques bouteilles... Mais bon, disons que ça a permis *qu'on retravaille quelques règles, pour plus de cohérence...*

Cdt 1 – TCHAT – 12/04/2022

Au TCHAT, il semblerait que la transgression des règles institutionnelles n'a qu'une possible conséquence et une issue possible : la crispation des professionnels et le besoin ressenti d'un « recadrage », c'est-à-dire d'une sanction qui – si les règles instituées étaient jusqu'à présent demeurées tacites (ou avaient été malencontreusement « oubliées ») – les rappelle fortement au présent. La transgression (et la peur de celle-ci) semble ainsi parfois pousser l'équipe vers un formalisme de plus en plus rigide concernant les règles du centre.

I. B/ Ce que permet la souplesse des règles (ou plutôt les « exceptions à la règle ») – les exemples de Métanoïa

À Métanoïa, à l'inverse de la limite à ne pas franchir qu'elles représentent dans le centre précédent, les règles s'apparentent davantage à un espace de performance d'un « jeu », un cadre collectif, dans lequel l'autorégulation est la règle tacite – et où l'on se voit accompagné à respecter ce cadre commun ou, à défaut, à être amendé en s'en voyant exclu. Il me semblait important, comme dans la focale portée sur le TCHAT, de partir d'une réunion institutionnelle – lieu d'explicitation et de réélaboration des règles du centre par les professionnels – pour observer ce qu'il se dit, et comment sont négociées les règles en vigueur.

Dans le cas de Métanoïa, j'ai choisi une séquence particulière où Delphine, la directrice de transition que j'ai pu observer pendant mon séjour, opérait une première passation symbolique de ses fonctions à la future directrice, qui venait d'être embauchée à Métanoïa. Ce moment a lieu quelques semaines après la fin de mon terrain ethnographique continu dans le centre – lorsque je prends la décision (en accord avec la cheffe de service) de continuer à venir au centre, mais désormais uniquement sur les temps de réunion clinique et institutionnelle. La directrice de transition met en forme cette délégation de ses fonctions dans une réunion institutionnelle du jeudi après-midi, où elle se fait la porte-parole des valeurs de l'association-mère de Métanoïa, et prend à cœur de réexpliquer, pour la nouvelle arrivante et pour rappel pour l'équipe, ce qu'est la *coopération* – une des notions-phare du travail entrepris à Métanoïa.

Elle dit vouloir repartir de ce qui a pu être vécu par l'équipe durant les « quinze derniers jours », non pas pour établir des causes et des torts, mais pour ressaisir ce moment, « qui doit servir à clarifier *comment on vit le règlement, comment on recadre et comment on se sépare des personnes.* » (je souligne). La réunion thématique – présentation de la coopération comme un des grands thèmes de réflexion théorique à Métanoïa – est en ce sens une occasion, un bon prétexte. Elle doit surtout servir à mettre au clair entre les membres de l'équipes les règles de contrôle et de sanction sur les usagers dans les cas de transgression, et surtout, les émotions qu'ils et elles ressentent eu égard à ces règles (« comment on vit le règlement »). On peut ainsi se demander d'emblée si cette réunion ouvrira un espace d'expression possible des émotions de l'équipe – en constituant une forme de valve de régulation. Ou bien si cet espace

conditionnera, par les moyens mis en œuvre par la direction, un travail sur le bon rapport émotionnel à entretenir par rapport au règlement et aux sanctions qu'il prévoit.

Delphine lance la réunion en posant, à partir d'un Powerpoint sur la gouvernance partagée et la coopération, deux questions à la cantonade à l'équipe, sous la forme d'une sorte de *brainstorming* : « La coopération, pour vous, c'est : ... » ; et « La coopération, pour vous, ce n'est pas... ». Après lesquelles, les réponses sont assez diversifiées, pour suggérer une définition plutôt souple de la notion.

Cdt 2 – Métanoïa – 14/10/21

Ce débat entre professionnels sur la coopération, de manière à en reposer les grands principes, mais de manière « participative » en impliquant les membres de l'équipe et en les engageant à s'exprimer produit deux effets : d'une part, il sert indirectement à amener les professionnels à envisager la fidélité institutionnelle et la non-remise en question d'une hiérarchie souple, de ce qui se voit appelé un « *leadership* » plutôt qu'une direction – qui dit épouser les intérêts du collectif, mais permet que les choses « aillent parfois plus vite. » D'autre part, il permet concrètement à Delphine d'avancer, *via* la nébuleuse de mots-clefs qui entourent cette notion, jusqu'au point concret qui concerne « les manières *dont on prend une décision* concernant la fin de séjour. » Un point que Delphine a sûrement en tête quand elle commence la réunion (et qu'elle évoque « ce qu'on a expérimenté durant les quinze derniers jours »), et qui constitue à mon sens dès le départ le point auquel elle veut arriver.

Elle demande alors à l'équipe d'essayer de lister comment les choses se passent habituellement, quand « on a la situation de quelqu'un qui déborde le cadre ». Ou plus précisément : « Qui, comment, et où ça se passe ? »

Sur sa suggestion, l'équipe part d'un exemple somme toute courant (et non seulement parce que les quinze jours précédents l'ont illustré) : « quelqu'un qui fume des joints dans un espace collectif » : dans ce type de cas, qui remonte l'information, comment et à qui ? – demande Delphine, qui commente dans le même temps : « Aujourd'hui, il n'y a pas de décision prise uniquement par l'équipe éducative. On est encore dans de la remontée d'informations. »

En développant le « qui ? », l'équipe concorde sur le fait que cela concerne toute personne en contact avec le résident qui a transgressé. Sur la question « comment ? », les professionnels répondent que la plupart du temps, cela se fait à l'écrit, dans le classeur de la vie quotidienne, ou directement à la direction, ou encore par mail ou téléphone, en fonction du moment où cette transgression est surprise. À ce moment précis, la directrice semble vouloir les pousser dans l'argumentation :

Delphine – Vous allez jusqu'où dans cette information ? Il se passe quoi ?

Coralie (ES) – Bah, ça dépend... [Le témoin va sûrement reprendre en direct argumente-t-elle ; sinon il y a d'autres cas, où l'information a été rapportée par un autre pro ; ou l'information a été rapportée par un usager...]

Delphine – Mais qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné, il y a une demande de recadrage, *parce que c'est quand même ça qui se passe...*

Albin – Bah, c'est l'impact sur le groupe... Il y a cette idée de protéger le collectif de la répétition aussi...

Marion Felsheim (cheffe de service) - ...Sur le groupe-actant et sur le groupe-équipe, j'ai envie de dire. [...] Dans le cas de Thibaud, Samantha m'avait eu au téléphone, fallait vite prendre une décision...

Samantha – Bah, dans ce cas, c'était difficile pour moi... Je trouve que c'est toujours concrètement difficile.

Charlène – *Ça dépend des situations, il y a des fois où il y a pas à délibérer trois heures...*

Delphine – Donc, il y a des fois où l'info arrive directement auprès de la direction et ça acte une fin de séjour. À présent, il y a des situations où vous passez directement à des actes ? Et où la direction ne fait en quelque sorte que valider la fin de séjour ? [des situations où elle sous-entend que la décision serait en quelque sorte prise par les opérationnels.]

Samantha – La décision [concernant Thibaud] était pas facile pour Charlène et moi parce qu'on se disait que c'était dur pour lui, psychotique, d'être aux urgences pendant des heures...

Delphine – Il y a des situations qui sont plus compliquées... prenons le cas de Jérôme.

[Albin réargumente sur le fait qu'il y a quelque chose de compliqué et de bizarre à l'avoir fait rester... « il y aurait pu y avoir un consensus... »]

Delphine [coupant court] – Là, ça a amené à une concertation où les avis étaient divergents. Pour le cas de Jérôme, c'est Marion qui vient concerter divers avis... On est moins dans l'urgence à ce moment-là. Moi, ce qui m'intéresse de mon côté, c'est le processus organisationnel.

Nouvelle directrice (censée prendre ses fonctions en janvier) – C'est quoi la règle ?

Marion – Il y a pas de règle *stricto sensu*... C'est du cas par cas...¹²

[Coralie énonce le règlement général des CTR – normalement il y a fin de séjour en cas de violences et conso... Laurine, stagiaire en psychologie, rétorque qu'elle n'est pas appliquée... Olivia, secrétaire, sourit, et ajoute : « Ça peut être des règles, mais pas respectées... »]

Delphine intervient alors en disant : « C'est gentil d'écrire des règles... mais il n'y a que des exceptions à des règles *stricto sensu*. Vous analysez les informations dont vous disposez et vous vous concertez, pour savoir si ça mérite un recadrage... et vous décidez par rapport à cela.

Coralie – Oui mais il y a des fois où la règle a été tellement attaquée que la décision ne peut pas prendre immédiatement...

Albin – Après, sur l'urgence, cette notion de besoin c'est par exemple sur les weekends où on a besoin d'une réaction rapide, où faut pas que ça tarde trop...

Delphine – Et d'une réaction hiérarchique !

Samantha – Oui, en tout cas c'est comme ça que moi je l'entends...

Delphine – Finalement, il y a quelque chose du processus qui est impensé. Vous ne séquencez pas et du coup, n'arrivez pas à vous départager entre les différents éléments que l'on a... Parce que si la direction sert d'instance de décision, je vous dis « Voilà ma décision – ici et maintenant », alors le lendemain, on devrait déjà être sur les conséquences. Or, la décision, elle n'est pas entendue. [...]

J'assume même ce matin-là la décision hiérarchique. Vous êtes tout à fait libres de contester une décision... Mais il y a pas un seul endroit où on a les informations nécessaires et suffisantes.

[Elle dit notamment que dans les informations qui remontaient, même de la part de Fabienne qui était contre la présence de Jérémie, celle-ci lui avait dit par exemple « Non, personne ne les suit de toutes façons (les règles sur la non-consommation), et il ira pas le dire... »]

Différents points peuvent ici être mis en exergue. Premièrement, le discours de la directrice de transition vise à clarifier les processus organisationnels, en matière des règles tacites de fonctionnement dans l'institution pour ce qui concerne la transgression du cadre. Elle pointe le fait que les professionnels sont souvent dans une « demande de recadrage » de la part de leurs supérieurs hiérarchiques, comme s'ils ne pouvaient pas eux-mêmes trancher

¹² Il me semble important de souligner qu'à cet endroit, Marion répond qu'il n'y a pas de règle, parce que sinon il serait inenvisageable de raconter cette histoire-là du point de vue d'un manquement à la règle...qui n'a pas entraîné de sanction ! (comme on le verra dans la section D.)

sur la sanction à effectuer par rapport à l'utilisateur qui a transgressé les règles. Or, dit-elle, la direction ne peut être une instance de délibération – d'une part si elle ne dispose pas de toutes les remontées d'informations suffisantes et nécessaires pour acter de la décision à prendre ; d'autre part, si les avis sont contradictoires au sein de l'équipe, elle constate que la décision qu'elle prend (faire rester ou faire partir l'utilisateur) est critiquée, et nuit à la loyauté professionnelle envers l'institution (Vallat, Bertezene, 2018). Cela nous conduira à analyser le mécanisme corrélatif de la responsabilisation des usagers en CTR. À savoir la dynamique de responsabilisation des professionnels, qui est très liée, à Métanoïa, à l'idée d'une délégation des prises de décision selon le principe de la « subsidiarité ». Le discours sur la coopération peut donc être lu rétrospectivement comme une manière de mobiliser l'équipe professionnelle, de la convaincre du fait qu'un véritable travail de confiance est à effectuer entre les cadres et les opérationnels de terrain – de manière à ce que les professionnels assument, à leur niveau hiérarchique, la responsabilité d'appliquer le règlement ou non – c'est-à-dire de faire valoir la règle, ou bien « l'exception à la règle ».

Deuxièmement, les débats autour du processus organisationnel qui préside à l'exclusion d'un usager fait émerger au moins trois types de processus :

- Les situations où « il y a pas à délibérer trois heures » (Charlène), où il faut « vite prendre une décision » (Marion) et éviter « l'impact sur le groupe » (Albin). Donc les cas où l'équipe et la direction concordent sur le fait qu'il faut exclure : il y a remontée d'informations (rapide, claire) et de la demande latente d'expulsion de la part de l'équipe vers la direction. La direction acte la fin de séjour en réponse aux exigences des professionnels. L'utilisateur est renvoyé. L'équipe est soulagée.
- Les situations où « c'est toujours concrètement difficile » (Samantha) pour les professionnels, qui travaillent auprès des usagers chaque jour, d'assumer la tâche de les renvoyer de l'institution parce qu'il y a eu transgression à la règle. Pour la direction, qui prend la décision d'exclure, c'est assumer une décision unilatérale pour protéger le collectif de la répétition et « le groupe-actant [autant que] le groupe-équipe » (Marion) : il y a remontée d'information et savoir (ou soupçon) sur la transgression d'un usager. La demande est ambivalente, mais la direction acte la fin de séjour par mesure préventive. L'utilisateur est renvoyé. L'équipe est mal à l'aise, ou triste.
- Les situations où « c'est plus compliqué. », où « on est moins dans l'urgence » ou lorsque « les avis [sont] divergents » (Delphine). Quels que soient les motifs de cette divergence, la concertation mène soit à la décision d'exclure, soit à la décision de maintenir l'utilisateur dans la structure – mais dans tous les cas, la direction sait qu'elle fera des mécontents parmi les professionnels : il y a remontée d'informations (partielles, déformées par le jugement) et savoir (ou soupçon) sur la transgression d'un usager. La demande des professionnels est contradictoire en interne, ou ambivalente au niveau individuel. La direction, pour se protéger, n'acte pas de fin de séjour. L'utilisateur reste. Mais l'équipe est mécontente – l'ambivalence demeure.

I. C/ Inculquer les règles du jeu, l'exemple de Métanoïa

Nous venons donc d'établir un *distinguo* entre deux types de rapports aux règles. Une institution qui constitue ses règles comme limites territoriales qui se précisent, au fur et à mesure des transgressions. Et une institution qui cherche à définir ses règles de fonctionnement comme un cadre d'action souple où la gestion des exceptions justifie le rapport à la règle. Bien entendu, ces deux manières de formuler les règles, et où les professionnels raisonnent dans une circulation constante de l'inductif au déductif, sont à mettre à l'épreuve de la pratique. Qu'il y ait une certaine façon de rapporter ce que la transgression provoque, ou a pu entraîner par le passé, cela ne nous dit pas encore comment les professionnels agissent concrètement.

Dans tous les cas, on peut déjà envisager que l'accompagnement de l'addiction en CTR ne se limite pas à l'imposition de règles officielles dont la transgression impliquerait automatiquement sanction ou exclusion. Même en considérant l'institution TCHAT, où le rapport procédural aux règles établies semble impliquer plus de dureté à l'égard des formes de transgression, on perçoit néanmoins des temps de latence ou certaines failles dans les règles, qui laissent supposer que certains cas peuvent relever d'un régime d'exceptionnalité. À Métanoïa, en comparaison, c'est comme si l'équipe demandait aux usagers de créer des gammes d'exception, comme s'il n'y avait pas de règle mais uniquement des cas particuliers à la règle. Mais les professionnels et les usagers s'orientent néanmoins vers une partition attendue où, si on peut les contourner parfois, « les règles du jeu » doivent répondre à l'objectif premier du jeu en cours. La question du respect des règles établies par l'institution s'articule en effet en lien étroit avec la visée que l'institution se donne. Selon que cette visée prenne la forme d'un maintien de l'abstinence, ou bien d'une expérimentation dont la *transformation de soi* est l'objectif, les règles instituées sont un peu différentes. Dans ce second cas – où c'est le changement individuel qui est délibérément visé –, l'institution doit accepter de naviguer à vue, au gré du va-et-vient des motivations individuelles et collectives à « jouer le jeu » du cadre qu'elle a déterminé. Elle peut tolérer certains écarts motivationnels – qui se trouveront appréhendés comme une forme d'indiscipline entendue comme *incapacité*. Mais elle s'emploie à détecter et à proscrire toute velléité démotivationnelle – les individus qui « entraineraient » d'autres avec eux, dans leur échec à *vouloir* ce qui est hypothétiquement recherché par celles et ceux qui rentrent dans ces centres : « mettre un peu d'ordre » dans leur vie (comme on l'entend sur le terrain), c'est-à-dire procéder à un processus de mise en ordre de leur moi antérieur. Quand bien même l'abstinence ne serait pas à terme visée.

Dans cette section, nous faisons le choix de nous concentrer sur le centre Métanoïa car il incarne véritablement ce tournant récent de l'addictologie française – qui prenant en compte les écueils de la perspective du sevrage comme unique horizon d'attente, tente de développer une approche plurielle de la « sortie » des addictions (Castel, 1998). Ce n'est certes pas la sociologie qui a permis d'opérer ce virage ; mais cela part plutôt d'une forme de pragmatisme acquise au fil des années par les acteurs de terrain, et grâce à la montée de la réduction des risques. Métanoïa est un centre né dans la décennie 2010 – qui est né de ce nouveau pragmatisme des promoteurs de l'addictologie.

En effet, dès l'arrivée dans ce centre un ensemble de pratiques et de rituels se voient mis en place, par lesquels l'usager réitère son adhésion aux règles institutionnelles, et est

amené à participer à la formulation voire au questionnement sur le bénéfice de ces règles¹³. Le fait de mettre en place des règles souples, dans un environnement qui s'éloigne des représentations d'institutions disciplinaires, ne signifie donc pas que l'on accorde peu d'importance au respect de ces règles. Rendre participatifs les usagers à la formulation des règles communes a une fonction bien précise au contraire. Cela permettrait, aux dires de plusieurs professionnels, de se fonder sur « l'alliance thérapeutique »¹⁴ pour faire accepter aux résidents que pour vivre en société il faut se conformer à un certain nombre de prescriptions et de règles tacites – explicitées ici pour lui permettre de comprendre pourquoi ces règles existent, et comment elles le protègent plutôt qu'elles ne le contraignent. Mais ces règles préservent aussi le travail institutionnel – si certains écarts sont dès lors appréhendés comme possibles, parce qu'ils ne remettent pas en cause drastiquement la vocation du centre à poursuivre sa mission, d'autres sont à l'inverse répréhensibles, voire intolérables, précisément parce qu'ils détruisent les conditions de possibilité de la coopération de l'individu avec l'institution qui l'héberge.

Nous allons développer à présent la manière dont le centre inculque sa philosophie du rapport aux règles, à travers une réglementation ferme à laquelle les résidents semblent pouvoir souscrire, en connaissance de cause. Mais qui exige sans doute doublement d'eux, au sens où contrairement à une discipline stricte qui serait axée sur le contrôlé, elle les engage à un processus d'*autocontrôle* permanent – processus qui n'est pas forcément à la portée de tous et toutes.

Le lundi de la deuxième semaine, après une relative habitude au lieu et aux différents ateliers *obligatoires* qui leur sont proposés, les usagers sont invités par la cheffe de service à un moment de « présentation du contrat thérapeutique ». En amont, ils ont été invités à rédiger dans leur groupe d'entrants une « charte commune »¹⁵ définissant les règles qu'ils s'invitent à respecter dans le cadre de leur groupe. À présent, c'est à un engagement individuel que le résident doit se soumettre : il doit signer un contrat qui stipule qu'il va respecter les règles de l'institution, participer aux ateliers et ne pas faire défaut dans le travail de mise en commun effectué par les membres du groupe. Il s'engage aussi formellement à participer et donc à « prendre sa part » au bon déroulement de la vie collective. Et surtout, à *ne pas consommer et à ne pas rapporter des produits de consommation à l'intérieur du centre*.

¹³ La force de la règle c'est de disposer d'une dimension contraignante ; elle ne se réduit pas à l'habitude, « chemin frayé par l'usage et que la coutume ferait emprunter » (Reynaud, 1989 : 29), mais n'est pas encore une convention – qui est, elle, une norme émergeant « des contraintes mêmes de la coordination », du contexte collectif duquel on veut prendre part (Reynaud, Richebé, 2007 : 10). Pour clarifier, l'institution attend que des règles formelles qu'elle fournit et des conventions sociales qu'elle rappelle et incarne, quelque chose soit incorporé par les usagers comme régulation autonome. Que de formelles en sortes, ces règles deviennent *naturelles*.

¹⁴ L'« alliance thérapeutique » désigne globalement la collaboration active du patient et du thérapeute dans le processus thérapeutique, tant dans la reconnaissance mutuelle de leur lien que dans l'accord sur les buts et les tâches à accomplir lors du traitement. Notion tirée du « transfert » et originellement issue de la psychanalyse, elle a été diffusée par le psychologue humaniste Carl Rogers, qui a rendu l'alliance thérapeutique facilement adaptable aux soins infirmiers psychiatriques, en toxicomanie et même dans le champ somatique (Collot, 2011, Vasconcellos-Bernstein, 2013).

¹⁵ Dans cette charte se retrouvent fréquemment des termes du « langage commun » du centre, mais aussi des attentes et des termes plus généraux de la vie en société, ou qui se basent sur le fonctionnement des groupes d'auto-support – on peut y retrouver donc des termes aussi divers que le « respect », la non-violence, la « bienveillance », la « coopération », l'écoute réciproque, la confidentialité, le respect de la ponctualité ...

Une curieuse cérémonie se déroule alors devant les yeux de l’observatrice extérieure. La cheffe de service (qui tient à ce que les résidents l’appellent par son prénom, Marion – proposant ainsi de rompre la verticalité traditionnelle soignants-soignés) présente le contrat thérapeutique, après avoir interrogé les usagers sur leurs ressentis par rapport à cette première semaine, où ils ont pu « expérimenter le cadre ». Comme après une semaine, « [ils savent] de quoi il retourne », ils sont considérés en mesure de formaliser leur investissement : « A une semaine de recul, ça vous permet de *prendre conscience de ce à quoi on vous engage ici* »¹⁶ – tout en spécifiant que ce cadre est un *pattern*, un schéma ou modèle, qui doit pouvoir leur servir plus tard, « pour la suite ».

Pour ce qui concerne les tâches collectives, notamment le ménage des chambres, les règles du centre sont assez conformes à ce qui se voit prôné habituellement dans les structures médico-sociales : prendre soin de sa chambre, c’est à la fois respecter le lieu et les règles de vie qui y sont instituées ; et c’est aussi « prendre soin de soi », et rendre compte de manière performative de son désir de changement. Mais entre ces précautions, Marion glisse pour rappel quelques règles non-négociables :

Marion – Si on apprend qu’il y a une consommation collective, c’est fin de séjour pour tout le monde.

Un des résidents pose immédiatement la question de par contre, qu’est-ce qu’il se passe dans le cadre de consommations individuelles ? Marion répond que ça dépend beaucoup de l’état de la personne, que c’est négociable au cas par cas...

Marion – Si vous consommez seul, et que vous en parlez avec vos référents, *on en parle – mais ça n’implique pas forcément une fin de séjour*. [...]

Ce qui pourrait entraîner une fin de séjour, c’est *le moment où l’on ne travaille plus ensemble*.

On n’a jamais fait de tests, on n’en a jamais fait en dix ans. Mais l’observation ça suffit bien souvent... Vous le savez aussi bien que moi. [Silence].

Cdt 2 – Métanoïa – 13/09/2021

D’emblée, la consommation n’apparaît pas comme un fait univoque à partir duquel on pourrait trancher, de manière à sanctionner l’individu ou à tolérer la transgression. Par ailleurs, le pont qui est fait entre la fin de séjour actée comme « moment où l’on ne travaille plus ensemble » et la justification morale de l’institution dans le choix de ne pas faire de tests de dépistage des drogues est déterminant. Généralement assimilés aux contrôles policiers ou judiciaires, ces tests se trouvent en effet banalisés et systématisés dans une majorité de CTR. Cela rappelle le dépistage du VIH en prison, où le principe général du droit s’applique (le dépistage ne peut être en principe « imposé », il est proposé) mais où la plupart des détenus acceptent de passer ces tests parce que pris dans la prise en charge institutionnelle, ils ne parviennent pas à « se représenter comme un sujet de droit » (Lhuillier, Lemiszewska, 2001 – cité par Devresse, 2006 : 212-213). Ce rituel de réintégration des usagers, au retour d’une sortie par exemple, *via* les tests toxicologiques, participe souvent d’un « allant de soi carcéral » (Fernandez, 2010 : 213), qui peut s’appliquer dans divers types d’institutions totalisantes – comme nous le verrons dans le chapitre 3. Les CTR sont néanmoins plus ambivalents encore en ce qu’ils suggèrent des choses antithétiques : à la fois ne pas pouvoir se considérer un sujet de droit, être là pour se soigner – et donc se soumettre à ce qu’on attend de « moi ». Et être un

¹⁶ A ce stade, on peut d’emblée entendre dans les propos de la cheffe de service que la « participation » des usagers n’intervient que dans un second temps, celui de la signature du contrat dont les règles écrites ont déjà été formalisées.

paradoxal sujet de droit – en donnant créance au fait que le cadre institutionnel et les professionnels qui y sont dédiés sont là pour « moi », que le CTR est au service du bien des usagers. Ce qui dessine une forme de « droit »-obligation – pourrait-on dire au sens de Pires (2001). Ce paradoxe d'un sujet de droit qui doit être aidé pour son bien, parfois malgré lui, s'illustre concrètement dans la tension qui s'éprouve entre la parole donnée et les analyses toxicologiques qu'on choisit de faire (ou de ne pas faire). Par exemple, en contrepoint du CTR n°2, au TCHAT les tests toxicologiques sont ainsi justifiés pour « mettre au travail » la question de la consommation hors les murs ; ils constituent le levier irrémédiable pour que l'utilisateur parle s'il transgresse les règles établies.

En ce qui concerne Métanoïa, on voit bien que le rapport aux usagers est plus ambigu encore, mais qu'il se situe sur la même ligne. On considère avant tout les usagers comme des sujets de droit, et on les incite à se penser comme tels – dans le CTR on les appelle « actients », et non plus patients, on leur fait valoir qu'ici, ils sont « libres », la porte du jardin restera toujours ouverte, et personne ne les obligera à faire de tests. On leur témoigne avant tout de la confiance institutionnelle que le centre place dans eux, des sujets de droit comme les autres. Les difficultés ressenties et la reconsommation possible d'un usager sont donc également envisageables, si elles sont mises à l'aune du dialogue engagé avec l'institution (« Si vous consommez seul, et que *vous en parlez avec vos référents, on en parle* – mais ça n'implique pas forcément une fin de séjour ») : si vous en parlez, on peut en parler. Mais comment expliquer que les gages de cette parole donnée doivent être formalisés sous la forme d'un contrat à signer ? Contrat dont on leur dit d'ailleurs qu'il est un contre-don exigible, en échange de la confiance manifeste qui leur est accordée, vu qu'on ne les soumet à aucun dispositif de contrôle (« On n'a jamais fait de tests »). Les silences de la cheffe de service à ce moment de la discussion sont éloquentes. L'observation suffit ; ils n'ont pas besoin de tests pour savoir.

Marion – [*On n'a jamais fait de tests, on n'en a jamais fait en dix ans. Mais l'observation ça suffit bien souvent... Vous le savez aussi bien que moi. [Silence]*] Et si vous, vous êtes témoins... c'est aussi pour vous protéger vous que, parfois, il faut parler... il s'agit pas d'être ou pas être une balance. Il y a pas une situation lambda où il va y avoir cette réponse-là.

Vous vous engagez à respecter les règles de vie du centre, c'est aussi ça. [...] C'est important parce que *parfois, on pourrait se dire, « bah, je ne savais pas », ou « on m'avait pas dit... »* – là, on vous prévient, vous sortez en autonomie dès la troisième semaine.

Cdt 2 –13/09/2021 (suite de l'extrait précédent)

Elle aborde alors le sujet plus délicat encore de la délation avec une formule très euphémisée (« Si vous êtes témoins »), et en discréditant tout de suite le stigmate qui s'y voit attaché justement dans les lieux de privation de liberté (« être une balance »). Mais le propos semble assez clair. Si les professionnels de Métanoïa, mus par des valeurs louables à l'égard des usagers, refusent les tests urinaires, c'est néanmoins avec pour horizon idéal l'inclusion des résidents dans les fonctions de contrôle et de « vigilance ». La cheffe de service rappelle que ce contrôle pourrait incidemment être mené par les autres usagers (des témoins qui pourraient « parler » pour « [se] protéger ») : c'est une forme d'inter-contrôle qui se voit prônée, au risque de passer, au-delà d'une limite très fine, dans une ambiance de tension et de surveillance généralisée. Même si c'est avant tout la dimension d'auto-contrôle que le centre veut valoriser, la règle claire est que la consommation au sein du centre est interdite et passible

d'exclusion, la règle tacite est qu'elle peut être *tolérée* si elle « mise au travail », et que la collaboration des résidents est requise pour sécuriser ce cadre établi.

Quant au flou relatif qui pouvait exister quant aux motifs de rendre rituelle cette signature personnelle du contrat thérapeutique, il se clarifie ici à l'évocation de la sortie autonome : « *là, on vous prévient, vous sortez en autonomie dès la troisième semaine.* » En effet, dans nombre de centres de post-cure les sorties ne sont pas autorisées – celles-ci pouvant mener explicitement à la « rechute ». D'où le paradoxe : ici, sur un séjour court et très organisé, on pousse néanmoins les usagers à se confronter au « dehors » – et à trouver en eux les moyens d'y faire face, ou de « [se] protéger » le cas échéant. Ils ne pourront pas dire qu'on ne les avait pas préparés à cette perspective de la sortie – où ils se retrouveront de nouveau seuls. On leur demande ainsi de s'engager à ne pas enfreindre le règlement intérieur, tout en contractualisant cette promesse sous la forme d'un défi (un éducateur dira encore : « prenez-le comme une sorte de défi, ou de *challenge* que vous vous faites à vous-mêmes »).

Dans ses paroles finales enfin, la cheffe de service remobilise son autorité de maître du jeu, dans cette contractualisation. « *Là, on vous prévient.* », cela signifie en d'autres termes : *vous ne pourrez pas dire que l'institution ne vous avait pas prévenus.* En une phrase elle réaffirme la netteté de la séparation entre « nous » et « vous », mais aussi sa capacité de cheffe de service, et sa responsabilité le cas échéant, à acter de la sortie (définitive) des uns ou des autres. Cet aspect semble d'autant plus déterminant dans son discours qu'elle désole le fait que l'un des membres du groupe – Thibaud – qui s'est endormi après le déjeuner (à cause notamment de son traitement, conséquent en neuroleptiques et anxiolytiques) ne s'est pas présenté pour assister avec les autres à cet entretien : « *C'est dommage parce que Thibaud, il aura pas les règles du jeu... C'est difficile de jouer un jeu quand on connaît pas les règles.* »

Au jour suivant, les résidents sont invités individuellement à venir dans un des bureaux pour signer ce contrat thérapeutique nominatif devant la directrice d'établissement¹⁷, la responsabilisation des actants du centre passant ainsi par une forme d'engagement plus marquée qu'ailleurs. Cet engagement est doublement formel : d'une part, malgré l'insistance sur la dimension d'horizontalité que constitue cette rencontre (dans d'autres centres, cette rencontre n'advierait jamais), l'hébergé se retrouve dans un même bureau que le plus haut supérieur hiérarchique de l'établissement et doit s'engager auprès de lui. Et il est formel également au sens où c'est une véritable promesse et performance d'engagement que l'utilisateur doit déployer pour avoir la possibilité de signer. Il doit avoir prouvé, au cours des 8 jours qu'il vient de passer dans la structure, qu'il est éligible à ce contrat, qu'il en a – déjà *ou a priori* (c'est tout l'enjeu de mon investigation) – respecté les clauses.

Le format est celui-ci : la directrice aborde rapidement les divers retours et appréciations sur le comportement de l'utilisateur qui lui ont été faits de la part de l'équipe lors de la première semaine. Elle signifie d'emblée s'il y a eu des « écarts » ou des négligences quant aux règles institutionnelles (retard à des ateliers, absence de participation, timidité excessive, négligence envers les tâches ménagères, etc.) Au versant incitatif – la cheffe de service qui invite les résidents à « jouer le jeu » des règles de l'institution – répond comme en miroir le versant répressif ou du moins dissuasif : la directrice du centre, qui vient rappeler que le séjour à Métanoïa n'est pas qu'une partie de plaisir. Le cadre est ainsi rappelé par deux fois : les résidents doivent montrer leur engagement, et s'ils veulent que la direction signe

¹⁷ C'est la directrice de transition, Delphine que j'ai vue effectuer cette fonction durant mon séjour à Métanoïa. Je ne peux donc en déduire de comment ce rituel évoluera, avec la nouvelle direction.

conjointement le contrat qui acte leur acceptation dans le lieu, ils doivent avoir donné la preuve de leur bonne intégration et acceptation des règles, ou affirmer du moins à ce moment-là qu'ils vont faire de leur mieux pour s'y conformer. Le traitement "équitable" des usagers est ainsi formellement assuré – bien que dans les faits les reproches et les soupçons de mauvaise volonté ne s'attribuent pas uniformément dans le centre.

Un exemple qui nous semble mériter ainsi plus de développements est la manière dont Delphine, la directrice de transition, formule de façon très différente les reproches de retard et de négligence dans les tâches ménagères à deux usagers entrants, aux entretiens desquels j'assiste l'un après l'autre. La tolérance dont elle fait preuve avec Thibaud – jeune issu d'un milieu privilégié, et très véhément, capable de se défendre et de s'amender par la parole de ses manquements – n'a rien à voir avec la sévérité et l'intransigeance qu'elle paraît démontrer à l'égard de Yassine, français d'origine marocaine, qui travaille pourtant dans le milieu médical mais ne démontre pas la même propension à répondre aux reproches qui lui sont faits et à argumenter face à une responsable hiérarchique. On choisira ici les morceaux d'entretien les plus éloquents :

Entretien de Delphine avec Yassine

Entrée en matière :

D. – Moi ce qui m'intéresse avec vous aujourd'hui, pour aller droit au but, c'est directement **la question des écarts**, que vous avez déjà pu repérer, à ce contrat... Alors, peut-être que je vais vous laisser parler vous, pour voir d'abord **ce que vous avez à en dire**, et puis après je vous ferai un petit retour des échos que moi j'en ai eus... »

Réaction de l'utilisateur :

Y. – Ben, déjà moi je suis satisfait depuis mon arrivée ici. [il valorise la bienveillance de tout le monde dans le lieu, l'attention des soignants, la qualité des ateliers]. Après, c'est vrai qu'on est aussi des personnes **qui ont besoin de soins ou d'aide, et ici il faut qu'on aille vers les soignants ou les accompagnateurs pour dire qu'on a besoin d'aide...** (D. - Mmm... [point qui l'intéresse particulièrement et qu'elle note]) ou qu'on se sent pas forcément bien à des moments. **C'est un travail qu'il faut encore que je fasse**, d'aller plus vers les animateurs quand j'en ai besoin.

Teneur des reproches et rappel à l'ordre :

D. – Moi je vais faire un retour qui est un peu plus mesuré... Votre participation dans les ateliers quand vous y êtes, à ce que j'en entends de l'équipe, est riche,

Entretien de Delphine avec Thibaud

Entrée en matière : « Là on se voit pour la signature du contrat de séjour... Alors, vous n'étiez pas là hier pour l'atelier destiné à en présenter l'essentiel, mais bon, ce que je vous propose là, c'est que vous essayiez d'en prendre un peu connaissance. [elle le laisse lire le contrat, et revient après quelques minutes.] [...] Alors, ce que je vous propose, là du coup... c'est que **vous allez me faire un retour, de comment les choses se sont passées de votre côté**, depuis le début de votre séjour ici... Je vous dirai ensuite ce qu'on pense aujourd'hui de votre présence ici et le retour de l'équipe... **Mais je vous laisse déjà vous réagir.**

Réaction de l'utilisateur :

T. – [se tient tout d'abord à la tâche de commenter le document qu'il a lu] Bah alors, déjà... « Ne pas boire, ne pas apporter de produits », **ça paraît logique**. « Être présent dans les ateliers », **ça, c'est vrai que je ne suis pas présent à tous les ateliers, parce que je suis mort de fatigue...** Mais sinon, je trouve que tout le monde est très bienveillant, toujours de bon conseil... **C'est juste que parfois, j'arrive pas du tout à me lever.** (D. – Et donc, comment vous comptez continuer, avec cette contradiction que vous pointez ? [elle réprecise les raisons de la présence d'Arthur dans les lieux] : il y a un objectif, qui est ambitieux, et c'est pour ça qu'on ne rend pas les ateliers optionnels...)

T. – Bah, je vais me coucher encore plus tôt... Je peux pas tenir 10h de sommeil dans la semaine...

Teneur des reproches et rappel à l'ordre :

D. – [Silence] ...Ecoutez. Soit vous tenez le cadre réellement de manière régulière à tous les ateliers, soit

intéressante, ça il y a pas de problème. Après... **si ici on est dans un cadre, c'est pas pour rien.** Ce qui veut dire que l'ensemble des ateliers est obligatoire - et pas optionnel. Or, **on vous a senti en fin de semaine dernière dans une phase de décrochage, de relâche, qui n'est pas possible ici.** [...] [Yassine tente de dire ce qu'il essaie de faire]
D. – [...] **moi ce ne sont pas les échos que j'ai eus de votre implication ce weekend.** [...] il y avait globalement la question des ateliers et puis aussi, **vous n'avez pas été assidu au moment des repas, ce qui fait qu'il peut y avoir du ressentiment** au niveau de vos collègues-actants... **Là-dessus, il y a quand même pour nous une inquiétude... certaine, je ne vous le cache pas.** [...] Parce que vous semblez dire que vous vous y retrouver, mais nous on reste quand même perplexes par rapport à la poursuite de votre séjour... **par rapport à la vie collective, notamment, qui n'est pas une option ici.**

Demande de réengagement :

D. – Le message que je veux vous faire passer très clairement, c'est que **pour nous, c'est important que vous vous positionniez dans un engagement beaucoup plus fort.** [...] Je voulais aujourd'hui vous mettre **une alerte**, et pensais moins à signer le contrat thérapeutique qu'à **mettre en place une période probatoire...** - **Je veux pas qu'on signe ce contrat au rabais**, surtout à partir de ce que vous me dites... mais voilà, je veux que ça soit un engagement qui soit clair, que ce soit **un vrai engagement.** Ce qui implique que vous fassiez un vrai point demain avec [le médecin] sur votre traitement... mais en tous cas, nous on veut pas qu'il y ait **une dérive vers un truc un peu mou** [rire], vous voyez ?

Clôture :

Delphine explique l'engagement à prendre pour jeudi, la liste des raisons de rester à Métañoïa :

D. – [...] ce qui veut dire, vous l'avez compris en filigranes, mais **je vais vous le redire de manière plus frontale, qu'on accepte plus d'absences et de retards dans les ateliers...** et puis, l'autre chose qui n'est pas optionnelle non plus, c'est la vie en collectivité - et puis la participation normale, la vaisselle, le ménage... - **Vous avez deux jours pour vos engager, c'est largement à votre portée... mais ça doit être un engagement ferme.** Est-ce que vous avez d'autres questions à cet égard, des questions sur des éléments du contrat qui vous seraient encore obscurs ou...?

c'est pas possible de poursuivre le séjour. **On est convaincus que si on a pas un niveau d'exigence assez élevé à votre égard, ça ne peut pas marcher...**

[...] L'autre chose qu'il faut comprendre, c'est que c'est pas que les ateliers... mais il y a une autre chose qui est au moins aussi importante, c'est la participation à la vie collective. ...**je ne mets pas en cause votre participation au sens d'empathie, de présence, sympathique par ailleurs, je parle de...**

T. – ...**faire la vaisselle et toutes ces choses...**

D. – ...des contraintes liées à la vie en collectif, oui. [...] **Et on ne voudrait pas qu'il y ait du ressentiment qui se crée** par rapport au fait que certains sont fatigués et donnent à voir une forme d'indifférence à l'égard de ces règles. Tout le monde est fragile ici, hein, vous n'êtes pas le seul... [...] **donc ici, on a 0 tolérance.**

Demande de réengagement :

D. – Clairement pour nous, c'est pas envisageable de signer un contrat de séjour avec vous dans ces conditions... **On peut vous proposer une période probatoire...** dans laquelle vous allez lister, très concrètement, la liste des éléments qui font que vous avez envie de rester. [...]

T. – **Ah bah, il y a même pas besoin de période probatoire ! J'ai envie d'arrêter. Je me lèverai.**
D. – **Vous avez envie d'arrêter quoi...?**

T. – [perplexe, ne comprend pas qu'on lui fasse la demande] ...les produits.

D. – Ah ! J'ai cru que vous me disiez ...haha !

[...] Je suis absolument convaincue que c'est comme ça que vous le vivez, ici, que si vous avez cette volonté de sortir de la conso, vous allez y arriver [...] Vous êtes jeune, **vous avez aussi de la ressource...** Je dis pas qu'il faut pas modifier le traitement... mais je me dis qu'il faut aussi se faire un peu violence parfois...

Clôture :

T. – D'accord... Donc, je reviens dans deux jours avec mes raisons...

D. – **Faites-vous aider par l'équipe si vous le souhaitez...** Le cadre, il est pas négociable par contre. Je serai intraitable là-dessus. **Le cadre il est rigide, mais on a toutes les bonnes raisons de penser...**

T. – ...**qu'il est plus efficace, oui.** [...] [il argumente en sa faveur.]

D. – Vous êtes tout à fait capable de le faire... mais ça ne tient qu'à vous.

T. – Désolé, vraiment. Je veux pas montrer que je veux pas aller mieux ; c'est vraiment que je suis pas habitué aux horaires...

Yassine n'a pas de questions, l'entretien se termine sur ces mots, avec Delphine qui redescend avec lui les escaliers en lui disant « C'est sûr que les phases de démarrage sont importantes...**faut pas que vous vous laissiez partir vers une pente dangereuse.** »

D. – **Il n'y a pas de problème Thibaud ; c'est juste que ni vous ni nous n'allons perdre notre temps à faire semblant...**

Je tenterai d'analyser ici la manière dont le traitement des deux usagers diffère, singulièrement, ainsi que leur mode de réponse et de réaction permise par l'interaction avec la directrice.

Entrée en matière :

Les phrases par lesquelles la directrice commence son entretien avec les deux usagers, à quelques minutes de distance, sont semblablement les mêmes. Néanmoins, dans le premier entretien, avec Yassine, Delphine vient pointer directement la question des « écarts », et demande très vite une forme de justification à l'utilisateur – elle le place tout de suite dans une situation où il doit rendre compte de ses torts. À l'inverse, avec Thibaud, elle paraît très conciliante de prime abord, en lui permettant de lire le contrat dont il n'a pas connaissance (étant donné qu'il était en train de dormir au moment de la présentation avec Marion). Elle ne revient d'ailleurs pas sur le fait que cette absence constituait déjà une faute, à l'égard du règlement. Mais elle démontre plutôt une forme aprioristique de compréhension, en ce qu'elle semble plus patiente : la forme même de la proposition sur le retour d'expérience change, dans la modalisation, le ton, la manière de s'affirmer comme menant l'entretien ou au contraire comme établissant une négociation. Pour Yassine, elle concède (« *peut-être* ») de le « *laisser parler [lui], pour voir d'abord ce qu'il a* » à *en dire* » ; pour Thibaud, elle « *propose* » qu'il fasse « *un retour, de comment les choses se sont passées de votre côté* » - pour ensuite lui dire comment l'équipe en miroir voit les choses.

Réaction de l'utilisateur :

Face à une entrée en matière qui varie ainsi de la mise en accusation voilée d'une part, à la concession patiente et l'envie de négocier d'autre part, les utilisateurs accusés de ne pas être assez participatifs ne peuvent avoir que deux réactions très différentes, à leur tour. Yassine réagit par le collage au discours institutionnel, et par une attitude de subordination qui pourrait presque faire croire qu'il cherche à se dédouaner, en amont, de ce qui pourrait lui être reproché. Il fait l'éloge de l'institution, et dit qu'il devrait se reconnaître davantage comme quelqu'un « qui [a] besoin de soins ou d'aide » - il a déjà intériorisé le fait qu'il doit davantage montrer et « *dire qu'il a besoin d'aide* », que « *c'est un travail qu'il faut encore qu'il fasse* ».

La réaction de Thibaud paraît semblable, en ce qu'il fait lui aussi des retours positifs sur les débuts de son séjour – mais son positionnement et la visée dans laquelle il émet ces *feedbacks* n'est pas du tout la même. Il commente le règlement interne (qu'il a donc sous les yeux pour la première fois) en exprimant son avis mais aussi en posant ses limites individuelles comme critère de dérogation aux règles (« *“Ne pas apporter de produits” : ça paraît logique. “Être présent dans les ateliers”, ça, c'est vrai que je ne suis pas présent à tous les ateliers, parce que je suis mort de fatigue...* »). Il se présente sous un jour différent de Yassine, dans une position clientélaire, qui juge d'un produit (en l'occurrence le fonctionnement du centre) et donne son avis sur la question, quasiment en rassurant la directrice sur le fait que son séjour se passe

bien : « *Mais sinon, je trouve que tout le monde est très bienveillant, toujours de bon conseil...* ». Je ne peux pas me lever tôt, vos horaires ne me conviennent pas, *mais sinon, ne vous en faites pas, ça me plait...* Pour Thibaud, habitué à considérer un certain type de services comme étant dû, du fait de son extraction bourgeoise, il présente des limites que l'institution doit simplement accepter, à partir desquelles il lui est possible de négocier sa position. Lorsque Delphine lui demande (à l'inverse de Yassine), comment « il compte faire », il répond simplement qu'il se couchera plus tôt – car il ne compte pas céder la part de sommeil dont il dit avoir besoin. Au moment de cette séquence précise avec Thibaud j'avais par ailleurs inscrit dans mon carnet, en note d'à-côté, concernant le comportement de Delphine : « [je remarque que le ton est beaucoup plus doux, compréhensif, qu'avec Yassine] ».

Teneur des reproches et rappel à l'ordre :

De même, dans les reproches qui sont faits, le ton de la directrice est très différent. À Yassine, elle rappelle durement le caractère obligatoire des ateliers, et que « *si ici on est dans un cadre, c'est pas pour rien.* » Elle lui fait part de propos rapportés qui insistent sur le fait qu'il semble dans une « phase de décrochage », qu'il ne s'implique pas, qu'il n'a pas été « assidu », qu'il y a globalement une perplexité, voire une « inquiétude » de l'équipe quant à sa capacité à s'engager. À Thibaud, elle paraît toujours suggérer, plutôt qu'imposer l'alternative de l'exclusion. Elle fait valoir que ces règles existent parce que les professionnels sont « convaincus » du fait qu'on peut avoir « un niveau d'exigence assez élevé à [son] égard », et elle dit ne pas vouloir remettre en cause sa « participation au sens d'empathie, de présence, sympathique d'ailleurs... ». Thibaud se sent suffisamment valorisé à ses yeux pour se permettre d'ailleurs de la couper, pour compléter ses paroles – comme en garantie du fait qu'il comprend parfaitement les termes du contrat. Il démontre encore une fois par là sa capacité à rebondir sur les propos de la professionnelle, à mettre en avant une image de lui-même charismatique, qui entend le point de vue professionnel et qui est disposé à changer d'attitude. En regard, Yassine, sous l'effet des reproches quasi-directs de la directrice sur son attitude, passe le temps de l'entretien à se justifier, en disant qu'il a essayé de faire des choses, ou en contestant les réprimandes sur ses absences répétées. Ce qui ne permet pas de le revaloriser dans les yeux de la directrice, qui continue de lui asséner des reproches.

Demande de réengagement :

A cet endroit encore, les termes employés diffèrent fortement en ce qui concerne le positionnement de Delphine à l'égard de l'un et l'autre usagers. Elle entend faire passer un message, « très clairement » à Yassine : il doit « *se positionner dans un engagement beaucoup plus fort* » ou bien, s'il continue dans sa « *dérive* », il se verra exclu. Cet entretien constitue « une alerte », une forme d'ultimatum de la part de la direction, qui exprime son point de vue très nettement sur le fait que pour le moment, elle ne peut pas être en confiance : Delphine « *pens[e] moins à signer le contrat thérapeutique qu'à mettre en place une période probatoire...* ». Cette période probatoire aussi, va être mise en place pour Thibaud. Mais Delphine la lui « propose », encore une fois – plutôt qu'elle ne la lui impose, dirons-nous, comme à son collègue. Elle l'encourage, et dit clairement avoir confiance en lui (« *Je suis absolument convaincue que c'est comme ça que vous le vivez, ici, que si vous avez cette volonté de sortir de la conso, vous allez y arriver* »). Enfin elle fait valoir le fait qu'il est jeune, et qu'il a « *de la ressource* ». Ce qu'on pourrait interpréter comme un compliment sur son adaptabilité, ses capacités de débrouillardises... Mais je pense qu'on peut lire aussi cette phrase comme une appréciation franche des *ressources* plurielles de Thibaud, ou au moins de celles culturelles qui caractérisent son milieu aisé d'appartenance.

Cette appréciation différentielle des ressources de nos deux usagers a des conséquences aussi bien sur la manière dont la directrice leur présente le contrat et la manière dont ils sont invités à le respecter (à Yassine par le respect, l'obéissance ; à Thibaud par les efforts à fournir, et la démonstration de ses capacités), que sur la manière dont elle envisage que leur traitement doit ou peut être modifier. *Peut* dans le cas de Thibaud, à qui elle laisse le choix d'y réfléchir, si cela peut l'aider à être plus actif – vu que c'est lui qui amène l'argument du fait que ce n'est pas tant de sa faute, que de la faute du traitement, trop fort : [Delphine] « *Je dis pas qu'il faut pas modifier le traitement...mais je me dis qu'il faut aussi se faire un peu violence parfois...* ». *Doit* dans le cas de Yassine – il n'a pas voix au chapitre sur l'argument :

Delphine – *Ce qui implique que vous fassiez un vrai point demain avec André Mortin [le psychiatre] sur votre traitement... mais en tous cas, nous on veut pas qu'il y ait une dérive vers un truc un peu mou [rire], vous voyez ?*

De la même manière, ne pas « signe[r] ce contrat au rabais », dans le cas de Yassine, cela signifie aussi éventuellement – en plus d'une modification de traitement et d'un engagement renouvelé – revenir sur certaines conceptions ou certaines valeurs, qui risquent de l'entraver, dans son parcours individuel de rétablissement et de transformation personnelle. Je cite ici un passage non relevé plus haut, où Delphine revient sur le changement occasionné par le passage en chambre collective¹⁸ – un point sur lequel elle fait porter le soupçon de la « dérive » de Yassine :

Delphine – Je veux pas qu'on signe ce contrat au rabais, surtout à partir de ce que vous me dites... [...] Qu'est-ce que vous en pensez ? Vous l'avez identifié, vous, ce contre-coup ? [Yassine parle de son manque de sommeil, de sa difficulté à se lever...]

Delphine – Vous avez changé de chambre aussi... vous vous êtes retrouvé avec Thibaud... *est-ce qu'il y a un impact que vous relisez à l'aune de ce changement ? ...parce que ce qu'on constate est aussi un peu vrai pour Thibaud.*

Yassine – Non, ça se passe bien, je dors pareil que quand j'étais en chambre individuelle. Mais c'est vrai que pour Thibaud, j'essaie de le pousser un peu pour le motiver, pour se lever le matin... et dans le groupe, on essaie de le pousser un maximum [...] *Je sais que je suis avant tout là pour moi - parce que des fois, on l'oublie, on a tendance à trop s'oublier pour aider les autres...*

Delphine – Oui, parce que la solidarité avec les autres, elle fait partie du programme, ça, il y a pas de soucis [...] mais il y a aussi le risque de trop se projeter dans l'autre et de s'identifier à ses actions, ou encore celui de se laisser aller parce que c'est plus simple d'être là avec les autres à ne rien faire... et ça pour nous, *c'est pas acceptable.*

On remarquera simplement que la directrice n'a pas exprimé ce même type d'hypothèse (de la cause expliquant le manque d'investissement) face à Thibaud. Cela s'expliquera aussi bien par le fait que Yassine montre un caractère sans doute plus empathique – mais peut-être également plus influençable – que par le fait qu'il a l'air tout le temps fatigué, lors de ses premiers jours au centre, contrairement à Thibaud qui, après ses douze heures de sommeil, arrive à garder un visage plein d'entrain. Cela se justifierait également – j'en fais

¹⁸ A la fin de la deuxième semaine, les usagers du groupe entrant passent de la chambre individuelle où ils passent les premiers temps de leur séjour à une chambre partagée, où ils seront deux usagers. Ils laissent ainsi la place aux nouveaux usagers entrants. Ce passage a été effectué plus tôt dans le cas de Yassine et Thibaud (au bout de la première semaine), car j'assistais aux premières semaines de l'année (en septembre) à Métanoïa, moment où le centre se remplit de nouveau (entrées toutes les semaines).

l'hypothèse – par le fait que la directrice soupçonne l'usager de se laisser influencer par son camarade de chambre (à déroger aux règles, comme par exemple celle de dormir la nuit) et attend de lui une confession de ce type. Elle le rappelle à l'ordre là-dessus aussi, en lui disant que si la solidarité « fait partie du programme », il ne doit pas se laisser envahir par l'autre. Comme Yassine le répète, l'ayant entendu par certains professionnels : il doit être là « avant tout pour [soi] ».

Dans la clôture de l'entretien, la directrice reprendra néanmoins un ton de dureté à son égard, lui rappelant « de manière plus frontale », qu'il a deux jours pour s'engager plus fermement, et pour démontrer qu'il ne se laisse pas partir « sur une pente dangereuse ». À l'inverse elle incitera Thibaud à se rendre compte des opportunités que lui apporte ce cadre, à se faire aider par les professionnels s'il en ressent le besoin, mais surtout à réitérer son engagement dont elle ne doute pas qu'il est « capable » de donner des preuves. Cela renforce encore le constat d'un traitement différentiel de l'écart à la règle en CTR, en fonction de déterminants sociaux antérieurs – et où la nature précise de l'écart importe moins que les caractéristiques de l'infracteur. Quand bien même la directrice paraît savoir que Yassine est plus vulnérable, ou plus susceptible de se laisser entraîner par d'autres, il paraît, dans tout son discours, plus fautif.

De la même façon que pour la gestion différentielle de la transgression – dont on verra par la prochaine étude de cas, qu'elle repose en grande partie sur des éléments de discrimination sociale dont les professionnels oublient qu'ils sont aussi porteurs – le réengagement exigé de la part de nos deux usagers est mené de manière quasiment opposée. Il semblerait que Yassine se voit désigné d'emblée comme coupable d'enfreindre les règles – et on lui impose une période de probation pour qu'il démontre qu'il saura se comporter autrement. La confiance que l'institution peut lui accorder en dépend. Thibaud à l'inverse, dont les torts ne semblent pas lui « coller à la peau » de la même manière que pour Yassine, est invité à se réengager, dans ce qui apparaît simplement comme un délai d'avertissement : on le réprimande un peu, on lui tape sur les doigts seulement pour lui dire qu'on ne doute pas de ses talents, et qu'il pourrait les mettre un peu plus en avant. On verra que cela est par ailleurs complètement antithétique de la position occupée par les deux usagers dans le groupe – où c'est Yassine qui, compte tenu de sa formation de paramédical, est le « bon élève » de ce contingent, et Thibaud, le cancre. Il me semble clair, dans le positionnement de la directrice à leur égard, qui ne connaît pas le comportement des usagers en ateliers et ne fonctionne que par comparaison et ouï-dire sur leurs premiers jours, que ce sont là davantage les préjugés qui parlent, plutôt que la mise en évidence objective des torts impartis à chacun d'eux. De notre point de vue, il ne s'agit pas tant de trancher ici sur la véracité du caractère raciste de ce traitement différencié, mais plutôt de questionner l'intériorisation et le maintien de certains *a priori*, chez ces professionnels du médico-social, mais aussi chez les résidents eux-mêmes. Comme les préjugés qui sont portés par l'équipe incitent tout de suite ces derniers à réagir, souvent de manière à corroborer cette image qu'on leur renvoie d'eux-mêmes, le travail d'accueil en CTR se fait d'emblée discriminant : car il s'effectue à partir de la circulation de certaines images sociales, et non à partir de ce que *sont* « réellement » les usagers. Ce n'est que progressivement que les « masques » vont pouvoir tomber (voir plus loin), et que l'équipe défendra plutôt ce qu'elle a entraperçu du « vrai » comportement du résident.

Il est de plus marquant de constater comment la nécessité d'un engagement à prendre vient être rapidement martelé sur des personnes qui arrivent parfois très diminuées, et encore souvent sous l'influence d'un ou plusieurs produits, ou bien avec des thérapies médicamenteuses importantes. D'un point de vue externe sur Yassine durant ces premiers

jours au centre, et étant donné la quantité massive de Valium qu'il ingérait au départ (avant modification efficace de son traitement), il semblait pourtant évident que ce n'était pas qu'une question de volonté qui entraînait en jeu, pour expliquer son apathie, sa lenteur, ses yeux qui se fermaient. Ce qui nous montre que les personnes qui arrivent à Métanoïa ont certes le droit d'être affaiblies, d'apparaître fatiguées ou malades ; mais la maladie ne peut en aucun cas être prétexte à la faiblesse d'un engagement à se rétablir – ce, à la hauteur des vulnérabilités et du projet de chacun. On préfère ici modifier la posologie, au risque de mettre un patient dans un état présentant potentiellement plus d'angoisses, pour qu'il soit à l'heure aux ateliers, qui constituent l'essentiel du programme de rétablissement proposé ici.

Par ailleurs, ce que permet la mise en évidence des points saillants de ces deux extraits, c'est qu'à Métanoïa, le « contrat » est au départ implicite – il se voit présenté lors du lundi de la deuxième semaine, mais à la signature, le mardi, on se rend compte qu'il s'applique en fait de manière rétrospective : il fallait être dedans, « s'engager », dès la première semaine, avant même de connaître le contrat. Cette ritualisation de la présentation, de la verbalisation et du sermon sur les « écarts », et du réengagement de l'utilisateur constitue sa formalisation ultérieure. Le contrat s'explique, et se formalise *via* un nouveau positionnement pouvant être pris par l'utilisateur à l'égard du contrat thérapeutique tel qu'il est stipulé par l'institution : cela signifie concrètement que le patient se dispose à être « actant », il accepte de « jouer le jeu » de l'institution qui l'accueille.

Mais l'apprentissage des « nouvelles règles du jeu social » (Astier, 2007) implique aussi de façon plus ou moins explicite les manières dont l'institution anticipe la transgression et prévoit, à sa décharge, un ensemble d'instances et de cérémonies par lesquelles elle rappelle aux usagers et usagères que déroger aux règles aura un coût. L'ambivalence dont témoignent les acteurs que nous observons – aussi bien usagers que professionnels – ne s'explique de fait qu'à l'aune de leur capacité de modulation de ces règles et de la négociation conjointe de leur qualification pour parler et agir sur l'objet en question. En même temps, loin de minimiser l'ordre négocié (Strauss, [1978] 1992) qui se renouvelle à chaque nouveau contingent d'utilisateurs, et qui se crée même à chaque interaction, nous voudrions montrer que, comme en témoignent par ailleurs certaines analyses de la prison, le CTR constitue un « ordre disciplinaire local » (Rostaing, 2014) qui hiérarchise les formes d'indiscipline selon un ordre moral des infractions (Fernandez, 2015) calqué sur certaines attentes sociales. Sans être pour autant linéairement déterminée, la marge de jeu individuel s'y trouve donc sensiblement *orientée*, dans le cadre d'interactions qui participent à construire au moins *deux types d'indiscipline et de réaction institutionnelle*. Que certains ne puissent pas (ou plus) « jouer le jeu » – et qu'il y ait donc une forme d'indiscipline plus proche de l'*inadaptation* durable que de la faiblesse de la volonté ou motivation – c'est là un paramètre que l'institution a davantage de mal à « gérer ». Tout est apparemment possible, adaptable, dans ce centre. Les règles et les individus. Ce qui n'est pas transigible en revanche, c'est la participation active à l'ordre négocié.

I. D/ « Connaître » la maison ; penser « avoir sa chance » ; ne pas « être prêt » ; ne pas être au « bon endroit » : les déclinaisons possibles du rapport aux règles

Le centre Métanoïa a pu nous servir comme support de réflexion pour analyser la prévention et la gestion différentielle de la transgression concernant deux usagers aux capitaux sociaux distincts. L'enquête de terrain menée dans ce CTR permet en outre d'illustrer par une *étude de cas* (Passeron, Revel, 2005) les différents niveaux la perception de l'indiscipline, telle qu'elle se voit permise, tolérée ou non, sanctionnée ou pas, dans ces structures. Comme on le verra dans ces prochaines lignes, consacrées au rapport aux règles et à leur transgression, on tolérera de quelqu'un qu'il reconsomme, si par ailleurs il prouve qu'il « *travaille sur lui* ». En revanche, l'actualisation et la répétition d'écarts de conduite de la part de personnes « inadaptées » seront probablement moins tolérées qu'interprétées comme une inadéquation de l'offre rééducative du centre et de la demande de l'utilisateur – pour autant que cette demande puisse déjà être formulée. On peut en ce sens faire valoir, dans une perspective plus interactionniste, que la gestion différentielle de l'indiscipline dans une institution médico-sociale repose concrètement sur la socialisation antérieure des usagers et usagères et sur leur adéquation à la « socialisation institutionnelle spécifique » (Darmon, 2021 : 23) proposée par la structure.

Le groupe que je suivais depuis le début de mon terrain était en 3^{ème} semaine, lorsqu'arrivent cinq nouveaux (4 hommes et une femme) – qui se voient accueillis et introduits aux règles de l'établissement comme les précédents. Par le hasard d'une temporalité qui les a fait se retrouver là ensemble, ce groupe rassemble des personnes situées à des moments de leur vie divergents (deux jeunes, négociant difficilement le passage à leur vie d'adulte ; trois sujets plus âgés, « habitués » des structures en addictologie), issus de milieux sociaux très divers (le plus jeune, Bastien, est le seul qui vient d'un milieu qu'on pourrait caractériser comme « aisé »), et liés à des produits différents : Jérémy et Dimitri se décrivent comme polytoxicomanes, mais Dimitri comme Lucky est venu à Métanoïa pour tenter d'apporter une solution à son problème avec l'alcool ; Mélodie fait partie des publics ciblés par l'extension de l'addictologie à la prévention de la consommation des jeunes (*via* les CJC), et Bastien présente un cas de *cyberaddiction*, une addiction sans substance dont le traitement est nouveau en CTR.

Détaillons un peu plus le parcours de ces cinq usagers. Tout d'abord, Jérémy, la trentaine, originaire d'une ville portuaire de l'Ouest. Ce résident est un « ancien » de Métanoïa – c'est la troisième fois qu'il vient, après avoir connu la structure et ses professionnels à leurs débuts, il y a dix ans, lui-même étant à peine majeur. C'est sans doute aussi de ce fait que tout en revendiquant ostensiblement un passé de dealer et d'ex-détenu, il paraît disposer d'un certain capital social et culturel acquis : tout en arborant vêtements de marque et défendant sa connaissance de la culture de la rue, il s'exprime bien, et n'a aucune difficulté à comprendre le jargon professionnel, les mots de « *craving* » et de « résilience » – quand bien même il préfère arborer un flegme marqué à tous les ateliers. On trouve également dans ce groupe entrant Dimitri, orphelin, adopté par une famille d'Italie du Sud, et émigré depuis quelques années en France. À presque 40 ans, ses opportunités professionnelles se sont étiolées, notamment à

cause des consommations, et il s'est retrouvé pris en charge par diverses associations. Il a consommé de nombreuses substances, mais se trouve ici principalement pour l'alcool. D'un point de vue sociologique, les stigmates présentés par cet homme sont clairs : Dimitri est rom, orphelin, SDF, et témoigne d'un parcours constellé de prises en charge psychiatriques. Le groupe comprend aussi Lucky, la cinquantaine – que nous avons évoqué au chapitre précédent. Diagnostiqué dépressif après avoir vécu un drame personnel, cet usager d'alcool, très réservé et peu démonstratif, passe une grande partie de son temps libre sur le canapé de la salle télé. Puis Mélie, 23 ans, qui arrive en CTR pour sa consommation de cannabis, qu'elle et ses proches jugent excessive. C'est sa première postcure en résidentiel et elle est très enthousiaste de l'ambiance du centre, fait preuve de jovialité et d'entrain, mais regrette assez vite l'absence de jeunes de son âge avec qui échanger, si ce n'est Bastien. Ce dernier, 21 ans, vient sur vive incitation et mobilisation de ses parents, pour sa dépendance aux jeux vidéo ; il a fait une première postcure de quatre mois à la campagne, dans un nouveau centre focalisé sur le traitement des cyberaddictions. Ayant enchaîné avec le séjour à Métanoïa, il reprend progressivement goût à de nombreuses choses, même si les relations à distance avec ses parents restent compliquées.

Je choisis de traiter la séquence d'arrivée et l'évolution de ce groupe particulier, et de la thématique de la transgression qu'il a fait surgir au sein de la structure pour deux raisons. D'une part, pour sa diversité sociologique, et la variabilité des trajectoires qu'il illustre eu égard au rapport aux règles institutionnelles. D'autre part, parce que les marges de transgression qui sont laissées à chacun ou chacune à l'endroit de ces règles sont assez clairement fonction de l'interaction des socialisations antérieures des usagers avec celle proposée par le CTR.

Rapidement, ce groupe est perçu comme un groupe « chaud » par l'ensemble des professionnels et les autres résidents. Dès le premier soir, aux courses, Lucky et Dimitri ont essayé d'acheter des bières en cachette – et se sont fait reprendre par l'éducateur qui les accompagnait. Une ambiance étrange flotte depuis leur arrivée dans la salle commune : à l'heure du petit-déjeuner le silence semble pesant, puis d'un coup les remarques fusent, les moqueries et le cynisme vont bon train, et les altercations verbales sont courantes, lorsque quelqu'un a bu la dernière goutte de café sans relancer une machine. Mélie dit rapidement à son référent « ne pas se sentir à l'aise dans le groupe ».

Le premier mercredi, l'équipe est mise au courant par la veilleuse de nuit que Jérémy a été surpris la veille au soir en train de consommer du cannabis, alors qu'il discutait avec deux femmes d'un autre groupe. Toute l'agitation de la journée tourne autour de ce fait : le psychologue va le voir entre deux entretiens pour parler avec lui (il m'apprend par ailleurs que sa situation est pour le moins particulière, puisque Jérémy vient le voir par ailleurs dans son cabinet en libéral, à l'extérieur du centre). Certaines professionnelles se positionnent très franchement dans des discussions informelles pour l'exclusion – notamment Samantha, conseillère en économie sociale et familiale (CESF) qui me signifie ses réticences vis-à-vis de ce résident :

[Samantha] – La dernière fois qu'il est arrivé ici, il est arrivé un peu en territoire conquis... Moi, le premier weekend où il est sorti - je venais d'arriver à Métanoïa -, il m'a dit « bah, je vais acheter de la coke et de l'héro ». Alors, j'en avais parlé ici en réunion, et on m'avait dit « il est comme ça Jérémy, il est franc... » [cela fait deux ans que Samantha a commencé à travailler à Métanoïa].

Plusieurs discussions ont lieu dans le bureau d'accueil, entre la directrice, la cheffe de service et un ou deux professionnels, tout au long de la journée. Tout en prenant acte de sa situation, Jérémie affiche un air plutôt confiant. Lors d'une discussion que je mène avec lui en fin de journée, sur la possibilité de son expulsion compte tenu des événements de la veille, il assume une attitude exagérément virile et indifférente où il affirme pouvoir prendre sa part sans que les autres soient pénalisées par sa faute : « Après, je prends ma responsabilité - qu'ils me virent, je m'en fous. Mais qu'on ne mette pas les autres dans la merde... ».¹⁹ Et de fait, à la stupeur générale d'autres usagers, *il ne reçoit qu'un avertissement de la part de la direction, qui choisit de ne pas mettre fin à son séjour.*

Dans le weekend qui suit cet épisode, plusieurs départs s'enchainent pour des raisons apparemment décorréées. Thibaud, le jeune résident que j'évoquais plus haut et que j'observais depuis trois semaines avec ses camarades du groupe 3, *est expulsé* : il consommait sur place, a fait une crise d'épilepsie le samedi, a nié être en possession de produits, puis a « confessé »²⁰ sur le trajet à l'éducatrice qui le menait à l'hôpital pour faire des contrôles qu'il consommait à Métanoïa. Le fait qu'il s'était réengagé après de la direction, et puis encore la veille devant la cheffe de service et sa référente à « faire des efforts » par rapport à ses absences réitérés aux ateliers du matin n'a certainement pas joué en sa faveur. La jeune fille du groupe 2 – Mélodie – a par ailleurs choisi de *mettre fin à son séjour de manière volontaire*, l'ambiance du collectif « ne fais[ant] pas pour elle » aux dires des professionnels. Pourtant pertinente en de nombreux cas, l'analyse de son malaise initial au prisme des rapports sociaux de sexe ne me semble néanmoins pas suffisante pour expliquer la décision de Mélodie de quitter l'institution. On pourrait en effet penser que c'est du fait du déséquilibre entre les quatre hommes et elle que la jeune femme se sentait peu à l'aise dans ce groupe ; la disparité numérique entre hommes et femmes dans ce genre de centres est de fait susceptible de déranger plus d'une usagère. Mais en l'occurrence, à Métanoïa, cette régularité est plutôt contredite que vérifiée – on y trouve beaucoup plus de femmes que dans d'autres CTR – et la résidente semblait d'ailleurs à l'aise autant avec les femmes des autres groupes avec qui elle parlait, qu'avec certains hommes, plus jeunes, dont Bastien dans son groupe. Nous allons y revenir, mais c'est sans doute pour d'autres facteurs systémiques et/ou exogènes qu'a pu être motivé son départ de la structure : le fait que c'était son premier séjour ; les pressions de ses amis de l'extérieur ; la solitude, due à sa grande maturité par rapport aux autres membres de son groupe ; l'insécurité eu égard à la présence connue de son produit dans la structure, et à l'absence de sanction engagée envers son détenteur...

Les discours des professionnels et des résidents convergent à ce stade sur la justesse du comportement de Mélodie, qui a bien fait de partir « si ce n'est pas son moment » ou « si elle ne se sentait pas prête », et, en regard, sur l'immaturité de Thibaud – « trop jeune » [il a 21 ans et c'était sa première post-cure], ou trop naïf, « crédule » même, aux dires des membres de son groupe :

Récit du départ de Thibaud, par Keufra et Brice en début d'atelier, à l'éducateur qui absent ce weekend, demande des explications :

¹⁹ Il cherchait sans doute à impressionner l'étudiante en moi ; mais les professionnels ou les usagers de mon groupe me confirmaient qu'il tenait un discours analogue avec eux.

²⁰ J'utilise délibérément le verbe « confesser » pour sa connotation religieuse, cadre où la confession des péchés peut permettre l'absolution. Le hiatus entre le discours sur l'aveu et les pratiques mises en œuvre en réaction à ce témoignage d'honnêteté me semble ainsi d'autant plus explicite. Il fait clairement écho à ce que Foucault théorise de la confession, comme étant toujours *corrélée* à des formes psychiatriques ou judiciaires de l'aveu (Foucault, 1999)

Keufraan – Il a fait une petite crise d'épilepsie, il est parti à l'hosto [...] Samantha est repartie avec lui vers 16h [...] pour qu'il ait comme ça moins à attendre, et sur la route, il lui a dit qu'il avait consommé, *et il lui a donné sa consommation en pensant qu'il avait sa chance parce qu'il était honnête, vous voyez...* Et ça a été motif de rupture.

Romain – ...de rupture de contrat, de rupture de séjour... Et de rupture avec le groupe.

Brice – *Il a été crédule, il aurait pas dû le dire...*

Cdt 2 – Métanoïa – 27/09/21

Ce qui éclaire sous un nouveau jour les paramètres tacites de la « règle du jeu » : pour jouer le jeu, à Métanoïa, il faut parfois être capable de *ne pas tout dire*, de contrôler les informations comme l'image que l'on donne de soi (Goffman, 1974), de savoir manipuler les règles à défaut de pouvoir les contourner. Ce qui paraît plus étonnant en revanche, c'est comment dans ces mêmes jours, l'épisode de consommation nocturne de Jérémy semble déjà être pour l'équipe un dossier clos, comme en témoigne cette discussion avec un éducateur :

Pause de dix minutes dans l'atelier du matin. J'en profite pour demander à Romain de me raconter la réunion clinique du jeudi, et comment on a acté le maintien de Jérémy dans les lieux. Il me répond qu'ils ont en fait discuté de trois cas (Lucky, Dimitri et Jérémy – suite à l'épisode de la supérette pour les deux premiers, et à la conso de mardi nuit pour le troisième) pour finalement n'acter aucune fin de séjour.

Romain témoigne, un peu malgré lui à ce que j'en perçois, du fait qu'il faut relativiser la gravité de l'acte de Jérémy, puisque « maintenant en plus, *toute l'équipe est sur son dos*. »

Romain – Vu qu'on l'a surpris en train de consommer, et qu'on le surveille un peu tous – ça le rend parano... [...] [*L*]e truc c'est que Jérémy il connaît, il nous connaît, il sait comment ça marche ici...

Lorsque je demande *qui* a véritablement pris la décision de son maintien, l'éducateur me répond que devant l'indécision de l'équipe²¹, la directrice de transition a « estimé qu'il lui fallait une deuxième chance - et elle lui a fait comprendre qu'il resterait... ».

L'éducateur me parle ensuite des hésitations quant au sort de Lucky et Dimitri, dit qu'une bonne moitié de l'équipe était pour voter blanc ou contre (5-6 personnes) – « et l'autre moitié était pour qu'ils restent tous les trois. » Je pointe que, de fait, la seule personne de ce groupe qui s'est retrouvée en situation de partir, c'est finalement Mélodie... Romain acquiesce, et marque qu'en effet, le « contexte d'insécurité » a pu la pousser à partir.

Cdt 2 – Métanoïa – 27/09/21

Ce qui se présente comme marquant ici, c'est que les trois cas délictueux ou soupçonnés de transgression sont amalgamés sous un même sort – rester ou partir – alors que la spécificité de l'action de chacun ne vient pas être justifiée, même d'un point de vue clinique, dans la décision de les faire rester ou non. En miroir, le départ spontané d'une résidente, mal à l'aise dans ce climat de potentielle exposition au produit, est décrit comme un choix volontaire – tributaire de son impréparation. Ce départ résout ponctuellement la tension institutionnelle qui régnait quant au maintien de Jérémy dans les lieux – si son comportement perturbateur n'est plus interprété comme source de perturbation pour d'autres, il peut être résorbé. Concrètement, la transgression des règles est acceptée (voire minimisée) pour maintenir l'ordre moral propre à la socialisation institutionnelle : le prix à payer est que certains sujets

²¹ On peut sans doute affirmer sans trop s'avancer que cette indécision est le fruit de certains intérêts professionnels particuliers (évoqués plus haut) par rapport aux enjeux du travail d'équipe, mais aussi de l'inéquitable poids entre la parole de certain-es et celle de leurs collègues dans la prise de décisions.

(comme Mélodie) s'autoexcluent lorsqu'ils ne supportent plus les règles ; ou que d'autres, les « naïfs », peu à même de mener un double-jeu (Thibaud) sont exclus pour l'exemple.

Au début de la semaine suivante, Jérémy se voit encore souvent critiqué par les membres du groupe que je continue de suivre, mais dès qu'ils sont avec lui – pour les pauses cigarettes ou les moments en fin de journée –, c'est plutôt par l'émulation et l'admiration que se manifeste leur comportement à son égard. Par ailleurs, je sens qu'ils font preuve de plus en plus d'animosité envers Dimitri, dont le comportement, indifférent ou désobligeant, énerve et devient source de colère, d'envies de consommer. L'attitude des résidents calque d'ailleurs en grande partie celle de l'équipe, pour laquelle cet usager constitue assez régulièrement un problème. Lors de la dernière réunion clinique, sa référente affirmait qu'il faisait des efforts, mais qu'il était mal perçu par le collectif : « J'ai essayé de lui renvoyer qu'il était parfois trop "proche" des gens... », désignant par-là la manière dont Dimitri pour s'adresser à quelqu'un s'approche souvent à moins d'un mètre de la personne, en la fixant droit dans les yeux. Le psychologue, lui, parle de son complet désarroi à le « faire parler » en entretien, et le décrit comme quelqu'un d'inquiétant, constamment avec un « *poker face* » (un visage impassible, comme celui qu'adopte un « bon » joueur de poker). Le problème de Dimitri, c'est qu'il ne participe pas comme les autres. Même si au long des deux semaines de son séjour il est constamment observable en mouvement, en train de bêcher dans le jardin, ou de repeindre la table de jardin, il semble ne pas correspondre aux attentes de l'institution – qui attend une contribution à part égale entre résidents aux tâches de la vie quotidienne (préparation des repas, du café, et part active dans le ménage) et aux rites d'apprentissage mis en œuvre dans les ateliers. Dimitri est étranger ; il parle peu, ou ne se fait pas comprendre. Il a des troubles mentaux ; son abord est trop frontal, trop direct pour nombre de résidents du centre, qui ne comprennent pas sa manière de se comporter et la ressentent comme une provocation ; il s'attache à des tâches « superflues » tout en oubliant des règles importantes de la vie commune. Bref, il ne comprend pas les règles du jeu propres à ce lieu.

Les attaques à son égard, les insinuations en ateliers se multipliant sur le début de cette nouvelle semaine, la décision qui tombe le mardi après-midi d'exclure Dimitri est finalement peu surprenante – malgré l'absence de transgression explicite à laquelle renvoyer. L'éducatrice qui l'accompagne à la porte, navrée, me dit en deux mots que c'est à cause de « ses manquements », puisque la direction vient de le convoquer pour lui demander comment il se justifiait, et qu'« il n'a pas su répondre de pourquoi il est là... ». La discussion entre la directrice et la cheffe de service, à laquelle j'assiste ce soir-là, renforce le poids donné à cette inadéquation sur laquelle on ne s'appesantit pas outre mesure :

Marion – J'ai l'impression qu'il attendait que ça, qu'on acte une fin de séjour...

Delphine – Oui, c'est vrai qu'il y a pas eu un seul argument de donné...

Marion – En gros, ils nous ont dit [elle parle du centre d'assistance où était suivi Dimitri] qu'ils ont tout fait pour que tout se coordonne... Eux ils étaient en fin de prise en charge, et ils voulaient que ça enchaîne sur d'autres suivis...

Delphine – Même s'il a mis du sien dans ce fonctionnement-là, c'était pas le bon endroit pour lui... [...] C'est clairement un cadre qu'il ne pouvait pas tenir...

Marion – ...il avait l'impression d'y être, en plus.

Delphine – Pour moi, c'est vraiment des personnes qui relèvent de séjours comme *Un chez soi d'abord*, qui sont sur du très long séjour...

Ainsi, alors que quelqu'un qui a enfreint les règles n'a pas été exclu, on peut légitimer en CTR l'exclusion d'un résident qui n'a pas commis explicitement d'infraction, mais qui est jugé inadapté par l'équipe. Le cas de Dimitri relève plus généralement de cette effraction de l'idéal de la continuité des soins que viennent constituer les patients addicts aux comorbidités psychiatriques. Quand bien même le centre d'assistance a collaboré avec le CTR pour assurer le suivi de la prise en charge de Dimitri, les réquisits et les pratiques quotidiennes de ce CTR particulier interfèrent avec le projet théorique d'une continuité des soins possibles pour tous les usagers. Ce que relèvent les deux femmes, pour défendre le bien-fondé du fonctionnement institutionnel, c'est donc l'inadaptation personnelle de l'usager – et aussi le manque de connaissances des partenariats possibles du centre qui l'a orienté, où les professionnels « voulaient que ça enchaîne » sans prendre en considération les attentes spécifiques du CTR. En fait, elles témoignent d'un problème qui se pose très fréquemment aux institutions psychiatriques, lors de délégation des patients dont tout le monde cherche à « se défaire » :

Toute institution est confrontée à un double problème pratique : gérer sa clientèle et organiser une forme de travail collectif qui convienne à l'ensemble des membres du personnel en leur offrant une forme minimale de satisfaction. Dans cette perspective, *la collaboration avec des institutions étrangères pose plus de problèmes qu'elle n'en résout*. C'est qu'il ne s'agit pas uniquement d'un principe : collaborer, c'est accepter de prendre en charge un patient provenant d'un autre établissement de soin. Or, une hiérarchisation implicite classe *a priori* les clientèles psychiatriques selon un degré de « réceptivité » à la thérapie. De ce fait, les professionnels savent bien, dans la mesure où ils le pensent eux-mêmes, que les clients dont une institution veut se défaire sont, en règle générale, des « indésirables ». Dès lors, il n'est pas étonnant de constater que les offres de délégation sont immédiatement perçues comme un « débarras » et pas comme l'accueil d'un « cas » intéressant. Dans le sens commun des professionnels, *le transfert est, jusqu'à ce qu'ils se donnent la preuve du contraire, envisagé comme une charge de travail rébarbatif supplémentaire* dont on ne comprend pas pourquoi elle devrait échoir à cette équipe plutôt qu'à celle qui s'en décharge, *ou comme l'intrusion, dans un univers structuré avec peine selon des normes propres, d'un facteur de trouble indésirable et redouté*. (Ogien, Toledo, 1994 : 168-169 – je souligne)

Les deux responsables pérennisent la situation d'inadaptation de l'institution à la personnalité de Dimitri en actant une fin de séjour dont elles s'efforcent de justifier le caractère irrémédiable. Elles insistent sur l'inadéquation de l'offre thérapeutique avec la demande, tant de l'institution référente qui en avait la charge (et dont la délégation est jugée comme une manière de « se débarrasser » du problème), que de l'usager lui-même, en disant qu'il « attendait » ce renvoi. « Le bon endroit » pour un individu comme Dimitri, c'est un séjour de long cours, privilégiant la demande sociale sur la demande de soins – un endroit où par ailleurs sa « différence » sociale ne sera pas l'occasion d'une stigmatisation par l'ensemble du collectif.

En effet, si l'éducatrice qui le prenait en charge justifiait aussi l'exclusion à cause de la dynamique du collectif (« Et c'est surtout au niveau du groupe, c'était trop dur... »), on constate *via* ce cas singulier que les usagers sont les premiers à entretenir une situation où, par « frustration égalitaire » (Astier, 2007 : 26-27), les plus vulnérables se retrouvent souvent en situation marginale. En effet, si « le groupe » doit être en CTR au service de l'autonomisation de chacun de ses membres, la dynamique d'émulation entre les usagers favorise la tendance, dès lors qu'un manquement se fait sentir au niveau d'un individu, à la stigmatisation de celui ou celle qui « n'a rien à faire ici ». Devant refléter de manière harmonieuse la bonne volonté de chacun des résidents, le collectif en CTR ne peut permettre l'identification que si

tous font le travail attendu. Si un individu se distingue trop par sa bizarrerie, le groupe peut rapidement devenir demandeur de distinctions et de traitement différentiel envers la figure d'autorité que constitue le professionnel – qui doit parfois sanctionner qui du groupe doit rester ou partir. D'autant que la philosophie des CTR se distingue de celles des communautés thérapeutiques ou des groupes d'auto-support dans la manière dont on y considère que les professionnels demeurent l'instance d'expertise du changement et de la progression individuelle (Lambrette *et al.*, 2021). Sans nous en remettre aux développements philosophiques de la notion, on comprend ainsi par l'observation empirique comment se génèrent des processus de désignation d'un bouc émissaire (Girard, 1972, 1982). Ces processus d'ostracisation d'un membre plus faible du collectif n'ont rien à voir avec la nature de la transgression agie ; ils relèvent plutôt de l'intrusion ressentie – comme le disent Ogien et Toledo – à l'intérieur d'un univers disposant de ses propres normes.

À Métanoïa, ces normes s'organisant autour d'une certaine idée proactive du rétablissement, on peut constater que s'opère collectivement un travail de distinction entre un « vrai travail », celui fondé sur une dynamique de changement, de *transformation de soi* – et des gages verbaux et comportementaux de cette mise au travail ; et un « faux travail », qui est uniquement une manière de « se faire remarquer », ou à l'autre extrême du spectre, de se fondre dans la masse, d'être « là sans être là », de se croire « en vacances ». De la même manière que dans les services de rééducation post-AVC, « un patient qui "ne travaille pas" à sa rééducation "n'a pas sa place ici", "n'a rien à faire ici", ou encore "prend la place de quelqu'un d'autre à qui la rééducation pourrait bénéficier", et peut être poussé vers la sortie. » (Darmon, 2021 : 181).

Cette distinction, qui fait partie des logiques intrinsèques au bon fonctionnement du centre thérapeutique, les résidents s'en font parfois les premiers participants, lorsque leur capital symbolique et leurs socialisations institutionnelles antérieures (leur « capital expérientiel » pourrait-on dire) le permettent. Une des caractéristiques de ce travail de distinction, c'est qu'il n'est possible que de la part de celles et ceux à qui il est déjà permis – les personnalités (auto)diagnostiquées « HPI » (Haut Potentiel Intellectuel), certaines TDA/H... Ou, sans qu'il y ait besoin de diagnostic, celles dont le capital culturel et social permet, dès les premiers entretiens des marges de négociation ou de réappropriation des outils de communication fournis par les professionnels. D'autres études ont d'ailleurs souligné en miroir qu'un niveau plus faible d'instruction favorise les départs prématurés des programmes de traitement résidentiel (Kooyman, 1992). Ce travail de singularisation est néanmoins accordé aux profils dont le capital symbolique et institutionnel (leur rapport de loyauté à l'institution) garantit qu'ils lui sont acquis. Jérémie est un de ces cas qui, parce qu'il revient à Métanoïa lorsqu'il va trop mal, parce qu'il y trouve une forme de refuge et d'accueil tout en continuant à « tester le lien », parce qu'il a établi une forme de continuité entre son passage au centre et sa vie en dehors (en continuant à voir le psychologue du centre – ce qui n'est pas sans poser des questions déontologiques), réussit à opérer un travail de distinction dont il ne bénéficierait pas forcément dans un autre centre.

Nous avons tenté de démontrer que ce cas resserré du parcours sur trois semaines de ces quelques usagers (les cinq nouveaux plus Thibaud, issu de mon groupe) permet d'appréhender diverses formes du rapport aux règles dans une institution de type CTR, qui tiennent en grande partie aux déterminants sociaux et aux socialisations antérieures de ces usagers entrants. Jérémie n'est pas exclu, parce que l'on considère que le reste du temps, il demeure *mobilisé* au sein de l'institution. Mélodie part, parce que de sa libre volonté, elle

« décide » que ce n'est pas son moment, qu'elle n'y arrive pas. L'institution choisit de pallier une démobilisation passagère de ces usagers qu'elle considère compétents dans leur travail de changement. En soutenant la « motivation » des individus dans un passage difficile de leur existence elle soutient l'illusion d'un espace, à l'écart de la société, où la crise de l'addiction sera une parenthèse qui se ferme. À d'autres moments, elle peut aussi choisir de ne pas le faire – dans le cas de Thibaud par exemple, qui a mal « joué », soit qu'il n'ait pas été assez honnête, soit qu'il ait été trop transparent. La parenthèse est à renégocier. Ou encore, concernant d'autres individus encore, l'institution de séjour court que constitue Métanoïa *ne peut pallier* ce qui est perçu comme des carences plutôt que comme une démobilisation passagère. Ces carences peuvent être motivationnelles ou expressives, comme chez Lucky ; ou elles peuvent être d'ordre social et cognitif, comme pour Dimitri. Psychologisées et naturalisées, elles peuvent être retenues contre les usagers pour expliquer leur incapacité à tenir le cadre – qu'ils soient admis à rester ou invités à partir. Les difficultés étant trop grandes, l'individu demeurant en porte-à-faux de la mobilisation exigée.

Dans notre article, nous faisons valoir que ces différents rapports peuvent être par ailleurs catégorisés selon deux catégories d'indiscipline²² (plus que de transgression aux règles à proprement parler) : d'une part une indiscipline où l'individu n'est pas jusqu'au bout tenu responsable de ses décisions et de ses comportements – une indiscipline-*incapacité* qui ne concerne que certains ; d'autre part une indiscipline-*inadaptation* – où même si elle n'est pas imputée directement à l'usager, cette naturalisation du caractère non-transformable du comportement de l'usager pérennise sa relégation sociale. Cette dichotomie, et l'étude de cas ici évoquée fait d'autre part écho aux divers travaux récents traitant du différentiel de « valeur sociale » attribué aux usagers, en fonction des critères sociaux, sexués et ethno-raciaux (Cardi, 2007 ; Cognet, 2017 ; Darmon, 2021 ; Paillet, 2021). La notion de valeur sociale des patients apparaît clairement pour la première fois dans les travaux de Glaser et Strauss, qui utilisent aussi bien la notion de « perte sociale » (*social loss*) que celle de « valeur sociale » (*social worth*) pour décrire l'évaluation faite par les infirmières et plus généralement les équipes médicales pour estimer la hauteur de la perte sociale qu'une représentera la mort d'un patient (Glaser, Strauss, 1964, 1965). Pour résumer, le travail infirmier distingue, pour des raisons intrinsèques à la pénibilité du travail et au maintien de l'autonomie professionnelle, les « patients à forte perte sociale » des patients à « faible perte sociale » - ce qui fait que ces derniers bénéficient généralement de moins d'attention ou de moins de soins que d'autres. Anne-Marie Paillet, tout en soulignant leur apport originel à cette question des « différenciations sociales des pratiques médicales », effectue un travail de synthèse où elle montre l'apport décisif des travaux de David Sudnow et de Julius A. Roth pour démontrer le traitement diagnostique et thérapeutique différentiel pratiqué par les médecins. Il nous semble que, de même que Muriel Darmon le prouve à l'égard des services de neurologie et de rééducation observés dans son ouvrage sur la récupération post-AVC (2021), ce traitement différentiel, loin de concerner uniquement une profession, s'étend à l'institution dans son ensemble – et également, comme

²² L'indiscipline (du latin *disciplina*, dérivé de *discipulus* : « disciple » ou « celui qui apprend ») correspond à l'étiquetage des conduites (Becker, [1963]) qui font obstacle ou échappent à la discipline, celle-ci étant entendue comme l'ensemble de règles et normes sociales jugées nécessaires au maintien de l'ordre interne d'un certain milieu. Nous partons donc du constat interactionniste qu'il n'existe pas d'indiscipline préalable à sa désignation par un groupe social comme conduite déviante, et plus exactement, préalable à un certain *traitement* (réprimande, sanction, amendement, tolérance...) de celle-ci – qui est le plus souvent socialement différencié. Je renvoie le lecteur intéressé au sommaire du n°29 de la revue *Champ Pénal/ Penal Field* : « Traiter l'indiscipline : les pratiques disciplinaires et leurs reconfigurations contemporaines ».

nous espérons l'avoir montré ici, à la direction comme aux usagers. Pour reprendre une phrase de Darmon en en modifiant uniquement la fin, « Cette hypothèse de l'existence d'une "valeur sociale des patients" permet donc notamment d'envisager autrement ce qui motive, au double-sens du terme - c'est-à-dire ce qui cause et ce qui dynamise -, l'action *institutionnelle* sur une patiente ou un patient donné. » (Darmon, 2021 : 139). La dichotomie que nous apercevons de notre côté entre indiscipline-incapacité et indiscipline-inadaptation permet de mettre en relief une hiérarchie des valeurs sociales incarnées par deux types de populations distinctes au sein du CTR. Il faudrait d'abord préciser comment cette hiérarchie se recoupe ou non avec les appartenances de classe, de classe d'âge, de sexe, et la question de l'origine ethnique²³ ; puis, dans des développements plus tardifs que nous laissons pour les prochains chapitres, approfondir l'intérêt d'une étude des « différenciations des différenciations » souhaitée par Anne-Marie Paillet – « autrement dit des façons variables dont s'opèrent, d'un-e médecin à l'autre ou d'un contexte à l'autre, les différenciations des pratiques d'un-e patient-e à l'autre » (Paillet, 2021 : 39).

Une valeur sociale élevée des usagers peut globalement être considérée corrélative de la jeunesse et d'un fort capital socio-culturel dans nos deux CTR. Plus un-e résident-e sera âgé-e, plus il ou elle risque de se voir déconsidéré-e ; il en va de même avec l'origine populaire de certain-es. Pour autant qu'on ne puisse pas dire que connaître les mots de *craving* et de *résilience* soit nécessairement faire partie de la culture légitime, la compréhension et le réemploi de ces mots du jargon institutionnel témoignent en tous les cas d'une socialisation scolaire minimale, et/ou d'une capacité individuelle à se hausser au niveau des enjeux de la socialisation institutionnelle exigée – ce qui est loin de concerner tous les usagers et usagères.

En ce qui concerne les catégorisations ethno-raciales, nous avons pu illustrer avec l'étude comparée du traitement par la direction de Yassine et Thibaud que celle-ci sont au moins présentes de manière socialement importée – bien qu'il nous semble (et cela ressort notamment des entretiens fait avec elles et eux) que les travailleurs sociaux présents sur le terrain soient plus généralement attentifs à ne pas laisser passer ce type de discriminations. Je parlerai donc en l'état de ma recherche, en imitant Roth, « d'indices » plutôt que de preuves, concernant les effets des assignations ethno-raciales (Roth, 1972 : 843 – cité par Paillet, 2021 : 37).

Néanmoins, en ce qui concerne les enjeux d'une différenciation en fonction du sexe, il nous semble que ces indices s'amoindrissent encore voire, dans certains cas que nous évoquerons plus loin dans la thèse, qu'ils s'inversent par rapport au sexisme ordinaire. Il y a en effet un vrai dilemme de notre point de vue sur le départ de Mélodie. Pourquoi décide-t-elle de mettre fin à son séjour ? Il y aurait trois manières de répondre : 1) parce que c'est la seule femme dans un groupe d'hommes ; 2) parce que l'un des usagers de son groupe est en possession de son produit d'addiction (le cannabis) et qu'elle voudrait échapper à une tentation de reconsommer ; 3) parce qu'elle déce que les règles du centre ne sont pas les mêmes pour tous, et que face à l'insécurité qu'elle ressent, elle songe d'abord à se protéger toute seule. Tout en penchant pour la troisième interprétation, nous ne souhaitons pas négliger les deux autres propositions. Le problème de la première interprétation, c'est qu'elle s'insère

²³ Je laisse de côté le critère de « moralité », rajouté par Darmon à la suite de Stefan Timmerman (1998 – cité par Darmon, 2021 : 138) qui, bien que présent dans les représentations sociales ordinaires qui sont tout de mêmes convoyées constamment dans les centres sur ce que serait un comportement décent, ou à l'inverse mal éduqué, choquant ou irresponsable (même entre usagers – cf. plus haut la désapprobation du comportement du Thibaud), nous semblent quelque peu redondants concernant le comportement (socialement désapprouvé) d'usagers de drogues illicites (ou de produits licites mais en excès), et ne permettent pas autant de saisir ce qui se produit.

parfaitement dans le discours des professionnels justifiant son départ – en essentialisant de la sorte sa condition de femme et en évitant de voir les facteurs institutionnels qui l’ont aussi motivé : pauvre Mélodie qui n’était pas prête, trop fragile, trop jeune ; pauvre Mélodie toute seule dans un groupe d’hommes, machistes parce que déviants...

Au risque de devoir justifier à plusieurs reprises cette position par la suite, je pense que sur ce terrain spécifique (de l’accompagnement médico-social des addictions), raisonner en termes de genre et de rapports sociaux de sexe est plutôt à double tranchant, et risque d’occulter d’autres enjeux, moins évidents mais plus pertinents à mon sens. Il est compliqué de mon point de vue (de chercheuse, mais aussi d’« assignée femme ») d’interpréter que c’est parce qu’elle est la seule femme sur un groupe de cinq personnes que cette personne décide, après plusieurs mois d’attentes et d’efforts pour venir se soigner dans ce centre, de quitter les lieux après une semaine. Cela est compliqué, non pas parce que cette interprétation est inaudible (elle est certainement fort plausible dans d’autres cas), mais parce qu’en ayant observé cette jeune fille, en ayant vu ses liens avec les autres usagers de l’institution (femmes et hommes), sa connivence avec les professionnelles plus âgées, sa maturité eu égard tant aux questions d’addiction qu’à la dynamique de l’institution – ce serait fortement réduire la complexité de sa décision (qui, j’espère l’avoir suffisamment souligné, tient plus au fait qu’elle se sentait mal à l’aise par rapport à la possibilité d’avoir du cannabis dans l’institution où elle était censée venir s’en sevrer) que de l’assigner à un déterminisme aussi massif. Il est incontestable que la place donnée au sexe des usagers joue un rôle dans l’institution – et peut même, sauf dans certains cas très précis, constituer un *avantage* pour les femmes dans ce type d’institution – contrairement, cela est entendu, au reste de l’ensemble du monde social (voir chapitre 6 I.D/). Il en va de même d’ailleurs à mon sens – mais uniquement en ce qui concerne Métanoïa – pour l’orientation sexuelle : elle constitue un stigmat social qu’il s’agit de combattre ici, et donc pour lequel il faut avoir un regard professionnel particulièrement compréhensif et bienveillant. Pour cette situation en particulier d’ailleurs, si on prend le matériau à la lettre, les professionnels ne jugent pas négativement Mélodie qui *choisit* de partir ; alors qu’ils jugent très sévèrement Thibaud, qui est mis à la porte. Non pas en fonction des effets d’une différenciation genrée entre les deux jeunes usagers – mais véritablement parce que l’un a transgressé les règles alors que l’autre s’en va, et pourra probablement revenir prochainement si elle le désire. Enfin, et ce dernier critère nous semble le plus important si l’on veut établir une grille exhaustive des différenciations sociales des pratiques institutionnelles en addictologie, le fait que Thibaud se diagnostique schizophrène n’est certainement pas pour jouer en sa faveur. La double peine que constitue dans le monde social que d’être porteur de troubles psychiques et touché par la problématique addictive se répercute de façon forte dans les services de soins en addictologie – où il me semble que le degré de psychiatrisation constitue souvent l’un des critères les plus rédhibitoires à une « bonne » prise en charge.

*

II. De la volonté de se soigner : éprouver, approuver, donner les preuves. Qu'est-ce que « mériter » le rétablissement ?

La question des « règles du jeu » ne peut se comprendre qu'à l'aune des attentes institutionnelles qui pèsent sur les usagers, et que nous avons tenté de décrire dans la première partie de ce chapitre. Mais par ailleurs ces attentes, toute idéelles qu'elles soient, s'intègrent à un ordre des interactions où la « volonté de se soigner », pour exister, doit avoir ses mécanismes de validation, et, le cas échéant, de sanction (qui punissent son absence). La manière dont les règles institutionnelles sont inculquées, et participent d'une série de rituels où l'on s'assure que l'usager, malgré ses tentatives de transgression, peut être « engagé » dans le programme thérapeutique proposé, participe de ces mécanismes. Il ne suffit pas de « vouloir s'en sortir », ou de « vouloir changer », en CTR. Il faut encore, au-delà de l'admission dans le centre et de l'acceptation des conditions de séjour, réitérer son engagement dans le soin et la transformation de soi. Les usagers sont soumis, comme on l'a vu, à un processus de sélection qui est fonction de leur capacité à négocier les règles propres au lieu où ils ont choisi de passer ces épreuves du changement. Mais ils doivent chaque jour donner les preuves concrètes de ce changement.

Le temps passé en CTR s'écoule ainsi à vouloir (et à devoir) prouver – éprouver – approuver. *Prouver* qu'il y a une mutation réelle qui est en train de s'opérer, que le programme d'accompagnement fait effet, que le résident *change* – qu'il se voit changer, et qu'il est vu changé, par l'équipe. *Éprouver* : qui est la condition et le corrélat de cette mutation du soi ; il faut la « vivre », la ressentir, aussi fortement qu'on éprouve dans la continuation du sevrage le manque du produit, le vide, l'angoisse. Qu'on se mette également en contact avec une autre dimension du Soi, plus exposée aux émotions – qui comme on le verra dans le chapitre 4 font l'objet d'un travail particulier – et à une certaine appréhension de « l'authenticité ». *Approuver* : qui est également corrélat *et condition* du changement, au sein de ces centres. Dans ce cas également, le travail d'approbation de l'autre, de sa tentative de changement, est aussi bien du ressort des soignants, que des usagers. On passe un temps considérable à valider ou à invalider ses évolutions et les évolutions des autres en CTR. Le rétablissement est un processus où l'on accepte son avoir-été-malade et où l'on assume son devenir, en lien direct avec l'approbation d'autrui.

Nous verrons dans un premier temps quels sont les critères qui permettent de définir que quelqu'un est sur la bonne voie – qu'il « mérite » le rétablissement. Ensuite, nous développerons davantage ce verbe de l'« éprouver », en nous attachant à la dimension concrète des pratiques professionnelles. Enfin nous nous pencherons sur la question particulière de l'authenticité, à travers l'objet métaphorique du « masque », qui apparaît fréquemment comme désignation d'un changement inauthentique mis en scène par les usagers.

II. A/ « Mériter » les soins.

Nous avons pu établir que le processus de sélection des individus qui sont considérés « aptes » au rétablissement se fonde en grande partie sur leurs socialisations antérieures, et sur la manière dont les professionnels considèrent (ou non) qu'ils « méritent » de poursuivre leur parcours de soins.

Ce constat tiré de l'observation de terrain fait directement écho aux analyses de Barney Glaser et Anselm Strauss dans leur texte sur les patients mourants [1965] que nous avons déjà évoqué à la fin du chapitre 1 (II. D/4). Si le patient, comme on l'a vu alors, manifeste sa conscience d'être mourant, ce que cela engage du côté des professionnels est sujet à variable :

A première vue, quel que soit le contexte de conscience, les obligations des membres du personnel vis-à-vis d'un malade mourant paraissent assez simples. Ils doivent, si possible, le sauver, sinon, ils doivent dispenser les soins médicaux et infirmiers appropriés jusqu'à sa mort. Mais cette vision un peu simpliste de leurs obligations méconnaît le fait que le malade les *mérite* parce qu'il a été défini comme mourant. (1992 [traduction Baszanger] : 117)

Ce que disent les auteurs, c'est que le soin et l'attention des professionnels médicaux et paramédicaux ne sont pas simplement indexés à la perspective de la mort du patient – et au mandat qui leur est confié de prendre soin de lui « jusqu'à sa mort ». Ils sont en fait réalisés de manière relative au « mérite » qui est attribué à un malade mourant. Et d'autre part, de manière relative au mérite de *certain*s malades mourants, parce que leur mort est considérée plus « injuste » en raison de certains critères distinctifs intériorisés par les soignants (âge, situation familiale, projets et utilité sociale), ou parce qu'ils sont perçus comme plus respectueux des attentes forgées autour de l'attitude à tenir lorsqu'on est un malade mourant. Les soins et l'attention que dispensent les membres de l'équipe en CTR sont, de la même manière, calibrés sur le « mérite » particulier que peut acquérir un sujet qui a généralement dérogé aux règles sociétales, mais qui a, à un moment donné, accepté de se considérer comme malade. La seule différence qui me semble importante à noter à ce stade entre nos usagers et les malades en phase terminale de Glaser et Strauss, est que la définition du statut de mourant est facilement (et médicalement) établie : « En général il n'a pas à chercher activement à obtenir une définition de son statut, mais a simplement besoin d'être défini médicalement comme mourant » (*ibidem*). Ce qui diffère singulièrement du cas qui nous concerne où les usagers, pour autant qu'ils manifestent leur désir de changement, ne savent pas pour autant à quel statut ils peuvent prétendre, dans ce passage du monde de la drogue au monde du rétablissement.

A/ 1) Du drogué et délinquant au « malade » : mériter d'entrer en soins__

La notion de « mérite » - dans le sens de « mériter les soins » - se complique dans notre cas, spécifiquement parce l'usager de drogues se situe à la frontière de plusieurs monde sociaux, et de plusieurs représentations non nécessairement compatibles. L'identité d'usager de drogues se trouve en effet polarisée par son assignation à la catégorie de « malade » d'une part, et de l'autre à celle de « délinquant ». Depuis la loi de 1970, cela est d'autant plus explicite – mais c'est dès la fin du XIX^e siècle et la première loi d'ordre social concernant l'alcoolisme en 1873 que se construit en France cette vision qui « fait du buveur un délinquant possible »

(Nourrisson, 2017 : 10). La construction sociale de l'usager de substances comme justiciable (alors qu'en tant que tel, seule la détention de produits illégaux est punissable par la loi, et non son usage) est de même un reliquat des politiques répressives mises en place depuis plus d'un siècle au niveau national et international (das Neves Ribeiro, 2018). De nos jours, au niveau du système judiciaire, Setbon (1998) comme Devresse (2006) soulignent que pour les magistrats, les usagers de drogue mis en cause judiciairement doivent démontrer non seulement qu'ils ont *besoin* d'une thérapie, mais qu'ils la *méritent*. Le paradoxe du doublet malade-délinquant trouve son nœud dans cette situation juridique irrévocable. Car en ce cas, ce n'est pas le statut de malade « méritant » comme le décrit Strauss qui détermine la validation par le pénal du statut de malade du justiciable. Ce n'est pas parce que le justiciable démontre d'être bien atteint par la dépendance – et qu'il reconnaît ainsi sa maladie – qu'il obtiendra pour autant la thérapie. Cela se trouve complexifié par son attitude en tant que prévenu : c'est seulement s'il se comporte comme un « bon prévenu » qu'il pourra avoir le droit de devenir un « bon malade » :

Car si, comme on vient de le voir, la notion de besoin est toute relative et sera configurée par l'intervention d'autres variables comme les antécédents ou la délinquance associée, celle de mérite sera tout aussi modulable. Elle sera par exemple très souvent déterminée par l'attitude du prévenu face au magistrat lors de sa rencontre avec lui ou face aux autres instances pénales. L'attitude de l'usager conditionne en effet son devenir pénal de manière déterminante. [...] Méritera l'injonction thérapeutique l'usager de drogues qui, non seulement montre patte blanche, mais également est « peu porteur de risques ». (Devresse, 2006 : 80)

Le justiciable usager de drogue devra ainsi bien se comporter vis-à-vis de l'institution pénale, « jouer son jeu », puisque celle-ci conditionne avant toute autre instance l'orientation qui sera celle de son parcours. Il nous faut préciser que cette insistance apparente sur les catégories de « bons » et « mauvais » usagers ne sont pas de notre fait, mais proviennent directement de ce qui s'insinue comme distinction manichéenne au sein des institutions que nous fréquentons – et qui se voit également relevée par Devresse dans le milieu de la justice pénale : bien que cette catégorisation ne soit « jamais explicitement formulée [...] elle finit inmanquablement par devenir évidente au fil des discours et des pratiques. » (*ibid.* : 101)

Les distinctions qui s'opèrent dans les discours des acteurs institutionnels – et qui se nourrissent autant qu'ils influent sur les directives en matière judiciaire – pointent tout d'abord une différence en termes de fréquentation de la justice au sein des divers parcours pénaux. La distinction entre « l'usager occasionnel » (celui qui « commet une infraction isolée ») et « l'usager habituel » marque que le premier critère de classification pour les acteurs observés par Devresse est la référence à l'expérience pénale. On ne s'étonnera guère ainsi, que ces distinctions puissent influencer par la suite l'orientation préférentielle des usagers occasionnels vers une alternative thérapeutique : on leur accordera plus facilement qu'aux « habituels », qui en sont à leur troisième ou quatrième condamnation. L'endroit de la confusion entre rechute (dans la consommation) et récidive (d'un acte délictueux) est tout proche. C'est sans doute un des facteurs qui explique que les mesures alternatives à la peine qui concernent la prise en charge thérapeutique d'une addiction (comme on le verra pour le cas des P.E. dans le chapitre 3) concerne plus souvent des sujets « jeunes », auxquels on pense qu'il est encore possible d'apporter un traitement thérapeutico-moral et de donner une « seconde chance ». Mais cela nous donne aussi une idée de l'appréciation qui est faite par le système pénal de ces mesures alternatives en médico-social, qui sont considérée comme une « faveur » (Devresse, *ibid.* : 81) que l'on accorde aux usagers disciplinés du parcours pénal.

De l'autre côté, à la réception des usagers, les personnes envoyées par la justice (qu'il s'agisse du SPIP, du SMPR ou de la maison d'arrêt) n'ont pas bonne réputation. Souvent contraints à rendre des comptes à la justice de leur parcours de soin, ils sont soupçonnés de ne pas vraiment « vouloir » pour leur compte, et donc de ne pas « mériter » les soins. En témoignent ici le discours intériorisé par une jeune stagiaire en psycho, Laura ; ainsi que celui que reprend un détenu, Jacob, qui arrive au CTR en procédure de placement extérieur :

Je discute avec Laura, stagiaire-psychologue, dans un temps interstitiel, de ce qu'elle observe au sein du CTR, par rapport à ses anciens stages, hors addicto :

Laura – Au TCHAT il y a beaucoup de personnes qui sont en obligation de soins – alors nous souvent, on leur dit : « soit vous êtes en obligation, soit vous êtes en soins ».

[Je lui demande de qui provient cette phrase : elle me répond très spontanément que c'est Francis, le psychologue du centre avec qui elle travaille, qui parle ainsi en entretien. Et elle justifie :]

Parce que c'est pas du tout la même démarche, quelqu'un qui vient parce qu'il est obligé et quelqu'un qui vient pour se soigner... On leur demande si, malgré le fait que la justice les oblige à venir, ils ont quand même envie de travailler sur leur dépendance. Hier, j'en ai vu un avec Francis, qui est obligé... bah, ça a duré 10 minutes, montre en main. Au départ, je dirais que ça m'a un peu frustrée... Qu'on peut pas pour ainsi dire *aider tout le monde*. J'en suis un peu revenue, *il y a des gens qui veulent pas en sortir, c'est comme ça*. Quand ils viennent, 5 minutes, et on leur donne une attestation qu'ils donnent à la SPIP... [elle se réfère sûrement à « la » CPIP (Conseiller·ère Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) – un métier qui recrute jusqu'à 80% des femmes (ENAP, 2017)]

Francis dit « Nous d'un certain côté, ça va rien changer pour nous... On va pas les embêter ; mais en tous cas, *on va prendre ce temps-là pour des gens qui veulent vraiment*. Après on va quand même leur demander, parce que leurs objectifs ou leur vie peut changer en un mois...

Cdt 1 – TCHAT – 04/06/21

Jacob me raconte comment se passe l'aménagement de peine. Il aura 5 mois pour finir sa peine, où il voudrait être en P.E. soit en CTR soit en A.T.

Jacob – Moi, la dame du TCHAT [Sandra, qui s'occupe des visites en maisons d'arrêt], je lui ai dit qu'on s'était déjà vus en 2013... Comme la première peine, j'avais 4 ans à faire, la peine était trop longue, ils vous proposent rien ; la 2^e j'ai pris 6 mois pour conduite sous annulation de permis, et puis j'avais 5 mois pour « violence »... [il avait pas voulu se faire contrôler, passer les tests au volant.]

[Il a passé le permis poids-lourds à sa sortie de prison – mais du coup, ça a réactivé une procédure de conduite sous stup' qui datait de 2012, avant son incarcération... Du coup, ils lui ont retiré son permis. Au contrôle banal ça passait, mais quand on vérifiait en préfecture on voyait que le permis était annulé depuis deux ans. Il a été jugé pour récidive]

Jacob – On a l'impression d'avoir payé sa dette à l'État... mais non, ça vous suit toute la vie. C'est comme vous avez des obligations de soins – *mais en fait il suffit de faire signer un truc au psychologue... C'est pas suivi en fait...* Du coup, ce qu'on me propose dans ce centre-là, c'est la première fois qu'on s'intéresse à mon problème... [Je lui demande comment il pense que le CTR va lui permettre de résoudre son problème, et il répond :]

Si t'es occupé, tu travailles, t'as déjà moins de temps de faire des bêtises...

Si on comprend pas le fond du problème, bah, j'en suis la preuve... *Si on le fait pas pour soi-même, dès qu'il y a un problème ou quoi, on reprend les à-côtés.*

Cdt 1 – TCHAT – 09/06/21

D'une part, dans cette alternative du « *soit vous êtes en obligation, soit vous êtes en soins* » proposée par le psychologue du TCHAT, on voit bien qu'il n'y a pas de place pour une situation d'entre-deux, entre « vouloir en sortir » et « pas vouloir en sortir ». La situation d'ambivalence maximale qui peut être envisagée par les professionnels, c'est qu'un justiciable *veuille* (« malgré le fait que la justice [l']oblige à venir ») « travailler » sur sa dépendance. Si on extrémise la chose, quand quelqu'un vient parce qu'il est envoyé par la justice, il est très probable qu'il « ne veuille pas travailler », et les présumés nourris à son égard font donc que les professionnels eux-mêmes ont très peu envie de travailler avec ce sujet. Nous reprendrons la question de l'obligation de soins dans le chapitre suivant.

On voit d'autre part que le même discours se retrouve dans la bouche des usagers-justiciables eux-mêmes. Jacob démontre avoir conscience du fait que c'est un problème de gestion de populations carcérales qui fait qu'en vérité on ne « s'intéresse [pas vraiment] à [s]on problème », puisqu'il « suffit de faire signer un truc au psychologue » - que c'est donc une formalité bureaucratique, et non pas une réelle préoccupation d'aider les usagers qui animent les figures institutionnelles auxquelles il se confronte. Mais du fait de cette absence de suivi réel qu'il a ressenti, il en arrive à une considération plus forte pour ce centre-ci, où il a l'impression de rencontrer des personnes qui se préoccupent réellement de « son problème ». Cette impression lui permet de s'auto-justifier sur le fait qu'à présent, il est prêt à s'y pencher davantage lui aussi. Or, l'intérêt (ou les moyens d'action réels) du TCHAT sur la dépendance de Jacob semblent très limités – puisque cela fait 9 ans qu'ils sont en contact avec lui en maison d'arrêt (mais sans que Sandra se soit souvenue de cet usager, à ce qu'il semble, en le revoyant dans cette nouvelle phase où il est en P.E). Et le discours qu'il tient épouse en fait les considérations classiques sur le fait que les usagers de drogue sont « mauvais » (qu'ils font des « bêtises » de l'ordre de la délinquance) tant qu'ils n'ont pas « compris », par la rechute et la contrainte, qu'il faut aller en soins de manière motivée individuellement. L'ordre des interactions dominant dans le monde juridico-pénal étendant son influence au-delà de son champ spécifique, les représentations portant sur les usagers en CTR sont conditionnées par cette vision manichéenne portant sur la volonté et le sens de la peine. Ce qui rend compte des paradoxes d'une motivation qui est perçue de manière différente selon deux types d'usagers : ceux pour lesquels la contrainte suscite le désir et la volonté ; ceux dont la volonté dispense de la contrainte.

*A/ 2) Du malade au « bon malade » : mériter concrètement les soins_*

Non seulement les usagers doivent « mériter les soins », au sens où ils doivent donner la preuve de les vouloir et de vouloir être des sujets sur lesquels on pourra « travailler ». Mais ils doivent également les mériter en tant qu'ils *permettent* aux professionnels de « bien travailler ». Nous ne parlons plus ici des stigmatisations socialement déterminées des usagers, mais des comportements qui déterminent une appréciation de « mérite » ou de démerite par rapport aux soins.

C'est par un engagement à la fois groupal et individualisé que le centre se distingue. Si l'hypocrisie face au groupe se voit plus souvent sévèrement sanctionnée, toute marque de singularisation un peu trop poussée peut être considérée comme « mett[ant] les autres en difficulté ». Un usager qui met le groupe en difficulté peut indifféremment être un individu qui parle trop ou qui parle trop peu ; qui mange, exige ou se plaint plus que les autres. Un patient difficile donc, ou plus précisément « indésirable » (*undesirable patient*) (Papper, 1970 –

cité par Sulzer, 2015). Mais il peut être aussi celui qui « en fait trop », c'est-à-dire déroge à ce qui s'institue dans le médico-social en règle tacite : que les résidents sont là tout de même pour prendre soin d'eux, et non pas soin des autres. Cela est particulièrement perceptible avec les usagers qui sont, en dehors de l'institution, professionnels du sanitaire ou du social²⁴. Se discipliner dans le groupe, et à travers le groupe, c'est ainsi avoir (ou s'efforcer d'avoir) un comportement à l'« entre-deux entre le trop et le trop-peu » (Darmon, 2021 : 182), et à mi-chemin entre l'initiative individuelle et la nécessaire dépendance au groupe thérapeutique (constitué des pros et des autres usagers). Les usagers peuvent *ne pas* parvenir à respecter les engagements qu'ils formulent et reformulent devant l'institution, mais il leur est proscrit de croire pouvoir avancer seuls.

Par ailleurs, la socialisation des résidents en CTR tourne beaucoup autour de cette maîtrise des règles du jeu institutionnel. Les usagers, en dehors des moments d'ateliers, partagent des repas, des moments de convivialité, médiés bien souvent par la présence d'un produit (cigarettes, cigarette électronique, café, télévision...), ou encore des moments de vaisselle, de ménage et de repos. Certains d'entre eux n'en sont pas à leur premier centre (cure, postcure, CTR ou CT confondus) – et leurs discussions, dans les moments de rencontre ou de première fréquentation, tournent souvent autour de la spécificité de l'actuel. Les premiers critères d'appréciation, de partage des savoirs (Becker, 1985 ; Lalande, 2016) et de valorisation entre résident et résidentes se font souvent par leur manière de repérer les règles inhérentes à l'institution : quelqu'un qui se fait bien voir par ses « collègues » – c'est-à-dire qui « a sa place » dans le groupe des usagers –, c'est quelqu'un qui détient aussi une certaine connaissance des règles des autres centres, qui peut raconter des anecdotes (réussites aussi bien que déboires) de ses différentes expériences de séjour. Comme le rappellent Glaser et Strauss dans un autre de leurs ouvrages (2014 [1971] : 161), « Plus le passant (*passagee*) est expérimenté et plus il aura eu de transitions répétées dans cette organisation ou d'autres semblables, plus il pourra profiter de ce qu'il a appris du « système » ou d'un système voisin. »²⁵ Néanmoins, quelqu'un qui *se fait bien voir* de l'équipe²⁶, c'est quelqu'un dont on pourrait dire encore qu'il "a du bagage", mais pas trop non plus. On ajoutera ainsi des précisions au critère de différenciation que constitue le nombre de fois qu'un usager est déjà venu en CTR (chapitre 1, I.C.). En effet, si un résident vient ici pour la première fois (1^{er} séjour en CTR) c'est que potentiellement, il va pouvoir y expérimenter ses premières tentatives de transgression institutionnelle, de remise en cause du cadre... Mais si un résident en a "trop fait" (au sens où il en serait à son sixième, dixième, quinzième séjour...) la perception commune veut que l'institution – au sens du système médico-social dans sa globalité – ne peut plus grand-chose pour lui. Ainsi, on pourrait dire que le « bon résident », est celui ou celle qui a une capacité déjà acquise à entrer en contact et en négociation avec les autres. C'est quelqu'un en mesure d'accepter des règles

²⁴ En entretien, certaines professionnelles femmes confient d'ailleurs que leurs rapports avec les résidentes qui sont dans leur vie professionnelle infirmière ou éducatrice sont parfois particulièrement « compliqués », moins à cause de leur possible identification, que parce que ces dernières « ont du mal à lâcher » leur posture professionnelle avec les autres usagers, et avec les professionnels qu'ils considèrent comme des « collègues ».

²⁵ Les auteurs ajoutent que ces passants « expérimentés » en transitions statutaires trouveront ainsi plus aisément une façon d'esquiver les aspects défavorables du système de règles, ou qu'ils arrivent à en tirer profit, ayant compris le « fonctionnement réel » du système, à savoir ce qu'il ne révèle pas nécessairement de prime abord aux initiés, ou encore – comme le démontre l'exemple du conducteur automobile repassant son permis – où sont ses failles (*ibidem.*)

²⁶ *Se faire bien voir* désigne pour nous l'attitude de l'usager qui respecte et qui en même temps va devancer les prescriptions institutionnelles. Celui ou celle qui « a sa place », non plus seulement au sein du groupe, mais dans l'institution. Où l'on voit à ce stade que « se faire bien voir » au sein d'un CTR, c'est négocier une place *entre la fidélité à l'institution et son refus.*

institutionnelles officielles quitte à mettre à l'épreuve leurs limites, mais aussi capable de comprendre très vite les règles idiosyncrasiques qu'on lui propose ici. C'est aussi quelqu'un qui valorise la spécificité du lieu où il se trouve et qui, même s'il n'a pas de prédispositions (Lahire, 2007) au comportement normé attendu par la société, a du moins la capacité à se conformer au cadre local, à « s'adapter » à l'environnement immédiat que constitue le centre pendant ces six semaines.

Cela se décline sous différentes modalités : certains résidents et résidentes, au-delà du fait que certains « jugements éthiques et sociaux autant que médicaux entre en ligne de compte » (Strauss, 1992 : 117) dans la manière dont les professionnels ont davantage envie ou non de les « sauver », se comportent de manière à « mériter » davantage cette attention et ces soins. Je les appellerais *les usagers méritants*. Je pense notamment à deux usagères, rencontrées isolément dans chacun des centres. Lucy au TCHAT – dont on a vu que les autres résidents sont également admiratifs au chapitre précédent (II.D) – et Sou Ici à Métanoïa. À Métanoïa, Sou Ici se présente comme une résidente modèle : belle jeune femme d'une trentaine d'années, souriante, toujours discrète néanmoins dans des vêtements amples qui dissimulent ses formes et dissimulant ses cheveux sous un tissu, elle revient en séjour « d'approfondissement » après une première postcure à Métanoïa l'année précédente. Sou souffre depuis l'âge de 15 ans d'hernie discale, et d'une fibromyalgie diagnostiquée peu de temps après. Elle commence donc à l'adolescence à consommer des médicaments à forte dose – et à en abuser. Cette routine a continué pendant environ 20 ans jusqu'à un enchaînement de crises graves, à la suite desquelles elle prend peur et se fait hospitaliser ; elle a enchaîné enfin sur ce premier puis deuxième séjour en CTR.

À son arrivée/retour dans le centre, je comprends qu'elle avait déjà laissé une forte impression aux professionnels qui la voient comme une femme indépendante, déterminée et généreuse – parfois sans doute « trop » (ce qu'ils avaient essayé de lui faire travailler lors de son précédent séjour). Les premières paroles que j'entends sur elle – en réunion – sont donc : « [Elle] revient super en forme », « en pleine maîtrise de sa situation, à fond sur sa spiritualité ». Elle parle beaucoup avec les éducateurs, se confie régulièrement à elles et eux, et paraît au contraire éviter certains résidents, dont un des membres de mon groupe – qui semblait jaloux du rapport qu'elle entretenait avec d'autres usagers alors qu'elle (tout en restant souriante) ne lui adressait jamais la parole. Lorsqu'elle quittera le séjour sa référente insistera sur le fait que Sou est demeurée un peu déçue, parce qu'elle « s'attendait à un programme un peu plus riche » ; qu'elle « a été contente de mettre de la distance avec les autres [usagers], et de pas être trop envahie » – cela est interprété comme une tentative de « décalage par rapport à son vécu familial ». Les éducateurs ne cessent d'avoir des louanges concernant son cas :

Coralie (ES) – Je trouve que c'est fluide...c'est beaucoup plus fluide... Je lui dis : « Vous êtes constante, vous êtes épanouie, je vous trouve bien » [...] Elle est bien accompagnée.

Là elle dit : « je vois que je suis sur le chemin de la résilience... »

Albin (ES) – En fait, elle est un peu frustrée sur le travail de groupe, parce qu'elle a presque trop avancé... Tout ce qu'elle a mis en place de son côté, c'est dingue...

Coralie – Le seul truc qui peut être frustrant par rapport à son bien-être, c'est ses croyances limitantes...

Cdt 2 – Métanoïa – jeudi 30/09/21

Comme certains patients observés par Strauss et Glaser, on peut dire que Sou Ici reçoit de meilleures attentions, de meilleurs soins, non parce que le personnel soignant se préoccupe plus de son cas, mais parce qu'elle a été « défini[e] implicitement comme plus méritant[e] ».

Elle avait certains avantages symboliques de son côté : elle venait pour la seconde fois au centre en un an, et avait déjà noué des liens forts avec certains membres professionnels ; elle est extrêmement habile dans sa manière d'interagir en collectif, et toujours prompte à complimenter ou motiver autrui, à donner des *feedbacks* positifs à ses camarades. Ces deux éléments impliquent notamment qu'elle *allégeait* une partie du travail professionnel de *care* – parce que tout n'était pas à reprendre à zéro avec elle, et parce que sa socialisation genrée à cette activité inconsciente faisait qu'elle en prenait aussi sur elle une partie de la charge. Le fait qu'elle dise à deux autres usagers dans un atelier qu'ils étaient « généreux », et pas à lui, avait eu pour conséquence de rendre très triste Keufraan – comme s'il s'agissait d'une appréciation d'une professionnelle, d'un « favoritisme » dont il serait exclu. Sou me dit également dans un entretien individuel qu'elle cherchait dans ce second séjour à se protéger un peu plus de la vie des autres et en l'occurrence, de son rôle d'écoute et de générosité auprès d'eux. C'est précisément cela qui est apprécié par les professionnels à son départ : qu'elle ait pris de la « distance », et qu'elle ait mis des choses en place « de son côté », indépendamment du collectif, et aussi indépendamment de la structure qui l'a hébergée. D'autre part, il est clair que Sou n'était pas dépendante au crack ou à l'héroïne, ni même au cannabis. Elle venait pour une dépendance médicamenteuse, due à une vie passée avec une maladie peu fréquente, qui lui causait des douleurs atroces depuis l'adolescence. Le fait que son addiction ne soit que l'effet secondaire d'une prise médicamenteuse d'antidouleurs rendue nécessaire et compulsive du fait de la souffrance jouait sans aucun doute un rôle dans l'appréciation positive que les professionnels se faisaient de cette résidente. Sou est une « bonne résidente » *aussi* parce que l'équipe peut considérer que les causes de son addiction (l'abus des médicaments nécessaires à alléger sa souffrance physique) sont, pourrait-on dire, plus « excusables ».

Une autre catégorie de résidents et résidentes peut se recouper avec la précédente : ce sont les usagers auxquels rapidement on fait confiance pour entreprendre leur parcours avec les outils octroyés par l'institution. Pour reprendre les catégorisations effectuées par Livia Velpy (2008) dans une autre acception, ce sont *les usagers qu'on « laisse faire »*, mais parce qu'ils se débrouillent assez bien sans l'assistance professionnelle. Même s'ils sont assez rares, je pense ici aux dits profils HPI rencontrés uniquement à Métanoïa. Le séjour leur sert de support et de soutien intellectuel plus encore que de mise à l'abri, semble-t-il parfois, dans la construction d'un parcours personnel et professionnel où ils ont choisi les endroits qui leur permettraient de développer au mieux leurs capacités.

Guibole est un bon exemple de ce type de profil. Cet homme d'une trentaine d'années a commencé sa carrière dans les addictions *via* l'alcool, mais il est venu en soins à cause d'une consommation problématique de nouvelles drogues de synthèse, de type amphétamines et cathinones, qu'il n'arrivait plus à maîtriser. Guibole se décrit explicitement comme faisant partie du « milieu des RC (*Research Chemicals*) », c'est-à-dire d'un micro-monde d'utilisateurs qui testent, évaluent, et parfois participent à la production de nouvelles substances psychoactives, en testant des structures moléculaires présentant des effets similaires aux drogues déjà connues²⁷. Guibole se définit à la fois comme un « toxicomane professionnel » (partiellement désireux de « choquer » son auditoire) et comme un expérimentateur (la 2-FEA, et la 3-FEA font par exemple partie de ses pratiques de consommation, celles-ci étant beaucoup moins connues que la MDMA ou même une autre RC, la méphédronne). En plus de son appartenance revendiquée au mouvement LGBT (au centre, il est toujours habillé avec des

²⁷ Pour plus d'informations sur les RC, le site de vulgarisation du blog Psychoactif peut constituer un bon outil de recherche : [Research Chemicals, effets, risques, témoignages — PsychoWiki, le wiki de Psychoactif](#)

couleurs pastel ou vives, mais très colorées, et il porte souvent du vernis à ongle), il fait partie d'une association d'usagers de drogues, groupe d'intérêt spécifique cherchant à promouvoir les pratiques de réduction des risques dans les contextes festifs, de *rave parties* ou de fêtes en milieu urbain. Travaillant dans l'informatique, Guibole n'a pas vraiment de problèmes financiers ; il doit simplement « gérer ses finances », pour qu'elles ne partent pas entièrement dans les nouveaux produits de synthèse. Il craint surtout ses épisodes dépressifs, qui, s'il ne consomme pas d'antidépresseurs, l'incite à outrepasser sa consommation habituelle d'amphétamines. Extrêmement intelligent et à l'esprit critique, ce jeune homme *utilise* explicitement l'institution Métanoïa, pour se mettre à l'abri et retrouver une bonne estime de lui lorsqu'il se sent débordé par son travail, ses fonctions de représentant d'asso, ou par des formes de stigmatisation omniprésentes dans l'espace social. Il est très agréable et aisé de discuter avec lui de la responsabilisation active des usagers pratiquée dans le centre. Même lorsque Guibole pointe d'ailleurs les paradoxes d'une responsabilisation qui passe néanmoins par l'infantilisation (« Mais alors, pourquoi on doit prendre nos médicaments devant eux ? Je veux bien hein, mais il y a des trucs... »²⁸), ses remarques voilées de critique sont souvent bien accueillies par l'équipe, qui apprécie toujours discuter et débattre avec cet usager au fort capital socio-culturel.

Enfin, une dernière catégorie de résidents peut se voir envisagée, presque pour des raisons opposées, comme de « *bons résidents* » et « *bonnes résidentes* ». Ce sont ceux dont il semble qu'ils se soient socialisés depuis des années à travers des institutions d'accompagnement ou d'hébergement – et qui semblent n'avoir que très peu construit de personnalité autonome hors de l'institution. C'est par exemple Dylan, qui revient périodiquement au TCHAT parce qu'il « en a besoin ». Ce sont des usagers qui investissent le lieu de prise en charge ambulatoire, qui s'attachent et qui attachent les professionnels à leur besoin de ce lieu et de ce regard porté sur eux. Si ces résidents arrivent à ne pas être dans la plainte, sont de bonne humeur et ont un caractère plutôt conciliant par rapport aux interventions que les professionnels font sur eux, ils sont souvent parmi les plus appréciés par les équipes – bien que parfois leur permanence dans le lieu ou leur attachement aux gens soit sujette à plaisanterie. Nadine Enchanté, AS du TCHAT, racontait par exemple que l'architecture de leur structure d'accueil ne leur permettait pas d'accueillir des patients handicapés moteur, ni même sans doute des personnes trop âgées ou mal en point – alors que l'équipe discutait du fait que les publics reçus leur semblaient de plus en plus « abîmés », socialement et/ou psychiquement. Mais elle ajouta cette phrase surprenante à mes yeux : « Avec le grand escalier du CTR, nous sommes un peu condamnés à avoir de vieux patients qui ont de la bouteille et connaissent le dispositif »²⁹. La condamnation qu'impose le dispositif, c'est de recevoir dans les mêmes murs toujours les mêmes patients – malgré le fait qu'ils soient toujours plus abîmés, et qu'ils aient sans doute de plus en plus de mal à monter les étages.

C'est comme si ces qualificatifs de « bon » ou de « mauvais » usager au sein du centre étaient la seule identité un peu durable à laquelle les résidents comme les professionnels pouvaient se fier, pour caractériser le comportement d'un résident ou d'une résidente au cours du séjour. L'identité fluide que constitue la condition d'« ex-dépendant » (ou de personne qui voudrait arrêter son addiction) en CTR ne semble pas pouvoir se suffire à elle-même, en termes d'identification, sur une ligne temporelle qui se dessine entre deux situations très caractérisées (« toxicomane » dans l'état antérieur ; « rétabli » dans l'état qui devrait suivre). Il n'existe pas

²⁸ Cdt 2 – Métanoïa – 13/09/21

²⁹ Cdt 1 – TCHAT – 19/04/22

de véritable identité transitoire décrivant le passage d'un usager problématique à un ex-usager ou usager ordinaire... Ce qui explique sans doute pourquoi les usagers comme les professionnels (s')assignent souvent des identités morales rigides ou associées au stigmate qui les a accompagnés jusque-là (« tox(icomane)s », « alcooliques »), en faisant de l'état antérieur une fatalité ou une essence caractérielle. Le CTR propose quant à lui une identité transitoire de « résident », qui pour caractériser une évolution, doit apparaître sous la dichotomie du « bon » et « mauvais » résident, selon le mérite qui se voit attribué aux usagers.

II. B/ Éprouver— ce que « font » les professionnels autour de l'ambivalence

Il semble en effet tout aussi important de relever que la manière de construire le mérite des usagers à recevoir des soins ne se joue pas simplement sur la démonstration de leur capacité à rentrer dans les attentes du programme du centre et à en respecter les règles. Le relevé de la dimension proactive des usagers participe de la construction de leur appréciation par l'équipe comme un résident « méritant », mais les professionnels sont aussi conscients que ces démonstrations d'enthousiasme ne sont pas toujours sincères, qu'elles peuvent effectivement être le produit d'une socialisation antérieure mais pas forcément le reflet de la motivation actuelle de l'usager à travailler sur lui-même. De même, ils sont conscients que les personnes qui arrivent auprès d'eux ne sont pas toujours enclins à se livrer ou à envisager de nouveaux leurs envies et leurs projets, après un sevrage qui a parfois été vécu comme pénible ou douloureux. Je voudrais appuyer ici sur la dimension bilatérale de la construction d'un des objets principaux du travail de soin en addictologie – c'est-à-dire la notion d'*ambivalence*.

Comme nombre de concepts dans le domaine, elle est d'origine psychanalytique – employée tout d'abord par le psychiatre Eugen Bleuler, puis par Freud (1912)³⁰. Le thème qui est d'une importance majeure dans le cadre d'un travail sur la problématique psychique liée aux problèmes addictifs, puisque l'on constate qu'elle peut se rapporter aux trois domaines évoqués par Bleuler. *L'ambivalence affective* – que sous-tend l'alternance entre un désir de séparation et un désir de dépendance de l'objet-produit. *L'ambivalence intellectuelle* – lorsque de manière rationnelle on peut énoncer simultanément une proposition et son contraire (par exemple arrêter et ne pas arrêter). Enfin *l'ambivalence de la volonté* – point sur lequel semble se concentrer une grande partie du travail en addictologie (Miller, Rollnick [1983] 2013), parce que celle-ci se rapporte à des conflits conscients qui s'expriment dans la décision de mettre en acte une intention (par exemple, je désire boire de l'alcool car j'aime ses effets mais je ne veux pas boire de l'alcool à cause de ses conséquences négatives ; ou encore je souhaite sortir d'un problème qui me ronge et je devrais ne pas boire, pour me donner les moyens de le résoudre, mais je n'arrive pas à le résoudre, donc je bois). Il s'agit d'une opposition du type oui-non, où l'affirmation et la négation sont simultanées et indissociables – et le travail sur la « volonté » s'explique de la sorte pour agir également sur les deux autres types d'ambivalence, qui sont

³⁰ Bleuler (1857-1939) introduit le terme et en fait le symptôme dominant dans le tableau de la schizophrénie. Il distingue l'ambivalence dans trois secteurs de la vie psychique : dans l'expression de la volonté (où il y a deux volitions qui s'opposent) ; dans la sphère intellectuelle (affirmation simultanée d'une thèse et de son contraire) ; dans la sphère affective (qu'un même objet puisse être objet d'amour et de haine simultanément). Freud, Karl Abraham et Mélanie Klein poursuivront les travaux sur l'ambivalence, mais en ne se concentrant que sur ce troisième contexte, où elle désigne la coexistence d'attitudes affectives opposées vis-à-vis d'un objet.

parfois vues comme les manifestations secondaires de cette ambivalence de la volonté. Dans le contexte de la dépendance, l'ambivalence est considérée comme un état psychique adapté face à une situation de choix difficile, mais elle peut immobiliser le sujet dans un conflit intrapsychique particulièrement complexe à résoudre. Faire pencher l'individu sur l'un des deux termes de l'alternative³¹, ou encore l'aider à « accepter l'ambivalence » (Mazzetti, 2019), peuvent ainsi être deux manières distinctes d'intervenir sur le comportement individuel.

Le travail que fournissent les professionnels pour débusquer, creuser et nommer ce qu'ils désignent par ce terme permet de saisir plus spécifiquement « ce que font vraiment » les soignants, lorsqu'ils traitent avec la demande de l'autre. Pour ce faire, il nous faut considérer ce qui se trouve caché par notre première appréhension, même lorsqu'en ethnographe, nous avons l'impression d'être jetée sans filet « au cœur » des choses. Comme dans tout bon jeu de rôle, comme dans toute mise en scène, il y a en effet une préparation et une concertation antérieure (et les réunions cliniques peuvent nous en donner une bonne illustration) ; mais il y a aussi des « coulisses », et ce sont ceux de l'entretien motivationnel que nous analyserons ici.

Par un hasard de circonstances en effet, qui me fit arriver en retard d'un quart d'heure le premier jour de mon arrivée à Métanoïa, je n'ai pas pu assister à la première heure et demie d'atelier (mais à la suite d'une interaction avec Fabienne pendant la pause, j'ai pu m'y intégrer juste après et rencontrer donc le groupe d'« actients » avec qui j'allais passer 6 semaines). C'est la chef de service, Marion Felsheim³² qui me reçoit – et qui m'annonce que les ateliers ayant déjà commencé, on ne peut plus m'y intégrer. Elle me propose en attendant de lire les dossiers, si cela m'intéresse³³. Je passe ainsi quelque temps dans le bureau d'accueil, à feuilleter les dossiers des usagers présents dans la structure, qui se trouvent présentés comme suit :

- à la fin du classeur, il y a toujours deux pages, avec le 1er entretien/demande, sans doute téléphonique ;
- il y a un pli « Bilan de séjour » que remplissent les référents, avec 4 axes (dont j'ai compris par la suite qu'ils constituaient les quatre piliers de l'institution) : « addictologie » ; « connaissance de soi » ; « bien-être », « relations sociales » ; avec une grille qui dit : « Durant ce séjour j'ai pu... » et une évaluation des usagers ;
- enfin un pli « Projet de soin », avec des entretiens de restitution aux semaines 2 - 3 - 4 et 5, où apparaissent par ailleurs, pour les professionnels, des consignes bien visibles. Par exemple, dans l'« entretien restitution (semaine 2) on peut lire :

« À aborder / objectifs avec les référents :

- *placer la personne en position active face à son repérage initial et à ses besoins*
- *peut permettre de travailler l'ambivalence*
- *partager des observations à partir d'une synthèse des informations et de la réunion clinique*

³¹ À cet égard, il nous semble très significatif que le *marketing* en ait fait lui aussi un terrain d'intervention dans les cinquante dernières années. À ce sujet, Ardelet *et al.* (2017) écrivent que les travaux en psychologie sociale de Scott (1968) ont inspiré à Thompson, Zanna, et Griffin (1995) l'idée que le consommateur peut être ambivalent, c'est-à-dire qu'il peut éprouver simultanément une attitude positive et négative à l'égard d'un produit ou service. Inutile de préciser que le but du marketing est de résoudre cette ambivalence dans le sens de l'achat du produit.

³² Que significativement par la suite, j'entendrai appeler constamment et j'appellerai en conséquence, « Marion », plutôt que par son prénom et son nom de famille – comme viennent appelés habituellement les supérieurs hiérarchiques dans les autres établissements. Le seul que dans l'institution on appelle par son nom de famille est – détail également marquant – le psychiatre, André Mortin.

³³ Comme déclaré dans la méthodologie en introduction, j'avais alors délibérément survolé le contenu spécifique des dossiers par souci déontologique, et me concentrais plutôt sur la forme et les attentes dont rendaient compte ces documents.

On voit qu'il s'agit là des attentes institutionnelles par rapport aux professionnels, du travail qu'on leur demande d'accomplir en entretien, de manière à responsabiliser l'utilisateur et à le placer « en position active ». Mais il faut aussi que l'éducateur ou éducatrice soit à même de saisir les éléments qui permettent de « travailler l'ambivalence », d'éprouver (au sens de le soumettre à l'épreuve) l'attitude et le discours de l'utilisateur, notamment à l'aune des « informations » recueillies par les autres professionnels et par la synthèse opérée lors de la réunion clinique. L'« analyse commune de situation » est donc la résultante d'un travail qui a été effectué en amont, par le professionnel soutenu par le regard et la validation ou l'invalidation de toute l'équipe sur le comportement de l'utilisateur. Les entretiens de « restitution », vus des coulisses de leur fabrique, s'apparentent ainsi plus à des entretiens d'évaluation des capacités de l'utilisateur à avoir mis en pratique les apprentissages véhiculés par la structure, ainsi que de son comportement ou de ses manquements, vis-à-vis des règles ou vis-à-vis de ses pairs, tout au long de la semaine. On voit ainsi que, contrairement à ce que pourrait laisser suggérer la conversation très fluide, apparemment très libre, qui se déroule dans ces entretiens entre usager et référent, l'entretien répond à un protocole qui se trouve préalablement orienté – vers le fait d'éprouver l'ambivalence des usagers, de voir s'ils résistent ou non à l'appel du produit en résidant dans le centre, et de voir comment ils se montrent entreprenants dans leur volonté de changement.

Ce qui se dégage de cette « fabrique » de la motivation – pour paraphraser le célèbre titre de Chomsky et Herman (2008) – c'est celui de « l'univocité du système interprétatif dans lequel se trouvent incorporées toutes les attitudes de l'utilisateur » (Devresse, 2006 : 82). La criminologue l'établit dans son cas pour parler du « consentement » aux mesures probatoires, en confirmant que si celui-ci survient, il ne peut être que la manifestation d'un conformisme purement instrumental ou stratégique – et ce indépendamment de l'envie réelle de se voir appliqué ces mesures. En effet, comme l'utilisateur évolue dans un univers clos, où l'évaluation constante de son attitude est le seul repère par rapport auquel lui sont proposées les « options » qu'on lui offre, la marge de négociation qu'il peut envisager par rapport à l'expression de cette motivation semble bien mince. Mais il semble que ce soit là un serpent qui se mord la queue. Comme l'utilisateur s'est engagé formellement – par le contrat thérapeutique – à respecter les conditions du centre, un écart constitue pour lui non seulement un risque majeur d'expulsion (même si on a pu voir que la socialisation institutionnelle antérieure au sein d'un centre aide à utiliser les failles du dispositifs) ; mais aussi cet écart provoquera sa catégorisation en « usager non fiable », incapable de tenir ses engagements.

Si dans le cadre du pénal, ou encore au centre TCHAT, ce type d'attitude va permettre de légitimer l'usage fréquent des tests toxicologiques³⁴, une attitude est à noter chez les professionnels des deux CTR – celle d'une obsession diffuse pour « l'aveu ». Au TCHAT, les soignants valorisent le recours à la « parole » donnée par l'utilisateur pour se distinguer d'autres CTR, considérés plus stricts encore. Yohann, résident, se surprend en effet un jour de retour de sortie qu'on ne fouille pas son sac ; il était resté sur les habitudes prises dans les autres centres qu'il avait fréquentés, où parfois on lui demandait même les tickets de caisse de ce qu'il avait consommé durant sa pause. Devant sa surprise, Eva, une des thérapeutes de

³⁴ Les « dépistages » (tests toxicologiques pour vérifier la présence ou non d'alcool, de cocaïne ou de THC dans l'organisme des usagers) interviennent au TCHAT dans deux types de contexte : sur soupçon d'un usager en particulier, ils procèdent au dépistage « aléatoire » de deux ou trois usagers dont le suspecté ; dans le retours de vacances ou de weekend, où de nombreux usagers sont sortis de la structure.

l'institution, fit valoir que dans leur centre au contraire, on avait toujours fait place à « la parole ». L'utilisateur sorti, et alors que je la questionnai sur la raison pour laquelle en ce cas ils pratiquaient encore des tests toxicologiques, de retour de longue sortie ou de weekend, elle me commenta :

Eva – C'est ça en principe [« la parole de l'utilisateur »], sauf qu'après tu te retrouves avec des choses bizarres, si une conso n'a pas été parlée, et que l'analyse d'urine dément... Qu'est-ce que tu fais, *sachant qu'il a pas voulu la mettre au travail ?* Est-ce que tu considères qu'il a plus sa place ici... ? [...] *Dès lors que c'est pas exprimé, c'est très difficile d'en faire quelque chose.* C'est un peu comme quand tu demandes à quelqu'un si ça va, et qu'il te répond « non, ça va pas du tout », *tu peux pas ne rien en faire, ne pas l'aider...*

Cdt 1 – TCHAT – 15/06/21

Au TCHAT, les tests toxicologiques viennent prétendument en soutien de « la parole » – et doivent empêcher que l'utilisateur transgresse, ou du moins qu'il permette aux professionnels de « faire quelque chose » dans le cadre de l'alliance thérapeutique établie avec eux. Autrement dit, *qu'il leur permette de « l'aider »*. La thématique centrale du travail thérapeutique se loge dans ce rapport que les professionnels établissent à la « parole » des usagers, et au travail qu'ils peuvent effectuer à partir de celle-ci (« qu'est-ce qu'ils en disent ? » ; il faut « se baser sur la parole », « respecter sa propre parole », « travailler la parole »). Au point que même les dépistages dit « de routine » sont censés permettre, selon eux, de « se baser sur un fait scientifique, pour *travailler la parole* » (M. Leprince – en entretien avec moi, mardi 15/06/21). Mais ce rapport à la parole ou au *dire* des usagers, comme outil légitime de validation de leur travail – de leur capacité à « faire parler » les usagers – se retrouve, même si de façon plus délicate, à Métanoïa. Comme le confirment des extraits de terrain, l'isolement d'un usager par rapport au groupe est par exemple un élément non-répréhensible a priori, mais qu'il faut être en mesure de mettre au travail – en avouant les motifs qui poussent à cet éloignement de l'équipe et du groupe :

Le psychologue de l'équipe commente en réunion clinique le fait qu'Émile – résident en 5ème semaine – s'isole du groupe dans les moments hors-ateliers : « le fait qu'il le fasse ne doit pas être un souci, mais il faut *qu'il en fasse quelque chose, qu'il en dise quelque chose...* »

Cdt 2 – Métanoïa – 09/09/21

Comme dans le cadre de l'institution pénale analysée par M.-S. Devresse, il semble que la stratégie des usagers vis-à-vis des représentants de l'institution soit prise en tenaille entre deux stratégies opposées, celles du « tout déballer » et ou celle de « ne rien dire », sans qu'aucune voie médiane ne puisse leur être favorable (Devresse, 2006 : 114)³⁵. Dans notre cas, comme la thérapie engagée dans le centre nécessite qu'ils parlent, « l'acte d'aveu est présenté comme entièrement cadré par l'institution », de la même manière que dans le cadre juridico-pénal (*ibid.* : 113). Car de fait, « ne rien dire », c'est ne pas s'engager dans le processus d'abandon de soi à l'institution – c'est se refuser au contrôle (mais donc aussi aux interventions d'aide) que mettent en place les travailleurs sociaux et les psychologues du centre. La stratégie à l'inverse de « tout déballer » constitue une manière prescrite de se livrer à l'institution et

³⁵ Marie-Sophie Devresse présente aussi les analyses de S. Snacken (1999) qui montre que l'entretien entre magistrat et prévenu peut déboucher aussi bien sur des interventions d'aide que de contrôle, « sans que ces fonctions ne puissent être séparées dans le vécu de la rencontre » (*ibidem.*)

vouloir qu'elle intervienne sur soi. Il m'a semblé très significatif, par exemple, que les psychologues du TCHAT veuillent être perçus – et le soient effectivement par certains usagers – comme des êtres à part de l'institution, avec lesquels il était possible (dans l'espace de la « cure » individuelle, séparé de l'espace collectif du CTR) de « tout-dire ». Et de tout dire de ce tout dire, paradoxalement – ou en tous cas de témoigner de cette capacité à « lâcher » qu'a pu occasionner la rencontre avec un psychologue.

On part en voiture avec Grégory (ES) et Jonas pour aller aux locaux de l'association qui permet de faire dépôt de courrier pour les personnes à la rue, et où Jonas a un casier. Jonas parle ouvertement dans la voiture de sa relation avec Francis, son psychologue au TCHAT – en disant que *c'est la première fois qu'il a dit des choses qu'il n'avait jamais avouées*. Il lui a fait lire un texte que Jonas a intitulé 'Lettre de ma vie', et Francis lui a dit « tu » en échange d'un lapsus où il l'a tutoyé par erreur [le psychologue accepte d'être tutoyé] – ce qui paraît le rendre heureux, même s'il s'excuse auprès de Grégory en trouvant cela étrange : « Déjà faut être un peu toqué pour accepter que vos patients vous tutoient... » Il me semble témoigner d'une parfaite acceptation de l'intériorisation des rapports verticaux traditionnels entre soignants et soignés.

Cdt 1 – TCHAT – 09/06/21

Brice et Samantha (CESF) discutent dans un entretien-bilan à mi-parcours du séjour.

Samantha. – [...] Parce que... vous avez du mal à lâcher prise parfois ?

Brice. - Oui. Mais là, avec Ludovic [le psychologue], je dis plein de trucs déjà... *j'espère qu'il va réussir à me faire chialer un jour.*

Cdt 2 – Métanoïa – 22/09/21

Ces deux extraits témoignent de l'envie des usagers de se voir validés dans la manière dont ils se livrent à l'institution. Les deux résidents en passent par l'éloge de la capacité professionnelle des psychologues en question à les mettre à l'aise – *ils réussissent à faire en sorte qu'ils parlent* – et dans le cas de Jonas, à les accepter tels qu'ils sont ou à accepter leurs codes sociaux (Francis accepter de « tutoyer » Jonas, pour lequel cela est plus spontané). Brice en revanche exprime une attente supplémentaire, pour « tester » le talent professionnel, et sa propre capacité à se soumettre ou non au dispositif : il aimerait que le psy *réussisse* à le faire pleurer. C'est comme s'il lui fallait démontrer devant sa référente sa tentative de faire tomber tous les masques – le prix de la psychothérapie réussie, la preuve inéluctable, ce serait de « réussir à chialer » – mais il affirme en même temps que cet accès à sa vulnérabilité doit être le fruit d'un travail « réussi » de la part du psychologue.

Brice est en effet conscient que parler, pleurer, se livrer, c'est aussi courir le risque que tout ce qui dévient de ce tout-dire pourra être retenu contre soi. La défiance bilatérale caractéristique du passage en institution totale (Fernandez, 2010 : 232) s'exprime par cette négociation entre la confiance nécessaire attendue pour « se livrer », et la défiance ressentie quant au fait que ces aveux puissent être la cause d'une détérioration du rapport soignant-soigné. Mais il paraît, dans les faits, difficile de « distinguer le dire préjudiciable du dire profitable » dans un cadre où l'aveu sur les tentations de consommer peut être à double-tranchant (Devresse, 2006 : 114).

En CTR, le résident-modèle n'est pas celui qui ne fait pas une vague et qui attend en silence la fin de son séjour sans broncher – quand bien même il ne consommerait rien tout au long des six semaines. L'utilisateur silencieux est plutôt soupçonné de consommer en cachette, de cacher son jeu, ou bien tout simplement de « ne pas travailler ». On attend au contraire que

l'usager argumente, se justifie, revive des situations antérieures analogues, mette en confrontation ce qu'il vit au centre et sa vie au dehors – qu'il travaille sur lui et sur son rapport au produit, quand bien même pour ce faire, il doit donc le chercher sur sa route (le désirer, décrire son manque, le rejeter brutalement...). Un des « exercices » proposé par les référents de Métanoïa en quatrième semaine, est ainsi de rédiger une « lettre au produit », et éventuellement la lettre-réponse du produit à l'usager. On voit comment, comme dans les institutions résidentielles accueillant des patients aux comorbidités psychiatriques observées par Darin Weinberg (2005), le traitement de l'indiscipline passe par *l'incorporation d'une nouvelle grammaire de soi*, une manière renouvelée de communiquer avec son environnement, (de parler éventuellement de « la maladie » à *l'intérieur de soi*) mais de se dissocier du produit et le renvoyer à *l'extérieur*. Quoi qu'il advienne, il est en tous cas exemplaire de voir comment « le « dire sur soi », indépendamment même de la reconnaissance d'une infraction, fournit des effets directs [...] car il permet une forme d'identification nécessairement initiatrice d'un processus qui échappe à l'usager. » (Devresse, 2006 : 114). À l'inverse, ce qu'on pourrait appeler en écho à Devresse le « ne (pas/plus) dire sur soi » fournit un autre type d'effets – qu'on mesure au détachement ou à la fausse indifférence avec laquelle les professionnels finissent par traiter l'usager ou l'usagère récalcitrante :

Les « récalcitrants », les « menteurs », les « indociles », les « insoumis » ou encore les « inertes » semblent constituer des figures évanescences d'usagers qui rejoignent la catégorie implicite du « mauvais toxicomane » à l'égard duquel on ne prend pas les mêmes mesures que pour ceux que l'on estime être « bons », c'est-à-dire « fiables », « sincères », « repentants », « désireux de sortir de leur toxicomanie », etc. [...]

Les mauvais usagers sont ceux avec qui l'on décide de ne plus discuter ou de ne plus rien négocier car ils sont considérés comme des manipulateurs (alors qu'il est pourtant difficilement envisageable dans le cadre pénal d'épurer toute interaction de ce type de stratégie). Les bons sont ceux avec qui la communication est possible car elle n'est pas biaisée par le mensonge ou la ruse, ils sont parfois perçus comme les « victimes » de leur propre comportement. (Devresse, *ibid.* : 116-117)

Nous verrons dans le chapitre 4 comment « éprouver » (mettre à l'épreuve) s'exprime alors, comme un travail émotionnel sur ce que peuvent effectivement « éprouver » (ressentir) les usagers. Il importait pour nous, dans le cadre d'une démonstration sur le *devenir-autre* mis en place dans ces centres d'insister sur le fait que la confiance, la sincérité – et corrélativement la personnalité des usagers – se trouvent interprétées dans ces centres à l'aune d'un code précis de la parole donnée (par la contractualisation), de la parole confiée (dans des processus d'abandon de soi liés au « transfert », et à la confiance que les usagers nourrissent en l'institution) et de la parole mise à l'épreuve (*via* les tests toxicologiques et des pratiques d'aveu). Nous avons souhaité insister sur la manière dont ces négociations sur le dire et l'avouer témoignent aussi bien d'une catégorisation des usagers, en fonction de la manière dont ils acceptent de se livrer à l'institution, que d'une intériorisation des rapports de force entre soignants et soignés. Les négociations sur *quel autre il pourrait devenir* sont ainsi très limitées pour les résidents, dont l'enjeu est toujours – comme l'écrit Devresse – « de parvenir à convaincre de ce qu'il est ou de ce qu'il n'est pas en regard de ce que l'institution attend de lui, comme si seule la perception de soi pouvait faire l'objet d'une transaction » (*ibid.* : 151-152 – je souligne). Une forme de catégorisation des usagers intervient donc en fonction de leur rapport aux règles du jeu, ainsi que des critères relatifs au mérite d'être soignés. Mais elle se fait aussi en fonction de la capacité des usagers à « se dire », et à dire en cela leur nécessité de l'institution – ce qui renvoie toujours à la fonction de valorisation professionnelle et institutionnelle

caractéristique des interactions soignants-soignés – dans un univers qui, comme le monde du pénal, attend des usagers de drogue une renégociation de leur statut et de ce qui constitue leur « face » sociale.

II. C/ La question du masque

Développons à présent un raisonnement qui part des règles du jeu institutionnelles pour en venir aux diverses modalités selon lesquelles les usagers sont considérés compétents dans leur manière de « jouer le jeu », et donc à la question de l'authenticité de la *figuration* (Goffman, 1974). Nous mettrons de fait en lien ce jeu comportemental stratégique des individus, qui apparaît comme nécessaire à la ritualité du social et au respect de la sacralité de la « face », avec le concept de *travail émotionnel* (Hochschild, 2003) – qui paraît très utile pour décrire la validation par les professionnels de cette performance. Les professionnels, pour autant qu'ils mettent à l'épreuve, éprouvent et approuvent les usagers dans la mise en scène de leur volonté de se soigner, gardent en tête en effet certains critères pour juger qui souhaite réellement s'en sortir (et avec qui ils pourront réellement « travailler »). Ces critères sont souvent rapportables à la dichotomie vrai/faux, comme dans le cadre de la recherche, derrière la demande formulée par l'utilisateur, de la « vraie demande » (Giuliani, 2006 : 196). Cette attention constante, voire obsessionnelle, pour une demande qui serait non seulement non avouée mais en grande partie inconsciente aux usagers eux-mêmes, est exemplaire au TCHAT d'un facteur participant à l'instauration d'une ambiance de suspicion à l'égard des vraies intentions des résidents.

Mon intérêt pour le vocabulaire de la performance et du jeu d'acteurs, sur mes terrains en addictologie, s'est ainsi construit au fur et à mesure de mon enquête à cause d'un mot que j'entendais très régulièrement – et qui me semblait incongru, dans un champ où il n'est pas escompté que le registre lexical du théâtre soit aussi prégnant. Ce mot, c'était celui de « masque ». Le masque, régulièrement, était employé par certains acteurs – souvent les professionnels, mais aussi comme nous le verrons par les usagers eux-mêmes – comme constat sur l'inauthenticité d'un comportement, ou de l'attitude globale d'un résident. « Porter un masque » voulait ainsi traduire le sentiment diffus que l'utilisateur « ne di[sai]t pas tout », ou ne « travaill[ait] pas réellement » ; qu'il résistait en quelque sorte à la prise institutionnelle sur sa volonté et ses émotions. Car « le thème de la confiance [...] met au premier plan une catégorie carrefour de nos modes de vie : l'émotion » (Ehrenberg, 2018 : 177), et concernant le travail effectué en CTR, il s'agit avant tout d'une opération sur les émotions d'autrui. Qu'un usager passe du moment où il dit vouloir se soigner au moment où il vit cette nécessité, où il ressent ce besoin de l'institution pour aller de l'avant dans sa décision d'aller mieux – c'est spécifiquement la tâche des professionnels de ces centres.

La socialisation et le contrôle social qui s'établissent progressivement – dans des formes diverses au TCHAT et au Métanoïa, mais selon un même registre d'attentes et d'imposition de règles – visent à produire des émotions qui soient des produits de la vie institutionnelle, en tant que reflet de la vie sociale dans son ensemble. Une histoire sociale des émotions, à la manière dont l'analyse Julien Bernard, permet de le préciser :

La socialisation est coercitive, mais pas seulement. Son but est aussi de *faire désirer* les valeurs sociales et le respect des normes. Les groupes sociaux reproduisent des visions du monde en instituant des sentiments moraux dans le but de maintenir leur cohésion interne. » La socialisation et le contrôle

social veillent donc à « mettre en harmonie les sentiments individuels avec les sentiments socialement valorisés. (Bernard, 2013 : 10)

C'est ainsi un processus duquel nous participons globalement tous dans nos sociétés, en ce que l'expression des sentiments est contrainte mais elle est aussi *spontanée*. Cette spontanéité a paradoxalement des « règles », qui comme les règles du « bon fonctionnement institutionnel » permettent de maintenir l'homéostasie et la sécurité du groupe – eu égard à la figuration sociale de chacun de ses membres. La distinction opérée par Arlie Hochschild ([1979] ; 2013) entre les normes qui régissent l'expérience des émotions, les *feeling rules*, et celles qui régissent l'expression des émotions, les *display rules* – nous permet d'aller plus loin dans la problématique qui se voit mise en exergue par la vie en CTR : la définition dans l'institution des *feeling rules* se fait globalement en fonction des *display rules* (certaines émotions sont perçues comme légitimes, non seulement parce qu'elles sont vécues, mais parce qu'elles passent d'abord par une expression légitime – elles sont figurées à autrui). Mais le hiatus entre ces deux registres normatifs – celui de l'expérience et celui de l'expression – se voit immédiatement jugé comme étant la marque d'un masque, d'une hypocrisie ou de facticité dans l'expression et/ou dans l'expérience vécue des usagers. Un exemple de ce hiatus pourrait être par exemple l'expression de la joie. Celle-ci est interprétée comme suspecte de la part des professionnels : soit elle est le juste reflet d'une expérience interne qui pourrait n'avoir rien à voir avec ce qui est vécu au centre (l'usager, parce qu'il est euphorique, est soupçonné de consommer), soit elle est l'hypocrite déformation de l'émotion réellement expérimenté (l'usager « cache » sa tristesse derrière un masque de joie). Un autre exemple serait la colère. L'usager a rarement le droit de montrer de la colère – qui peut mener à des formes diverses d'agressivité. Mais cette désapprobation de la colère est mise au compte du fait que l'expression ne correspond pas *vraiment* au vécu de l'usager : la colère « cache » en fait une autre émotion – la tristesse ou la peur.

C'est comme si les individus qui avaient compris les *display rules* intrinsèques à l'institution n'avaient pas le droit de les utiliser sans les corrélés à un « réel » ressenti. Les attentes sont proportionnellement inversées dans les comportements des soignants et soignés : les soignants peuvent ressentir (*feeling rules*) – cela témoigne de leur humanité – mais il ne faut pas qu'ils expriment trop ouvertement leurs sentiments, ce qui serait considéré opposé à la déontologie de leur métier (maîtrise des émotions, gestion de la bonne « distance ») : les *display rules* qui les concernent les incitent à la pudeur, voire à l'indifférence. Les soignés au contraire sont jugés à l'aune de ce qu'ils montrent, de ce qu'ils expriment – leurs *display rules* doivent être calquées sur celles des professionnels mais en tant qu'ils sont perçus comme « déviants émotionnels », on s'attend souvent à ce qu'ils en fassent « trop ». En conséquence, 1) s'ils en font trop peu c'est souvent suspect (Yohann au CTR 1, Hugo au CTR 2...), comme dans le cas des résidents qui ne parlent pas beaucoup ; 2) s'ils en font trop « trop », cela est attribué de manière essentialisée à leur déviance ; 3) quand ils maîtrisent les *display rules*, cela est toujours susceptibles d'être soupçonné d'inadéquation – entre ce qu'ils montrent (le *display*) et leur ressenti réel (*feeling rules*).

Le *masque*, c'est cela – c'est percevoir un usager comme disposant de techniques qui le mettent en adéquation avec les émotions socialement attendues, mais où les règles régissant l'expérience des émotions ne paraissent pas avoir été ou être respectées. Typiquement, ce qu'on désigne en psychiatrie par les diagnostics de « perversion » ou de « psychopathie » correspondent à cette inadéquation : les deux sont caractérisées depuis le XIX^e siècle par une

forme d'impulsivité qui contraste avec une apparente froideur émotionnelle et une absence d'empathie pour ce qui concerne autrui (Marty, 2006 ; Doron, 2012 ; Engelbert, 2017). Il nous semble en outre d'importance que la question du masque revienne, spécifiquement dans un des ouvrages psychiatriques les plus importants traitant de la psychopathie : *The Mask of Sanity*, d'Hervey Cleckley ([1941]). Cleckley décrit la personne psychopathe comme étant capable d'une imitation parfaite du fonctionnement d'un individu ordinaire. Mais malgré une présentation extérieure apparemment sincère, intelligente, voire charmante, la personne psychopathe n'a pas la capacité d'éprouver des émotions authentiques. Cleckley se demande si ce « masque de bien-être » (*mask of sanity*) est volontairement assumé pour cacher intentionnellement le manque de structure interne, mais il conclut qu'il cache un défaut neuropsychiatrique grave, encore non identifié.

Cette importance accordée au reflet émotionnel que devrait constituer le visage est relativement récente, comme en témoigne encore l'article de Julien Bernard, qui montre que l'évolution ayant conduit au fait que les expressions du visage soient perçues comme le « miroir de l'âme » (Courtine, Haroche, 1988) sont en fait la résultante de l'individualisme diffusé à l'époque moderne – « ce qui conduit au paradoxe de devoir s'exprimer spontanément pour s'affirmer comme individu tout en contrôlant ses émotions pour montrer sa *civilité* (Goffman, 1973 ; Sennett, 1979) » (Bernard, 2013 : 17).

Je ne peux m'empêcher de songer à l'incarnation que donnait Brice, un des usagers de mon groupe, à ce paradoxe. Au sein du séjour, cet usager affirmait avec régularité qu'il continuait à « garder un masque ». Je pense que contrairement à un simple aveu de déviance émotionnelle, Brice essayait désespérément par ce moyen de *garder la face* (Goffman, 1974). Il voulait conserver un tant soit peu sa dignité personnelle, face à une institution (Méta), à laquelle il refusait partiellement de se soumettre – en ce qui concerne le vocabulaire inculqué, mais aussi cette redéfinition des valeurs et des règles émotionnelles courantes. « Garder un masque » pour lui, c'était garder le filtre de ses socialisations précédentes et signifier, ponctuellement aux professionnels de l'institution, qu'ils échoueraient à leur tentative de vouloir le rendre « spontané », transparent aux autres et à lui-même. Brice, dans l'affirmation du maintien d'un certain masque (individuel mais prescrit socialement) réalise deux choses : à la fois il se maintient comme membre actif d'une société civile où la misère n'a pas suffi à le déshonorer ; il continue à garder le sourire, autant pour conforter l'ordre social (il garde sa civilité) que pour le subvertir individuellement (« *parce que si tout le monde le faisait, le monde serait un peu meilleur* » dit-il un jour où je lui demande pourquoi c'est important de garder le sourire). Et en même temps, il affirme devant l'institution visant à le réformer qu'il continuera à lui échapper – qu'il peut garder son mystère, son opacité, malgré le fait qu'il se soumette ponctuellement à la socialisation institutionnelle. Il tente de conserver une indéchiffrabilité, ou on pourrait dire encore – en suivant les analyses de Lancelevée (2016b : 336) – que pour ne pas se retrouver pris au piège dans une identité de papier dans laquelle il ne se reconnaîtrait pas, il *préfère* porter le masque que lui, a l'impression de se choisir. Sa stratégie rend compte d'une tentative personnelle pour se soumettre aux attentes institutionnelles, tout en maintenant un écart qui lui permet de « rester [lui]-même »³⁶. Reste qu'aux yeux de l'institution – qui tient compte de ce qu'il *dit* – il continue de porter « un masque », donc la confiance qu'on peut lui accorder reste limitée.

Le « masque » en effet, dans l'institution Métanoïa, est une notion assez récurrente. D'après mon carnet de terrain, je l'entends près de vingt fois sur mon séjour de six semaines –

³⁶ Cdt 2 – Métanoïa – 12/10/21

sans compter les cas où il se rapporte aux « masques » anti-Covid... Il est question du « masque » d'un usager qui cache un comportement impulsif et violent derrière des faux semblants de gentillesse (Albin, ES, jour 24) ; il est question du fait qu'un autre usager « fait tomber le masque en ce moment », car « avant c'était beaucoup dans les faux-semblants, mais là, il y a quelque chose de plus authentique... » - et que donc, à présent, « il bosse » (Ludovic, psychologue – jour 3). Brice, quant à lui, scande tout son séjour de cette question du masque, qui lui sert également de protection vis-à-vis de ses émotions :

Brice [premier entretien avec Romain (ES)] – [...] Après, j'ai plein de trucs à dire. Je vais m'en souvenir dans deux heures, mais, soit j'arrive à les écrire, soit je les étouffe... [...]

Je porte un masque en permanence sur mes émotions.

[Quelques minutes plus tard] Ça se voit en général sur ma tronche [quand je vais pas bien].

Faut me picoter... C'est plus une sorte de carapace « je suis un homme, j'assume » ...

Romain – Après, si je peux vous donner un conseil, on est là pour vous, on va rien forcer, ou appuyer parfois... Mais si ça peut vous aider, on peut aussi en reparler...

Cdt 2 – Métanoïa – 07/09/21, jour 1

À la toute fin du séjour, Brice semble avoir maintenu ce rapport de justification quant à la non-expression de ses émotions, lorsqu'il évoque ce masque :

Ludovic (psychologue) anime le dernier moment Café-collectif, où ils discutent de l'au revoir, de ce que signifie pour eux la sortie, les moments de séparation, etc.

Ludovic – Et moi, ce que j'ai dit à Keufra et à Brice, c'est que je dis au revoir 3 fois, c'est presque magique. Pour m'assurer que moi je l'ai intégré, mais aussi que je suis prêt à accueillir les nouvelles personnes qui vont arriver...

[Keufra, très ému, a des larmes qui coule sur le visage, qu'il s'efforce sans succès de dissimuler.]

Ludovic *[commentant ses pleurs]*. – Keufra nous montre à quel point ça peut être difficile.

Brice, au contraire *[il fait un signe imitant des vagues avec la main]* à quel point ça peut être facile...

Brice *[qui paraît se justifier]* – C'est mon masque aussi...

Ludovic – Oui. *[Silence]* Et Yassine, on ne sait pas trop... *[question implicite latente]*

Yassine – *[sourit discrètement]* Haha. ...Non, c'est difficile. Mais ce n'est pas insurmontable.

Cdt 2 – Métanoïa – jeudi 13/10, avant dernier jour

Dans ce type de scènes, du début à la fin du séjour, Brice justifie son peu d'expressivité, ou sa froideur apparente, par la « carapace » qu'il s'est construite pour se protéger du monde extérieur. Elle lui donne un semblant d'impassibilité, de force également (« je suis un homme, j'assume »), mais on pourrait dire aussi qu'il s'en excuse, comme si ce masque – comme la drogue – n'était qu'un escamotage, un moyen pour ne pas accéder à ses émotions, ou pour ne pas se rendre vulnérable auprès d'autrui. Il laisse entendre qu'il aimerait en quelque sorte s'en défaire, même si son attitude peut être ambivalente dans les moments où on lui dit de le « laisser tomber ». À cet égard, le documentaire de Jennifer Siebel Newon, *The Mask you live in* (2015), qui analyse la construction de la masculinité des garçons américains, permet de saisir les facteurs de détermination genrée de ce rapport ambivalent aux émotions, dont la mise à distance est considérée comme un signe de force, mais aussi un profond motif de souffrances. Le moment d'explication du titre du film est d'ailleurs cité par Ivan Jablonka : « Dans une scène, un enseignant demande à un groupe de huit garçons (noirs) ce qu'il y a « sous le masque » : ils écrivent pudiquement, sur un bout de papier, « colère », « souffrance », « tristesse », « peur », « larmes », tout ce qu'ils enfouissent en eux parce qu'ils n'ont pas le droit

d'en faire état. » (Jablonka, 2019 : 276-277). Le « masque » sert donc à Brice, comme à ces garçons, pour faire valoir la duplicité d'un rapport aux émotions qui semble avoir été bridé par les codes sociaux qui circonscrivent encore de nos jours ce que *doit* être un homme.

À d'autres moments du séjour néanmoins, il semblerait que Brice désigne plutôt par *masque* son attitude générale dans le centre, *en adéquation avec les attentes institutionnelles*. Comme dans l'extrait suivant, on peut constater qu'il s'agit plutôt dans ce genre de cas d'une « posture » générale, un « rôle » sans doute plus qu'un masque – qui reflète la capacité de Brice à se mouler dans les normes institutionnelles, tout en n'étant pas dupe de la figuration qu'on lui demande de produire. En disant qu'il adopte le masque qu'on veut lui faire porter, il désigne à la fois le dispositif institutionnel – en même temps qu'il déclare qu'il est capable de « rester lui-même », qu'il résiste à la (dé)formation de personnalité que le centre propose à ses résidents.

Entretien-bilan, le mardi de la dernière semaine, entre Brice et Samantha :

Samantha – Dites-moi, on va commencer par les généralités sur le séjour...

Brice – La première semaine a été longue, de découverte on va dire. La 2^e semaine, j'ai compris un peu le fonctionnement du CTR – et c'est allé très vite ensuite, jusqu'à cette semaine... qui m'a l'air d'avoir duré une éternité. C'était agréable je dirais, ouais, une bonne dynamique de groupe, avec beaucoup de partage...des émotions, en particulier avec mon groupe. Bien que Thibaud soit parti en cours de route, on a réussi à garder une bonne dynamique... Je pense que ça aurait été beaucoup plus difficile avec un autre groupe... Et le groupe qui nous a accueillis, c'était super...

Samantha – Qu'est-ce que ça vous a apporté ?

Brice – J'ai réussi à travailler un peu plus sur moi, j'ai réussi à rester dans mes objectifs de travail... *Je suis resté moi-même. Même si j'ai pris une posture d'actient, que j'ai été obligé de prendre...*

Samantha - ...*C'est difficile ça, parfois ?*

Brice – Oui... je tiens à vous féliciter aussi, vous, l'équipe, il y a une bonne qualité de travail, même tous les gens qui gravitent autour, les chefs aussi...

Cdt 2 – Métanoïa – mardi 12/10/21

Au-delà du récit-bilan attendu de ces semaines de séjour, et de ce que l'utilisateur sent avoir vu évolué, Brice souligne très vite la « posture d'actient », qu'il a été selon lui « obligé de prendre ». Il nous semble que le résident, bien qu'il regrette aussi dans d'autres contextes le fait d'avoir constamment « un masque », un *faux "self"*³⁷ (Winnicott, 1970) qui lui collerait à la peau, donne ce faisant l'impression d'avoir eu à endosser un autre rôle, une posture qui n'est pas la sienne. Brice dit par-là que son vrai Moi n'est pas le « Moi » de la congruence attendue

³⁷ La notion de *faux Self* paraît particulièrement féconde pour notre propos. Les termes de *vrai self* et *faux self* appartiennent à la conceptualisation des stades de la vie du nourrisson, chez le pédiatre et psychanalyste Donald D. Winnicott. Ce dernier s'attache à décrire le moment où la mère (ou tout *care giver* accompagnant les premiers développements de l'enfant) soutient l'illusion d'omnipotence enfantine (où le « moi » et le « non-moi » ne sont pas encore tout à fait séparés) et où le bébé prend ainsi confiance en une réalité extérieure dans laquelle il trouve les moyens de répondre à ses besoins. La mère « suffisamment bonne » (*good enough mother*) doit permettre par la suite au nourrisson de se séparer de ce sentiment de toute-puissance, en introduisant une aire tierce dans laquelle elle peut venir à manquer (c'est toute la phase où le nourrisson développe ce que Winnicott nomme « aire transitionnelle »). Si le nourrisson n'a pas pu expérimenter ce trouver-crée de l'omnipotence infantile – et l'apprentissage de la séparation de la mère qui en résulte –, il peut développer un *faux-self* c'est-à-dire le fonctionnement réactionnel d'un être qui n'existe pas car il est constamment soumis à l'environnement. L'enfant au lieu de pouvoir faire l'expérience de l'action libre et spontanée qui trouve un écho dans la réalité extérieure est contraint à la réaction. L'environnement le détermine.

et désirée par Métanoïa. « Je suis resté moi-même. » pourrait être lu dans un premier temps comme une réponse aux attentes institutionnelles. Mais Brice précise ensuite que ce « rester soi-même » s'est fait « malgré » la posture d'actient qu'on l'a forcé à prendre – que lui habituellement n'est pas un « actient ».

Cette affirmation de la permanence de son identité, il semble qu'il ait besoin de l'affirmer autant pour l'institution que pour lui-même, pour s'assurer qu'il réussira à s'en sortir et à conserver son identité malgré la socialisation et les changements internes que ce séjour lui a fait subir. De la même manière, durant les derniers temps du séjour, lorsqu'on lui demande s'il s'oriente plutôt vers l'abstinence ou vers une « gestion de la consommation », il penche pour cette seconde modalité de « sortie » - tout en étant ambivalent sur les modalités de ses futures consommations : il dit ne plus vouloir boire d'alcool – sauf aux mariages et aux anniversaires, puis il ajoute dans les occasions spéciales... Il dit vouloir maintenir une consommation régulière d'héroïne et de cocaïne, mais seulement une fois toutes les deux semaines, ou peut-être toutes les semaines... Mais par contre, il importe de souligner qu'il affirme constamment – qu'il s'affirme à lui-même – qu'il *peut* prendre de la drogue juste une fois par semaine ; qu'il s'en sent capable :

Brice – Alors... l'alcool, j'en consommerai que lors des naissances, lors des événements spéciaux, ou à la limite quelques teufs.

Samantha – [elle note à l'ordinateur en même temps qu'il parle] Oui... Donc une consommation seulement *occasionnelle*... [Pause.] Et le reste ?

Brice – Le reste [sa consommation d'héroïne (sniffée) et de cocaïne], ça sera une consommation raisonnée, à laquelle il faut que je fasse gaffe... *une consommation raisonnée et espacée*.

Samantha – Ok... [elle écrit] Alors, dites-moi, qu'est-ce que vous entendez par cela ?

Brice – Bah, une fois par semaine... Ou une fois toutes les deux semaines, au mieux.

[il explicite par ailleurs qu'il va de toute façon avoir une limitation d'argent, de par le fait qu'il a été mis sous curatelle depuis 4 mois.]

Samantha – Vous n'aviez pas trop de *cravings*, quand vous étiez ici ?

Brice – Non, franchement ça va...

Samantha – Et si vous voulez les maintenir, ces consommations, c'est pour quelle raison ?

Brice – Pour le plaisir. Oui, j'aime bien, de temps en temps, me prendre un petit rail ; c'est mon plaisir du weekend. *Enfin je voudrais que ça soit ça : un plaisir du weekend*.

C'est comme là... je sais que je vais sortir, et je vous le dis tout de suite – je sais qu'en ville je vais aller voir là où ils ont du crack, parce qu'on m'a dit que celui d'ici, bah, c'est pas le même que par chez moi. [...] ³⁸ Donc je sais déjà que vendredi, je vais sortir, et je vais me faire mon petit kif, avant de rentrer chez moi... Juste pour goûter, pour voir.

Samantha – Vous allez voir, allez goûter... *et ça ne vous fait pas peur ?*

³⁸ Par scrupule sur l'analyse qu'on pourra faire de ce passage – nous ajoutons ici une note importante : manque ici tout un passage, assez long, où Brice développait son rapport au crack, à l'envie qu'il avait d'un prendre. Je pense qu'à ce moment, je me suis mise en suspens et j'ai arrêté d'écrire ce qu'il disait. Ce n'est pas l'unique fois où j'ai d'ailleurs fait un blocage, à tous les moments où Brice racontait cela – qu'il allait simplement sortir et consommer – alors qu'habituellement suis plutôt assidue dans ma prise de notes. Pour quelle raison ? Sans doute parce qu'inconsciemment je crois que je ne voulais pas être vue (par les professionnels) en train de noter la vérité cachée de ces échanges. En train d'inscrire que parfois s'y exprime aussi la « précaution inutile » (pour reprendre le titre d'un ouvrage posthume de Proust) de ces CTR, alors que parfois les gens sortent et leur volonté est d'aller directement consommer. Cela me semblait sans doute trop « gros », ou que ce faisant, je manquerais de respect à l'institution et aux professionnels en présence – ou au contraire que j'accorderais trop de crédit à l'utilisateur en train de fanfaronner de la sorte devant l'institution qui le maintient encore sous contrôle, que, dès qu'il sera lâché, il irait faire le contraire de ce à quoi on l'a incité en partie durant son séjour.

Brice – *Non, ne vous en faites pas.*

Ce passage acte véritablement la limite que Brice pose, entre ce que l'institution lui a proposé – réfléchir sur ses consommations et définir une nouvelle manière de se rapporter à elles –, et ce qu'il ne l'autorise pas à outrepasser. Brice a choisi de venir à Métanoïa, et il semble reconnaissant du travail fait autour de sa problématique dans l'institution. Dans cet entretien-bilan, il peut dire que, s'il aimerait diminuer le plus possible l'alcool, il aimerait continuer à consommer cocaïne et héroïne de manière « raisonnée et espacée », c'est-à-dire mettre en place une gestion de sa consommation telle qu'elle lui a été inculquée dans ce centre. Ses phrases traduisent en même temps une incertitude, quant à sa capacité, de réussir à mettre en place ce programme d'action : « *Enfin, je voudrais que ce soit ça : un plaisir du weekend* » – ce serait bien, pense-t-il, s'il ne pouvait consommer « que » sur les temps du weekend. Il révèle par là toute la complexité de la prévision du comportement dans un contexte de dépendance – en témoignant du hiatus qui existe souvent entre la théorie et la pratique, entre le désir, et sa mise en acte. Par contre, en ce qui concerne le fait de « retourner » à la drogue, l'usager met une limite très claire à la professionnelle qui lui fait part de la préoccupation qu'il devrait avoir – en lui demandant si « ça ne [lui] fait pas peur ». Si Brice veut se droguer dès la sortie, c'est *son* problème, et il répond à Samantha comme il pourrait répondre à une mère : de ne pas s'inquiéter pour lui alors. L'usager teste les limites de l'institution dans cet endroit délicat de l'intervention pour autrui, en jouant avec les outils qu'elle est censée lui avoir fourni. Cela prend la forme d'un discours qui sous-tend ses propos : vous avez voulu que je sois autonome et responsable, eh bien, je suis adulte, je choisis de manière autonome et responsable, ne vous en faites pas pour moi. Samantha recode cette légère provocation à la discipline institutionnelle en éprouvant quelles sont les instruments que lui a donné l'institution pour parvenir à gérer sa consommation (elle lui demande entre autres quelles sont ses stratégies de *coping*), et en interprétant son envie comme une difficulté inhérente au parcours de soins et à la perspective de la « sortie » :

Samantha – [*Silence.*] Je vais mettre « désir encore prenant à consommer », ça vous va ?

Brice – Oui.

Samantha – Quels sont les déclencheurs pour vous ?

Brice – Bah, je vais essayer d'éviter de consommer par tristesse... [*la dernière fois qu'il a replongé c'était après un drame personnel ; mais il dit qu'il consomme aussi régulièrement en situation d'angoisse ou de stress*]

[...]

Samantha – Est-ce que les émotions vous avez pu les ressentir correctement ici, avec l'arrêt des produits... ? [...]

Brice – La frustration, j'ai appris à la gérer... Par exemple, les sorties de 2h qui avaient pas été travaillées assez en amont selon moi... bah, la frustration et la colère que j'avais dans ces moments-là, j'ai pu bosser dessus. Comme le cadre, la vaisselle, les obligations... Bah, comme dans la vie quoi ! – et faut que j'apprenne à les gérer. Il va falloir qu'un jour... [je m'y mette], la curatelle elle durera pas toujours ! [...]

Samantha – Et qu'est-ce qui a fait que vous vous raisonniez ?

Brice – *J'avais pris la décision, d'aller jusqu'au bout cette fois-ci...*

Samantha – Quelles ont été les émotions les plus fortes que vous avez vécues ici ?

Brice – L'amour – j'ai compris que j'ai besoin d'amour.

Samantha – De la tristesse, parfois ?

Brice – Oui... parce que *parfois je me dis ça se trouve, je fais ça pour rien... Parce qu'il y a des cures que j'ai sabotées, et que j'ai fait, qui n'ont servi à rien.* ...Enfin, non, elles n'ont pas servi

à rien, c'est pas vrai... *Mais en tous cas, pas autant que ce que j'en attendais. J'ai des attentes trop fortes parfois, c'est souvent tout ou rien...*

Samantha – Qu'est-ce que vous trouvez que vous avez eu davantage cette fois-ci ?

Brice – Plus de courage. Plus d'individualisme aussi. *Le fait aussi de faire tomber mon masque parfois...*

Samantha – *Le fameux masque...*

Brice – Et encore [*clin d'œil*]. *Oui, le masque de la joie... Une personne qui n'a pas de problèmes en apparence. De la normalité. Être dans la norme.*

Samantha – Vous sentez que c'est en désaccord avec la personne que vous êtes réellement ?

Brice – Oui... parce que je montre pas ce que je pense vraiment. La vaisselle, je la fais avec le sourire, mais en fait ça me casse. Mais bon, faut la faire, c'est comme ça...

Samantha – Est-ce que ça vous a rassuré de montrer ce que vous ressentez vraiment, sans que ça gâche la relation ?

Brice – Mais au fond, je suis comme ça aussi... *Je suis un masque en moi-même... en fait, je suis multifacettes. Et les gens peuvent pas me voir en globalité.*

Samantha – Parce que parfois on ose pas montrer certaines émotions qu'on qualifie de négatives, par peur d'être mis à l'écart, d'être jugé...

Brice – Oui, il y a peut-être de ça aussi... dans le fait de faire plaisir.

Les deux conceptions du *masque* finissent par s'entremêler dans ce passage – sans qu'on puisse comprendre si nos deux interlocuteurs parlent effectivement de la même chose. Pour Samantha, à la suite de ce qu'elle demande à l'usager sur son séjour – s'il s'est senti de pouvoir laisser place à ses émotions et de pouvoir les exprimer – il est important de se convaincre que Brice (malgré toutes ses ambivalences à l'égard de la reprise future de sa consommation) a trouvé en Métanoïa un lieu où faire tomber le masque. Juste après la phrase où il lui dit qu'il ne « montre pas ce qu'[il] pense vraiment », elle veut s'assurer au contraire que sans doute cela l'a « rassuré de montrer ce qu'[il] ressent[t] vraiment, sans que ça gâche la relation » : c'est-à-dire d'avoir trouvé un lieu où il peut être ambivalent, il peut dire qu'il a envie de consommer à la sortie, il peut ressentir de la frustration ou de la tristesse, et on le laissera apparemment en parler. Et c'est sans doute aussi le cas – sinon Brice ne se confierait pas autant, il resterait dans une stratégie de « ne rien dire », comme on l'a évoqué précédemment. En même temps, ce que dit Brice ne cadre pas tout à fait avec cette attente de Samantha. Il a parlé plusieurs fois pendant le séjour du fait qu'il ne savait pas s'il réussirait à « aller jusqu'au bout », en se rappelant le fait qu'il avait souvent « saboté » ses précédentes cures. Ici il confie, en partie, avoir eu « plus de courage », et être parvenu « parfois », à « faire tomber [s]on masque ». Que celui-ci lui permettait, et lui permet encore de faire face aux attentes institutionnelles en se présentant comme « une personne qui n'a pas de problèmes en apparence », une personne qui pourrait « être dans la norme ». Malgré sa situation actuelle de SDF, il apparaît donc que Brice tient particulièrement à être dans la norme sociale ; en cela, il incarne de manière adéquate le sujet durkheimien, qui reçoit ses émotions de la règle définie par les sanctions diffuses. En effet, « le problème de la sincérité du blâme et de la peine ne se pose que pour les sanctions diffuses (quelle que soit la solution qu'on lui apporte) » (Ogien, 1990 : 605). Il en va de même pour le sourire de Brice, comme s'il s'amendait, par un « vrai » sourire, de la sanction sociale qui lui impose de sourire à la vie et d'aller de l'avant (accord « de surface » dit Ogien, convention de façade). Mais lorsque Samantha lui signifie que ce lieu lui a sans doute permis de le laisser tomber, il paraît se crispier et revenir sur ses propos – en montrant qu'il tient beaucoup en réalité à ce « masque » qu'il est, en *lui-même* : et que celui-ci est le symbole en fait de sa complexité, du fait qu'il est « multifacette », et qu'on n'arrivera pas à le « voir en globalité ».

Le masque semble être la marque d'une résistance individuelle à l'emprise de l'institution sur leur transformation – de délinquants à malades, de malades à « rétablis ». Il semble constituer une défense importante dans la socialisation institutionnelle de certains usagers – le symbole de la permanence de leur identité idiosyncratique, non réductible à toute uniformisation ou programmation fonctionnelle des comportements.

Ce passage nous révèle aussi ce qu'il en est des contradictions entre la demande latente de l'institution à l'endroit d'une conformation spontanée, et celle d'usagers qui désirent être perçus dans leur unicité. Les demandes latentes de l'usager et du professionnel peuvent en effet concorder ou non. La demande latente des éducateurs, c'est au fond que l'usager *s'engage* : qu'il témoigne, du fait de ses actions et son comportement au sein de la structure, de l'efficacité du programme qu'il est en train de suivre. Qu'il valide, par son comportement, le sens du travail des professionnels – qui est de les accompagner vers un devenir-autre pour lequel l'institution leur fournit des outils. La demande latente des usagers, comme Brice le démontre ici, c'est au fond de trouver un espace d'écoute et de mise à l'épreuve de sa liberté, où il puisse se sentir suffisamment en confiance pour « faire tomber le masque ».

En conclusion, cette question du masque, et de l'authenticité qui serait dévoyée par ce fait (Lipovetsky, 2022), nous conduit à penser que le « jeu » qu'on demande de jouer en CTR est tout sauf une partie de plaisir, c'est un jeu *sérieux*.

Elle nous renvoie de ce fait à la question de la croyance – et du fait que, pour vouloir « guérir », ou pour vouloir changer – comme cela se trouve proposé de manière moins idéaliste –, cela exige d'« y croire ». Au moins un peu. Et donc de mettre en scène de manière performative les efforts qu'engagent cette croyance. Le « travail » attendu, c'est que l'usager argumente ses décisions actuelles et futures, qu'il se justifie, qu'il puisse revivre des situations antérieures analogues – et se dire que le scénario pourrait changer. On attend de lui ou d'elle que son masque « évolue », en même temps que devrait évoluer son rapport au produit. Il y a de fait un équilibre complexe du vrai et du faux à trouver : être trop franc, dire la vérité – par exemple quand on « pointe » en ambulatoire parce qu'on y est obligé par la justice – c'est *ne pas jouer le jeu*, comme en témoigne l'extrait suivant :

Grégory – Je pense que là-dedans *il y a des gens qui jouent pas le jeu*. [...] Sur P, il y a des gens qui venaient me voir en disant, j'en ai rien à foutre, je viens juste pour mon papier. Après, c'est aussi notre taf du glisser de l'obligation vers l'envie...

Cdt 1 – TCHAT – 09/06/21

On pourrait distinguer aussi, après ceux qui ne « veulent pas jouer le jeu », la catégorie des usagers et usagères qui n'y arrivent pas, qui ne *peuvent pas jouer le jeu* – soit qu'ils soient trop lents ou trop apathiques, soit qu'ils viennent considérés comme des fabulateurs, qui se la racontent, mais qui en fait n'y arrivent pas. C'est pour moi le cas du « patient » nommé Jonas dans l'institution TCHAT, de « l'actient » nommé Lucky à Métanoïa, ou encore de Catherine dont parle ici Nadine Enchanté au TCHAT :

Nadine – [*qui parle en boucle sur Catherine depuis cinq minutes*] Alors les patients, ils m'ont fait remarqué qu'elle sort des phrases, des habitudes de vocabulaire – des conseils qu'elle donne à chacun pour se mettre en valeur, des « Je te l'avais bien dit... ». Elle prend l'habitude dans son vocabulaire régulièrement de faire croire à l'équipe qu'elle est en adéquation avec nous, elle me fait rire à chaque fois parce qu'elle veut faire croire qu'elle est de bon conseil mais ce n'est pas le cas...

Cdt 1 – réunion CTR au TCHAT – 12/04/22

Discriminons, à l'inverse, certains usagers qui parlent « trop » bien, ou qui sont capables de séduire leur auditoire. Elles et eux sont rapidement soupçonnés de « surjouer », c'est-à-dire de ne pas être tout à fait sincère dans leur attitude vis-à-vis de l'institution. On les soupçonne de garder toujours le masque, de ne pas être en mesure de le « faire tomber »

Réunion clinique. On parle de Brice :

Coralie (ES) – Il est tout le temps sous le kiosque, en ce moment, il s'efface un peu...

Romain – Ouais. Et, c'est bizarre en entretien, [...] dès que je pose une question pour approfondir, il esquive... [...] Il dit qu'il a des émotions enfouies, *qu'au-dessus il porte un masque*, et qu'en-dessous, il y a des émotions et de la tristesse...

Rachid – Mouais, *moi je trouve qu'il est pas très efficace, son masque*³⁹.

Cdt 2 – Métanoïa – 30/09/21

Attraper les usagers, leur donner envie de « jouer le jeu », sans se laisser avoir par leur jeu de rôle ou leur talent de composition, c'est tout l'enjeu du travail négocié en addictologie.

*

Nous avons mis en évidence que les procédures initiatiques introduites au sein de nos deux centres diffèrent certes dans le rapport aux règles et la relative souplesse à l'égard de celles-ci qu'ils semblent requérir, mais non dans la prescription qui se situe à la base de ces procédures. L'inculcation des « règles du jeu » institutionnelles, et leur mise à l'épreuve *via* les différentes formes de transgression que le CTR décide d'accueillir ou de rejeter, témoignent des attentes de transformation subjective que vivent les résidents nouvellement entrés, pour se hisser à la hauteur des normes de vie sociales que le centre entend leur transmettre. Différentes formes de traitement ont pu déjà être mises en relief, qui distinguent les usagers et participent à un système implicite de classement où tous et toutes ne pourront pas pousser aussi loin que d'autres la transformation. Les critères qui font que les professionnels discernent ainsi quels sont les plus « méritants », la mise au travail de « l'ambivalence » et les vérifications quant à la « sincérité » des usagers, participent de cette mise à l'épreuve qui rend compte d'une hétérogénéité parmi les publics reçus en CTR – beaucoup plus qu'elle ne participe à leur homogénéisation au sein d'une même institution normative.

Néanmoins, les fonctions de contrôle, de surveillance, et la vigilance au maintien d'une homéostasie interne au sein de ces centres relativement isolés – ou qui du moins isolent la population qu'ils accueillent du reste du monde – nous paraissent relever d'une importance particulière, au sein de ce qui s'apparente pourtant à une démarche d'accompagnement et de soins. D'où la nécessité d'aller investiguer à présent une dimension qui ne peut être immédiatement perceptible pour les acteurs de terrains, usagers et professionnels, qui fréquentent ces centres. Réfléchir à l'objet-CTR, et en l'occurrence à son adéquation possible au concept d'institution totale d'Erving Goffman, nous semble un axe de recherche incontournable, pour toute recherche sociologique qui s'intéresse aux institutions qui font intervenir des processus de transformation individuelle.

³⁹ Une remarque qui nous porte à nous interroger rétrospectivement sur à quel point Rachid était déjà au courant du comportement de Brice pendant le séjour [à savoir, qu'il consommait en cachette].

Chapitre 3

Le CTR, une institution quasi-totale ?

*Am I taking too much
Did I cross the line, line, line?
I need my role in this
Very clearly defined

I need your discipline
I need your help
I need your discipline
You know once I start
I cannot help myself*

“Discipline”, Nine Inch Nails

Dans ce dernier chapitre de partie, nous nous poserons une question qui peut paraître provocante si l’on se fonde sur la représentation commune des CTR en les envisageant comme des lieux de réhabilitation visant au rétablissement des usagers de drogue : est-il possible d’identifier le fonctionnement du CTR à celui d’une institution totale, semblable à celles présentées par Erving Goffman (1968) ?

Nous avons illustré précédemment, à travers la problématique du rapport aux règles, et les modalités de gestion différentielle de la transgression (qui font que celle-ci n’occasionne pas systématiquement de sanction ou de renvoi), que cette institution renvoie aussi au phénomène de « détotalisation » (Rostaing, 2001) caractéristique de l’ordre post-disciplinaire (Castel, 1981 ; Chantraine, 2006). Que resterait-il de *total* en ce cas, au sein du CTR ? Quelle fonction d’isolement et de mise à l’écart continue néanmoins de se conserver dans ces institutions de prise en charge et d’accompagnement d’un phénomène jusqu’à il y a peu caractérisé comme déviance ? Peuvent-elles se voir comparées à une institution « enveloppante » dans le champ de la prise en charge des addictions, à la manière dont la classe préparatoire l’est dans le champ scolaire (Darmon, 2015 : 29) ? Ou s’apparentent-elles plutôt à des *lieux de passage*, de gestionnarisation de la marginalité au sein du plus vaste marché du médico-social ?

Pour ce chapitre au questionnement plus théorique, il nous semble important de remobiliser en introduction l’histoire de la formation des dispositifs dédiés à la toxicomanie et à l’alcoolologie, et de la mettre en relation avec l’évolution récente de l’individualisation des risques sociaux (Castel, 2003). Cela nous permettra de mettre en lumière *via* nos matériaux

empiriques une des fonctions sociales prise par les CTR au sein de l'addictologie française contemporaine et de souligner l'ambivalence des missions qui leur sont confiées. Castel marquait en effet, dans l'opuscule *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* (2003), que l'insécurité moderne s'est construite sur la crainte de se voir dépossédés des protections civiles et sociales conquises, « dans un univers social qui s'est organisé autour d'une quête sans fin de protections ou d'une recherche éperdue de sécurité » :

Qu'est-ce qu'être protégé dans ces conditions ? Ce n'est pas être installé dans la certitude de pouvoir maîtriser parfaitement tous les risques de l'existence, mais plutôt vivre entouré de systèmes de sécurisation qui sont des constructions complexes et fragiles, et portent en eux-mêmes le risque de faillir à leur tâche et de décevoir les attentes qu'ils font naître. La recherche des protections créerait ainsi d'elle-même de l'insécurité. (et précédente – Castel, 2003 : 6)

Les sociétés modernes, qui se sont construites d'après lui sur le terreau de l'insécurité comme des sociétés d'individus incapables d'assurer en eux-mêmes leur protection, ont alimenté ce que Castel nomme une « frustration sécuritaire » (*ibidem.* : 8), dont le corrélat est une « aversion au risque qui fait que l'individu contemporain ne peut jamais se sentir totalement en sécurité. » (*ibidem.*). Pour répondre à son besoin de sécurité, elles ont pendant longtemps délégué à certaines figures et certains lieux – entre autres, les psychiatres et les asiles – la ségrégation de ceux qui mettaient en péril la sécurité des gens ordinaires. Certains bouleversements et transformations sociales ont modifié ces équilibres, et se sont accompagnés de la médicalisation des troubles psychiques – et dans ses failles, de la banalisation des problématiques et de la souffrance occasionnées par le milieu du travail (Dejours, 1998). Ces mutations de la société peuvent se lire également dans le flou qui s'est étendu de nos jours entre drogues, médicaments psychotropes, tranquillisants (Ehrenberg, 1996, 1998a), que reflète le passage de l'intervention en toxicomanie à l'addictologie. Ce que disait déjà Jean Ayme (1977) se révèle ainsi opérant : le mandat social qui est confié aux psychiatres ne concerne plus la réclusion et le maintien des malades, mais plutôt la « normalisation des conduites ». De la même manière, on n'attend plus nécessairement des toxicomanes qu'ils « cessent » leurs pratiques, dans une mise à l'écart ayant pour visée exclusive l'abstinence. L'on tolère désormais la « double vie » des consommateurs de substances pour autant qu'ils et elles effectuent leur travail dans une apparente et banale « quotidienneté » (Fontaine, 2006 ; Hautefeuille, 2009). La question de la sécurité n'est plus une question d'institution closes et isolées du monde ; c'est une question de dispositifs (Foucault, 1975, 1977 ; Agamben, 2014), et plus particulièrement de dispositifs ouverts et de réduction des risques.⁴⁰ Si la prévention « vise à conjurer les principaux risques de l'existence – la maladie, la mauvaise santé, le vieillissement, la mort prématurée » (Moatti, Peretti-Watel, 2009)⁴¹, la « mise en risque » progressive de l'existence – ce que Castel décrit comme l'extension de la sphère du droit – a

⁴⁰ Giorgio Agamben, reprenant à Foucault la notion de dispositif, précise : « J'appellerai dispositif tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler, et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants. Pas seulement les prisons donc, les asiles, le *panoptikon*, les écoles, la confession, les usines, les disciplines, les mesures juridiques, dont l'articulation avec le pouvoir est en un sens évidente, mais aussi, le stylo, l'écriture, la littérature, la philosophie, l'agriculture, la cigarette, la navigation, les ordinateurs, les téléphones portables, et, pourquoi pas, le langage lui-même, qui est peut-être le plus ancien dispositif dans lequel, il y a plusieurs milliers d'années, un primate, probablement incapable de se rendre compte des conséquences qui l'attendaient, eut l'inconscience de se faire prendre. » (Agamben, 2014 : 31-32)

⁴¹ « Prévenir, c'est diminuer un certain nombre de risques ; c'est estimer la probabilité qu'un événement funeste survienne pour tenter de la faire tendre vers zéro. » (Moatti, Peretti-Watel, *ibid.* : 7)

également érigé la prévention en *principe*.

Si on croise cette évolution de l'individualisation des risques avec l'histoire de l'institution asilaire, le traitement des toxicomanies-addictions occupe une place centrale – parce qu'il a contribué à mettre la problématique comportementale individuelle et le rapport à la volonté et au désir (Valleur, Matysiak, 2010) au centre d'une *conception nouvelle de la maladie psychique*. L'étrange lien institutionnel qui unit l'addictologie à la psychiatrie nous pousse ici à aborder cette discipline tant sous l'angle du soin, que de son revers normatif – comme espace de production de celles et ceux qui, dans un temps et une société donnée, ne remplissent pas les conditions et garanties de l'inclusion dans le corps social. Il est intéressant de rappeler que les lieux pour traiter et prendre soin de ce qui s'appelait jusqu'à peu la toxicomanie visaient avant tout à distinguer cette nouvelle population prise en charge de la population psychiatisée, et à lui offrir des modalités d'accueil, d'expression, et de soins, appropriées à leur symptomatologie (Olievenstein, 1977). Ce, dans un contexte juridique où l'usage de drogues était historiquement – et continue d'être aujourd'hui – constitué comme un délit. Parallèlement, les lieux pour prendre soin des alcooliques furent de même progressivement « extraits » des hôpitaux psychiatriques, à mesure que l'on comprenait que les usagers ne s'y rendraient pas s'ils devaient supporter un double stigmat, et que se spécialisait par ailleurs un champ d'intervention spécifique autour de l'objet « alcool ».

Cette histoire récente, pour être exhaustive, ne doit pas oublier une étape fondamentale : celle de la constitution du problème des drogues en « question d'État » concernant spécifiquement une population considérée à risques ou vulnérable – la jeunesse – (cf. préambule, page 19), avant de devenir dans les décennies qui ont suivi une question de santé publique (Bergeron, 1999). Conjointement au processus de mondialisation émergeant, on a assisté en plusieurs vagues à une « démocratisation » de l'usage de stupéfiants (Langlois, 2022), qui a exigé de nouvelles politiques, réponses trouvées à des pratiques bien existantes, mais qui ont sans doute en partie contribué à *réprimer et/ou pathologiser* les usagers de drogue plus qu'à les inclure dans la cité. Sur le plan pénal de fait, la loi en vigueur aujourd'hui reste encore celle du 31 décembre 1970, loi qui considère l'usager de drogues comme un individu *à la fois* malade et délinquant. La loi est ainsi formulée⁴² : « Art. L. 355-14. — *Toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire.* » (JORF 03/01/1971). La loi considère donc l'usager comme *un délinquant*, « puisque le texte législatif incrimine spécifiquement l'usage privé et prévoit une peine d'emprisonnement ferme. Mais il est aussi *un malade* puisqu'il prévoit une exemption de poursuites pénales pour les toxicomanes usagers "simples" (par opposition à celui qui pratique "usage + trafic") qui acceptent de se soumettre à une cure de désintoxication. » (Basset *et al.*, 2021 : 7)

L'histoire de la pénalisation de l'usage de substances en miroir de la conception des « aliénés » comme irresponsables n'est pas une histoire toute récente. L'émergence des aliénistes, au début du XIX^e siècle, s'est établie notamment via les recherches d'Esquirol à travers la désignation de l'alcool et des opiacés comme facteurs d'aliénations, dans les catégories diagnostiques de l'époque, notamment les monomanies. Leur position clinique stipulait une conséquente irresponsabilité partielle des malades dont ils avaient la charge – malades desquels il fallait solliciter la partie « saine » via le « traitement moral » inventé par Pinel (Gauchet, 1997). Une irresponsabilité qui se heurtait spécifiquement aux lois concernant

⁴² Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses.

les responsabilités individuelles de la loi de 1832, qui séparait déjà le point de vue des spécialistes de la maladie mentale et celui des juges (Dugarin, Nominé, 2013). Les rationalités judiciaire et sanitaire se sont ainsi souvent historiquement opposées, en ce qu'elles se fondent sur des logiques radicalement différentes : « la logique judiciaire repose essentiellement sur le jugement des individus à travers *ce qu'ils ont fait*, la logique sanitaire exige de tenir compte de leur état, donc de *ce qu'ils sont*, c'est-à-dire dépendants ou occasionnels, accessibles ou non à un traitement, insérés ou non socialement, etc. » (Setbon, 1998 : 18).

Or la loi de 1970 introduit une zone grise entre ces deux rationalités, celle du traitement judiciaire et celle de la prise en charge sanitaire des usagers de drogue – responsables pénalement *mais* irresponsables et devant être soignés. Dans le contexte socio-historique du passage de l'État providence (Ewald, 1986), réducteur de risques, à un État responsabilisateur d'une société de risque (Beck, 2003), on peut davantage juger les personnes sur ce qu'elles sont, ou plutôt sur ce qu'elles font pour s'amender de leur état et se sortir de leur condition. Aussi les oriente-t-on vers des institutions où c'est moins la question de l'amendement des faits que la prévention du comportement futur (l'être qu'on *sera*, mais aussi *ce que l'on fera*) qui est en jeu. Au-delà de la dimension d'aide et de soutien à leurs besoins que les usagers viennent effectivement trouver en CTR – cet espace n'en demeure pas moins un lieu qui a pour fonction de tenir hors de la cité des personnes qui ont transgressé un certain nombre de normes, et si possible de les « réhabiliter » en leur faisant intérioriser les normes sociales.

Car « c'est moins l'autodestruction des drogués que *la transgression de la norme civique qui est en jeu*. Le drogué est celui auquel on doit rappeler qu'il vit en société avant de l'empêcher de s'autodétruire. » (Ehrenberg, 1996 : 9 – je souligne). Les institutions du médico-social qui se chargent aujourd'hui de l'accompagnement des addictions définissent un espace liminaire où la question de l'indiscipline et du sens accordé à la sanction (de ce qui a été fait dehors, et de ce qui est fait dedans) coexistent étrangement avec la volonté de se soigner et de pouvoir *se redéfinir*, au sens entendu par le rétablissement (c'est-à-dire comme une processualité subjective de « redéfinition de soi » - Assad, 2014). Ce qu'on fait et ce qu'on est s'entremêlent. Ainsi, pour devenir un autre – on doit entrer dans une institution qui permettra concrètement de changer ses actes, au-delà de l'image que l'on véhicule ou que l'on a de soi.

Le statut particulier des CTR leur permet sans doute d'apparaître comme une institution hybride, à mi-chemin entre une institution totale et les niches isolées de reconnaissance qui peuvent apparaître à son antipode (Rostaing, 2008) : un espace de formation ou d'activités « autres », qui permet de diversifier les interactions et les possibles des usagers au sein d'un espace de privation de liberté où doit pourtant se jouer leur libération (de l'emprise d'une substance). Ce qui ajoute encore de la confusion dans les fonctions qui leur viennent attribuées, de la part des usagers, des professionnels et des politiques de santé, ou encore de l'opinion publique. L'addictologie se présente de nos jours comme une paradoxale *discipline de libération* – sur un marché où elle se trouve en concurrence avec d'autres expertises, scientifiques ou profanes, comme les Narcotiques Anonymes par exemple (Jauffret-Roustide, 2010). Paradoxale, puisque des personnes qui présentent fréquemment des parcours de vie difficiles et des situations de grande souffrance s'y retrouvent, comme au sein de l'archipel carcéral (Fernandez, 2015, Rostaing, 2014), pour *se trouver contraintes à travailler* sur leur problématique, leurs émotions, et avant tout *sur elles-mêmes*. Et qu'elles doivent y être les instigatrices de la gestation et de l'émergence d'un nouveau sujet, d'un « autre que soi ».

Quel espace de reconnaissance et de nouvelle subjectivation possible peut offrir le CTR s'il s'apparente à ce que Goffman définit comme institution totale, à savoir un espace contraint de gestion de masse d'une population isolée du reste de la société ? Quel système de

confirmation et de reproduction d'une identité stigmatisée ou marginale s'y voit à l'inverse parfois reconduit, pour des usagers qui s'adressent à lui dans une tentative parfois désespérée de changement ?

Nous analyserons dans un premier temps comment ces institutions mettent en jeu un cadre qui permet de les comparer aux institutions totales, ou du moins de les appréhender comme des espace-temps où la prise en charge de la vie quotidienne et de la réhabilitation des usagers se donne comme *totalisante*. Cette totalisation de la vie en CTR se laisse entrevoir par exemple dans les relations du personnel avec les résidents qui s'apparentent à un « maniement du matériau humain » (Goffman, 1968 : 124), et à la restriction des libertés imposée au nom d'impératifs sécuritaires. Dans ce cadre, défini comme *nécessaire* à la sortie de l'addiction – elle-même une expérience décrite comme *totale* (Fernandez, 2010) –, on verra comment la dimension soignante et la dimension disciplinaire s'entremêlent : si l'institution doit avant tout constituer une « mise à l'abri » pour ses pensionnaires, l'aspect sécurisant a vite fait de se muter en surveillance sécuritaire. Dans un second temps, nous envisagerons ce qui distingue néanmoins le CTR de la métaphore carcérale : en abordant le cas problématique des usagers avec troubles psychiques, nous souhaitons définir à l'inverse le CTR comme un lieu où l'on choisit de venir *s'aliéner* et se laisser transformer par autrui. Puis, nous analyserons comment les évolutions du milieu médico-social contemporain permettent de définir également nos CTR comme des institutions en lutte sur un certain « marché », celui de la gestionnarisation de la marginalité d'une part, et de l'accompagnement rapide à la réinsertion de l'autre. Cela permettra dans un dernier temps de mettre en lumière les différents types de publics, et le positionnement respectif de nos deux centres à leur égard, dans la cartographie minimale que nous pourrions établir de l'accompagnement en addictologie contemporain.

*

Note préliminaire. (S') Enfermer : réflexion sur le rapport établi à l'un des terrains

Avant de débiter, nous souhaitons souligner pour notre lecteur que cette question de l'institution totale, loin d'être une élaboration théorique qui aurait été arbitrairement appliquée aux centres médico-sociaux observés, est issue de la fréquentation directe et de la difficulté rencontrée par l'enquêtrice sur l'un des terrains. Il nous semble important de laisser place ici à un récit rétrospectif des conditions d'accès et des impressions ressenties au contact du premier CTR, en première personne, qui puisse donner prise au point de vue de l'ethnographe – en plus des points de vue des usagers et des professionnels jusqu'à présent retranscrits. Ce retour réflexif permettra, nous l'espérons, de donner d'emblée à nos lecteurs une idée plus tangible de l'expérience d'enfermement et de dépossession que provoquent les institutions totales.

Au départ de mon stage au TCHAT, je comptais m'organiser sur deux ou trois mois, et étais désireuse d'y passer deux à trois jours par semaine, de façon continuée. Je n'avais pas de résidence dans cette ville, située à une heure et demie environ de mon domicile – mais j'avais quelques contacts et parents d'amis qui auraient pu m'héberger sur ces périodes courtes, en alternance. Je ne suis pas une personne casanière, et le fait d'être nomade et de dormir sur le canapé d'amis deux ou trois soirs par semaine pour rester au plus près du terrain, est habituellement une perspective qui m'enchantait, plutôt que l'inverse. Or, sur trois mois de terrain, réitérés l'année suivante en 2022 par trois mois similaires, je n'aurai dormi en tout et pour tout qu'une nuit dans la ville d'O. Mon malaise au centre, tangible dès mes premières visites au CTR, déteignait en partie sur l'impression que je me suis faite de cette ville provinciale, apparemment bourgeoise, et à la mentalité conservatrice. D'autre part, des éléments du décor urbanistique dans lequel s'implantait ce centre, et notamment une campagne de prévention de la fraude dans les transports placardée sur tous les trams de la ville au moment de mon enquête ethnographique, ne faisait qu'accroître ce sentiment d'insécurité, d'inadéquation par rapport à mes valeurs. Cela pourrait paraître anecdotique mais – j'espère le démontrer dans cette sous-partie – cela ne l'est nullement. La campagne se présentait ainsi : un jeune médecin branché, avec lunettes et barbe, et adoubé de tous les attributs de la profession médicale (blouse blanche et stéthoscope) présentait un médicament, représenté en avant-plan sous forme de boîte de comprimée nommée, selon les affichages « Validafon », « Controlflash » ou « Fraudivax ». Et le slogan qui sous-titrait cet apparent marketing pharmaceutique était, en lettres capitales : « Frauder, ça se soigne ! ». Un sous-titre, qui détaillait parfois le montant de l'amende et faisait rappel des bonnes recommandations – avec un « je monte / je valide » stylisé sur une générique pilule capsule rouge et blanche – complétait le tableau :



Affichage des trams de la ville d'O.

Photographies : Paola Pelagalli ; traitement (anonymisation) : Silvia Rochet.



Il faut imaginer que je prenais le train à la première heure, et que j'arrivais dans cette ville encore sommeillante, pour me retrouver face à ces campagnes d'affichage alors que

j'allais, la journée durant, observer et parler avec des usagers pathologisés pour leur consommation de stupéfiants – obligés socialement à se soigner, dans une société qui les perçoit comme des délinquants, des infracteurs à la loi. Et durant la journée, ils se seraient probablement promenés dans les rues de cette ville, ils auraient été exposés à ces campagnes d'affichage, ils auraient vu le message que les transports publics, aussi bien que les campagnes de prévention en matière de santé, leur destine quotidiennement : la déviance, *ça se soigne*. Au mieux, on peut lui vendre des comprimés – mais encore faut-il pouvoir les acheter, je songeais. « Frauder » m'apparaissait concrètement, via la brutalité de la "comm'", comme un comportement « en soi », duquel on ne cherchait pas à comprendre les motivations, les facteurs de cause. Ma propre démarche de chercheuse – comprendre les déterminants sociaux et interactionnels qui poussent des acteurs à se comporter comme ils le font – me semblait ne pas avoir sa place dans le décor, si les choses paraissaient devoir s'y résoudre de manière aussi triviale.

Ce mélange de prévention-répression, je le retrouvais bien au CTR TCHAT. Il me semblait « nécessaire » que les professionnels que j'observais se comportent comme ils se comportent, si les slogans qui les environnent leur instillaient délicatement des messages subliminaux aussi clairs. Comme il me semblait évident dès lors, que le journal local, toujours bien en vue sur les tables du CTR (qui y était abonné), mettait chaque jour à la une le vandalisme des jeunes des quartiers populaires, le crime passionnel d'un ex-détenu sur sa compagne, ou encore l'accident de voitures provoqué par des fêtards « sous influence » de l'alcool ou du cannabis. Il était difficile pour moi de me rapporter aux professionnels en parlant ouvertement de ce que je pensais, en leur témoignant du fait que je trouvais le mot « toxicomanes » inapproprié pour parler des résidents dont ils avaient la charge, ou encore que les métaphores qu'ils faisaient continuellement sur l'éducation des enfants (ou des chiens – cf. chapitre 1) me mettaient profondément mal à l'aise. Il y avait évidemment des différences profondes, de caractère et d'approche par rapport aux usagers, d'un professionnel à un ou une autre. Mais globalement, je sentais que le « style » institutionnel les incitait tous à adopter une certaine position vis-à-vis des usagers (quand bien même ils n'avaient pas intérieurement ce ressenti) – qui se caractérisait par la distance et une certaine froideur, la posture moralo-éducative, la méfiance et parfois un profond mépris. Sans aller jusqu'à dire que je les estimais de « mauvais » professionnels, je leur prêtais des positions politiques antithétiques aux miennes, et je faisais face à un terrain où négocier avec des indigènes qui ne me plaisaient pas (Avanza, 2008) me faisait travailler sur mes propres a priori. J'ai dû plusieurs fois ravalier mes jugements, les mettre en lumière à l'aune de ce que je découvrais peu à peu de l'institution et des rapports de force en son sein, de « l'héritage » lourd de la psychanalyse dans ce centre et du récent sentiment de dépossession de leur métier qui me paraissait émerger des échanges avec les éducateurs et les psychologues. Je dois admettre aussi que j'ai commencé à faire sérieusement des entretiens professionnels avec les membres de l'équipe du TCHAT, parce que j'étais désireuse de connaître leur biographie, leur trajectoire – qui aurait pu expliquer d'une manière ou d'une autre qu'ils aient aujourd'hui de telles vues ou positions⁴³.

Par ailleurs, je me sentais « enfermée » au TCHAT, avec une rare intensité⁴⁴. J'étais très peu désireuse de me rendre sur le terrain, passées les premières semaines d'acclimatation, le

⁴³ Je regrette fortement d'ailleurs, sur ce point, que les professionnels avec lesquels j'avais la plus forte incompréhension aient sans doute perçu mes opinions ou mon propre point de vue sur leurs pratiques, et aient donc pratiquement tous refusé de mener ces entretiens individuels avec moi.

⁴⁴ Ce qui ne pourrait se rapporter uniquement à mon inexpérience dans le champ des lieux de privation de liberté – car il m'était déjà arrivé dans mes études de master, sur des terrains comme le service d'urgences psychiatriques

moment du repas de midi était pour moi source de maux de ventre et d'un profond sentiment de honte – honte d'assister à cette cérémonie pathétique de congratulation du résident-cuistot du jour, honte d'être prise à partie par les membres de l'équipe, honte d'être assimilée, par les usagers, à l'attitude professionnelle qui s'y exposait. J'avais souvent besoin de sortir fumer, ne serait-ce que pour échapper à l'ambiance du bureau d'accueil. Mais en même temps j'avais peur, en restant trop souvent à discuter avec les usagers qui fumaient régulièrement dehors avec moi, que je sois perçue par l'équipe comme « trop proche » des résidents ; et que les éléments utiles à mon terrain me soient soustraient de manière toujours plus régulière, à mesure que je perdrais la confiance des membres de l'équipe. J'avais l'impression d'une inversion des rapports habituels de l'ethnographe aux populations de surveillants et surveillés : contrairement aux enquêtes classiques en milieu carcéral, j'avais l'impression d'être davantage soumise à un « processus de mise à l'épreuve » (*proving process*) (Hayner, Ash, 1939) de la part des éducateurs du centre, que de la part des pensionnaires-« détenus ». J'avais le sentiment qu'on testait mes réactions⁴⁵. L'« entre-deux » – plutôt que l'illusoire posture de neutralité – que j'expérimente habituellement sur mes terrains – était face à eux quasiment intenable. C'est comme s'ils me demandaient de me dissoudre, de fusionner (en apparence) avec les opinions courantes dans le centre et les commentaires, blagues ou insinuations des professionnels – épreuve à laquelle je n'arrivais pas à me plier. Comme je n'abondais pas en connivence, je devenais soudain extrêmement visible, et je me percevais moi-même comme un élément perturbateur, ce qui risquait de faire échouer mes interactions et mon projet ethnographique. On me prenait en effet souvent à parti, en me demandant de participer au diagnostic sur le comportement de tel ou tel usager, ou de raconter comment j'avais vécu un atelier, en « transmission », ou si j'avais des éléments qui pouvaient corroborer, du point de vue des sciences sociales, les perceptions que les professionnels se faisaient d'une situation. J'essayais de rester en silence le plus possible, mais même mon expression faciale était guettée – et parfois commentée. Cette situation – le fait de devoir dissoudre son individualité et de ne pas faire de vagues, pour pouvoir conserver sa place – ainsi que les larges périodes de temps où je *m'ennuyais*, durablement, pendant les journées au centre, m'incitent d'autant plus à appréhender ce lieu comme un espace analogue à l'espace carcéral.

J'aurais pu choisir de m'immiscer encore plus dans la vie du centre, de rester sur de plus longues périodes et finir par être considérée par les professionnels comme faisant symboliquement partie de l'équipe sur ce laps de temps où j'étais auprès d'eux. C'est sans doute tant pour des raisons déontologiques que pour des facteurs plus personnels que j'ai choisi l'autre option – de laquelle je ne suis pas forcément fière – à savoir l'esquive, la fuite. Concrètement, je n'ai *pas pu*. J'étais sur ce terrain, et j'y trouvais de nombreux éléments essentiels pour ma thèse ; mais je n'avais qu'une envie : que le temps passe plus rapidement, et que je puisse courir à mon train et rentrer chez moi. Je ressentais en outre un sentiment de culpabilité à l'égard des usagers, de savoir que j'allais reprendre tranquillement le cours de ma vie, alors que le monde se limitait dans ce même temps pour eux à la routine monotone et suspendue du TCHAT.

de l'hôpital Borda de Buenos Aires (qui était sécurisé comme un quartier pénitentiaire), de me retrouver dans un espace clos par des grilles et portes verrouillées, sans ressentir forcément cette sensation d'étouffement et de suspension du temps caractéristique de l'enfermement.

⁴⁵ L'article historique de Norman Hayner et Elis Ash sur la communauté des détenus (*the prisoner community*) précise, à propos de la position du chercheur : “To obtain the information desired from the prisoners, it was necessary to convince them of his honorable intentions. He had to go through a “proving process” at the hands of the inmate body. This consisted of being placed in situations of their choosing so that they could observe his reactions.” (1939, art. cite, p. 362)

Mon malaise s'est accru mais s'est aussi résorbé quand j'ai commencé à faire l'étude comparative avec d'autres CTR. Quand j'ai effectué mon séjour d'observation à Métanoïa, et que j'ai commencé à y revenir durant l'année scolaire 2021-2022, pour continuer à suivre l'évolution des réunions institutionnelles et du centre – c'est fondamentalement que j'en avais envie. J'avais envie de me rendre dans ce centre, d'observer ces professionnels travailler – contrairement à ce que j'avais ressenti au TCHAT. De même, lorsqu'au printemps 2022 j'ai commencé une ethnographie comparative dans une communauté thérapeutique située dans une périphérie métropolitaine, je pouvais ressentir le même sentiment d'inadéquation de ma position avec les valeurs et les opinions répandues dans le centre – mais je sentais concrètement que je pouvais en discuter, et que, même si cela allait produire des effets, cela serait constructif pour ma démarche de recherche. Je ne me sentais pas empêchée, même quand, concrètement, je l'ai été : lorsque l'un ou plusieurs des usagers ont fait remonter à la direction que je prenais des notes (et que cela, aux dires de la direction – dont il faut sans doute, du coup, relativiser l'origine du propos – « les perturbait »), je me suis d'abord énervée d'être entravée dans mon travail d'enquête. Mais j'ai pu le relativiser, en percevant cela au moins comme une forme de résistance possible au vécu d'objectivation de la part des résidents⁴⁶. On me demandait de faire partie du groupe au même titre qu'eux, et non comme une intervenante extérieure qui prendrait des notes sur ce qu'elle voit derrière les barreaux du zoo de la souffrance humaine. Au TCHAT, ces formes de résistance-là étaient concrètement impossibles : les usagers, étant quotidiennement animalisés, voire chosifiés, par les professionnels eux-mêmes, et ils ne pouvaient sans doute pas s'opposer à ce qu'une jeune chercheuse vienne assister à leurs ateliers et prenne des notes de manière continue sur leurs interactions. De la même manière, je pouvais assister aux scènes où ils venaient réclamer leur téléphone dans le bureau d'accueil dans une attitude de soumission teintée de plainte, et avoir des discussions avec eux comme « sujets » de leur rétablissement, lorsque nous avions des moments de solitude, hors du regard des professionnels, dans la cour. Ce clivage leur semblait sans doute beaucoup plus évident que pour les résidents des autres institutions, habitués à être responsabilisés comme sujets de leurs soins.

Cela étant, cette impression du CTR TCHAT comme prison, l'imaginaire que je construisais dessus, contrastait fortement avec le sentiment de « liberté » que m'opposaient des résidents du centre – comme Yohann ou Niels – qui eux, avaient connu la prison. Ils me laissaient entendre que quand on a connu la prison, toute cage avec des barreaux un tout petit peu plus larges demeure très acceptable. C'est néanmoins de ces premières difficultés et de ce sentiment de malaise face à la promiscuité, la monotonie et à la violence latente contenue dans les échanges interpersonnels au sein de cette structure, que naît ce chapitre sur une institution qui pour autant qu'elle n'est sans doute que *quasi-totale*, génère un dispositif spatio-temporel qui scande et configure jour après jour la quotidienneté et les vécus des résidents.

*

⁴⁶ Qui s'incarnait par ailleurs dans le fait qu'on ne leur faisait pas systématiquement confiance, notamment dans les « débuts » de leur séjour : retrait du téléphone portable, sorties interdites, puis autorisées mais toujours sous la vigilance d'un « plus ancien », etc.

I. Une réhabilitation totalisante – le CTR comme prison volontaire

Une des interrogations qui orientait au départ notre investigation dans les centres thérapeutiques résidentiels, était celle de savoir si quelque chose de leur configuration, de leur histoire ou de leurs modalités de fonctionnement permettait de les apparenter au concept d'« institution totale » de Goffman. Question rectrice au départ de cette thèse, parce que nous souhaitions évaluer la responsabilisation aussi bien du côté des institutions du médico-social que du côté des institutions du juridico-pénal (type SPIP) qui prennent parfois en charge les usagers de drogue. L'addictologie s'étant institutionnalisée et se présentant aujourd'hui comme une évidence (Dugarin, 2019), il n'allait pas de soi de mettre en lien ces dispositifs de soins avec la dimension de la sanction et de la peine – puisque c'est une des spécificités de cette discipline que d'accueillir les gens parce qu'ils en ont fait la *demande*, et non a priori parce qu'on les y contraint. Le concept goffmanien d'institution totale présentait ainsi l'avantage de donner à voir ces centres, quand bien même ils seraient choisis, dans leur dimension de prise en charge « totalisante » voire « totalitaire »⁴⁷ (autre traduction du *total* anglais). Il insiste en tous les cas sur le « type d'activité collective qui [y] a lieu » (Becker, 2002 : 232), c'est-à-dire sur la régulation et la réponse donnée aux besoins d'individus qui s'en remettent à une unique institution – dans un imaginaire qu'on pourrait métaphoriquement décrire comme celui d'une vie monastique. Car une institution totale ne se limite pas à l'asile ou à tous les lieux d'enfermement et de restriction des libertés ; c'est bien plus selon la première définition donnée par Goffman « un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (Goffman, 1968 : 41).

Ainsi, le consentement ou le non-consentement des personnes à cette « vie recluse » n'est pas un détail caractérisant cette primo-définition. C'est bien plutôt les critères d'un temps et de pratiques en commun, effectuées de manière obligatoire du fait d'une nécessité *de situation*, qui seraient à même de la définir. Dans une institution totale il y a aussi une frontière symbolique forte entre « l'extérieur », le dehors, et le dedans de l'institution ; ainsi qu'une prise en charge des besoins des individus, qui se paie de leur *assignation* à un statut défini par l'institution, au détriment de l'identité sociale qui les caractérise habituellement. Typiquement, un « résident en CTR » peut tout aussi bien être dans sa vie professionnelle professeur universitaire, *trader*, employé de maison ou métallurgiste ; une résidente peut être ingénieure ou journaliste, secrétaire ou cheffe d'entreprise. Elle peut être dans sa vie privée danseuse de salsa, mère, défenseuse de la cause animale, ou lesbienne ; il peut être cinéphile, randonneur, d'extrême-droite ou d'ultra-gauche. Il n'empêche qu'au sein du centre, on les considérera avant toute chose comme « usager » et « usagère » de substances en parcours de rétablissement (comme on les considérerait « détenu-e » ou en prison ou « malade » et « patient-e » à l'hôpital.) Cependant, la description de ces institutions dans leur détail laisse

⁴⁷ Pour les débats passés portant sur la traduction du terme *total institution*, nous renvoyons à l'ouvrage collectif *Le parler frais d'Erving Goffman*, Paris, Editions de Minuit, 1989 ; ou encore à l'ouvrage d'Amourous Charles et Blanc Alain (dir.), *Erving Goffman et les institutions totales*, Paris, L'Harmattan, 2001.

souvent entendre l'existence d'une vie sociale entre les reclus qui tient compte de leur identité hors-institution. On a pu voir plus haut comment les professionnels eux-mêmes avaient parfois inconsciemment en tête le déterminisme social des usagers avec lesquels ils interagissent, et comment les adaptations secondaires « permett[ent] à l'individu d'utiliser des moyens défendus ou de parvenir à des fins illicites (ou les deux à la fois) » (Goffman, *ibid.* : 245). Ce qui, du point de vue de l'emprise institutionnelle, est à lire ici en creux de façon positive, dans la manière dont des failles subsistent toujours. « Le reclus peut toujours s'écarter du rôle ou du personnage que l'institution lui assigne naturellement » (Rostaing, 2015).

Goffman insiste en outre sur la définition de cette prise en charge comme totale – c'est celle-ci qui permet de caractériser de manière métonymique l'institution qui règlemente le traitement collectif des personnes qui vivent – et de celles qui travaillent ponctuellement ou périodiquement dans ses murs. En poursuivant les analyses de Corinne Rostaing sur la prison (1997, 2001), il m'importe de relever ici non pas tant le caractère coercitif d'une institution totale que l'enveloppement effectif de la vie quotidienne, la scansion qu'elle vient opérer dans et sur la vie des pensionnaires. La métaphore ici glisse aisément du couvent à la classe préparatoire, institution « puissante mais non totalitaire, violente mais soucieuse du bien-être de ses membres, [qui] opère en individualisant à l'extrême plutôt qu'en homogénéisant » (Darmon, 2015 : 21). Mais la dimension *totalisante* de l'expérience est sans doute plus forte dans la formation des recrues du CTR que dans celles de la préparation aux grandes écoles (même si certains élèves sont internes et résident parfois sur place). En effet, les résidents en CTR, pour autant qu'ils continuent de communiquer avec l'extérieur *via* les téléphones portables et les réseaux sociaux, restent cela étant plusieurs semaines voire plusieurs mois dans un autre espace-temps, où leur « monde » se résume à la vie au sein du centre. Quand bien même la structure est parfois ouverte à des tiers (souvent des intervenants extérieurs venant présenter une nouvelle activité ou s'entretenir ponctuellement avec les résidents – comme la doctorante en anthropologie que j'y incarnais), les possibilités d'occupation de leur temps sont strictement limitées au périmètre et à l'emploi du temps définis par l'institution d'accueil. Comme la diversité de l'offre culturelle ou sportive est fort inégale d'une prison à une autre, de même la diversité des activités et des formes d'adaptation possibles sont très variables d'un CTR à un autre. Et cela, sans conditionner a priori le choix de mener un séjour en postcure, peut considérablement influencer la perception par les résidents de l'institution dans laquelle ils mettent les pieds. Il n'empêche que la contrainte de circulation, la contrainte d'activités et la contrainte occasionnée par la perspective de sanctions sont des éléments qui peuvent s'inscrire dans la continuité de la détention, ou inscrire l'utilisateur dans un environnement institutionnel de non-choix (Mahi, 2015). De même dans le non-choix de leurs interlocuteurs, qu'il s'agisse des psychologues ou des éducateurs-référents, on n'accorde pas aux usagers la possibilité de se voir traité comme « patient contemporain » (Bureau-Point, Hermann-Mesfen, 2014) de la démocratie sanitaire. On *oriente* en addicto, que ce soit d'un service à l'autre ou que ce soit dans le soignant attribué à la prise en charge des usagers – avec des raisons arbitraires et/ou logistiques d'organisation, ou pour des raisons d'entente et de « bon transfert », mais issus d'une décision unilatérale de la part des soignants.

Encadré 3.1_ Addictions et prise en charge de la toxicomanie en prison

Selon les statistiques de l'OFDT, au 1^{er} janvier 2018, 19% des 59 970 condamnés recensés dans les prisons françaises, l'étaient pour une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS). La population carcérale ayant augmenté depuis (72 350 personnes au 1^{er} octobre 2022 selon l'OIP) il faudrait recalculer plus précisément ce chiffre – mais nous pouvons estimer donc à entre 13 000 et 14 000 personnes le nombre de détenus incarcérés pour une ILS. En la matière, la quasi-totalité des auteurs font l'objet d'une réponse pénale (98%), alors qu'il s'agit dans les trois quarts du temps de délits liés au simple usage – et non à la détention ou au trafic (INSEE, 2021). Depuis le 1^{er} septembre 2020, la réponse pénale a néanmoins évolué avec l'introduction de l'amende forfaitaire délictuelle pour usage de stupéfiants, qui concerne majoritairement les usagers simples. Les condamnations par les tribunaux à une forme de réclusion partielle ou à la prison ferme s'estiment en 2019 à 27,6% des condamnations concernant l'usage de stupéfiants (*ibidem*). Par ailleurs, il y a eu 87 900 condamnations pour conduite en état alcoolique en 2019, hors compositions pénales – procédure qui permet au procureur de proposer une mesure intermédiaire entre la poursuite et le classement sans suite – (données Casier judiciaire national, min. de la Justice – OFDT 2019).

Parmi les usagers de drogues emprisonnés, de nombreux se trouvent également emprisonnés pour des délits de droit commun – une frange des usagers précaires de drogues se retrouve alors régulièrement à passer par la case prison, comme le démontre par exemple Corinne Rostaing : parmi les détenues « toxicos » rencontrées dans son enquête, 70% sont récidivistes, et le nombre moyen d'incarcération est de 4 (Rostaing, 1997 : 149). Inversement, Camille Lancelevée souligne que le nombre de personnes dépendantes en prison dépasse amplement les statistiques pénales – l'addiction n'étant pas forcément rattachée au motif de l'incarcération : les psychologues qu'elle observe dans une antenne CSAPA en maison d'arrêt estime ce nombre à près de la moitié des détenus (Lancelevée, 2016 : 295). L'enquête de la DREES de 2003 estimait quant à elle à 33 % des entrants en prison les personnes ayant un usage régulier de drogues illicites dans les douze mois précédant l'incarcération (Mouquet, 2005).

Au-delà de la question de la consommation en prison, et du trafic quotidien de substances psychoactives qui y a lieu (Fernandes Pereira, Simon, 2017), la réduction des risques pratiquée en prison concerne essentiellement la mise à disposition des traitements de substitution aux opiacées (TSO), de préservatifs et parfois d'eau de Javel permettant la stérilisation du matériel. L'étude de Michel *et al.* (2011) établie dans le cadre du programme PRI2DE décrit cependant de profondes inégalités de mise en application de la RdR par l'administration pénitentiaire, par rapport au milieu extérieur. L'addictologie elle, est pénétrée au cœur de la prison depuis plusieurs décennies. Au départ, la mise en place des Antennes de lutte contre la toxicomanie, « enclaves de la santé en milieu pénitentiaire » devait garantir le fonctionnement d'une structure de type CSST en milieu pénitentiaire (Aoun *et al.*, 1996). Fonctionnant sous l'autorité du SMPR, une quinzaine d'antennes de ce type existaient dans les prisons françaises dans les années 1990. Elles sont devenues par la suite une vingtaine, et sont désormais considérées comme des CSAPA « internes », situés dans des établissements pénitentiaires : leur fonction est fondamentalement d'organiser la délivrance des TSO, et éventuellement de procéder à des suivis d'usagers *via* des tests toxicologiques réguliers, en misant sur une mise en contact en prison censée prédisposer, à la sortie, à une poursuite des soins (Lancelevée, 2016 : *ibid.*).

La comparaison du CTR avec une prison n'est néanmoins pas qu'une impression de mon fait. C'est une métaphore courante, dans certaines institutions plus « fermées » que d'autres – ainsi on entendra beaucoup plus cette analogie entre CTR et prison, ou du moins des comparatifs les mettant sur une même balance au TCHAT et à la CT Stella, que à Métanoïa, où ce syntagme ne vient être employé qu'à la négative : « ici, on n'est *pas en prison* », « *c'est pas comme en prison* », *etc.* En revanche, on se réfère de temps à autre à des notions qui laissent transparaître l'idée d'un espace clos, protecteur ou défensif : cocon, bulle, enceinte protectrice du « dehors »... Nous pouvons relever, par exemple, comme exemple marquant, la réponse donnée par Brice lors de son entretien bilan, à l'éducatrice qui lui demandait si ça avait été

difficile de « tenir le cadre », pendant ces six semaines : « Non, pas vraiment.. *C'est pas une prison, ici.* » La difficulté à tenir le cadre venait corrélée spontanément de sa part à l'institution totale, au cadre « despotique » de la prison (Chauvenet, 2006). Or, on peut se demander dans quelle mesure l'évidente « facilité » avec laquelle les usagers témoignent de leur adaptation à ce cadre témoigne au contraire de la nature d'institution totale de ce CTR. Même au TCHAT, où le climat régnant rappelait en comparaison plus facilement des épisodes de la vie quotidiennes en milieu carcéral : promiscuité et ses difficultés ; violence institutionnelle ; tri identitaire opéré dans le fait de pactiser avec l'autorité ou non (être ou non une « balance ») ; privilèges ou reconnaissance qui en découlent... C'est plutôt sur le rapport d'évidence, ou la facilité apparente par laquelle certains individus se laissent influencer par une institution de ce type – que nous voudrions nous interroger ici. Car c'est comme si l'institution ne parvenait à être *totale* que lorsqu'elle correspond à un certain positionnement – et à une adhésion ? (c'est ce que nous envisageons de comprendre) – des usagers.

En avril 2022, un usager (Sylvain) du TCHAT est sur le départ pour aller au chevet de sa mère qui est à l'hôpital. Il commence par demander – à titre exceptionnel – quelques permissions de sortie pour aller la voir. Peu à peu, sa présence se faisant de plus en plus irrégulière et son départ du CTR devenant une solution envisageable pour l'équipe, les autres hébergés commencent individuellement à déclarer à certains professionnels que Sylvain consommait dans le centre, et que « tout le monde le savait ici ». Nadège – une usagère au caractère difficile, et assez provocatrice dans son rapport à l'autre – dit à l'une des infirmières, qu'il lui avait « demandé 200€ contre 5g », transaction courante dans l'espace carcéral, où la négociation de stupéfiants se fait au prix fort. Passons sur le fait que cette déclaration lui permet, dans le contexte, de renégocier son statut de « bonne résidente » (cf. chapitre 2, II. A/) auprès des professionnels : l'infirmière disant en souriant « Elle me fait « Moi de toutes façons, c'est le shit que j'aime... » (Nadège « balance » donc un ex-collègue pour faire valoir qu'elle n'a pas cédé à la tentation de consommer). Plus marquante était l'atmosphère carcérale qui nimbait à ce moment les relations interpersonnelles. D'une part, dans les représentations des usagers – Laurianne, l'infirmière, rapporte encore : « Le seul truc que V. [autre usager] m'a dit c'est « de toutes façons, ici, c'est comme s'il vendait de la coke en taule, donc c'est normal que c'est plus cher... ». Voilà, c'est tout... ». D'autre part, la normalisation du CTR comme dispositif carcéral autorise d'autant plus les professionnels à agir en fonction de cette représentation. Les modalités selon lesquelles Sylvain pourra à présent revenir « pour chercher ses affaires », alors qu'elles auraient pu être assez simples, se compliquent tout au long de la réunion institutionnelle qui traite de son cas (pour éviter les « contacts » entre lui et les autres résidents, pour qu'il « comprenne » indirectement qu'il n'est plus *persona grata*...) On ne cherche évidemment pas à infirmer ou même à prouver ces allégations sur le fait qu'il consommait et vendait. Comme de nombreux usagers ont connu l'espace carcéral, c'est comme si leur expérience de la prison les auréolait d'une capacité à percevoir ce qui échappe au regard professionnels, et que ce qu'ils « confient » à l'équipe dans ce contexte serait presque plus fiable que les soupçons des professionnels eux-mêmes.

Ces usagers, dont la socialisation institutionnelle antérieure en prison (voir encadré 3.1) a parfois déjà conditionné le rapport à l'espace privé et au traitement objectivant de son propre corps de la part des professionnels, permettent de mettre en lumière certains traits saillants de la configuration du dispositif CTR – par rapport à l'institution totale que demeure la prison malgré le processus de « détotalisation » qu'elle a pu vivre dans ces dernières décennies (Rostaing, 2009).

I. A/ Des « transmissions »

Le CTR est un espace où le contrôle du corps professionnel sur les actions des résidents est une des principales activités quotidiennes. Cela n'est pas immédiatement perceptible, dans ce que les membres d'une équipe *racontent* de la structure, de son présent, de leurs activités. Mais cela est extrêmement visible. Aussi bien dans la structure où les activités et les groupes de parole ont lieu de manière continue (et où les usagers sont *constamment* sous le regard des professionnels), que dans celle où on choisirait de « ne rien faire », car l'observation des résidents et de leurs interactions ou de leurs agissements au sein du centre devient la seule activité professionnelle réellement parlée. Sur la justification de cette manière d'en faire le moins possible au TCHAT, cela renvoie probablement aux liens de l'institution avec la psychanalyse, et avec une certaine manière d'appréhender le « désir » des usagers, qui devrait pouvoir naître d'un espace où « on [leur] fout la paix » (Oury, 2008 : 32). Sur cette appréhension de l'institutionnalisation développée par la psychothérapie institutionnelle⁴⁸ se sont néanmoins greffées divers types d'approches. Certaines institutions – auxquelles nous nous voyions confrontée – mêlaient ainsi une attitude réfractaire à l'activation et à la mise au travail généralisée qui accompagne l'évolution contemporaine du travail dans le médico-social (Blum, Neuberg, 2019) avec le maintien d'une zone de confort, voire un manque d'envie avéré de communiquer ou de faire quelque chose avec les « patients ».

Discussion informelle sur le TCHAT et sur son travail avec Emeric (ES) :

« Là on est un peu en transition parce que l'institution faisait un peu office d'ovni par rapport à l'histoire de l'addicto.. Donc la transmission est perturbée, mais l'histoire se perpétue quand même. C'est drôle parce que je suis un peu réfractaire à ce « tournant » de l'addicto, mais quand même je vois qu'ils sont pas mal en train de parler de psychanalyse... C'est pour ça qu'ici on est un peu réfractaires à ce « tout-science », mais c'est vrai que ça serait bien des séjours un peu plus "programme"... *Ici on organise rien, pour que les gens s'animent d'eux-mêmes.* Mais faut trouver un juste équilibre, parce que si les gens sont trop livrés à eux-mêmes, il y a de la fragilité. Et puis aussi, *faut prendre le temps – ce qu'on n'a pas forcément dans les institutions...* C'est aussi difficile de prendre les gens un mois deux mois et de leur dire « c'est fini » ... Faut passer du temps avec... Investir une personne, pour qu'il s'investisse avec l'institution, mais pour ça, faut prendre le temps. »

Cdt 1 – TCHAT – 04/06/21

La légitimation du « manque de temps » était de ce fait l'intériorisation d'un discours de plainte institutionnel commun à tout un groupe d'éducateurs dans la structure, dans un cadre où du point de vue extérieur – en ce qui concerne le déroulement d'une journée

⁴⁸ Un bon exemple de cette institutionnalisation qui corresponde à un accueil inconditionnel permettant aux personnes présentant des troubles de "respirer" hors des contraintes et de la maltraitance de la société est exposé par Oury de cette manière : « Mais en quoi consiste l'institutionnalisation ? Le but, ce serait de créer des moyens que j'ai simplement énoncés tout à l'heure. Est-ce qu'il est possible, dans des systèmes, des établissements (hôpital, secteur, etc.) de créer des zones, des espaces de pure tranquillité ? [...] nous pourrions parler de jachères. [...] il y a une dizaine d'années, les infirmiers m'ont donné des précisions sur la jachère. La jachère ce n'est pas la friche. C'est la mise au repos de la terre, pour qu'elle respire, qu'elle ait un peu de tranquillité, afin de pouvoir vivre et se refaire. Y a-t-il des lieux, des sites, dans un établissement, des sites de jachère, des lieux où « on vous fout la paix » ? C'est une façon pragmatique de parler de jachère. Or, c'est bien ce qu'il y a de plus difficile à organiser, des lieux où on vous fout la paix - ce qui peut sembler un paradoxe. » Jean Oury, *ouvr. cité*, p. 32.

quotidienne – les professionnels paraissent avoir en fait *beaucoup de temps* pour décider quoi faire avec les usagers. Ce que regrettent également leurs cadres, comme en témoigne le discours de l'un d'entre eux :

[X – l'un des cadres, en discussion informelle] *Il me parle des professionnels de l'équipe du CTR :*
« Leur justification elle repose toujours sur les adages du passé « faut prendre le temps », « faut vérifier la motivation de la personne » ... Après, je pense aussi qu'il y a une inquiétude, qu'ils ont beaucoup une crainte... Mais là il y a clairement un problème au niveau des travailleurs sociaux. »

De ce fait, pris entre le « il faudrait ne rien faire » et le « il n'y a pas de temps pour faire », les professionnels passent une grande partie de leur temps à commenter ce qu'il se passe. Une des principales activités des professionnels du CTR TCHAT réside donc dans le fait d'effectuer et de multiplier ce qu'ils appellent des « transmissions ». On pourrait les distinguer plus précisément.

D'une part dans le registre de l'oralité. Il y a d'abord les transmissions officielles, celles du petit matin (à 7h30, à l'arrivée du premier professionnel ; le veilleur de nuit lui raconte les éventuels événements nocturnes) ; celle du matin (à 8h30-9h, point entre le premier et le second professionnel des éléments rapportés par les collègues de la veille, et des premières impressions du matin) ; celle de l'après-midi (transmission de l'équipe du jour à l'équipe du soir) ; et enfin celle du soir (transmission au veilleur de nuit). Dans un second temps viennent tous les moments de transmission induits par une nécessité contextuelle : lorsque le chef de service arrive au CTR, il y a souvent réitération de la transmission du matin – augmentée des détails des dernières activités observées ou des dernières demandes des usagers ; lorsqu'il y a un événement, ou un élément qu'il importe de traiter en équipe, les professionnels échangent souvent sur ce qui vient d'arriver. Il y a enfin tous les moments de « transmissions » plus informels, ceux où typiquement la nécessité se fait sentir, pour nombre de professionnels, de fermer la porte du bureau d'accueil. La réaction de Jonas, un jour où il frappe à la porte du bureau et où on lui répond de revenir plus tard, parce qu'« on est en transmission », est à ce propos révélatrice : « *Qu'est-ce que j'ai dit qui mérite transmission ?!* »⁴⁹.

D'autre part, en ce qui concerne les traces écrites, les transmissions concernent également les « notes » que les professionnels consignent, sur le logiciel Odessa – c'est-à-dire directement dans les dossiers-patient. Ils trouvent ainsi une forme de communication facilitée entre collègues, pour se transmettre rapidement les informations au sujet de ce qu'il se passe au sein du centre. Ces notes seront d'ailleurs motif de discussion avec la direction lors d'une réunion de juin 2022 – lorsque le directeur du TCHAT précisera à l'équipe qu'Odessa ne constitue en rien un fil de discussion interne à l'équipe, mais que tout ce qui se trouve inscrit dans le dossier du patient peut en quelque sorte constituer la mémoire institutionnelle *du résident*, qui est en droit d'y avoir accès depuis les nouvelles circulaires (HAS, 2003).

A la différence, les transmissions en équipe à Métanoïa sont plus sporadiques, qu'elles soient officielles ou informelles. Du fait de l'organisation du temps au sein du centre, les professionnels ont de fait peu de moments pour échanger hors du regard des usagers – et leurs moments d'échanges sur tel ou tel résident sont ainsi concentrés sur l'espace-temps de la réunion institutionnelle du jeudi. *Via* la nouvelle directrice de transition, avaient néanmoins été mis en place des moments de transmission matinaux, de 10h à 10h15 (et rapidement nommé le « 10-10:15 »), pour que les professionnels puissent ainsi échanger davantage,

⁴⁹ Cdt 1 – TCHAT – 25/05/21

notamment sur les éventuels « incidents » de la nuit – dont l'information, si la direction d'astreinte n'était pas présente au CTR le jour suivant les faits advenus, risquait d'être retardée et déformée de personne à personne au cours de la journée. Des courts moments de rencontre interstitielle entre professionnels peuvent par ailleurs exister, avant et après le repas de midi, ou le soir vers 19h, lorsqu'ils se retrouvent dans le « bocal » (le bureau où s'effectuent les distributions médicamenteuses) – qui est un bureau, comme on l'a vu dans la présentation des centres, considérablement sous-investi par rapport au « bureau des thérapeutes » du centre TCHAT.

I. B/ S'adapter

Le contrôle de l'information et la sensation de panoptique⁵⁰ qui se dégageait souvent du TCHAT, dans les interactions que j'observais, contribuerait à faire penser ici que ce dernier s'apparente davantage à une institution totale que le CTR n°2, Métanoïa. En effet, la promiscuité apparente à laquelle sont soumis les résidents à Métanoïa, par le fait qu'ils doivent souvent, passée la première semaine d'adaptation, partager leur chambre avec un autre résident, n'a rien à voir avec le sentiment de dépossession d'intimité imposé par le dispositif du TCHAT. Comme la prison, le TCHAT apparaît comme « une institution au caractère plus contraignant que d'autres » de par « la dépossession du domaine privé, la réduction de son domaine intime voire l'impossibilité de préserver son intimité, [et] la promiscuité » qui s'y exercent, dans un même lieu, sur les usagers, et ce « de façon inégale selon leurs caractéristiques sociales et délictuelles et leur niveau d'isolement ou de soutien » (Rostaing, 2009, § 21). Néanmoins, l'espace du CTR – et *cela vaut pour nos deux institutions* – présente certaines modalités qui nous incitent à penser qu'un manque de respect du règlement aurait parfois des conséquences plus apparentes sur les résidents, que sur des justiciables transgressant certaines règles. Ce, quand bien même la contrainte institutionnelle apparaît sans doute moins forte dans ces lieux du médico-social que dans certaines prisons contemporaines. Mais si en prison, l'emprise institutionnelle sur le « moi » et l'intimité du justiciable sont parfois atténuées par les injonctions à l'autonomie (Rostaing, 2001) ou la promotion du droit *au* travail pour les détenus (Guilbaud, 2008), certaines obligations ou normes établies « pour le bien » des résidents en CTR les enserrent à l'inverse dans l'hétéronomie la plus flagrante. Listons certains de ces éléments :

- *l'accès au téléphone* : au TCHAT, comme à la CT Stella, l'accès au téléphone portable n'était pas libre. Il était soumis à une réglementation horaire très stricte ; progressive à la CT – les nouveaux n'y avaient pas du tout accès, puis une demi-journée tous les trois jours, puis sur davantage de temps –, et fixe au TCHAT, sur des horaires somme toute arbitraires. Les usagers récupéraient en général leur téléphone chaque jour après l'heure de déjeuner, vers 13h30 – jusqu'à 19h, en semaine. Le samedi, dimanche et jours fériés, ils y avaient droit en revanche, toute la journée. Le principe selon lequel cela leur permettrait d'être moins exposés aux risques

⁵⁰ Mis en lumière par l'analyse qu'en fait Michel Foucault dans *Surveiller et Punir* (1975), le *Panopticon* du philosophe anglais Jeremy Bentham présente une idée d'architecture développée à la fin du XVIII^{ème} siècle, tout d'abord comme un modèle de prison. Ce concept décrit depuis « plus largement un principe d'organisation sociale et politique, particulièrement adapté aux sociétés modernes à la recherche de la plus grande efficacité productive, de la plus grande liberté d'action économique, de la plus grande sécurité possible. » (Laval, 2012 : 50)

du « dehors » (motif sécuritaire), ou d'être davantage « dans le groupe, plutôt que sur leurs portables » (Nadine, AS), semblait en fait accroître les mouvements tant de transgression (procrastination sur « l'heure » de rendu, dissimulation d'un second portable), que de repli et d'isolement des usagers : entre 13h30 et le moment du sport, souvent, on ne voyait plus personne dans la salle commune – tous les usagers étant sur leur portable dans leur chambre. À Métanoïa, en comparaison, les usagers avaient droit à l'utilisation de leur portable (qui était même parfois toléré, même si théoriquement proscrit – pendant les ateliers).

- *l'intimité et la liberté de circulation* : en prison, la cellule individuelle, et la circulation autorisée en détention, dans certains quartiers (comme les « modules de respect » existant depuis 2015 – voir Kaczmarek, 2021) sont certes rares, mais apparaissent comme des possibilités en devenir de la prison post-disciplinaire, notamment en centres de détention. Au CTR, pour ce qui est de ce balancier entre intimité et liberté, il semble que si l'une est concédée, cela se fait souvent au détriment de l'autre. Chacun de nos deux centres incarne un des pôles extrêmes. À Métanoïa, la liberté de circulation semble maximale (quoique les déplacements nocturnes soient souvent plus suspects) ; mais la chambre individuelle n'est une possibilité que pour les premiers jours au centre – rapidement (pour cause de rentabilisation de l'espace, mais aussi pour des raisons, j'en émet l'hypothèse, d'auto- et d'inter-contrôle) les usagers sont placés en chambre avec un « collègue » de leur groupe. Par ailleurs, la circulation n'est pas aussi « libre » qu'il y paraît : elle doit être motivée, et est donc *orientée de manière fonctionnelle*. Les résidents, durant la journée, vu leur programme d'activités bien chargé, n'ont « rien à faire » dans les chambres. Un attardement, ou l'esquive du repas sur l'heure du midi pour un retour en chambre, sont donc souvent perçus de manière suspecte, ou du moins interrogative, par les professionnels. Le partage de la chambre est également la norme à la CT Stella – la cohabitation avec l'autre pouvant être un des éléments de travail rapporté dans les groupes de parole. Ils avaient droit en outre à une « inspection des chambres », une fois par semaine, procédé qui m'apparut choquant, et hautement intrusif – d'autant que le rangement et l'aménagement faisait l'objet d'un sous-titrage et de commentaires profus de la part de l'équipe. À l'inverse, chaque usager dispose d'une chambre individuelle et d'une apparente plus grande intimité au TCHAT – dès qu'il le souhaite, durant la journée quand il n'y a pas d'activités prévues, le résident peut se rendre dans sa chambre⁵¹. Ce sont plutôt ses déplacements dans la structure qui se font donc suspects. S'il descend trop souvent fumer, ou s'ils se fait des cafés dans la cuisine de manière intempestive... La mobilité est connotée par l'instabilité, l'intranquillité ponctuelle du résident, qui doit porter à analyser son comportement avec un voyant d'alarme. La circulation est donc orientée vers *la routinisation*, la régularité.

- *le travail et la promenade obligatoire* : ces pratiques sont la norme commune de l'institution CTR. L'alternance du travail comme réhabilitation de la valeur sociale et de la promenade comme symbole du maintien d'une certaine hygiène de vie, pourraient de fait être définis comme les deux piliers qui scandent le temps vide de l'existence en prison. Même si de fait, « le travail conçu comme moyen d'amendement ou la promenade pour l'hygiène ne sont plus

⁵¹ Il m'arrivait souvent de ne pas savoir *quoi faire*, précisément parce qu'il n'y avait plus personne à observer : durant les heures creuses, où les usagers avaient accès à leur portable, chacun était dans sa chambre, à regarder son téléphone, sauf à descendre pour fumer. Je passais du coup conséquemment plus de temps dans le bureau des professionnels, ce qui accroissait mon impression d'enfermement.

obligatoires » (Rostaing, 2001) dans nombre de prisons françaises⁵². Ne nous méprenons pas néanmoins : on prend sans nul doute plus soin de la santé et de l'hygiène de vie des résidents du CTR – car c'est là une des visées principales de l'institution. L'attention à « l'hygiène de vie » s'illustre aussi bien dans les créneaux de sport obligatoires – auquel il faut se justifier de bonnes raisons pour pouvoir s'y soustraire –, que dans la manière dont la propreté et l'hygiène des résidents est calibrée par les normes de la vie quotidienne telles qu'inculquées par le centre. Un résident qui manquerait de faire sa douche quotidienne, ou qui au contraire y dédierait trop de temps, se fait réprimander sur le temps du matin (toutes institutions confondues). Un usager qui « mange mal », devant les yeux de tous, au TCHAT, se fait gronder comme un enfant par les professionnels. Dans chacun des centres observés, l'usage du sel, de la sauce (ketchup ou mayonnaise) et du sucre dans le café, se voit l'objet d'une verbalisation et d'un jugement de la part des professionnels. « Trop » est l'adjectif connotant systématiquement le rapport des usagers à leur alimentation – un trop qu'il s'agit de normaliser, de faire revenir vers les normes du « devenir sain » (Adamiec, 2016).

- *un travail partagé entre surveillance et santé mentale* : si théoriquement les détenus devraient avoir le droit de travailler ou de « choisir » parmi les (maigres) activités qui leurs viennent proposées, il n'en est rien bien souvent – ce qui démontre que la contradiction entre l'impératif sécuritaire et la fonction de « réinsertion » de la prison s'y résout souvent au bénéfice du premier (Sykes, 1999 – cité par Chantraine, 2004). Lorna Rhodes montre d'ailleurs, dans son ouvrage sur la prison, les tensions existant à l'intersection du travail entre les professionnels dédiés à la sécurité (*custody*) et ceux dédiés à la santé mentale – et que leurs discours s'opposent bien souvent, car « l'un est centré sur des missions de discipline fondées sur la notion de rationalité, et l'autre sur des missions de réhabilitation visant une subjectivité normale » (2004 : 11 [trad. pers.]). Les professionnels en CTR ne sont pas vraiment divisés en deux groupes pour leur cas : ils doivent quotidiennement incarner cette double fonction, de contrôle et de soin, dans le cadre de leurs compétences professionnelles (même si les psychologues peuvent souvent se targuer de ne pas faire de *custody* si ce n'est sous la forme de la verbalisation de la limite à ne pas franchir).

Cette mise en évidence des différences de degré qui existent dans ce que Chantraine désigne comme « l'emprise carcérale » (2004b) nous permet de comprendre plusieurs caractéristiques fonctionnelles des centres observés, et l'adaptation conséquente que mettent en place les résidents pour supporter le séjour.

D'une part, les activités sont *obligatoires en CTR* – que ce soient les activités de groupe, et de prise de parole, l'espace des entretiens individuels, les tâches ménagères, les moments de sociabilité collective, mais le sport aussi. C'est-à-dire qu'ils sont là *pour ça*, et pas simplement pour répondre à la mission dite de sécurité de la prison (qui se limiterait aux trois objectifs de *Internal Order – Self-Maintenance – Punishment* chez Sykes (1999)). Il nous semble donc – et cela annonce d'une certaine manière les intuitions que nous développerons dans les prochains chapitres – que si le CTR constitue une institution totale, c'est en vérité en conséquence des

⁵² L'obligation de travail a été suspendue depuis 1987 et le travail est ainsi également un droit en prison. Outre le fait qu'il permet de survivre matériellement dans un univers où la majeure partie des ressources financières obtenues est réinvestie dans le circuit carcéral, il permet aussi de changer temporairement et symboliquement de statut, de sortir de sa condition de détenu. La logique pénale n'est pas pour autant « déliée » de l'injonction au travail : le travail est « libre », mais il permet des remises de peines, il vaut comme preuve de réinsertion et gage de la bonne volonté du détenu. Sur cette question du travail en prison voir Guilbaud, 2008.

fonctions sociales qui lui sont attribuées et de la *visée* qui est la sienne. S'il est possible comme Goffman de dresser l'inventaire comparatif des caractéristiques de l'institution totale – dans la perspective d'en faire une théorie formelle ancrée (Glaser, Strauss, 2014 : 226) – il faudra sans doute également s'intéresser à la « fonction sociale » des rituels qui y sont établis (Bourdieu, 1982 : 58) pour comprendre pleinement l'institution-CTR.

D'autre part, on constate ainsi à travers ces éléments, que pour échapper à « l'emprise carcérale » du CTR, les usagers doivent agir comme s'ils étaient soumis au contrôle permanent de l'institution totale qu'est la prison – comme nous l'avons vu au chapitre précédent, il faut qu'ils adoptent les rôles et le jeu qu'on attend d'eux. Les différences sont patentes néanmoins d'un centre à l'autre, en termes de rythme et de régularité du contrôle plus qu'en termes de modulation de son omniprésence. Au TCHAT, si le résident veut s'adonner à des activités prohibées, ou préserver un minimum le contrôle de sa vie privée, il apprend donc rapidement que cela est envisageable dans les plages horaires et dans les espaces qui sont laissés à sa discrétion. Par exemple, dans sa chambre, le soir, ou dans les moments « libres » laissés à sa disposition – qui sont en fait très fréquents. Mais il sait également qu'il n'est jamais à l'abri d'un contrôle intempestif – il doit donc gérer, comme en prison, la nécessité de cacher les choses, la capacité à endurer l'isolement et la solitude, ou encore les élans émotionnels que peut susciter la promiscuité avec autrui. Cela, pour ne pas attirer l'attention dans cette ligne sourde de la vie quotidienne réglée et monotone du CTR. De manière inverse à Métanoïa, si le résident veut faire des entorses, il comprend rapidement également que cela ne peut s'effectuer sur des longues plages horaires – il n'y a pas de temps mort, où l'utilisateur pourrait sortir discrètement et « disparaître » du radar soignant pour quelques heures. Si cela doit advenir, cela doit donc être pris dans le flux, il faut que son geste (envoyer un texto, récupérer un paquet...) soit rapide et certain. Les deux institutions permettent en fait des manières de contourner le règlement interne, du moment que l'on perçoit et que l'on s'en tient au *rythme institutionnel* propre à la structure. Les formes d'atténuation de l'emprise institutionnelle sont donc conditionnées par la capacité à comprendre les logiques temporelles propres au lieu où on a atterri, et à savoir se faire aussi lent, ou aussi rapide, que le dispositif l'exige. La capacité à l'autonomie s'exprime ainsi à mon sens aussi bien dans la sphère du *visible* exigible de l'individu contemporain (selon l'impératif qui lui correspond dans le registre de la « performance » décrite par Ehrenberg, 1991), que dans celle de l'invisible : l'autonomie pouvant être perçue comme la faculté de se fondre dans le temps social imposé, et se saisir des opportunités qu'offre ce flux temporel déterminé par l'environnement. Être autonome, c'est déjà, à un niveau infra-disciplinaire, ne plus s'appuyer sur sa propre conception du temps, mais s'appliquer à l'adoption du temps institutionnel proposé.

Il semble donc que l'action des soignants sur le terrain – dans le domaine précis du contrôle et des modalités dans lesquelles le CTR est représentatif d'une institution totale – se limite, là encore, à une forme d'adaptation. Ils s'adaptent, en miroir, aux usagers qui s'adaptent au cadre totalisant fixé par l'institution. Leurs interventions, avant d'être répressives ou punitives, se présentent comme une succession d'avertissements, d'intimidations et de conseils/menaces. Mais quand bien même « la contrainte est réintégrée, aux yeux des professionnel-le-s, dans un travail de *care* » (Lancelevée, 2016 : 106), le jugement normatif sur la consommation comme dérogation aux règles, et sa répression, interviennent précisément parce que les gens seraient là de leur plein gré. On ne les oblige pas à se soigner ou à subir les conditions de détention comme les populations qu'analysent les sociologues de la prison ou de la contrainte en psychiatrie. Il semblerait donc qu'en CTR la contrainte est une

adaptation nécessaire – générée par le processus d’institutionnalisation de l’intervention en toxicomanie ou en alcoologie, comme pratique de soins *contractualisés comme constraints*.

I. C/ Sécuriser

Néanmoins, il est frappant de constater que le rapport entretenu en CTR aux substances licites et illicites est analogue ou presque (pour des raisons apparemment différentes) à celui de la société hors-institution : de la même manière qu’elles incarnent un prétexte à l’intervention policière, au nom d’un impératif de sécurisation de l’ordre public (Devresse, 2006 : 139), elles sont le parfait mobile dans nos structures pour une intervention punitive, qui déroge à la fonction médico-sociale promue par ces centres, au nom d’un double impératif. Un impératif de *sécurisation* du groupe d’usagers (la petite société localisée que constitue le CTR) ; mais aussi, au nom du « bien-être » de l’usager, un impératif de *libération* et de tentative de guérison de l’individu transgresseur. Les fonctions médico-sociales et moralo-pénales se confondent ici, en vue du « bien » de l’individu aussi bien que de celui de la société environnante. Mais en fait, de la même manière que les policiers étudiés de manière circonstanciée par Devresse (2006 : 124 et suivantes), les soignants savent être constamment dans un travail de Sisyphe – personne ne croit ni en la disparition de la consommation ni même en l’éviction du phénomène de partage, de troc ou de revente entre usagers au sein des structures. Précisément à cause du « caractère intrinsèquement mercantile du délit » (Devresse, *ibid.* : 124) pour le dernier phénomène, mais tout aussi bien à cause de la dialectique portée entre fonctions de *care* et fonctions de contrôle et de répression au sein de la structure.

Quant à l’opinion des agents [de police] sur l’efficacité de leur action sur le comportement d’usage, même si elle prend des formes diverses, elle ne rend pas moins compte d’un sentiment d’impuissance. *Seul un objectif purement rétributif conserve un reste de cohérence à leurs yeux*. Ainsi, à la question de savoir « quelles sont les attentes légitimes que peut avoir la population envers la police en matière d’usage et de trafic de stupéfiants ? » la réponse est invariablement : « rien n’est efficace, mais on ne peut pas ne rien faire ». (Devresse, *ibid.* : 141 – je souligne)

Conséquemment, la reproduction et le maintien de la vigilance institutionnelle à l’égard des usagers, la méfiance intrinsèque, que le moindre « incident » vient réactiver – en rétablissant à nouveau la dimension asymétrique des rapports institutionnels quand bien même on essaie de la réduire au travers de relations *négociées* (Rostaing, 1997) – et le besoin de reconnaissance de la part des professionnels jouent en faveur d’une prudence qui va souvent activer le « non » plutôt que le « oui » face à une demande.

S.R. – Les sorties, comment ça s’estime ?

Hugo (éducateur sportif) – Ça *s’estime*, c’est exactement ça... C’est du cas par cas, le thérapeute référent voit avec lui, et après ça dépend... Soit on estime qu’il vaut mieux qu’il sorte pas, soit on décide qu’il sort pas, soit parfois c’est eux : certains se sentent pas bien parfois... Et après ça peut varier : des fois on leur laisse ¼ d’heure, des fois... Dylan, qui était là depuis longtemps, on lui laissait deux heures.

Cdt 1 – TCHAT – 03/06/21

De ce qu’on constate, c’est comme si l’homéostasie interne à l’institution-CTR reposait sur un système complexe de « déplacements ». D’une part, les « entrées » et « sorties » des usagers à leur entrée et à leur départ définitif de la structure, où nous pouvons percevoir qu’ils

sont envisagés comme « clients » de ces structures du médico-social. Ensuite, un contrôle des entrées et sorties des résidents lors de leur séjour au centre, et où ils viennent envisagés plutôt comme des détenus, comme s'ils étaient toujours en possibilité de s'enfuir (et pourquoi devraient-ils le faire, s'ils sont « libres » d'être au CTR ?) ou bien de faire entrer illégalement des substances dans l'établissement. On voit bien dans cet extrait de terrain comment « l'estimation » repose en fait très arbitrairement sur la confiance des professionnels (et plus spécifiquement du référent-thérapeute) en la capacité du résident à rester dehors seul sans « succomber » à la tentation, dirons-nous. Comme s'il fallait une institution totale pour *résister* à l'expérience totale – d'« emprise » – que constituerait l'usage et la dépendance à une substance (Fernandez, 2010). Il est néanmoins marquant de voir comment dans le discours de Hugo il n'y a pas vraiment d'alternative qui se voit prononcée pour faire pendant à la « non-sortie ». C'est comme s'il disait : soit il vaut mieux *qu'il ne sorte pas*, soit *il ne sort pas* (parce qu'on l'impose), soit *il ne sort pas* (de son plein gré). Concrètement, il n'évoque pas les fois où les professionnels et les usagers concordent sur la sortie – alors que, tout de même, les usagers sortent du CTR TCHAT presque tous quotidiennement. Mais cela n'arrive pas à être dit. Il enchaîne néanmoins tout de suite sur les durées, en cas de sortie, qui reposent là aussi sur une forme d'arbitraire de la confiance – qui dans le cas de Dylan, repose uniquement sur « l'ancienneté ». On voit ainsi comment, de la même façon que chez Goffman, c'est uniquement à travers la perception d'un système de « privilèges » découlant des adaptations secondaires que professionnels et résidents peuvent envisager de négocier leurs interactions au sein d'un espace où régit massivement la contrainte.

Enfin, un autre mouvement caractérise la force de contrainte institutionnelle sur la propension à vouloir « céder », à retourner vers le produit. Une contrainte qui est donc une contention contre la tentation du dehors ; mais aussi contention à l'intérieur, sécurisation du *cadre* pour justifier son fonctionnement. Le même discours qui préside à l'action des policiers dans l'espace public semble être opérant pour garantir la « sécurité » et l'ordre au sein de l'institution. Cet « instrument de gestion de l'ordre public » (Devresse, 2006 : 141) semble internalisé et reproduit à micro-échelle de l'institution en ce que c'est toujours au nom de la sécurité des autres résidents que s'opèrent les interventions de sanction ou de répression d'un comportement individuel. Alors que transparaît parfois un des revers de la médaille – que c'est aussi et avant tout pour garantir leur propre sentiment de sécurité que les professionnels agissent au nom de l'impératif de sécurisation. Un exemple notable est la manière dont les troubles psychiques viennent parfois mobilisés pour accroître les modalités sécurisantes/sécuritaires du centre. L'augmentation de la littérature portant sur les comorbidités psychiatriques avec les addictions a certainement joué à ce niveau d'inquiétude accrue des professionnels, de ne pouvoir assurer leurs missions avec des patients qui relèvent souvent de prises en charges plus complexes (Lev-Ran *et al.*, 2013 ; Benyamina, 2014). La psychiatrisation ou la psychologisation de leur problématique addictive va néanmoins constituer pour certains usagers une possibilité de transformer leur statut identitaire – et leur faire préférer l'étiquette de « malade » à celle de délinquant, responsable de sa déviance.

*

II. Un lieu où vouloir *s'aliéner*. Passer de la dépendance à un produit à la dépendance à l'institution

Au-delà des recoupements que l'on peut faire avec l'institution totale et des ressemblances qu'on peut pointer avec certains dispositifs contemporains de l'archipel carcéral, le CTR se distingue cependant comme lieu *choisi* par ses usagers, pour être l'espace d'une transition symbolique et identitaire. Il est évident que l'opposition de lieu choisi à lieu contraint demande à être nuancée, tous les usagers ne bénéficiant pas, comme on l'a vu au chapitre 1, des mêmes possibilités de connaissance et d'accès aux centres existants. Et qu'en outre, nombre de pensionnaires ne se reconnaîtront pas forcément dans l'interprétation que je produis ici du CTR comme lieu où ils ont le choix de changer d'image, sinon de statut social d'identification – de par le simple fait qu'ils ont été enjoins par tout un écosystème de relations et d'injonctions normatives à cette nécessité de changement. Mais je maintiendrais que, malgré les réticences, les incitations ou les contraintes auxquelles ils sont sujets lorsqu'ils arrivent en CTR – je développerai plus bas l'exemple de l'injonction thérapeutique – la dimension d'espoir de ce changement est souvent plus fortement présente chez eux que chez les usagers rencontrés en ambulatoire ou en hospitalisation. Par rapport au terrain préparatoire effectué à l'hôpital M., les usagers rencontrés dans les deux CTR témoignaient tous et toutes à leur arrivée qu'ils avaient « l'envie », « le courage », la « volonté » de devenir des êtres nouveaux. Parce qu'ils y étaient incités par l'institution qui les accueillait, mais aussi à mon sens parce qu'ils désiraient sincèrement « y croire ».

Il y a sans doute plusieurs raisons à cela. À l'échelle de la trajectoire individuelle, et des structures qui composent le possible de son parcours de soin, le CTR est le lieu dédié à *la mise en acte de cette croyance*. Si l'hospitalisation ou la cure est envisagée comme un moment où se remettre d'aplomb, se désintoxiquer, ou même plus simplement « se soigner » des conséquences délétères de l'absorption de produit(s), la postcure dessine pour eux (et pour les professionnels) une autre visée. Elle est perçue, comme on a tenté de le démontrer dans cette partie, comme un lieu où *vouloir changer*, performer cette volonté et se voir valider par l'institution pour la manière dont on l'incarne.

À une échelle plus ample, on pourrait dire également, en reprenant les analyses que Chantraine fait du travail de Jean-Michel Chaumont (1997, 2000) que ce modèle de soins est paradigmatique du passage au sein des sensibilités morales collectives, « d'une conception méritocratique (il est juste d'être rétribué pour ce que l'on fait) à une conception « victimale » (il est juste d'être compensé pour ce que l'on subit) » (Chantraine, 2004a). Les CTR délimitent un espace hybride, où le fait de vouloir changer se situe au croisement de ces deux conceptions, victimale et méritocratique. Elles doivent de ce fait nécessairement coexister, dans des sociétés où les usagers de drogues, anciennement désignés par le stigmat de « toxicomanes », sont tout à la fois vus comme des déviants coupables des délits qui sont effets ou motifs de leur addiction, et des malades souvent victimes de psycho-traumatismes sévères. L'addictologie leur offre un espace paradoxal où ils et elles peuvent désormais se percevoir comme des victimes, qui doivent néanmoins « payer leur dette à la société »⁵³ – tout en continuant à les désigner comme des personnes autorisées à être compensées pour leurs maux passés, les torts et les traumatismes qu'elles ont subis, pourvu qu'elles démontrent leur mérite à vouloir changer.

⁵³ Expression entendue dans la bouche de plusieurs usagers, centres confondus.

Le rapport au passé doit ainsi être sémantisé dans le sens d'un passé qu'il faut achever, enterrer. Le stigmatisme que subissent certains usagers qui ont pu commettre des faits délictueux, aller en prison, ils ne veulent plus avoir à le vivre à l'avenir – c'est aussi ce qui pousse nombre d'entre eux à venir vers ces centres. En miroir, la prison est perçue comme une institution où le passé ne passe pas⁵⁴. Jacob, l'usager envisageant un placement extérieur dont nous avons traité précédemment (chapitre 2, II. A), avait envisagé de devenir chauffeur-routier, et il avait passé le permis poids-lourd à sa précédente sortie de prison. À la suite de cette demande de permis, l'administration pénale a saisi de nouveau son dossier pour une procédure de conduite sous stupéfiants qui datait de 2012, avant son incarcération. Du coup, à peine obtenu, on lui retire les droits sur ce nouveau permis – qu'il se met néanmoins à utiliser pour conduire des poids lourds. « Au contrôle banal ça passait, explique-t-il, mais quand on vérifiait en préfecture on voyait que le permis il était annulé depuis deux ans. » Probablement – il ne l'a pas explicitement déclaré – son incarcération actuelle était également liée à ces faits en chaîne (il avait sans doute « récidivé », en conduisant sans un permis valide). À la fin de son récit, Jacob prononce cette phrase, qui rend compte de cette même impuissance à sortir de la chaîne narrative constituée par le parcours pénal : « On a l'impression d'avoir payé sa dette à l'État...mais non, *ça vous suit toute la vie* ». Il mettait directement en lien cette impression de ne pouvoir se réinventer, se construire une autre vie, avec son choix de demander une orientation en soins comme mesure alternative à la peine – « Comme ce qu'on me propose dans ce centre-là, *c'est la première fois qu'on s'intéresse à mon problème...* » – en justifiant par ailleurs que cela lui donnerait une bonne base d'occupation pour ne pas « rechuter » cette fois dans la délinquance (« Si t'es occupé, tu travailles, t'as déjà moins de temps de *faire des bêtises...* »). Sortir de prison pour aller se soigner, c'est ainsi croire dans la possibilité d'un nouveau commencement, d'une « première fois » où quelque chose de différent pourra émerger du circuit en boucle de la fatalité carcérale et du stigmatisme qu'elle fait peser sur toute une vie.

L'ambiguïté qui caractérise ces lieux de soins et d'accompagnement ne s'explique qu'à l'aune de cette coexistence de deux conceptions morales sur l'identité de l'usager résident. L'octroi d'un lieu où les règles du jeu, comme on l'a vu au chapitre 2, incitent à une modification comportementale et existentielle du citoyen-déviant est la *compensation* qu'on offre à son statut de citoyen-victime d'un environnement ou d'un parcours de vie destructeur. Être aidé à organiser son quotidien, lesté par la « maladie » qu'aurait été et que demeure parfois l'addiction dans sa vie (comme un malade chronique organise son existence en fonction de son mal – Pierret, 2006 ; Tourette-Turgis, 2017), c'est, de manière non-contradictoire, être capable de diversifier et de normaliser « [l]es lignes biographiques » entachées par un « passé discréditant » (Caiata-Zufferey, 2006 : 136). Cette aide inclut les professionnels dans leurs fonctions et les moyens de contrôle qui sont mis à leur disposition, ainsi que l'entière du « cadre », comme un lieu où les usagers acceptent d'être soumis à la contrainte institutionnelle. C'est-à-dire où ils acceptent de vivre sur un territoire où la drogue est non seulement un interdit, comme dans l'espace social ordinaire, mais où tous les produits pouvant mettre à mal le « rétablissement » (substances légales comme l'alcool incluses) sont prohibés et tenus à distance. Mais aussi où se rejoue à l'échelle locale une conception méritocratique *qui récompense* les usagers de l'effort fourni, pour *pouvoir mériter* au-dehors l'appréhension « victimale » de

⁵⁴ Je cite ici les usagers rencontrés par Marie-Sophie Devresse : « J'ai l'impression d'être devenu un gars-cible, à cause de mon passé » dira Mourad – ou Ali : « On n'est pas jugé pour ce que l'on fait mais pour ce que l'on a fait. *Malgré le fait d'avoir payé, on continue de regarder en arrière [...]* J'ai toujours eu des antécédents. *Ça n'a jamais été autre chose pour moi, depuis que je suis jeune. Je n'ai que des antécédents.* » (Devresse, 2006, *ouvr. cité*, page 104). [je souligne]

leur condition. La libération du produit – et la réhabilitation sociale de l'utilisateur repent – que propose le CTR ont pour coût la liberté de circulation de l'utilisateur dans l'espace ordinaire qui dans son quotidien, l'expose régulièrement à la consommation, et l'aliène.

Le CTR apparaît donc comme le lieu d'une *autre aliénation*, consentie pour obtenir l'indépendance à l'égard des substances. S'aliéner à quelque chose, ce n'est plus ici noyer son entendement dans un produit, perdre ses moyens et la gestion de son existence quotidienne, se voir constamment régi par le besoin de consommer. C'est le choix d'une alliance avec une instance plus abstraite, mais aussi plus personnalisée – l'institution. C'est certes aliéner sa liberté d'action, prendre pour tutelle une institution qui limite et circonscrit les mouvements et actions quotidiennes. Mais c'est aussi s'aliéner soi-même c'est-à-dire littéralement *devenir-autre* : obtenir, grâce à cette restriction de déplacements et d'actions *consentie*, le passage du statut d'utilisateur dépendant à celui d'un autre type d'utilisateur. Quel sera cette identité provisoire qu'il établit dans le centre, c'est toute la question qu'il nous reste à résoudre.

Dans ce contexte, on pourrait dire que l'utilisateur se considérera tantôt « en rétablissement », tantôt de manière plus générale « en soins ». Ce critère de réflexivité, cette apparente prise de conscience, est souvent reçue par les professionnels comme le signe qu'un utilisateur est à sa place dans la structure, qu'il « joue le jeu » et répond aux attentes du CTR à son égard. Comme en témoigne cet extrait d'atelier, la perception du CTR comme prison de la part de ceux qui n'ont pas compris ce qu'est le centre (jugement extérieur profane) ne doit pas dissuader les utilisateurs de le percevoir au contraire comme l'espace d'exercice du rétablissement de leur mieux-être et de leur liberté :

Albin (ES) est en atelier avec le groupe 2 – il leur parle des prochaines « sorties en autonomie » qu'ils vont avoir, par rapport auxquelles les utilisateurs semblent anxieux. Ils discutent de cette peur, d'où elle vient – ils évoquent les « collages » que l'on se fait mentalement – entre « ce qu'on nous dit – et ce qui nous amène à penser ça, alors. » (Bastien)

La mère de Bastien, avant son arrivée, lui a apparemment dit : « *C'est comme si t'allais en prison...* ». Il continue son discours, en disant que « du coup », c'est normal qu'il se soit préparé à ce séjour comme s'il allait se sentir enfermé constamment, et qu'il a été au contraire très surpris. Albin rebondit sur son discours, explique comment à l'inverse Métanoïa est organisé comme un espace de circulation, autour du jardin, avec le portail dont la grille est toujours ouverte. Il remarque « la grille elle est ouverte pour sortir, et pas pour y rentrer néanmoins. »

Lucky – *Parce qu'on est libre de choisir si on y reste ou pas.*

Albin – Bah oui... vous avez la liberté de rester ou non... *Mais à partir du moment où vous faites ce choix, il y a des conséquences. Vous êtes libre dans un endroit fermé.*

Jérémy – Après, ce que j'ai vu dans d'autres endroits, c'est qu'ici on rentre et qu'on sort comme dans un moulin...

Albin – *Je vous donne le cadre... Après, si vous détournez la règle.. Si la personne veut pas s'approprier réellement le cadre, c'est son problème... Donc, si elle fait le mur chaque soir, c'est qu'elle est pas tellement dans le truc...*

C'est peut-être parce que vous êtes dans le soin que vous avez cette conscience-là.

Cdt 2 – Métanoïa – 08/10/21

Le collage du discours maternel (« *C'est comme si t'allais en prison* ») est discrédité, au nom de l'expérience réelle des utilisateurs, dont ils attestent par leur vécu de la circulation permise au sein du centre (la surprise de Bastien, le « on rentre et on sort comme dans un moulin » de Jérémy). L'espace de circulation que définit le CTR fonctionne comme un circuit fait de sas et

de valves de sûreté – sans qu’il y ait pour autant besoin d’une symbolique de la « clé » comme dans certaines institutions aux accès plus sécurisés (Lenzi, Milburn, 2015). Les usagers peuvent à tout moment sortir de l’institution, contrairement à ce qu’il se passe dans une prison. Mais à chaque jour qu’ils passent dans la structure, et qu’ils « choisissent » de rester dans les murs, on considère qu’une décision est prise – entre partir et rester – dont ils doivent assumer les conséquences. Partir, cela veut dire se libérer des règles institutionnelles, retrouver sa vie d’avant, mais aussi le monde exposant de la consommation – et se confronter sans doute à la « rechute ». Rester, cela veut dire accepter de se soumettre aux règles institutionnelles, qui sont aussi les règles pour devenir un individu « *dans le soin* ». Le soupçon qui est porté par Jérémy sur le fait que sans doute, le cadre est encore trop souple et qu’il laisse sortir et revenir des individus qui ne sont ni tout à fait dedans ni tout à fait dehors, est balayé d’un revers de la main par Albin – qui saisit la provocation de l’usager mais ne peut y répondre qu’en renvoyant à la responsabilité et à la conscience individuelles de chacun d’eux. D’une certaine manière, ils les incitent à se positionner, à faire un choix : on ne peut être à la fois « dedans » et « dehors ».

Cette manière de se percevoir libre tout en choisissant de rester dans l’institution ; d’être « dans le soin » au sens de *contraint par lui*, mais de se voir en cela adoubé d’une dimension morale supérieure – c’est le mantra qui doit être prononcé quotidiennement, pour se voir reconnu dans son devenir-autre. En effet, le fait de suivre les normes institutionnelles et de se montrer peu rétif à les adopter est prôné comme la marque d’une singulière acquisition d’indépendance. Comme dans les interventions en milieu pénal, « la soumission aux instances pénales [comme aux instances d’accompagnement et de prévention, pensons-nous] est d’ailleurs souvent présentée comme le signe ou le symptôme de la sortie de la toxicomanie » (Devresse, 2006 : 222). Cela est très visible dans l’entrée dans le rétablissement, comme on l’a précédemment décrit dans la partie I du chapitre – il faut démontrer de vouloir entrer pour vouloir s’en sortir – mais cela se dégage aussi de la manière dont les usagers choisissent, quotidiennement, de se décrire dans ce rapport à une libération/liberté sous contrainte. C’est dire ici que ce n’est pas seulement la soumission aux instances institutionnelles, mais *la reconnaissance de leur efficace* sur la vie de l’usager – dans sa tentative de changement – qui se voit associée (plus ou moins directement) à l’accroissement de son « indépendance » :

On ne compte plus, en effet, dans les récits les formules du type : « Je suis clean, maintenant, je me rends à tous mes tests d’urine », ou : « J’ai tout arrêté, je réponds régulièrement aux convocations de mon assistant de probation » ou : « Je m’en sors, maintenant, je ne suis plus en cavale, je paie mes amendes, etc. ». *La soumission à l’impact de l’intervention pénale apparaît donc souvent, dans le discours, directement associée à l’acquisition d’indépendance par rapport au produit.* (Devresse, *ibid.*)

Il faut souligner ici que les termes peuvent être à l’origine de confusions, et de représentations erronées – aussi bien dans l’esprit de nos acteurs que dans la tête de la chercheuse qui réfléchit à ces questions. Le paradoxe apparent – se soumettre pour être plus libre – n’en est pas un : la soumission à l’instance hétéronome qu’est l’institution (pénale ou de soins) n’a que pour corrélat la promesse d’une indépendance *du produit*, et non pas d’une indépendance entendue comme autonomie globale. J’insisterai dans le chapitre 5 sur le fait que les normes d’autonomie promues par ces structures ne sont pas du tout contradictoires avec le maintien d’une dépendance forte des usagers aux figures et aux membres institutionnels.

Je trouve intéressant par ailleurs que Devresse développe (dans une note de bas de page) les interprétations possibles de cette association fréquente entre « soumission au pénal » et « sortie de la toxicomanie ». Elle se demande ouvertement si cela est la « manifestation des

effets d'une normalisation « réussie » de la part de la justice pénale » ou bien la « traduction « supplémentaire » du processus de domination qu'elle impose à l'usager » (2006 : 222 – n.b.p.). Mais elle émet aussi l'hypothèse que ce ne soit qu'un moyen discursif pour les usagers d'instrumentaliser le chercheur (ou tout interlocuteur qui lui ferait face et devant lequel il justifierait son parcours) et de le convaincre qu'il doit son salut à la justice. Je trouve ce dernier point particulièrement intéressant au vu de mon angle d'attaque dans ce chapitre.

Je prolongerai les questions soulevées par Marie-Sophie Devresse en me demandant ici si cette affirmation d'une nécessaire soumission à l'institution (dans mon cas d'accompagnement en addictologie) pour sortir de sa condition de toxicomane n'est pas produite avant tout *pour les usagers eux-mêmes* – et non par discours institutionnel intériorisé, ou dans une visée stratégique d'autojustification de façade. Dans le cas de mes terrains en effet, l'instrumentalisation du chercheur me paraît somme toute moins plausible que sur le terrain de la justice pénale. Car, à part la peur de se voir « dénoncés » par la personne tierce aux soignants comme étant peu volontaires ou critiques de l'institution, je vois mal ce que les usagers auraient eu « à perdre » en me confiant leurs impressions, à l'égard de cette soumission au cadre qu'on leur impose « pour leur bien ». Les risques sont sans doute supplémentaires dans les circuits de la justice pénale que dans un parcours d'accompagnement en soins en addictologie où l'on vient pour soi-même, même si l'on a souvent bien conscience des pressions sociales qui accompagne cet apparent mouvement volontaire. Certains usagers l'exprimaient ainsi bien plus sous la forme d'une normalisation « réussie » par eux – de l'acceptation somme toute qu'ils ne pourraient pas « continuer toute leur vie comme ça ». Cette normalisation s'incarne pour certains d'entre eux dans une « banalisation » de l'addictologie dans leur vie – comme on va chez le médecin généraliste une fois tous les six mois ou tous les ans, on irait ainsi au CSAPA ou chez son addictologue une fois par semaine ou par mois. Pour d'autres, on le verra dans les paragraphes suivants, elle se marque d'une forme de domination effectivement « supplémentaire » – celle d'une vie dominée par la contrainte institutionnelle. Mais il me semble surtout que ce discours sur la sortie de la toxicomanie est un discours dans lequel les usagers *croient* ou *voudraient croire*. Ils énumèrent les étapes de leurs parcours de soin, ainsi parfois que de leur parcours judiciaire ou psychiatriques, comme des épreuves, des étapes *nécessaires* à leur transformation – qui aurait rarement pu advenir sans le soutien et l'accompagnement d'une ou plusieurs institutions. Dans le dernier extrait de Devresse mentionné comme dans mes propres observations de terrain, ce qui me marque davantage que le relevé des obligations rendues et des formalités auxquelles l'usager a accepté de se soumettre, c'est l'omniprésence du « Je » comme instance du changement : comme si l'usager, tout en ayant conscience d'être « agi », et « géré », « déplacé » par diverses instances sociales, était obligé d'établir par le discours un rapport d'appropriation de ces actions, de se définir comme acteur, moteur principal de sa trajectoire. Après avoir été régi par la drogue, son discours se soumet à l'hétéronomie institutionnelle qui commande pour autant l'autonomie décisionnelle et discursive. On commande, et *je* fais.

Même si nous envisageons de développer plus loin le statut particulier de la dissociation de l'individu et de son cerveau – ou encore de la possession de l'individu par la Drogue comme instance personnalisée qui dialogue avec le Moi – on peut envisager à ce stade que la fonction de réhabilitation sociale du CTR vise spécifiquement ce passage d'un discours sur soi en tant qu'objet ballotté au gré des circonstances extérieures à un « Je » assumant son identité de malade. Être un malade et non un déviant, un délinquant, un *outsider*. C'est ce changement de statut qui constitue ce que nous souhaitons définir comme une *aliénation choisie*

où Je décide de devenir un autre. La socialisation secondaire qui se joue à travers cette institution médico-sociale est encore indéfinie à ce stade de la thèse – mais on pourrait dire que celle qui est performée chez les Alcooliques et Narcotiques Anonymes consiste par exemple à passer du « Je » performatif, du toxicomane repent, mais qui continue à définir ses actions par rapport au jugement d'autrui, au « J/e » schizé de l'identité de malade chronique – où le combat devient tout autre, celui de la reconquête d'un Moi qui pourrait assumer de porter en lui ces deux identités, partie « saine » et partie « malade » ; ou celui de la victoire de la partie rationnelle sur la partie malade – vision rémanente du « traitement moral » de Pinel (Gauchet, 1997). Nous constaterons néanmoins que ce travail identitaire est mis à mal – et conséquemment est une entrave au travail professionnel – lorsque la question de l'aliénation est déjà présente chez l'utilisateur, lorsqu'il est porteur notamment de troubles psychiques.

II. A/ La problématique de la double-aliénation : l'instrumentalisation des troubles psychiques.

Au sein des centres observés, comme on a pu le voir avec l'exemple de Dimitri à Métanoïa ou du résident nommé Jonas dans le centre TCHAT, les troubles psychiques déclenchent souvent des sentiments de panique chez les soignants, ou encore des formes d'incompréhension et de rejet marqué. Si cela ne s'exprime pas nécessairement sous la forme d'un renvoi de l'utilisateur comme cela a été le cas pour Dimitri, le stigmate qui pèse sur les profils « psys » comme on les désigne est souvent un obstacle supplémentaire au déroulé d'un séjour « ordinaire » en CTR. Les comportements antisociaux ou fermés, d'apparence autistique, sont souvent jugés volontaires, et délibérément oppositifs aux professionnels. Les avertissements et sanctions qui sont attribués, même s'ils n'ont souvent aucun effet de modification comportementale dans des cas où cette intervention n'est pas comprise par l'utilisateur, témoignent d'une confusion qui rappelle l'« angoisse taxinomique » (*taxonomic anxiety*) dont parle Lorna Rhodes (2000) – pour décrire la difficulté des agents d'une prison américaine à distinguer les troubles psychiatriques, relevant d'une prise en charge médicale des troubles du comportement, relevant eux, d'une prise en charge pénitentiaire.

Pour étayer cela, je voudrais mettre en relief la perception et le traitement différentiel qui sont faits des troubles psychiques sur les deux terrains. À Métanoïa, la nomination de troubles psychiques possibles chez certains des usagers est quasiment inexistante – qu'elle soit taboue au sein d'une équipe qui veille à l'emploi de certains "gros mots", ou qu'elle relève du virage de l'addictologie d'une conception psychologique à une conception plus bio-psycho-sociale de l'addiction comme comportement – et non comme « symptôme ». Je n'ai relevé que trois occurrences du mot même de « trouble(s) » dans la totalité de mon journal de terrain effectué à Métanoïa : toutes ont été prononcées en réunion clinique, et concernaient le rappel effectué sur le fait que tel ou tel usager avait peut-être (ou sûrement – si on se référait au dossier médical antérieur), je cite, « des troubles de l'humeur » (05/10/21 – jour 17), « des troubles cognitifs » ou « un trouble de l'attention » (14/10/21 – jour 24). Le type de problématique était donc spécifié, et énoncé avec prudence, voire une forme de perplexité ou d'incompréhension face à ce qui pourrait occasionner ces troubles. Le mot de « psychose » ou de « psychotique » en lui-même, n'a été prononcé qu'occasionnellement lors de mon séjour (et pour un résident qui s'auto-diagnostiquait comme tel ; pas pour Dimitri par exemple). Celui de « psychopathologie » est inexistant.

Au TCHAT, le registre psychologique est un des premiers employés ; on imagine donc combien la prolifération de termes concernant les troubles psychologiques et psychiatriques diffère de l'emploi modéré qui en est fait à Métanoïa. On parle constamment de la « psychopathologie » de chacun des usagers (7 occurrences, seulement sur mes moments de présence au centre, du type : « *la psychopatho de chacun* fait que le groupe est très usant... » (09/03/21 – jour 1) ; « Il n'y a pas de problèmes relationnels par rapport au cadre, mais faut absorber *leur psychopathologie à chacun...* » 04/06/21 – jour 9), de « situation psychiatrique », ou de « patient(s) psy(s) », voire « très psy(s) ». On m'explique que tel usager est « très précaire » – et je pense d'abord selon des coordonnées socio-économiques – lorsqu'on ajoute, devant ma perplexité : « psychiquement ». Si la « précarité psychique » vient désigner plutôt les patients avec un « retard » ou des troubles cognitifs, les troubles de l'humeur ou du comportement sont eux souvent désignés par leur appellation passée, de « psychopathie », plutôt que par le diagnostic plus récent de « borderline ». Par exemple, Jonas se désignait devant moi comme « borderline » – disant qu'on l'avait diagnostiqué ainsi lors de son incarcération – mais les professionnels du TCHAT se référaient pour parler de son cas à une palette de troubles bien plus larges, et n'employaient jamais ce diagnostic récent issu de la littérature anglo-saxonne. Clairement aussi, les patients « précaires », qui pouvaient aisément être déresponsabilisés et maintenus pendant des mois voire des années sous la dépendance institutionnelle, semblaient être préférés aux profils colériques ou impulsifs. Le critère de *ne pas être* « un psychopathe » semblait même une garantie de sélection au sein du centre. Lors de sa période d'essai, Vince, qui venait pour un placement extérieur (P.E.) après une incarcération pour conduite sous stupéfiants sans permis (et récidive), déclarait « avoir fait le con » à l'éducatrice qui lui faisait passer un entretien. Celle-ci, de retour dans le bureau, discute du cas avec sa collègue⁵⁵ :

« [...] Du coup, je lui ai dit : « Vous êtes peut-être pas con, vous êtes peut-être *malade* ! » [en accentuant le terme]...et là, il s'est crispé !, quand je lui ai dit « il faut peut-être vous soigner, arrêter vos consos... » Après, c'est pas un psychopathe, il est pas dans une optique où il va venir ici et sortir pour retourner consommer... » [je souligne d'un trait]

Cdt 1 – TCHAT – 25/05/21

Comme le souligne Camille Lancelevée dans le contexte carcéral, « ce discours sur l'omniprésence des troubles mentaux a une utilité pratique : il semble souder l'équipe autour de l'idée que [la prison] serait une institution délaissée par la société qui accueille notamment celles et ceux dont l'institution psychiatrique semble vouloir se débarrasser. » (2016 : 97). Je ferais ici l'hypothèse que la banalisation des troubles mentaux des usagers (au sens où ils en présenteraient régulièrement, voire toujours) a une double fonction pour les professionnels du TCHAT, qui se considèrent comme les tenants d'un système de soins qu'on délaisse, et qu'ils perçoivent comme voué à disparaître : les souder autour de l'idée que le CTR serait un lieu où on finit par récupérer aussi bien les « patates chaudes »⁵⁶ de la psychiatrie, que les délinquants récidivistes de la prison. Et les légitimer dans le même temps à maintenir leur rôle

⁵⁵ J'omets volontairement le nom de la travailleuse en question, pour garantir son anonymat de manière plus forte.

⁵⁶ « Cette expression, fréquente dans le langage médical familial, qualifie les situations que chacun redoute, évite ou renvoie à ses confrères avant de la recevoir à son tour, telle une balle brûlante qu'aucun joueur ne peut conserver dans ses mains. Dans ces cas précis, le patient ne bénéficie pas d'un travail en collaboration avec différents spécialistes, orchestré par le médecin traitant. L'orientation d'un patient vers un tiers (spécialiste, paramédical etc.) semble souvent plus liée au souhait de se "décharger" d'un malade qui pose problème, qu'à la nécessité d'un travail en équipe » (Sarradon-Eck *et al.*, 2020 : 19-20).

de « thérapeutes » (terme indigène de la structure), à mi-chemin entre la fonction correctrice du carcéral et la fonction ambivalente (de maintien et de soulagement) de la psychiatrie.

C'est une autre version de la notion d'« instrumentalisation » telle qu'elle est donnée par Devresse, Kaminski et leurs collègues (Kaminski *et al.*, 2001). Non plus « instrumentalisation » du discours sur l'efficace institutionnelle de la part des usagers – pour les pousser à « changer », mais « instrumentalisation » du discours de l'efficace psychopathologique de la part des professionnels – pour les légitimer à travailler comme ils le font. Si dans le cas du milieu pénal il y a une instrumentalisation du « sens donné à l'incrimination de l'usage [de drogues] » qui est différente en ce qui concerne la police et les magistrats⁵⁷, je dirais que les professionnels que j'observe se comportent tantôt comme des magistrats, tantôt comme des policiers. Une des missions qu'ils s'arrogent, c'est celle d'être le « dernier recours » pour des usagers à la dérive. Ces usagers subissent une incrimination – qu'elle soit réelle, basée sur des faits concrets ; ou qu'elle soit symbolique, fondée sur le stigmatisme social qui fait de quelqu'un un « dépendant » dans une société hiérarchisée par la valeur de l'autonomie. Ces usagers sont « punis », c'est-à-dire qu'ils et elles encourent des poursuites judiciaires, qu'ils contractent parfois des obligations de soin, ou qu'ils s'auto-contrainignent à se soumettre à des dispositifs de contrôle et de soins de leur dépendance. Si le CTR est donc, pour les usagers en parcours de soins en addictologie, le lieu où promouvoir une transformation identitaire, une de ses *fonctions sociales* demeure d'être un maillon du dispositif étendu de la « peine ». Donc, pour filer cette métaphore, de la même manière que les magistrats du pénal, les acteurs de terrain professionnels observés essayent de même de trouver un sens au *motif* de l'incrimination, et donc d'une certaine manière aussi de justifier le *sens* de la peine. Ou du moins ils font valoir l'opportunité que cette peine peut offrir pour le résident, en lui permettant de se questionner sur sa vie, son insertion sociale, son rapport à autrui. Le paradoxe est que, considérant les usagers comme « malades », ils doivent construire leurs pratiques *pour* l'incrimination et sa « peine » et *contre* elle. Ils ont besoin de recevoir des usagers que la société condamne à se soigner ; mais ils doivent aussi les considérer comme malades de leurs troubles, et irresponsables des conduites qui leur sont reprochées. Le traitement qui est fait des troubles mentaux, et de ce qui est décrit comme leur prolifération par les travailleurs, répond à ce paradoxe. Pour paraphraser Devresse on peut ainsi dire que les professionnels du CTR doivent construire leurs pratiques et faire *avec* les troubles psychiques (qui deviennent dès lors un outil pour la déresponsabilisation et le pouvoir de contrainte qu'ils s'autorisent sur les usagers) ; et que d'autres professionnels, ou les mêmes mais à d'autres moments, construisent leurs pratiques *pour* les troubles psychiques (et donc contre l'incrimination sociale qui pèse sur l'usager). Ils donnent un *sens* différentiel à la « peine » que serait le CTR, soit qu'il représente une instance x dans le parcours de réhabilitation sociale de l'usager incriminé, soit qu'il vienne incarner une institution qui serait contre le traitement pénal de la maladie mentale, où une alliance pourrait exister entre soignants et soignés. Comme on le verra dans le prochain chapitre, le « sens » à donner à ces vies prend parfois davantage les contours d'une visée rééducative – entendue au sens premier,

⁵⁷ M.-S. Devresse décrit en effet que les magistrats du parquet sont obligés de trouver un sens à l'incrimination, en ce qu'ils sont « gestionnaire[s] d'un "input" » qu'ils ne maîtrisent pas, et qui se situe en amont, dans l'arrestation policière, moment où au contraire, les policiers peuvent se passer « du sens donné à l'incrimination de l'usage tant qu'elle sert les impératifs gestionnaires liés à l'organisation » de leurs missions : « On peut ainsi dire que la police doit construire ses pratiques *avec* l'incrimination (car elle est un outil) alors que le magistrat du parquet doit construire les siennes *pour* elle (car elle est un impératif). » (Devresse, 2006 : 133-134)

quasiment scolaire – plutôt que d’opter pour l’illusion d’une « guérison » ou d’une « correction » psychique et sociale.

Mais l’aspect transitoire de ces centres, et le caractère parfois vain des missions qu’ils s’attribuent, sur des durées relativement courtes, réapparaît souvent dans les moments où on doit dessiner « l’orientation » de l’usager en fin de séjour. Le cas de Sacha nous permettra d’illustrer que le CTR n’est qu’un sas, qui permet parfois d’entrevoir la « sortie », mais qui souvent ne fait que reléguer aux habituelles instances de gestion de la marginalité (prison et psychiatrie) les cas qui ne correspondent pas au nouveau « programme social » qu’il incarne.

II. B/ Le cas de Sacha : une orientation psychiatrique des soins d’accompagnement

Je décrirai ici dans un long extrait de terrain les modalités selon lesquelles certains profils d’usagers sont orientés dans le sens d’une « continuité des soins », non pas tant vers d’autres dispositifs en addictologie, mais vers des structures psychiatriques – appuyant ainsi l’institutionnalisation de l’existence de l’usager, sa chronicisation dans un réseau d’institutions totales fonctionnant comme des vases communicants :

Bilan de séjour (tous les deux mois environ) à l’étage dans le bureau du chef de service, entre Maxime Leprince, Sacha, et Emeric, son référent. Ce bilan-ci vise à envisager « la suite » pour le résident qui est là depuis 7 mois.

Sacha dit que ce (deuxième) séjour en CTR lui semble globalement positif. Il a commencé un groupe de remédiation cognitive en dehors du centre, où il se rend une fois par semaine – et il dit que ce groupe lui amène « des éléments » sur son comportement (« ils me font comprendre pourquoi j’ai été parano à tel moment, pourquoi j’ai réagi comme ça à tel autre... »). Il argumente que ce groupe lui permettrait de continuer son suivi psy de manière régulière, et qu’il pourrait de la sorte en sortant choisir un AT plutôt que le foyer psychiatrique préconisé par son référent, le foyer Hospitalité.

Sacha – Moi là-dessus, j’ai pas changé : je serais plutôt AT... Nadine [l’AS] elle m’a pas dit un grand oui, mais elle pensait que ça serait envisageable. Il y a quelques éléments conditionnant : qu’il y ait un suivi régulier par Emeric [son référent] ; de continuer à aller au Groupe de partage [du centre d’accueil], au club d’échecs... C’est-à-dire tout ce qui me manquait au niveau social... C’est pas forcément que j’ai besoin d’avoir des comptes à rendre, *mais entre un appartement sans suivi et un appartement avec suivi, ça met une forme quoi...*

M. Leprince – [*cherche à écouter*] Bon très bien...

Sacha – ...Attendez, j’ai juste un truc à ajouter. Sur le foyer Hospitalité, j’ai été réfractaire, parce que j’avais peur que ça soit très lié à la maladie psychique, parce que si je tombe sur des personnes parano... [*il développe un peu et clôture*]

M. Leprince – Bon. On s’est quittés au dernier bilan avec l’idée qu’on prolongeait votre séjour de 3 mois en considérant que vous utiliserez le CTR comme un laboratoire pour mettre en œuvre le savoir théorique que vous donne la réhabilitation psycho-sociale. Les tiers vous ont signalé qu’on voyait une différence, j’entends... *mais vous dans tout ça ?* [...] Vous me dites que ce qu’on a mis en place ça a produit ses effets ? Mais vous êtes ici depuis 7 mois, « protégé » des addictions... Donc qu’est-ce que vous entendez par là ?

Sacha – [...] *Votre interrogation – je traduis – c’est est-ce que je suis capable de lutter hors encadrement du CTR ?*

M. Leprince – Oui, seul. Parce qu’avec un appart, même si je mets plein de choses autour, je suis seul. Et si je mets pas plein de choses autour... je sais pas si vous voyez ce que je veux dire... [...] Qu’est-ce que *vous voulez* ?

Sacha – [après un silence] Ben, j’y réfléchis...

[Il recommence à parler de la remédiation cognitive, de comment « il y avait avant des choses qu’il ne voyait pas qu’il faisait et que maintenant il les voit, mais qu’il a encore une marge de progression à faire. Il réitère ses réticences à l’idée du foyer psychiatrique – sentant imperceptiblement que les professionnels le poussent à s’orienter en ce sens. Il parle de son angoisse à l’égard des autres adhérents du foyer Hospitalité – on lui a parlé d’un collectif à 25 personnes, et de la cohabitation à trois dans une chambre que ça engage...]

Sacha – En même temps, avoir un collectif à trois, ça me fait peur, mais ça pourrait beaucoup m’aider. Mais je peux arriver avec des cas qui sont beaucoup plus lourds, et c’est ça qui me fait peur.. [...]

M. Leprince [pressant] – Quelle est votre demande ?

Sacha – Finir le truc collectif, la remédiation cognitive. Pour moi être en collectif, c’est aussi un terrain d’entraînement – c’est vraiment favorable à travailler ce parcours de réhabilitation psycho-sociale... *L’idéal pour moi, ce serait de rester 2-3 mois ici le temps que la RPC [remédiation psycho-cognitive] soit finie...* [grande satisfaction de Monsieur Leprince, perceptible à son visage, qui soudain le coupe].

M. Leprince – Attendez, c’est votre dernière phrase qui m’intéresse, pas les vingt-cinq premières...

Sacha – Oui, pour remettre en place les choses... Pour que, que j’aie en AT ou au foyer Hospitalité, il y ait un ensemble de choses autour qui seraient mises en place...

Emeric – Moi de mon point de vue, Sacha, vous élargissez votre vision, vous n’êtes plus fixé sur une unique chose, vous pouvez envisager deux choses plutôt qu’une... [...] Ce qui fait que je pense que vous seriez aussi en difficulté par rapport aux phénomènes psychiques si vous étiez seul. [...] Le foyer Hospitalité serait une bonne option, parce que vous pourriez vous sentir sécurisé, faire des retours... Et que là, l’AT pourrait encore vous insécuriser... Faut pas oublier qu’il y a une demande MDPH en cours, qui ferait que peut-être on pourrait mettre en place un service SAMSAH. S’il y a pas la solitude, je pense que vous pouvez tout à fait vous en sortir sans être mis en danger par votre maladie... Si vous êtes seul...

M. Leprince – Qu’est-ce qu’on peut le mieux pour vous ? *Est-ce qu’on vous met plein d’enjeux, ou est-ce qu’on vous maintient dans un cocon pour vous permettre de mettre en place ce travail-là ?*

Sacha – [...] Je suis d’accord sur le fait qu’il faut une équipe. Et que la maladie, il faut la comprendre...

Emeric – [le coupant] Vivre avec.

Sacha – Oui, et essayer de faire quelque chose.

Maxime essaie d’abrégé l’entretien, en proposant qu’on refasse un contrat d’un mois de CTR, jusqu’aux congés de Emeric, et qu’on voie après... Sacha un peu agacé qu’on abrège, essaie de négocier, Maxime refuse, en lui disant que c’est un peu « l’oeuf ou la poule » :

M. Leprince – Si vous voulez savoir très honnêtement ce que j’en pense, Sacha, je pense que *vous êtes atteint d’une pathologie psychiatrique qui est dominante dans votre vie, et qu’effectivement l’alcool est venu stabiliser quelque chose qui ne l’avait pas été avant.* [...] Vous savez ce que je pense, ne soyez pas surpris [...], l’AT vous fera du mal. *On va vers une orientation plus psychiatrique de vos soins.*

Sacha tente une réaction, à laquelle M. Leprince rétorque : « Je vous propose un *inconfort*... [il accentue ce mot] J’ai envie aussi que vous réagissiez un peu par rapport à ce truc de cocon, pour que vous réfléchissiez par rapport à votre sortie envisageable à la rentrée en septembre.. »

Sacha – Oui, c’est bien aussi, *que je puisse évoluer encore*, malgré la pression que ça me met...
M. Leprince – [*Silence*] Mais sinon comme dit Emeric, ne le faisons plus si vous considérez que ça vous fait du mal...
Sacha [*un peu blasé*] – Faut se jeter dans la fosse à un moment, donc ok..
M. Leprince et Emeric [*riant*] – ..la fosse, la fosse... dans le bain à la limite ! – Un bain moussant...!
M. Leprince – Qu’est-ce qu’on a d’autre à se dire, Sacha ?
Sacha – Bah, bon courage...
M. Leprince – Et à vous ! *Et je vous rassure, parce que vous l’avez dit timidement ; si une décision est prise, mais que vous avez besoin de prolonger d’une à deux ou trois semaines - il n’y a pas de problème, entendez-moi bien...*

Cdt 1 – TCHAT – 04/06/21

Cet entretien a trois nous présente une dynamique flagrante. Concrètement – ce qui s’apparente dans cette institution à une responsabilisation de l’usager fonctionne plus concrètement comme un processus de prise de décision pour autrui. Toute la conversation sert de manière contournée à avaliser une décision qui semble déjà prise en amont par la direction et le professionnel-référent, à savoir l’orientation vers le foyer psychiatrique – après néanmoins une prolongation de quelques mois (jusqu’à la rentrée de septembre probablement) au CTR. Le « bilan » semble un prétexte pour engager l’usager à réenvisager son ressenti en termes d’impuissance face à la « maladie » (indistinctement psychiatrique et addictive), et à déresponsabiliser l’équipe face au constat que cette « parenthèse » du CTR a pu être l’occasion d’expérimenter des choses pour le patient. Les pratiques et les outils mis en place par d’autres professionnels extérieurs à la structure (le groupe de remédiation cognitive) sont passablement discrédités, et on a l’impression que tous les membres de l’équipe participent au maintien de l’usager dans le giron de l’institution (Nadine consent à l’A.T. mais s’il y a suivi régulier au sein du TCHAT ; Emeric dit qu’il n’y arrivera pas « seul », M. Leprince se réjouit quand il dit vouloir rester encore un peu). La considération qui est faite de ce patient alcoolique semble immuable : il semble à leurs yeux nécessaire que Sacha continue son parcours, de sas en sas, d’un service « contenant »⁵⁸ et « étayant »⁵⁹ à un autre, pour enrayer la solitude – une solitude qui, bien que pointée par Sacha lui-même comme étant le principal problème, n’est jamais considérée suffisante en soi pour expliquer l’addiction (étant donné que les professionnels lui adjoignent le caractère fatal de la « pathologie psychiatrique »). On s’oppose à la prise de risques qui était au départ souhaitée par l’usager [le choix d’aller en A.T.], pour le maintenir encore quelque temps au sein de l’institution – et on lui fait considérer que comme pour l’emprise du produit, il est hautement improbable qu’il en sorte d’une quelconque manière un jour. L’argument du « cocon » est de ce fait employé en un sens et son contraire : pour justifier le fait de rester encore quelques temps au CTR pour mettre en place

⁵⁸ La « fonction contenant » est un syntagme récurrent en psychiatrie et en psychanalyse pour désigner la capacité du thérapeute ou du cadre thérapeutique à soutenir et accueillir l’agressivité du patient (Mellier, 2003). C’est une notion extrêmement usitée dans le milieu psy, comme en témoigne encore le numéro de *L’information psychiatrique*, 2017/10 (Volume 93) dédié spécifiquement à « La fonction contenant en psychiatrie. »

⁵⁹ L’étayage relie, dans les premiers écrits freudiens, deux types de fonctionnement : à la fois la satisfaction (d’être allaité) et la séparation, deux modalités qui assurent pour le nourrisson la constitution de son moi. La psychanalyse a employé ensuite de manière plus étendue et complexe le concept d’étayage, en l’associant au cadre thérapeutique – censé garantir des opérations de mise en sens du comportement du sujet. Le travail thérapeutique a une fonction d’étayage, dans la mesure où « le thérapeute occupe une position dont la qualité de présence est une métaphore de la présence de la mère facilitant l’activité fantasmatique de l’enfant » (Frankard, 2007 : 116).

« ce travail-là » (d'accepter qu'il faut lutter contre la solitude, en allant en institution psychiatrique) ; et pour pousser l'usager à sortir de ce qui est décrit comme sa zone de confort, en lui proposant de sortir en septembre – pour aller dans une institution psychiatrique.

II. C/ « De la fermeture à l'emprise »⁶⁰ – le CTR comme espace correctionnel et rééducatif : institution totalisante plus que totale

Support du registre pénal tout autant que du registre thérapeutique, les CTR présentent ainsi pour nous un statut vague, hybride, qu'à ce stade de la thèse on pourrait encore définir entre la prison et l'EMS (Vidal-Nacquet, 2018). Une comparaison qui servirait aussi à les caractériser concerne le lien qui est susceptible de se dégager avec les Centres Éducatifs Fermés (CEF). Les CEF sont des établissements sociaux soumis au contrôle de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), et y sont placés les jeunes délinquants qui sont réfractaires aux règles d'un normal foyer éducatif, mais qui en même temps n'ont pas reçu de condamnation pénale officielle. En cela, ils nous semblent parfaitement refléter le statut d'hybridité fonctionnelle des CTR, si on les regarde du point de vue de leur fonction sociale. En effet, pour reprendre les termes de Lenzi et Milburn : « Parce que les CEF ne sont ni des prisons (contrairement aux EPM créés dans la même période⁶¹) ni de simples foyers éducatifs, ils constituent plutôt un *espace d'enfermement hybride* destiné aux mineurs placés pour faits délictueux, soumis à la double contrainte de la restriction de leurs libertés dans le présent et de l'obligation de participation à des activités pour préparer leur avenir » (Lenzi, Milburn, 2015 : 96)

J'entends signifier qu'il se produit plus ou moins la même chose pour les adultes dépendants soumis à la double contrainte du CTR. Nous reviendrons dans le chapitre 4 sur la manière dont s'incarne spécifiquement la double contrainte (Bateson *et al.*, [1956]) dans les rapports entre usagers et professionnels et dans les rapports entre professionnels et direction. Mais l'on entend déjà ici comment la question de l'enfermement se voit traitée à l'aune de la rééducation possible des jeunes en CEF, comme de la possibilité encore d'avoir un « avenir » pour les usagers majeurs mais dépendants des structures en addictologie. Les CTR ressemblent plus à des institutions totales de type centres de redressement, où se trouve mis en place pour eux un programme spatio-temporel de fabrication de nouveaux *habitus*, non à la manière des élites observées par Darmon (2015), mais dans une sorte de nouveau « traitement moral » pour sujets à la dérive.

Par ailleurs, un autre point sur lequel les deux types de structures se ressemblent (CEF et CTR), est l'importance accordée au cadre institutionnel et à la dimension de la « contenance », qui permet, dans ses modulations, de définir divers styles d'emprise institutionnelle. Réfréner, contenir les tendances des usagers, fait partie des tâches quotidiennes des professionnels du CTR. De la même manière, « le postulat qui était au fondement de la création des CEF tient dans la propriété éducative présumée de la contenance institutionnelle et comportementale. D'inspiration psychanalytique autant que comportementaliste, la contenance trouve sa traduction dans un encadrement éducatif

⁶⁰ Je reprends ici un des titres de partie de l'article de Catherine Lenzi et Philip Milburn (2015) sur les centres éducatifs fermés (CEF)

⁶¹ Pour une comparaison entre centres éducatifs, établissements pénitentiaires pour mineurs (EMP) et quartiers pour mineurs en maisons d'arrêt, je renvoie comme les auteurs cités à l'article Bailleau, Gourmelon, Milburn (2012).

renforcé où le quotidien des mineurs se trouve fortement occupé, quadrillé et réglé par l'institution » (Lenzi, Milburn, 2015 : 100). Les auteurs renvoient d'ailleurs à la notion de « responsabilisation » individuelle (Milburn, 2009 : 99-130) pour caractériser cette méthode éducative⁶², plutôt que d'y plaquer « une discipline des corps » plus classiquement foucauldienne (Foucault, 1975).

Cette contenance institutionnelle se trouve symbolisée par divers objets et procédures. De la même manière que dans le hall d'un des CEF décrit par nos auteurs, un grand tableau rappelle, dans la salle à manger de Métanoïa, le programme de la semaine, ainsi que les tâches qui se voient attribuées de manière hebdomadaire, à chacun des résidents. À tout moment, on peut ainsi regarder le tableau et savoir où tel ou telle devrait se trouver. À la différence des CEF néanmoins, la scansion du temps ordinaire ne se fait pas de manière personnelle, de manière à suivre un parcours individualisé, mais est organisé par « groupes », en divisant les usagers selon leur moment d'entrée dans la structure et en suivant les blocs, colorés et équilibrés sur le temps de la semaine, des divers « axes thématiques ». (cf. l'emploi du temps de Métanoïa – dans la section introductive sur la présentation des centres). En-dessous des emplois du temps collectifs sont chaque semaine inscrits les horaires de rendez-vous avec le médecin et le psychologue, avec le prénom de l'usager individualisé sur chaque créneau horaire. Au TCHAT, en comparaison, le tableau n'est pas affiché dans l'espace public, mais dans le bureau des professionnels. Différence signifiante – en ce que la gestion du temps n'est pas exposée comme une incitation à une forme de réflexivité et d'appropriation de la part des usagers – comme en témoigne cette vignette de Métanoïa qui illustre un moment interstitiel où l'on retrouve la présence flagrante du lexique scolaire :

Moment interstitiel. Théo à Denis (deux usagers) : « On a quoi là ?

– Attends, je vais voir sur le tableau..

– Ouais, pour voir *si c'est français ou histoire-géo ?* » [les deux rient]

Denis va regarder l'activité suivante pour leur groupe sur un tableau Velléda, sur lequel sont affichés de manière hebdomadaire les plannings des professionnel·le·s et les emplois du temps des usagers·ères, divisé·e·s en trois groupes.

– *On a AGA.* [Atelier Gestion des Addictions]

Cdt 2 – Métanoïa – 23/05/2022 (retour sur terrain)

Cela étant, cette différence se trouve nuancée par le fait que le programme du TCHAT, n'étant pas intense et scandé comme celui de Métanoïa, n'a pas besoin d'être rappelé aux usagers. La plupart du temps, il n'y a qu'une activité majeure par jour, dont les résidents, après quelques semaines, ont déjà appris la succession monotone. Chaque matin par ailleurs, ils doivent énoncer, dans cette cérémonie de la « réunion du matin », ce qu'ils vont faire durant la journée – et s'ils oublient l'activité principale tenue au sein du centre, l'équipe la leur rappelle. Dans les deux cas donc, que le programme soit dense ou pas, affiché ou non, le « processus d'appropriation des normes » temporelles (Lenzi, Milburn, 2015 : 100) participe

⁶² Je ne connaissais pas l'emploi par Philip Milburn de cette notion de « responsabilisation » au début de ma thèse. Milburn développe l'idée que les pratiques judiciaires concernant les mineurs ont vécu un complet renversement de la question de l'irresponsabilité pénale des enfants, au tournant des années 1990-2000. Les jeunes, auteurs d'illégalismes, sont désormais abordés en termes de *responsabilisation* – l'auteur marquant ce que cette notion recouvre d'équivoque selon la position politique ou professionnelle du référent : il s'agit soit de définir le contenu d'une responsabilité pénale pouvant être appliquée aux mineurs dans des formes adoucies ; soit, pour d'autres acteurs orientés par une perspective (ré-)éducative, « il est question d'un accompagnement de la formation de la responsabilité en tant qu'elle sera au principe de [l]a subjectivité civique et sociale. » (Milburn, 2009 : 111)

de l'emprise institutionnelle mise en place dans ces centres. Dans un cas (les CEF décrits et Métanoïa) elle passe par une manière réflexive de se rapporter à l'emploi du temps (« *Qu'est-ce qu'on / Qui on a aujourd'hui ?* », aller voir le tableau, etc.), de « s'approprier la valeur des activités et de leur temporalité, et d'y adhérer de façon à intérioriser le sens des normes ainsi prétendument transmises » (*ibidem.*). Dans l'autre cas, il s'agit plus simplement en apparence de « se plier » à la scansion institutionnelle du temps ; mais il y a en même temps une manière d'intérioriser le sens des normes d'autonomie tacitement transmises, et rappelée par les jugements des professionnels à chaque fois qu'un usager dirait par exemple qu'aujourd'hui il n'a « rien à faire ». Les usagers du TCHAT interceptent ainsi rapidement qu'ils doivent trouver une alternance entre les rendez-vous obligatoires, la gestion de leurs obligations domestiques (faire les courses, préparer le repas), le sport, les moments de « détente » et le repos. Cette gestion du jour après jour qui se fait sans même que l'institution prévoie nécessairement des activités – professionnelles, thérapeutiques ou ludiques qu'elles soient – pour « occuper » temporellement les usagers, m'incite à concevoir et à désigner ces lieux comme des *dispositifs du vivre-ensemble*, encore plus comme des dispositifs éducatifs ou scolaires.

La lecture de la gestion temporelle et de sa visée au sein des CTR observées à la lumière du travail similaire effectué en CEF nous permet de relativiser et de dépasser l'hypothèse d'inspiration goffmanienne d'institution totale, tout en en gardant la dimension d'espace de *contrainte* et de *dépersonnalisation*. Ce paradoxe d'un espace-temps censé garantir l'acquisition d'une fonction d'autonomie et de responsabilisation, mais qui impose une « rationalité institutionnelle » qui « *moule* dans la logique spatio-temporelle de l'institution » ses résidents bien plus qu'elle ne les rend libres, c'est ce que Lenzi et Milburn désignent par le terme d'*emprise*. Une emprise moins corporelle que « mentale et symbolique, dont les processus atteignent l'identité personnelle. » (2015 : 99). Une emprise que nous voyons s'exercer de la même manière dans nombre d'institutions du médico-social, et qui peut prendre des formes variées qu'on a pu nommer ailleurs autrement⁶³. Le problème du travail thérapeutique avec les usagers de drogue, c'est que les professionnels ont pu historiquement expliquer, et certains justifient encore de nos jours, l'emprise transférentielle dans laquelle les usagers se trouvent pris à l'aune du fonctionnement psychique propre qu'on rattache à la « toxicomanie »⁶⁴.

En effet, le processus de socialisation qui a lieu au sein de ces centres vient souvent prendre la place de l'absence de socialisation et de « contenance » familiale qui a été construite au cours de l'enfance et de l'adolescence, ou peut encore venir remplir le vide laissé par l'absence de drogue au sein d'une existence où le produit venait remplir une fonction d'apaisement et/ou de déconnexion au sein d'un environnement oppressant ou instable (Miel, 2003). La configuration spatio-temporelle « enveloppante » du CEF, la perception du CTR comme un « cocon » isolant des dangers du monde extérieur, le repli dans une relation duelle avec les professionnels – qui perpétue le rapport qu'ils avaient au produit (entre « lune de miel » et haine de la dépendance) – tous ces éléments témoignent de la capacité d'emprise de dispositifs qui concurrencent l'institution carcérale, dans la mesure où ils relèvent d'une

⁶³ Avec la psychologue Paola Pelagalli, nous avons caractérisé le processus spécifique de repli dans une relation symbiotique des professionnels avec les usagers psychiatriques par le nom de « pharmaco-philie », en hommage à l'ouvrage de Elvio Fachinelli, *Claustrofilia* (1983) (Pelagalli, Rochet, 2022).

⁶⁴ « Quel que soit, cependant, l'itinéraire de chacun, la façon dont il nous arrive et le temps qu'il y met, rien n'est possible si ne s'instaure pas, à un moment donné, une relation de couple entre le toxico et nous. Inversement, sauf à l'aliéner complètement, il faut que cette « dépendance » [à l'institution] où il est pris s'atténue peu à peu pour s'anéantir. Chez certains, je le sais, le stade fusionnel constitue, à lui seul, un succès que nous ne pourrions pas dépasser » (Olievenstein, 1977 : 210-211)

fonction sociale plus ambitieuse : transformer les comportements et, s'il est encore possible, (ré)former la personnalité⁶⁵.

III. Gérer la marginalité – le CTR comme marché

Il s'agit dans cette prochaine section de considérer comment les CTR sont aussi concrètement confrontés avec le champ du pénal, en tant qu'ils seraient « intégrés » dans le processus de reconfiguration du champ pénal, de la délégation de certaines de ses fonctions à d'autres champs du social – et qu'ils participeraient ainsi des nouveaux dispositifs de contrôle social. Je dirais comme Chantraine (2004a) que l'appréhension de ces « tendances globales qui paraissent infléchir directement la nature et la forme du contrôle institutionnel » n'empêche en rien de nuancer le propos ou de voir les spécificités qui paraissent distinguer les centres médico-sociaux observés d'autres dispositifs plus directement carcéraux. Que la démarche soit ici « davantage prospective que démonstratrice » (*ibid.* : §8) nous permet pour notre part de mieux comprendre les stratégies des institutions que nous observons et la manière dont ils semblent vouloir (ou devoir) faire des compromis avec la place que leur concède la société entre marché du placement de la marginalité sociale et espace de réhabilitation et de normalisation comportementale.

Cela nous permet à ce stade une redéfinition sous d'autres coordonnées du « rétablissement » attendu dans ces centres, et du projet de « réhabilitation », « réinsertion » ou « ré-éducation » au sens propre – comme j'entends le démontrer – qui est mis en œuvre dans ces centres thérapeutiques.

À la suite de l'étude de la gestion différentielle de l'infraction aux règles que nous évoquions dans le chapitre 2, et en analysant les parcours de divers usagers, on peut voir en effet, qu'à l'instar de la prison, la réhabilitation des usagers ne semble pas véritablement le but de ces centres. On y distingue au moins deux types de profils : ceux pour lesquels le centre constitue une « parenthèse » propice à la réinsertion sociale, et ceux qui semblent destinés à la chronicisation institutionnelle. Les « éducatibles » et les « inéducatibles » en quelque sorte. Cela contribue d'autant plus à renforcer l'image d'une catégorie sociale d'*irréductibles inemployables* pour employer encore l'expression de Chantraine (2004a) pour lesquels la « vocation » de réhabilitation des prisons ou d'autres institutions s'est effritée. Les stratégies de réhabilitation sociale ne prenaient sens selon Chantraine que dans un monde où le marché du travail proposait effectivement des places à pourvoir ; dans la situation de crise de l'emploi que vit le premier XXI^e siècle, la ségrégation sociale que permettent des dispositifs comme la prison ont quasiment le statut d'« alternative à l'embauche », celui d'un espace-à-part, où la population d'inemployables vient être neutralisée, dans une société où le travail devient une ressource rare. Comme le panoptique reflétait la société laborieuse et mécanisée de la seconde industrialisation, les prisons contemporaines sont le « laboratoire de la société "mondialisée" où l'on teste et où l'on explore les limites des techniques de confinement spatial des rebuts et des déchets de la mondialisation » (Chantraine, *ibid.*) Les CTR sont une autre facette de ce laboratoire d'une société tournée vers les échanges, le *machine learning* et l'autonomisation, ainsi que vers l'autopromotion de soi. Il me semble que quelque chose d'analogue se tisse là,

⁶⁵ Lenzi et Milburn rapportent ainsi que « certains mineurs considèrent que la prison constitue une option préférable au CEF dans la mesure où la contrainte y recèle une fonction purement punitive et disciplinaire, et ne comporte pas d'objectif de socialisation, et donc d'emprise sur la formation de leur personnalité. » (2015 : 101 – je souligne)

dans ces dispositifs d'accompagnement, qui se situe à cheval entre l'aménagement et le contrôle de l'ordre post-disciplinaire (Castel, 1981) et la prévention des risques et le recyclage de la société mondialisée (Bauman, 1999, 2006).

Si Castel en effet faisait valoir qu'en termes de gestion des populations déviantes, on avait assisté depuis le XIX^e à l'évolution d'un modèle ségrégatif d'exclusion des formes de déviance à un modèle assistanciel d'intervention et de réduction de celles-ci, il soulignait que la période contemporaine (des années 1970-1980) voyait l'émergence d'une troisième « stratégie » de vocation globale. À savoir, celle « de construire un monde psychologique ou social ordonné en travaillant le matériel humain ; non seulement réparer ou parer à des déficiences, mais programmer l'efficacité. » (Castel, 1981 : 210)

Ce nouveau modèle, où il ne s'agirait plus seulement de corriger les déviations de l'ordre social – donc de réhabiliter ou de rééduquer – mais bien plus de passer par « l'aménagement et le management du facteur humain » (*ibidem.*), c'est celui qu'il décrit comme spécifique à l'ordre post-disciplinaire. R. Castel aurait sans doute pu, en observant Métanoïa, entrevoir l'évolution de l'addictologie contemporaine : « Tel serait l'ordre post-disciplinaire qui ne passerait plus par l'imposition des contraintes, mais par l'aménagement et le management du facteur humain en fonction des figures nouvelles sous lesquelles se présente la nécessité sociale » (*ibidem.*)

On peut s'interroger dès lors sur les formes actuelles de la « nécessité sociale », qui s'incarne par exemple dans le fait que chacun doit désormais faire valoir et fructifier les ressources au-delà de son origine sociale – il importe de démontrer ses *capacités individuelles*. La nécessité de devoir contracter des alliances s'impose sans doute tout autant – dans un monde où l'on ne peut compter que sur soi-même mais où on n'a très peu de chance de s'en sortir seul –, ce qui prend les contours, on le verra, de la *coopération*. Ces nouveaux impératifs dessinent la forme d'un ordre post-disciplinaire et d'une dépolitisation des rapports systémiques qui pèsent sur les interactions sociales – que nous analyserons davantage dans la partie III. Mais parallèlement, il s'agit véritablement de neutraliser toute velléité qui s'opposerait à cette vision du « meilleur des mondes », à l'aune de la *new penology* et de la notion de risque. C'est ce que nous voudrions analyser dans cette sous-partie.

III. A/ Avancée du paradigme gestionnaire et routinisation du contrôle des usagers.

Nous souhaitons mettre ici en lien la processualité dont nous avons pu être témoin via nos deux ethnographies comparées, et ce que des sociologues de la justice pénale identifient comme la *new penology*. (Feeley et Simon, 1992 ; Slingener, 2007). Cela se trouve résumé ainsi par Marie-Sophie Devresse : « Pour rappel, ceux-ci affirment que l'on assiste actuellement, dans les pays anglo-saxons, au développement d'une administration pénale fonctionnant par traitement managérial, actuariel et gestionnaire de catégories d'individus qui sont notamment envisagées au départ du risque social dont ils sont supposés être porteurs (voir Mary 2001, Brion 2001, Cauchie et Chantraine 2005) » (Devresse, 2006 :118).

L'usager « non fiable » devient du même coup celui qui fait subir un risque, quel qu'il soit, à l'ordre public et à la morale. Il nous semble qu'il y avait ici un lien à faire avec la gestion des cas individuels de résidents en CTR et ce contexte de processualité managériale et de

gestion des populations en termes de risques sociaux dont ils sont supposés être porteurs. Il est déroutant de parler de la « prévention des risques » en ces termes à propos du champ médico-social, qui diffère habituellement du champ pénal par la manière dont on pense bien plutôt à la « réduction des risques » que les usagers peuvent se procurer à eux-mêmes en consommant « propre », de manière à utiliser du matériel stérile et à respecter quelques principes de base de manière à limiter les surdosages. Le vocable de risques est donc susceptible de permettre des glissements sémantiques importants, en ce qu'on entend bien souvent par « prévention », au nom du bien-être des usagers au premier chef, « la prévention des risques que font courir les usagers de drogues à la société au point de vue de son organisation et de son ordre public, notamment par leur propension à commettre des délits ou leur dangerosité supposée. » (Devresse, 2006 : 118)⁶⁶.

Donc, spécifiquement, on peut relever au sein des centres des logiques fondées sur la « prévention », qui s'attachent à « détecter », à identifier de plus en plus précocement les sujets qui risqueraient de faire courir des risques à l'institution d'accueil, au-delà du fait qu'ils feraient courir des risques à la société en général. La prévention des risques à l'égard de l'utilisateur (l'aider à se faire le moins de mal possible) semble complètement floutée au profit de la prévention des risques contre lui, la prévention des risques que le sujet pourrait infliger à la société environnante – en l'occurrence celle incarnée par les autres usagers, et professionnels travaillant dans le centre.

Par ailleurs, certains cas d'utilisateurs posent d'autres problèmes en termes de gestion des risques – en tant qu'ils impliquent un autrui placé sous un type spécifique de juridiction. Le cas des mères dépendantes qui ont la garde de leurs enfants est ainsi particulièrement délicat à traiter dans les structures en addictologie. À une réunion concernant non pas le fonctionnement du CTR, mais celui des appartements thérapeutiques au TCHAT, on évoque ainsi le cas de madame Gonzales⁶⁷, mère de deux enfants en bas âge, qui est suivie aussi bien par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) que par le TCHAT en ambulatoire.

Vincent Mesnard – On fait un point rapide sur madame Gonzales ?

Lison (stagiaire éduc') – Il y a eu quoi du coup ? Un avertissement écrit... ?

V. Mesnard – Oui oui, un rappel plutôt.

L'idée, c'était que je porte, en tant que chef de service, l'enjeu des recon consommations qu'elle fait.. L'enjeu c'est que s'il y a rechute et pas que recon consommation, on sera obligés de faire un signalement à l'ASE... et puis, deuxième enjeu disons-le, ça serait une fin de séjour.

Cdt 1 – Réunion Appartements Thérapeutiques (AT) au TCHAT – 12/04/22

Dans ce genre de cas, on constate que nos acteurs s'attachent à la gestion du cas de madame Gonzales nécessairement en lien avec les injonctions qui lui sont faites de la part de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Le service médico-social doit se préoccuper de la santé et du rétablissement de l'usagère, mais se trouve être également garant de constater si son rapport à la consommation n'est pas une source de danger pour ses enfants et devrait, le cas échéant, en faire rapport à l'ASE. On voit ainsi que la chaîne de prévention des risques dans laquelle est pris le TCHAT s'étend selon les cas. Ici, on sent qu'ils sont attentifs à ce qu'ils pourraient

⁶⁶ Devresse ajoute : « Le glissement est significatif, il renvoie directement à l'avancée du paradigme gestionnaire constatée ces dernières années dans le traitement politique qu'a réservé la Belgique à la question de l'usage de drogues. »

⁶⁷ Le nom de famille a été modifié, de la même manière que pour les prénoms des résidents en CTR.

encourir comme perte de confiance de la part de l'ASE et/ou de la PJJ, s'ils « rataient » leur prise en charge. Dans de nombreux cas, la prise en charge des usagers ne concerne pas que leur rapport à l'institution accueillante, mais se voit prise dans un réseau de relations interinstitutionnelles qui influent sur les décisions de nos acteurs de terrain. La gestion des « risques » s'étend ainsi, de manière sécuritaire, aux risques présumés aussi de la part d'autres institutions, qui feraient peser la responsabilité sur le lieu de prise en charge en addictologie, en cas de « raté », dont ils pourraient être éventuellement tenus responsables.

À mon sens, le fait d'être soumis au regard d'une autre institution est ainsi *déporté sur l'usager* – l'usagère en l'occurrence –, et sert de levier de pression contre elle, dans les cas où elle ne se comporterait pas selon les attentes de l'institution. Le chef de service est assez clair – le premier « enjeu » qu'il y aura pour madame Gonzales si elle continue à consommer (c'est-à-dire la menace la plus opérante), c'est de lui laisser entendre qu'un signalement à l'ASE devra se faire, pour le bien de ses enfants. Cette admonestation paraît, aux yeux des professionnels, plus opérante même que de lui faire miroiter une fin de séjour – et donc la fin de ses soins, mais aussi le renvoi d'une situation de logement stable.

Bien que cette délégation de responsabilité sur l'usager déviant renvoie directement à la « culture du parapluie » en vigueur dans les institutions qui traitent d'affaires qui risquent fréquemment de « déraiser », cette « logique immunitaire » (Dupire, Minet, 1998 – cités par Devresse, 2006 : 119) qui vise à protéger les professionnels lors d'une mise en cause de leur responsabilité, contraste avec ce que j'appellerais une « logique communautaire », de défense acharnée des professionnels de leur juridiction et de leur sphère d'action spécifique, qui se joue dans une forme de « loyauté » à l'égard des usagers. Ainsi, en ce qui concerne cette même usagère, le chef de service est satisfait, lorsque, devant la menace du rapport à l'ASE, l'usagère « a pu exprimer ses quelques fragilités, et notamment son stress à l'idée [que sa belle-famille prenne la charge de ses enfants]. »

V. Mesnard. – Elle a commencé à pleurer à ce moment-là ; elle a une réelle peur qu'on lui enlève ses enfants [...]. Je l'ai invitée à en parler à Eva, et à se confier avec le reste de l'équipe.

Lison – Faut qu'elle soit transparente avec nous [...] mais derrière, on sait bien que s'il y a toute cette transparence-là, le placement arrive vite...

V. Mesnard – Elle peut pas être totalement loyale avec nous. On a nous aussi une limite du coup, dans cette loyauté – et ça elle en a conscience.

Les professionnels sont éminemment conscients des limites de leur loyauté avec les usagers, dans le rapport d'allégeance et de coopération avec les autres institutions dans lequel ils se trouvent pris. De la même manière, ils comprennent parfois que les usagers ne puissent pas tout leur dire, précisément parce que personne n'est dupe sur la visée rétributive et la mise à l'épreuve à laquelle les usagers se trouvent soumis dans ces centres. Mais des deux côtés on essaie de garder la face, et d'exposer un rapport de confiance et de transparence réciproque qui, s'il était démonté, nuirait à toute velléité de coopération avec l'institution de soins.

Bien que certaines de ces situations peuvent laisser entendre que les menaces et sanctions engagées envers les usagers pourraient avoir un effet dissuasif, ou thérapeutique par surcroît – un peu en désespoir de cause – il ne faut pas pour autant s'imaginer qu'elles sont menées dans cette visée. Les tentatives de dissuasion de la consommation sont rarement orientées par une perspective de « guérir » l'autre, ou de vouloir l'empêcher de se nuire à lui-même. Les professionnels de l'accompagnement en addictologie ont internalisé certaines

procédures de contrôle, qui font partie de leurs prérogatives mais qui sont surtout intégrées à leurs fonctions comme des actes routiniers, mécaniques. J'accompagne ainsi lors de mon premier stage d'observation monsieur Leprince ou Capucine à quelques reprises pour « visiter » les A.T. du TCHAT. La procédure est simple : si l'utilisateur est absent ou n'ouvre pas, le professionnel rentre, avec ses clefs. Il ou elle inspecte le lieu de résidence de l'utilisateur en faisant attention à la propreté, et en guettant toute trace qui laisserait entendre qu'il y a eu des consommations. Quotidiennement, indépendamment de la présence ou non des usagers dans ces appartements, les professionnels doivent effectuer ces procédures de contrôle.

À cet égard, le contrôle des appartements thérapeutiques rappelle le principe des tests toxicologiques, si on les envisage tous deux sous l'angle de la prévention gestionnaire, signe de l'extension du filet pénal à toute personne à laquelle cet « outil » de la prévention vient soumis. Comme en témoigne un agent de police interviewé par Devresse :

« Je peux vous répondre que le suivi, j'estime qu'il ne doit pas être fait par le parquet et qu'il doit être fait par d'autres personnes. Je ne trouve à la limite pas normal qu'on prenne un toxicomane, qu'on le convoque tous les mois pour vérifier sa toxicomanie. C'est peut-être bête... mais *c'est un peu comme si on convoquait quelqu'un pour être sûr qu'il ne vole plus et qu'on allait faire une perquisition tous les mois pour être sûr qu'il n'a pas d'objets volés chez lui*. Donc, quelqu'un pour moi qui a commis une infraction n'est pas supposé en avoir commis une autre et on pourrait utiliser le même acharnement dans d'autres domaines que la toxicomanie. La seule justification que je peux trouver à cela, c'est de voir que l'infraction a cessé, si vous voulez. [...] *Mais il ne faut surtout pas penser que ça peut avoir un caractère dissuasif ou thérapeutique*. Ça, vous seriez à côté de la plaque. *Si c'est un acte purement technique, pour vérifier que le gars ne consomme plus de stupéfiants, bon, ça peut se justifier*. » Inspecteur spécialisé, police A – (Devresse, 2006 :124 – je souligne)

Nous sommes bien dans la situation décrite par l'inspecteur spécialisé. « D'autres personnes » que le parquet, le SPIP ou la PJJ, prennent en charge le « suivi » d'un infracteur à la loi sur les stupéfiants. Et elles vont, régulièrement – au moins une fois par semaine lorsque l'utilisateur est en appartement thérapeutique, et dans une surveillance *quotidienne* lorsqu'il est résident en CTR –, « vérifier sa toxicomanie ». Dans l'espace clos du CTR – avec les « tentations » que représentent les sorties, on va contrôler si, lorsqu'il n'est plus exposé au produit, il cesse d'être toxicomane (« l'infraction » cesse, momentanément) ; et on va le placer ensuite dans un espace liminaire, l'AT, appartement privatif mais sous surveillance de l'institution (qui peut effectuer des contrôles sans prévenir), pour vérifier que « l'infraction a cessé ». L'AT est censé mettre à l'épreuve l'utilisateur, mais elle devrait permettre de diminuer les fonctions de contrôle au profit de l'inculcation de l'auto-contrôle de l'utilisateur. Ces inspections-surprises sont ainsi censées valider la pertinence et la pérennisation d'un « devenir-autre » de l'utilisateur de stupéfiants – qui reste paradoxalement dans une situation de potentiel contrôle imminent de la part des professionnels. Il faut dire surtout que ce contrôle ne concerne qu'une partie, minoritaire, des usagers qui fréquentent les centres en addictologie, ainsi que des usagers de drogue placés sous main de justice, comme le souligne encore l'interviewé :

Mais en même temps, c'est totalement ridicule, parce qu'en fait, *on ne contrôle que ceux qui ont déjà été arrêtés* et on n'a aucun moyen de mesurer ou de voir ceux qui n'ont jamais été arrêtés. On se fixe à une certaine clientèle de toxicomanes qui ont eu la malchance d'être arrêtés, mais je ne peux pas m'empêcher de penser instinctivement *qu'on les maintient dans une espèce de rôle de toxicomane*. » (Inspecteur spécialisé, police A – Devresse, *ibid.* : 125)

Comme dans le système pénal décrit avec finesse par Devresse, le nombre de « clients » d'une institution évolue d'année en année, mais il se concentre toujours autour d'un certain

noyau d'usagers réguliers, qui constituent en quelque sorte le "vivier" de l'institution – comme on dit dans certaines écoles de théâtre pour parler des acteurs fétiches, qui finissent par donner leur identité au lieu. Au TCHAT, c'est le cas de Dylan, au sein du CTR, ou encore de Guy, l'utilisateur choyé par Anne-Marie au sein du Groupe de partage du centre d'accueil. À Métanoïa, c'est le cas de Jérôme, de Sou Ici, d'autres usagères dont on me parlait régulièrement, comme de « bonnes résidentes » habituées du lieu. Encore faudrait-il souligner que les deux viviers ne se constituent pas selon la même dynamique : selon mes observations, le "noyau" d'usagers réguliers du TCHAT se maintient, par inertie institutionnelle et volonté des professionnels hommes et femmes de garder les usagers dans leur giron ; le "noyau" de Métanoïa se constitue beaucoup plus selon la métaphore de l'école de théâtre, comme une scène de la personnalisation plus forte du rapport de certains usagers et usagères à l'institution – qui envisagent alors parfois de revenir, pour une deuxième voire une troisième "saison" (on verra dans le chapitre 6 les liens entre le CTR et la spectacularisation de soi dans un cadre de type télé-réalité).

Dans le même temps, personne n'est dupe sur le fait que ces fonctions de contrôle font bien partie d'une logique de gestion de la marginalité. D'une part, elles ne permettent en rien de s'attaquer au phénomène global de la consommation et du trafic de substances, d'autre part, comme le souligne entre les lignes le policier (« On se fixe à une certaine clientèle de toxicomanes qui ont eu la malchance d'être arrêtés »), elles rendent visible le fait qu'il y a une disproportion entre le nombre de personnes infractrices et la concentration des sanctions sur un certain type d'usagers, souvent socialement discriminés : « avoir la malchance d'être arrêtés », ce n'est pas être en proie à la persécution du Destin, c'est être né dans un monde où certains se voient arrêtés et d'autres pas. Comme l'écrit Alexis Jenni, prix Goncourt pour son roman *L'art français de la guerre* :

Dans la rue personne ne me demande jamais de justifier de mon identité. Pourquoi me le demanderait-on ? Ne sais-je pas qui je suis ? Si on me demande mon nom, je le dis. Quoi d'autre ? [...] Personne ne m'a jamais demandé dans la rue de produire ma carte, la petite carte couleur France où est porté mon nom, mon image, mon adresse et la signature du préfet. À quoi servirait-il que je l'aie ? Je sais tout cela.

Bien sûr le problème est ailleurs ; la carte nationale d'identité n'a pas usage de pense-bête. [...] C'est le geste qui compte. Tous les enfants le savent. Quand des fillettes jouent à la marchande c'est le geste de donner l'argent imaginaire qui fonde le jeu. L'agent qui contrôle l'identité se moque bien du contenu, de déchiffrer l'écriture, de lire les noms [...] Le contrôlé se doit d'être patient et silencieux. Chacun connaît son rôle ; seul compte l'enchaînement des gestes. On ne me contrôle jamais, mon visage est évident. Ceux à qui on demande cette carte que je ne porte pas se reconnaissent à quelque chose sur leur visage, que l'on ne peut mesurer mais que l'on sait. Le contrôle d'identité suit une logique circulaire : on vérifie l'identité de ceux dont on vérifie l'identité, et la vérification confirme que ceux-là dont on vérifie l'identité font bien partie de ceux dont on la vérifie. Le contrôle est un geste, une main sur l'épaule, le rappel physique de l'ordre. Tirer sur la laisse rappelle au chien l'existence de son collier. On ne me contrôle jamais, mon visage inspire confiance. (Jenni, 2011 : 227-228)

D'autre part, ces fonctions de contrôle participent en outre aux processus de sélection qui engendrent une division du marché du médico-social, entre les structures qui pourront sans doute toujours davantage choisir leurs usagers – et décréter autrement l'inadaptation du centre à leurs besoins « spécifiques » – et celles qui deviennent le lieu-dépôt des fonctions sociales d'autres champs de juridiction.

III. B/ Le marché des CTR : du « chemsexeur » au « placement extérieur ».

Bien que notre recherche ethnographique n'ait pas porté directement sur cette dimension, certains éléments d'enquête nous ont permis de mettre en lumière les contraintes financières et les enjeux de la dimension budgétaire qui sont présents en CTR et influent nécessairement sur les rapports entre cadres et opérationnels de terrain, sur le travail des équipes, mais également sur le profil d'usagers pris en charge. On ne peut observer le travail thérapeutique mené dans ces structures et les attentes portées à l'égard de leurs bénéficiaires sans contextualiser le cadre socio-économique qui met aujourd'hui les structures du médico-social français en compétition pour les financements publics. L'évolution d'un système de financement par dotation globale vers un système mixte de crédits ONDAM⁶⁸ et de subventions publiques et privées concerne comme le reste des associations du sanitaire et du médico-social les CSAPA, et conséquemment les CTR, qui se voient de la sorte de plus en plus soumis aux exigences d'un marché de la réhabilitation psycho-sociale, où certaines institutions se trouvent mieux cotées que d'autres.

À plusieurs reprises, j'ai pu relever chez les cadres des structures observées des préoccupations attenantes à la nécessité de garantir le renouvellement de l'enveloppe budgétaire annuelle, et pour ce faire, de ne pas se laisser supplanter par d'autres centres qui sur le même territoire ou à l'échelle nationale incarnent une forme de concurrence :

Je discute avec le chef de service du pôle établissement, Maxime Leprince, dans son bureau. Après avoir parlé de l'organisation des décisions au sein de la structure, il me décrit ensuite « son » CTR comme une entreprise sur un marché en concurrence.

M. Leprince – Les gens en fait font des dossiers, les envoient à la volée, et puis, c'est au premier qui appelle... [il sous-entend que les usagers envoient des dossiers dans plusieurs CTR et qu'il faut être réactifs pour obtenir cette personne]

C'est vraiment un marché concurrentiel. Donc j'ai de plus en plus, soit des gens qui me disent « ah, j'ai été pris ailleurs... », soit des gens qui jouent la montre – « ah, mais vous êtes mon deuxième choix... »

Alors qu'ici, ce sur quoi ça se fondait jusqu'à il y a encore 2 ans, c'était le « triptyque » : le médecin, l'analyste, une assistante sociale. Il y avait d'abord une discussion individuelle avec chacun des trois puis une analyse entre les trois de la « demande » du patient... et après, rebelote 15 jours plus tard, et on lui disait ensuite s'il était pris en charge et comment. *Entretiens, le type qui va pas bien, il a déjà appelé tous les autres CSAPA de France...*

Cdt 1 – TCHAT – 03/06/21

Le nouveau chef de service du pôle hébergement-justice, Vincent Mesnard, essaie de proposer depuis son arrivée ce qu'il décrit comme un « management de participation, de co-construction avec l'autre », et tente de faire un peu avancer les dossiers, les sujets...

⁶⁸ Créés par les ordonnances de 1996, L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé chaque année par le Parlement, en lien avec les dispositions de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). C'est un objectif de dépenses publiques à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux. Ces financements sont assurés concomitamment par les ARS (Agences Régionales de Santé) et par la Sécurité sociale *via* ces crédits.

Avant une réunion, il me décrit ses objectifs :

Vincent Mesnard – D’abord, 1) *Réorganiser l’unité justice* : je veux reprendre les quatre heures vacantes d’intervention sur la maison d’arrêt de P. parce que *je vous avouerai qu’on est en concurrence avec le CSAPA de l’Acacia*, ça peut sembler ridicule, mais la maison d’arrêt de P., c’est la plus grosse... J’ai travaillé avec Sandra [qui s’occupe des demandes en prison], on a réussi à dégager une organisation. Sandra est donc quasiment à temps plein sur l’unité justice, plus un après-midi sur le CTR... ; 2) *Trouver deux appartements thérapeutiques supplémentaires*. Maintenant on en a 9, il en manque 1 sur le nombre idéal... 9 oui, donc avec 3 P.E. [3 appartements dédiés aux P.E] – mais il nous en manque toujours un...

Cdt 1 – TCHAT – 12/04/22

À un an d’écart, il semble que les deux chefs de services se succédant au TCHAT font face à la même problématique : une institution qui pensait autrefois pouvoir choisir (et prendre le temps de le faire) ses résidents, n’est plus une organisation rentable aujourd’hui. D’une part, M. Leprince pointe l’inversion de la dynamique d’offre de services de soins dans laquelle les établissements médico-sociaux se retrouvent pris aujourd’hui : c’est à eux d’être réactifs et d’aller, comme on dit trivialement, "chercher le client" – plus d’ailleurs parce que les places sont rares en CTR, et qu’on comprend ainsi pourquoi les usagers multiplient leurs demandes dans plusieurs centres. Mais les CTR qui ont des délais de réponse plus longs que d’autres se trouvent ainsi disqualifiés sur ce « marché concurrentiel » de l’allègement du malheur. V. Mesnard lui, opte pour la réorganisation du réseau de partenaires de l’institution – en misant notamment sur un nouveau vivier de recrutement des usagers de drogue demandeurs de soins : les maisons d’arrêt. Mais il doit faire les comptes avec le fait que d’autres structures disposant d’une même offre de service (probablement des Appartements thérapeutiques de transition, ou des Appartements réservés aux placements extérieurs pour le CSAPA L’Acacia) peuvent être plus rapides dans la manifestation de leur intérêt pour ce partenariat.

De l’autre côté, à Métanoïa, le rappel des conditions de financement de la structure sert un discours pragmatique qui invite les professionnels à comprendre les mutations en cours de la structure, et notamment le fait que leurs cadres ne soient plus disponibles pour s’occuper des décisions attenantes au fonctionnement du centre (rappels à l’ordre et expulsions), car ils sont pris par d’autres fonctions, de développement et de recherche de financements :

Delphine, la directrice de transition, rappelle les conditions financières qui régissent le fonctionnement de la structure avant une réunion institutionnelle portant sur la « coopération » :

Delphine – Ces dernières années, il y a eu un développement de temps d’ingénierie. Il y a par exemple eu du côté du résidentiel un appel à projet sur les ACT, qui n’a pas été gagné. Mais il peut demain y avoir du développement du côté des EMPP [équipes mobiles], de l’ambulatoire, d’autres formes de résidentiel... [...] Quand on a un financement pour un établissement autorisé, *si on fait pas de développement on se sclérose...*

Or le développement est intégré dans le temps de travail financé, sur toutes les fonctions support et encadrement, qui doivent aussi aller chercher du financement, aller voir ailleurs ce qu’il se fait... Sauf que *vous*, quand vous avez commencé [aux débuts du CTR], les fonctions d’encadrement elles étaient juste dédiées à la fonction de gestion interne. Du coup, faut qu’in retravaille sur toutes ces fonctions-là... qui va faire du développement ? C’est des vraies questions, *c’est aussi une évolution normale des institutions, qu’il faut entendre.*

Cdt 2 – Métanoïa – 02/12/21

La directrice fait donc valoir, au nom du progressisme et de la compréhension de l'« évolution normale des institutions » que la cheffe de service doit désormais réserver son énergie au développement et au montage de projets. La situation de Métanoïa est quelque peu particulière puisque – comme je l'ai évoqué en introduction – l'organisation locale rassemble en fait le CTR et deux équipes d'intervention et de prévention, qui fonctionnent à partir d'autres financements (subventions, appels à projet et vente de produits de prévention à destination des partenaires). Les projets de développement concernent donc l'essor du réseau de Métanoïa, au-delà de la gestion et du fonctionnement annuel de son CTR. Par ailleurs, le centre appartient fait partie d'une association ambitieuse – Agora – qui est très active dans la recherche de nouveaux sites d'implantation, et qui paraît montante dans le secteur du médico-social. J'assiste par exemple à l'une des preuves de la promotion de sa "modernité" et de son esprit d'innovation à l'échelle nationale, lorsque l'association « gagne » face à d'autres associations importantes en France l'appel à projets permettant la création d'un premier CSAPA dans une des îles des DROM-COM.

Au-delà de la réactivité et de la capacité à étendre son réseau d'actions, la représentation de la modernité d'un centre apparaît également dans sa capacité à prendre en charge ou non tous les types d'addictions. Très globalement, un centre qui ne serait spécialisé qu'en alcool peut intéresser l'utilisateur qui est dépendant à l'alcool depuis quinze ans, mais il ne sera qu'un second choix pour l'utilisateur polytoxicomane qui souhaiterait travailler aussi sur d'autres produits de consommation. Ou encore, les addictions sans substances⁶⁹ étant rentrées depuis peu au registre des consultations en ambulatoire en CSAPA, on comprendra comment il a pu être souvent plus rare, dans les dernières années, de rencontrer des usagers dans les CTR qui viendraient pour dépendance au jeu, ou aux écrans, ou encore à d'autres « conduites à risques ».

Parmi ces dernières, l'exemple du *chemsex* mérite d'être relevé pour ses caractéristiques géo-sociales. Le *chemsex* (contraction des mots anglais « *chemicals* » et « *sex* ») est un phénomène social apparu au milieu des années 2000 via le *slam* aux États-Unis (pratique de l'intraveineuse en contexte sexuel) et l'introduction sur le marché de nouveaux produits de synthèses psychostimulants comme les cathinones⁷⁰. C'est donc une pratique avec utilisation de substances – ce qui ne nous permet pas de la rattacher aux addictions comportementales évoquées ci-dessus, mais bien de la considérer comme un phénomène émergent qui mêle prise de produits et rapport à la sexualité, à la performance, et à la fête. La documentation scientifique qui commence à émerger sur le sujet (Grégoire 2016 ; Lamotte, Pommier, 2021) se laisse concurrencer par l'appréhension médiatique du phénomène, qui inquiète aussi bien l'opinion publique à cause de sa diffusion chez des usagers toujours plus jeunes – mais aussi de par l'image de « fléau » qui le connote⁷¹ dans un milieu homosexuel masculin où il prend

⁶⁹ Je rappelle que les addictions sans substance englobent aujourd'hui les jeux de hasard et d'argent, les jeux vidéo, les écrans, internet ou encore les addictions alimentaires ou au sexe. (Addictions-France, 2022)

⁷⁰ Vendues souvent sous la forme de poudre, les cathinones sont une famille de substances de synthèse dérivées de la cathinone naturelle (issue du khat), dont les effets ressentis, stimulants et sympathomimétiques ressemblent à ceux des amphétamines ou de la MDMA/ecstasy. Les molécules plus connues sur le marché sont la méphédrone, la 3-MMC, la MDPV, la 4-MEC et l'alpha-PVP.

⁷¹ Pour un rapide panorama du traitement du *chemsex* par les médias, je choisis ici un article d'un blog du monde sur les « réalités biomédicales » : « [Chemsex](#) » : quand drogues et sexe forment un duo fatal – Réalités Biomédicales ([lemonde.fr](#)). Ainsi qu'un article du récent magazine *Neon*, destiné à un public jeune : [Enquête : Chemsex, l'épidémie qui vient - neonmag.fr](#)

aujourd'hui les contours d'une nouvelle menace épidémique post-SIDA. Car la prévalence du chemsex chez la communauté gay (3 à 14 % des HSH auraient pratiqué le chemsex au cours des douze derniers mois selon les enquêtes – Milhet, 2019) s'explique aussi par la gestion via le chemsex du stigmate de l'homosexualité que certains continuent de subir. Un rapport récent de l'OFDT constate ainsi que « certaines personnes disent s'autoriser à vivre leur homosexualité sans plus aucune entrave émotionnelle ni censure personnelle » à travers le chemsex (Milhet, 2019 : 19). Un autre facteur de l'accroissement de ces pratiques tient à l'évolution de l'accès à la consommation et des modalités de rencontre *via* les technologies numériques et les réseaux sociaux, qui a décuplé les possibilités d'avoir accès facilement à des produits psychostimulants. De fait, l'arrivée des nouveaux produits de synthèse (NPS) dans les années 2010 semble avoir donné un nouvel essor en France et en Europe au phénomène, dans une population plus large que celle du milieu homosexuel métropolitain. Les NPS désignent en fait un ensemble assez hétérogène de molécules créées synthétiquement qui diffèrent parfois très légèrement de la composition des substances illicites type MDMA/ecstasy, cocaïne, *etc.* À titre d'indication, on dénombre en Europe plus de 897 nouveaux produits de synthèse identifiés depuis 1997 (Martinez *et al.*, 2018).

L'apparition du chemsex dans les centres de soin en addictologie a pu être chiffrée et documentée – et elle a fait l'objet d'un très récent rapport pour le ministère de la Santé (Benyamina, 2022) mais ce qui m'intéressera ici c'est son appréhension, en tant que nouveau vivier d'utilisateurs potentiels, par les chefs de service des CTR que j'ai fréquentés. À Métanoïa, les utilisateurs issus du milieu du chemsex commencent à être nombreux depuis quelques années. Ils ne sont pas considérés comme des utilisateurs particuliers dans la structure, et le mot de « chemsex » en lui-même ne vient que très peu de fois abordé par les professionnels (que ce soit en ateliers ou en réunion). La présence d'utilisateurs qui par ailleurs peuvent assumer leur homosexualité et parler de leurs pratiques d'injections ou d'absorption de substances en contexte festif et/ou sexuel semble tout à fait normalisée, en comparaison à la consommation d'autres substances. Seuls quelques utilisateurs ou encore le médiateur santé-pair de la structure reconnaissent leur ignorance sur les pratiques qui peuvent impliquer des cathinones, de la méthamphétamine, du GHB, de la kétamine – et sont souvent curieux de l'intérêt, des effets et du danger de ces substances. Les jeunes hommes que j'ai pu rencontrer à Métanoïa qui présentaient ces pratiques étaient très banalement intégrés au parcours de soins en tant qu'utilisateurs de substances, comme les autres – ils venaient pour leur dépendance aux cathinones et au GHB avant tout. Le phénomène du chemsex n'était ainsi abordé que sous l'angle de la dépendance biochimique et psychologique aux produits, et non pas comme un phénomène social de plus grande ampleur, ou relevant d'autres facteurs.

Au TCHAT, en confrontation, il y avait, jusqu'à mon retour dans la structure en 2022, une ignorance totale sur le phénomène du chemsex. Contrairement au silence qui concerne ces pratiques rendant compte de leur normalisation, à Métanoïa, le silence dénote ici l'inexistence, l'impensable de la chose. Cela s'explique avant tout par la répartition géo-démographique du phénomène, qui s'est diffusé avant tout dans les grandes villes et métropoles, et très peu dans des villes de province aux milieux festifs plus restreints. Il faut soulever aussi que cela témoigne du peu d'intérêt des professionnels de cette structure pour les avancées scientifiques concernant l'addictologie. Ils lisent peu les rapports et les publications de santé publique en la matière, participent rarement aux Journées de la Fédération Addiction qui sont organisées annuellement. Le nouveau chef du pôle hébergement avait récemment appris l'existence des pratiques de chemsex et des dépendances qui s'ensuivent, grâce à une visite dans un autre centre (de type SSR – mais reconnu nationalement comme un des centres de postcure les plus

importants en termes de flux de patientèle), qui organisait des journées portes ouvertes. Dans ce centre situé au nord de la France dans une petite ville de campagne, ils avaient organisé la conférence d'un important chef de service d'un centre d'hospitalisation parisien, accompagné d'une sexologue de son service – qui avait expliqué ce qu'était le chemsex, et les manières d'accompagner la prise en charge des usagers répondant à cette problématique. Cette journée semblait avoir fait un fort impact à Vincent Mesnard qui, avant une réunion, me parlait en termes très élogieux, tant de l'organisation du centre qu'il avait visité, que de l'exposé de ses collègues « addictologues »⁷². Il en profita pour me questionner sur l'argument, et devant les éléments que je lui rapportais sur le chemsex comme pratique sociale récente et de plus en plus médiatisée, il me demanda en outre ce jour-là de lui trouver, si j'en trouvais le temps, de la documentation appropriée pour les travailleurs du TCHAT. Quelques instants plus tard, V. Mesnard fait la présentation de cette journée portes ouvertes au centre H. et rapporte les éléments de connaissance qu'il a eus sur « ce phénomène nouveau » qu'on appelle « chemsex » lors de cette visite. Il invite les professionnels présents à lire un peu sur le sujet, et ajoute : « Je vous en parle parce que [nom du centre H.] en ont accueillis... *Et visiblement ils sont en quête de CTR – parce qu'ils ont essuyé pas mal de refus, par rapport à ce type de problématiques.* » (je souligne).

D'autres éléments d'observation concordent pour nous permettre d'analyser le TCHAT comme une institution en quête de nouveaux segments de marché. Ou plutôt, bien loin de voir cette institution comme une structure en phase de promouvoir des techniques thérapeutiques novatrices en addictologie, on perçoit davantage comment ce lieu est obligé de se positionner en réponse à la demande d'un marché de l'accompagnement à l'abstinence et aux soins des addictions. Les cadres de cette structure répondent à la commande sociale, aussi bien au niveau des marchés qui leur sont déjà ouverts (la coopération avec le milieu pénal, notamment avec les mesures alternatives à la peine d'obligation de soins), que de la projection idéalisée vers de potentiels marchés futurs. « Il faut se mettre à la page », c'est un peu le message subliminal que tente de faire passer le nouveau chef de service du pôle hébergement à ses salariés – et donc, il faut être en mesure d'élargir l'offre, de la modifier, de manière à répondre aux problématiques que posent les nouveaux publics de l'addictologie. Les chemsexuels sont la partie émergée d'un phénomène qui concerne beaucoup plus la mutation de la population d'usagers de drogues dépendants, et le « projet anthropologique » que paraît circonscrire l'actuelle discipline (Langlois, 2022 : 56) : « En travaillant à mettre en place les conditions d'une "maintenance", une sorte d'équilibre quasi homéostatique entre l'individu et sa drogue, en voulant limiter les dommages, en cherchant à garantir une certaine adaptation sociale, le projet addictologique a pour ennemi l'excès comme forme de vie incompatible avec les exigences sociales » (*ibidem*). Il semble de ce fait s'éloigner d'une conception de la dépendance comme fléau social, et comme une forme de destin réservée aux classes les plus marginales de la société. Néanmoins, deux détails nous semblent d'importance, à propos de cet intérêt extensif du CTR pour d'autres types de public : d'un côté, le TCHAT semble très en retard, par rapport à l'accueil de ces nouvelles populations – dont la présence comme on l'a dit est en quelque sorte déjà banalisée à Métanoïa – ; et cela dénote aussi le retard de ce CTR au niveau de « l'offre », qui explique sans doute en partie qu'il ne reçoive pas plus d'orientation de chemsexuels. De l'autre, on voit bien la tension qui anime le chef de service, entre la nécessité de répondre à la demande présente, qui vient de la justice, et l'ambition de « moderniser » le TCHAT pour en faire un centre à la hauteur des enjeux de l'époque. Reste que, de fait, ils ne reçoivent que très peu de nouveaux publics, et ils n'accueillent que très

⁷² Cdt 1 – TCHAT – réunion institutionnelle du 12/04/22.

rarement des « jeunes », ou des usagers portés sur les drogues de synthèse ou pris dans des addictions sans substance. Un changement d'importance est en revanche perceptible dans la mutation de leur file active : ils reçoivent en effet, et ils orientent toujours plus leurs actions au niveau des placements extérieurs, et donc d'actions coordonnées avec la justice pénale. Pour reprendre les mots d'Emmanuel Langlois, « [l']addictologie n'aurait donc pas tourné le dos à une fonction de contrôle social de certains groupes socialement problématiques aux yeux des pouvoirs publics. » (Langlois, *ibid.* : 57)

Lors de la discussion que j'ai informellement avec Vincent Mesnard⁷³, il m'informe du fait que ce qu'ils appellent « l'unité Justice » (une éducatrice travaillant à 80% de son temps sur les maisons d'arrêts environnantes, et 20% du temps restant au CTR) suit actuellement 242 « patients » sur les maisons d'arrêts de O. et de P. Ce « suivi » consiste en une rencontre de l'éducatrice, Sandra, par mois ou semaine, avec une « petite fiche » réalisée à leur endroit, pour voir si la demande est conciliable avec une orientation en aménagement de peine, ou passée la peine de prison, vers le CTR. Sur demande de précisions de ma part, Mesnard me dit qu'un détenu peut faire la démarche de demande, mais aussi bien un surveillant ou encore l'unité sanitaire de la prison. Certains justiciables m'indique-t-il, se voient ainsi seulement « évalués » et pas forcément « suivis ». Ensuite, Sandra rapporte dans la CPU (Commission pluridisciplinaire unique) les cas qui pourraient être accueillis, s'il y a des places, au CTR ou en A.T. Une organisation de concertation est ensuite organisée tous les trimestres, entre le centre et la maison d'arrêt, pour faire émerger « des situations où potentiellement ça serait important de dégager des situations de Placement Extérieur. »

Le chef de service me rend compte de ses difficultés à coordonner les actions du centre avec la prison et le milieu pénal dans son ensemble : « Malheureusement les directions de SPIP changent beaucoup... » ; « Avant, c'était l'équipe, l'unité justice montait un dossier P.E. et après, on demandait à la maison d'arrêt. Parfois c'est possible, parfois c'est pas possible... ». Le chef de service pointe qu'aujourd'hui, ces réunions de « concertation » ressemblent plus à une négociation entre services du milieu pénal et services d'hébergement en addictologie, qui peuvent fournir une bonne « option » pour l'aménagement de peine de détenus incarcérés pour de courtes peines, liées ou rattachées à l'usage de stupéfiants. Ce CTR se place donc comme un auxiliaire sur le marché des différents aménagements de peine prévus par la justice pénale. Vincent Mesnard note également les points positifs de cette collaboration pour le centre : « Et nous voulons, et ils veulent aussi qu'on garde notre expertise par rapport à l'addiction par rapport à ce projet extérieur.. » ; « On est sur un pied d'égalité, c'est important... C'est ce qu'il y a de bien avec cette concertation. » ; « C'est différent de nos collègues du S. [une institution prenant en charge les auteurs de violences familiales], où le SPIP est prescripteur. » Le chef de service insiste sur l'égalité entre parties collaboratrices, pour souligner l'indépendance de son institution, mais il semble néanmoins qu'il envisage en fait la prison et le SPIP comme des « fournisseurs » (et donc vis-à-vis desquels il reste dans un rapport de relative dépendance). D'où l'importance de la projection sur d'autres marchés potentiels, pour ne pas se retrouver à la merci d'un seul fournisseur :

V. Mesnard – Avant, c'était l'équipe, l'unité justice montait un dossier P.E. et après, on demandait à la maison d'arrêt. Parfois c'est possible, parfois c'est pas possible...

S.R. – C'est eux qui vous fournissent du coup aujourd'hui les patients ?

V. Mesnard – Je dirais pas ça... c'est plus regrouper nos compétences, et voir que ça et ça c'est possible... C'est balayer les situations... [...] [Aujourd'hui] ça s'organise bien...

⁷³ Cdt 1 – TCHAT – réunion institutionnelle du 26/04/22.

[un temps plus tard] J'ai dû travailler à une réorganisation de ce service – parce qu'il y avait 4 heures pas pourvues à la maison d'arrêt, et il fallait le combler parce que la concurrence [le CTR L'Acacia à P.] allait vouloir le prendre...

Cdt 1 – TCHAT – 26/04/2022

III. C/ Le cas des placements extérieurs (PE) – un cas-limite de la liberté sous contrainte

Différentes mesures alternatives à la peine peuvent intervenir en amont comme alternative aux poursuites, ou à l'issue d'un procès – comme alternative à la peine. Ces personnes se voient souvent suivies en SPIP (166 235 personnes suivies en 2021 – Statistiques du milieu ouvert) et se voient contraintes à une surveillance ou à des obligations particulières (travaux d'intérêt général, stages, médiation, composition pénale...). L'orientation de l'auteur des faits délictueux ou criminels vers une structure sanitaire ou sociale peut également être envisagé – ce sont ce genre de cas qui nous intéressent, à travers deux mesures particulières : l'obligation de soins et l'injonction thérapeutique.

L'obligation de soins peut correspondre à la peine exigée pour divers types infractions, notamment les infractions à caractère sexuel, les conduites en état alcoolique et celles liées à la consommation de stupéfiants. Mais elle peut être prononcée pour d'autres infractions comme les violences intra familiales, les vols avec ou sans violence, lorsque l'enquête établit que les faits semblent corrélés à une consommation de stupéfiants. Prévue par l'article 132-45 du code pénal, l'obligation de soins est une mesure judiciaire contraignante, alternative à l'incarcération ou visant à l'aménagement d'une peine. Sa définition est extrêmement lâche, mais on peut dire qu'elle concerne les cas où il y « substitution du consentement obligé (soumission) au consentement libre et éclairé du patient, principe essentiel de la loi du 4 mars 2002 » (Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine - Benney, 2006). Dans ce genre de délit, on reconnaît au garant de la loi (le magistrat en charge) de privilégier l'intérêt collectif transgressé au consentement libre du prévenu. L'obligation de soins s'entend comme une obligation à la consultation d'un professionnel de santé ; néanmoins la personne est apparemment libre de choisir le médecin ou la structure au sein de laquelle elle souhaite être suivie. En outre, elle ne comporte pas d'articulation formalisée entre les secteurs de la justice et de la santé. Enfin, cette obligation ne nécessite pas d'expertise médicale préalable pour être prononcée, c'est uniquement le magistrat qui décrète de l'opportunité de la mesure (Fédération Addiction, 2022).

Avant procès, un usager de drogue peut ainsi simplement se voir orienté, sur simple avertissement, vers des structures d'accompagnement et de soins. Mais dans le cas de poursuites, il va être obligé *via* l'obligation de soins à « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. *Ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique* prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique, *lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques.* » (article 132-45-3 du Code Pénal – je souligne).

Précisons : si l'obligation de soins n'est pas spécifique aux problématiques addictives et peut concerner d'autres pathologies (psychiatriques, notamment), *l'injonction thérapeutique* est, elle, une obligation de soins qui concerne exclusivement les usagers de substances et/ou

d'alcool – qu'ils aient commis un délit en état de consommation ou qu'ils soient simplement passibles d'une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS). La cure de désintoxication ou le placement sous surveillance médicale apparaissent alors comme une véritable alternative aux poursuites pénales. En cas d'acceptation, le délinquant est placé sous la double tutelle judiciaire et sanitaire (Art. 131-10 du code pénal), et nous verrons comment les deux continuent de se lier au sein des centres observés. Par ailleurs, le rapport de l'Académie Nationale de Médecine (2006) souligne que l'obligation de soins peut également être prononcée par le juge d'application des peines (JAP) au cours de l'exécution de la peine : on peut conséquemment conditionner l'obtention d'une mesure de libération conditionnelle (art. D536-3 du code pénal) ou de semi-liberté (art. 132-25 du code de procédure pénale ; art. D138 du code de procédure pénale) à une obligation de soins. La non-observation de cette obligation peut conduire le magistrat à saisir le tribunal correctionnel et reconduire le probationnaire défaillant ou rétif en prison. Néanmoins, cette mesure reste peu prononcée par les tribunaux de grande instance. Selon le Rapport du Sénat (2003), en 1993, les injonctions thérapeutiques représentaient moins de 9 % des interpellations d'usagers et seuls 5,6 % des personnes fréquentant les centres de soins pour toxicomanie venaient en injonction thérapeutique. En 1996, 10% des TGI n'avaient jamais prononcé de mesures d'injonction thérapeutiques. Par ailleurs, la majeure partie des I.T. s'adressent à des usagers de cannabis (contre 36% seulement à destination des héroïnomanes), ce qui rend compte d'une situation qui témoignent de déterminants exogènes à la problématique de la dépendance de l'usager (voir encadré).

Encadré 3.2_ L'injonction thérapeutique en CTR

Il nous importe tout d'abord de bien distinguer l'injonction thérapeutique de l'obligation de soins – une différence qui n'est pas fréquemment faite.

L'obligation de soins, prévue par l'article 132-45 du code pénal, est une mesure judiciaire contraignante, qui peut s'entendre comme une obligation à la consultation d'un professionnel de santé. Néanmoins la personne est apparemment libre de choisir le médecin ou la structure au sein de laquelle elle souhaite être suivie. En outre, elle ne comporte pas d'articulation formalisée entre les secteurs de la justice et de la santé. À l'inverse, l'injonction thérapeutique, prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique, se place en lien direct avec l'histoire de la pénalisation des substances, eu égard à la responsabilité/irresponsabilité des usagers de toxiques. Elle reste le reflet, aux dires des chercheurs qui se sont penchés sur l'argument, de la confusion des registres de réponses pénales et sanitaires qui coexistent depuis 1970 face à la démocratisation de l'usage des drogues :

« Régulièrement modifiée ou rappelée par de multiples circulaires depuis 1970, l'IT reste, après vingt-cinq ans de mise en œuvre, une énigme paradoxale. En effet, si le législateur l'envisageait comme une solution alternative à la répression de la consommation de drogue, ses fonctions, son contenu et ses effets connus à ce jour sont d'une telle imprécision que les jugements les plus contradictoires sur son utilité continuent de circuler. » (Setbon, 1998 : 7)

Le débat a été posé, et le demeure aujourd'hui, selon des coordonnées idéologiques. Malgré les étapes d'aménagement de l'injonction thérapeutique – respectivement en 1978, 1987, et 1995 – elle est restée extrêmement minoritaire jusqu'à la dernière décennie (en 2003 encore, il n'y avait eu que 9000 injonctions thérapeutiques imposées durant l'année). Présentée comme le « contrepoids humaniste d'une politique répressive » (Setbon, *ibid* : 8), elle a en même temps uniquement occupé l'espace du débat entre le champ de la justice et celui des médecins en addictologie du point de vue de son caractère éthique.

Sa mise en place et son application sont elles-mêmes extrêmement sujettes à la disparité territoriale, selon les tribunaux de grande instance (TGI). Des « disparités qui ne peuvent être attribuées simplement à l'absence de toxicomanie dans certaines régions ou aux inégalités dans les ressources disponibles, mais bien à des politiques variées permises par un cadre légal trop généraliste et inadapté à l'évolution du phénomène de la « drogue » depuis une trentaine d'années » (Simmat-Durand, 2000 : 418). Son recours entre autres resterait en grande partie infléchi localement par les activités répressives, policières et judiciaires, « c'est-à-dire structurellement déterminé par des facteurs exogènes à sa sphère de distribution. » (Setbon, *ibid* : 10)

Dans la version en vigueur depuis le 10 octobre 2021 de l'article 132-45 (modifié par LOI n°2021-401 du 8 avril 2021 - art. 7), le législateur a de fait rajouté deux tirets particulièrement intéressants eu égard à l'injonction thérapeutique :

« La juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes : [...]

20° Respecter les conditions d'une prise en charge sanitaire, sociale, éducative ou psychologique, destinée à permettre sa réinsertion et l'acquisition des valeurs de la citoyenneté ; cette prise en charge peut, le cas échéant, intervenir au sein d'un établissement d'accueil adapté dans lequel le condamné est tenu de résider ;

[...]

22° L'injonction de soins, dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 à L. 3711-5 du code de la santé publique, si la personne a été condamnée pour un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise médicale a conclu qu'elle était susceptible de faire l'objet d'un traitement ».

L'injonction thérapeutique était une mesure peu prononcée. La documentation scientifique la concernant est peu abondante, et suivant les fonctions qu'on lui confère, elle paraît se décliner selon divers modèles, très hétérogènes, et selon divers usagers de drogue, qui se voient choisis dans l'ensemble de la population carcérale selon des critères qui restent encore peu clairs. Comme le soulignait déjà Michel Setbon :

Par exemple, selon que l'on attribuera à l'IT, soit une fonction thérapeutique préventive (mais de quoi ?), soit une fonction curative de la dépendance confirmée, ou encore aucune fonction thérapeutique, s'opérera une première et importante sélection au sein du public des UD [usagers de drogue]. Ou bien, s'il n'est accordé à l'IT qu'une fonction judiciaire, intermédiaire entre la sanction et l'avertissement, les critères permettant de décider qui parmi les UD interpellés bénéficiera d'une IT varieront et auront un impact sur le recours à l'IT et sur son effectivité. Ainsi en fonction de ce qui est attendu (espéré) de l'IT dépend le choix de ceux qui en seront la cible. (Setbon, 1998 : 16)

L'injonction thérapeutique pose autrement la question de la responsabilisation, telle qu'elle se joue, et telle qu'elle se voit posée de façon latente dans les dispositifs de prise en charge en addictologie. On n'accueille pas les mêmes publics en CAARUD (centres de réduction des risques et de soins de premier recours pour les usagers), en CSAPA (consultations en ambulatoire) et en CTR. Et de même, la fonction attribuée au dispositif institutionnel – qui peut comprendre l'architecture des locaux, la formation du personnel, leur investissement dans le fait « d'attraper » ou non l'utilisateur (Gardella *et al.*, 2008) – dépend du positionnement que l'on confère à cette institution dans la chaîne de soins en addictologie. On pourrait dire que le sevrage en hospitalisation, la délivrance de méthadone, et les rendez-vous réguliers avec un psychiatre dans les CSAPA, constituent dans cette chaîne la « fonction curative de la dépendance confirmée » ; aux CTR est beaucoup plus régulièrement attribuée, de la part des professionnels qui orientent, mais aussi de la part des usagers qui « croient » dans la discipline que leur donnera l'institution, la fonction thérapeutique largement entendue, ou encore ce qu'on pourrait envisager comme une fonction thérapeutique

préventive. Pour la majorité des usagers qui viennent en CTR, la dimension préventive concerne le fait de « rechuter », de reconsommer abusivement et de se réintoxiquer, alors que l'utilisateur voulait changer son rapport à la drogue. Mais on comprendra bien, comme ce qui se lit en filigranes dans la parenthèse utilisée par Setbon « préventive (mais de quoi ?) », que pour des usagers qui arrivent de maison d'arrêt, les projections et les attentes qui seront faites sur un autre type de prévention – que pourraient hypothétiquement exercer ces centres – sont à prendre en compte. Attend-t-on des CTR qu'ils « soignent » les usagers de drogue de la délinquance associée à la drogue ? Pense-t-on qu'un séjour en soins serait plus dissuasif qu'un séjour à l'ombre ? Et que signifie cet amalgame entre prévention des risques associés à la drogue et prévention de la récidive, qui continue de flotter sur l'horizon des centres que nous observons ?

Cela ne constituerait qu'une spéculation théorique, si on ne constatait, depuis quelques années, une coopération de plus en plus active entre les professionnels du champ de la justice et de l'addictologie, du fait de l'évolution des mesures prononcées, et de l'effective transformation de la fonction attribuée à certains centres (dont TCHAT nous semble être un des potentiels exemples) vers une fonction de prévention de la récidive. Ainsi, selon la Fédération Addiction (2022), une part significative des files actives des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est constituée de personnes « adressées par la justice » : en 2015, 40,8% des consultations en lien avec le cannabis, 13,3% alcool et 7,9% autres drogues.

Quelle visée nouvelle pourrait ainsi se voir accordée à *certaines* CTR de l'addictologie contemporaine ? Et quel type d'usagers concernerait-elle dès lors dans ce cadre ? Les terrains que j'ai menés ne me permettent à ce stade que de faire des spéculations – dont je ne voudrais pas qu'elles excèdent mon champ de compétence : les attentes portées sur les résidents et la responsabilisation effectuées dans les CTR français. J'ai pu seulement observer et accéder directement à la parole de trois usagers placés en injonction thérapeutique ou en P.E, au TCHAT. Certains usagers (comme Jérôme à Métanoïa), avaient pu être P.E. lors d'un précédent séjour en CTR, mais cela ne paraissait pas constitutif de leurs interactions avec l'équipe. Trois cas, pour une généralisation au type d'usagers concernés par les mesures probatoires alternatives à la peine en soins en addicto, c'est trop peu pour considérer la population des placés sous main de justice qui se voient de nos jours concernés par cette délégation des missions du pénal vers le médico-social. Mais je peux du moins témoigner des transformations institutionnelles locales que cette évolution générale paraissait impliquer dans le CTR n°1.

Pourquoi un placement extérieur ? De même que ces placements présentent un intérêt pour les structures de soin en addictologie, ils présentent également de nombreux avantages pour les détenus – qui ont ainsi la possibilité d'accéder, *via* les soins, à un suivi en milieu ouvert. Par ailleurs, la possibilité pour un détenu d'avoir accès à une mesure de soins probatoires constitue une forme d'accès à une liberté redoublée. S'engager dans une prise en charge thérapeutique est déjà une manière pour les détenus une manière de « passer le temps » et de « gagner des jours » par l'obtention de réductions de peine supplémentaires (RPS)⁷⁴, qui s'octroient généralement selon le degré d'implication du détenu dans sa peine – où se soigner fait intrinsèquement partie de ces attentes d'implication (Mahi, 2015). D'autre part, pour des

⁷⁴ Lara Mahi, parlant des unités sanitaires en milieu carcéral, précise en note que les RPS « sont attribuées (ou non) par le juge de l'application des peines, lors des commissions de l'application des peines (CAP), après discussions avec le procureur, le directeur de l'établissement pénitentiaire, les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation et divers intervenants ponctuels tels que les enseignants ou certains surveillants. » (Mahi, 2015 : §44).

détenus qui ne sont pas destinés à rester dans les murs de la prison, le CTR, même simplement s'il dispose d'une cour, avec un peu de soleil, constitue déjà un premier pas vers le « dehors ». Yohann, Jacob, m'en témoignent de multiples fois à leur manière – quand on a connu la prison, tout est mieux que celle-ci. Ce qui m'incite à penser, qu'au-delà de l'investissement réel que nombre de détenus peuvent mettre dans leur tentative de sortir de leur addiction (notamment lorsque celle-ci est une contrainte et un risque supplémentaire en détention), « ils ne s'investissent pas seulement dans une relation de soin en vue de leur rétablissement mais également pour obtenir des formes de liberté telles que sortir de la cellule, bénéficier d'une sortie de prison anticipée [...] : ils développent leurs propres significations des pratiques thérapeutiques » (Mahi, *ibid.* : §47)

C'est avec ce recul sur l'univers de la détention et ce qu'on espère des moyens pour en sortir, qu'il nous faut à présent relire l'arrivée de Vince, 28 ans, en permission de 48 heures au TCHAT, pour envisager son placement extérieur dans le centre :

Arrive Vince, qui se trouve là pour une permission de 48h de la prison (maison d'arrêt de P.), pour envisager des conditions d'aménagement de peine (il passe devant la JAP le 17 juin). À son arrivée, Capucine le fait passer dans le bureau de gauche, pour un entretien d'arrivée. Je demande la permission d'y assister aux deux, qui acceptent. Comme je demande à l'entrée à Vince pourquoi il a choisi de demander le TCHAT comme alternative à la peine, il me dit : « C'est rare qu'ils accordent la totalité de la remise de peine, donc, autant demander un P.E. »

Vince *se présente* à Capucine en énonçant les démarches qu'il a déjà fait et qu'il est en train de faire : « J'ai fait pas mal de choses – je vois le psychologue, l'infirmière, j'ai fait auxiliaire... »

Cdt 1 – TCHAT – 25/05/21

D'emblée, l'usager me présente le choix du CTR comme un calcul purement rationnel, par rapport à la durée de sa détention : comme il ne bénéficiera pas de RPS suffisamment intéressantes pour lui permettre d'écourter au maximum sa peine, « autant demander un P.E. ». Autant aller en soins ? Sans doute. Mais on voit bien comment c'est plutôt la perspective de sortir de maison d'arrêt qui doit motiver Vince, au seuil de rentrer dans le centre. Dans sa présentation à l'éducatrice, je constate aussi avec étonnement comment « voir le psychologue » fait partie des cases à cocher de la réinsertion. Comme l'écrivait Devresse citée plus haut, cela témoigne de la paradoxale corrélation qu'on établit encore entre la soumission de l'usager aux dispositifs (ici médico-social plutôt que pénal) et ses potentiels premiers pas vers la « sortie ». Mais cela témoigne également du fait que les liens qui se développent entre psychologie et nouvelles mesures d'aménagement de la peine vont dans le sens de l'avènement d'une nouvelle forme de gouvernamentalité qui oriente « la politique pénitentiaire autour d'un projet [...] « néo-correctionnaliste », qui tend à fonder le sens de la peine sur un traitement psycho-criminologique. » (Lancelevée, 2016a : 308). Nous le développerons plus loin, en section IV. Au demeurant, Vince ne dit pas qu'il a eu « besoin » de voir un psychologue – il en parle, concrètement, comme d'un travail sur soi, ou d'une gageure de sa bonne foi – parmi les choses qu'il « fait » depuis qu'il purge sa peine, il voit un psy. Son attitude est dans cet entretien surdéterminée par ce dispositif où il ne peut que s'amender en prouvant qu'il sera en mesure de travailler à la réforme de ce qui a été jugé comme un comportement pathologique :

L'usager revient sur les épisodes significatifs de consommation de son parcours de vie, qui l'ont mené jusqu'à la prison (Vince a été incarcéré pour récidive de conduite sans permis sous usage de stupéfiants – cannabis et héroïne sniffée, puis la dernière fois, pour cannabis et cocaïne). Il a déjà vécu plusieurs condamnations, de type amendes et stages de sensibilisation, mais c'est la première fois qu'il est incarcéré pour ses manquements à la loi. Vince témoigne à la fois d'une lucidité sur son rapport problématique aux produits, et sur comment cette situation l'a amené à encourir des procédures pénales (« *J'ai eu beaucoup de problèmes avec les stupéfiants, toutes mes condamnations sont dues à ça.* ») [1], mais aussi d'une incompréhension par rapport à l'aspect accumulatif des charges qui lui sont faites, qui le figent dans une identité d'infacteur à la loi (« *Beaucoup d'années se sont passées entre la 1^{ère} et la 4^{ème} fois, mais ils jugent pas que le moment présent, ils jugent le passé, tout...* ») [2]. Il a commencé les consos à 18 ans pour ce qui est de l'héro, la « coke » c'est plus récent, en 2020, le cannabis dès la 3^{ème}. Lorsqu'il évoque ses débuts de conso, il dit : « C'est arrivé que c'était une nécessité, sinon j'étais pas bien » (*sic.*)

Il a déjà vécu diverses tentatives d'arrêt de sa consommation, mais plusieurs rechutes sont intervenues, à la suite de séparations – en 2015 notamment, suite à la séparation avec sa femme, « qui est venue chez vous il y a dix ans, pour arrêter la conso » [3] [Capucine investigue un peu pour voir qui c'était, mais malgré la description de Vince, elle ne la visualise pas]. Sous substitution, il a baissé son traitement en prison, mais il dit que c'est la première fois qu'il s'engage vraiment dans une démarche de soins.

Vince – *J'ai jamais fait les démarches de cure en moi-même, j'ai jamais eu le courage.* [4]
 Capucine – ...l'envie aussi, non ?
 Vince – L'envie aussi... parce que *j'ai toujours vu ça comme une détention* [être en cure].

Les démarches de Vince, pour entrer en soins en addictologie, semblent provenir d'instances qui le dépassent et le poussent à une décision qu'il ne paraît pas, en lui-même, susceptible de motiver et de prendre seul. Rationnellement, il établit des liens de causalité entre son rapport aux stupéfiants et ses condamnations en justice [1]. En même temps, c'est un « ils » [2], entité bureaucratique abstraite et presque kafkaïenne, qui le condamne, non pas sur sa dernière infraction, mais sur tout ce que son rapport aux drogues a pu signifier. Dans son entourage proche (son ex-femme ; sa copine actuelle comme il le dira plus tard), la drogue a toujours été omniprésente – mais les pressions pour l'arrêter ont pu également jouer sur sa décision [3]. Significativement enfin, il utilise le passé composé [4], et non pas le plus-que-parfait pour parler de son rapport singulier à cette entrée en cure. « J'ai jamais fait les démarches de cure en moi-même, j'ai jamais eu le courage » résonne très différemment d'un « [Jusqu'à aujourd'hui] *j'avais jamais fait les démarches* », fréquemment employé par les usagers pour désigner le moment *t* de leur conversion à la perspective de soins. Il semblerait que « en lui-même », c'est-à-dire à l'intérieur de lui, mais aussi *en soi*, il n'ait pas encore ni ce « courage » déclaré, ni, comme le pointe l'éducatrice, cette envie. Ou du moins que la chose est bien plus complexe – et elle se dit de cette manière-là – qu'une simple question de courage ou d'envie. Il me semble ici fondamental de souligner le lien qui est fait, inconsciemment dans l'interaction entre Vince et l'éducatrice, du lien entre l'emprise du produit et le passage à un autre type de « détention » ou de capture, celle menée par une institution totale – qu'elle soit pénale ou qu'elle soit de soins. Les figures de l'emprise sont multiples, comme en témoigne l'ouvrage de Fernandez (2010), mais elles dessinent les contours d'un monde de l'expérience totale où les usagers semblent à chaque fois n'avoir que le choix contraint du mode de détention qui leur correspondrait le mieux. Comme en témoigne la reprise de la thématique de ce *continuum* institutionnel de lieux qui maintiennent enfermé l'individu, quelques minutes plus tard lorsque Capucine lui demande pourquoi sa demande de cure n'intervient que

récemment, après plusieurs mois de détention :

Vince – Bah, parce que d’un côté je me disais : *on m’enferme d’un côté, pourquoi aller me faire enfermer de l’autre ?* En même temps, je me dis, on m’offre la possibilité de peut-être pour une fois m’en sortir... Je me dis que je vieillis aussi, et j’ai peut-être envie de retrouver une hygiène de vie, [...] le goût de la vie.

Capucine lui demande s’il a consommé en prison. Vince répond qu’il a pris *une fois* de la coke, et après, oui, du cannabis, « il y a une semaine et demie la dernière fois » ...

Lorsqu’elle aborde la question de la motivation à venir, Vince lui annonce qu’en fait le placement en P.E. est une option qui pour lui se voit concurrencée par la possibilité d’être en PSE (placement sous surveillance électronique) chez lui...

Vince – Ma question du coup c’est un peu ça : est-ce que je projette de venir chez vous jusqu’à la fin de ma peine, et j’oublie le bracelet et l’aménagement à domicile ? Ou alors, je me concentre sur la fin de la peine, et je viens chez vous en ambulatoire...?

Le début d’un accord paraît émerger dans un premier temps, entre l’usager et l’éducatrice. Vince fait miroiter le fait que le CTR lui « offre la possibilité » de s’en sortir, et que donc cela le motiverait sans doute à se concentrer sur un parcours de soins et à arrêter la drogue. Mais ensuite, lorsque l’éducatrice lui demande explicitement s’il « a consommé » en prison, et donc si encore aujourd’hui la drogue fait partie de son quotidien, il paraît se faire tout petit, et probablement il ment, pour ne pas paraître illégitime dans son projet de soins – s’il consomme encore quotidiennement ou presque en prison. À la suite de quoi, la négociation jusqu’alors en faveur de l’éducatrice paraît se renverser, à partir du moment où elle lui demande concrètement ce qu’il en est de sa motivation. À ce stade, Vince ne paraît plus vouloir faire le bon élève. À le lire, il se présente comme un client face à un conseiller bancaire, qui veut bien croire dans un premier temps que cette banque est le meilleur investissement qu’il puisse faire, mais qui est aussi capable d’évaluer les divers taux de rendement...et qui en fait état, devant ceux qui sont aussi bien en position de dépendance à l’égard de ce marché que le client-usager qui voudrait « investir sur soi ». Le négoce ne se fait plus dans un sens unilatéral comme il y a cinquante ou quarante ans (où l’institution de soins est une offre rare, face à une demande qui doit être affirmée si on veut être « accepté ») : aujourd’hui, le prévenu, comme le citoyen lambda, a en fait plusieurs options qui s’offrent à lui. Et on voit bien que, de la même manière que Vince dans cet extrait final, les usagers peuvent être tentés de demander, en fait, ce que l’institution a de mieux à offrir⁷⁵ – en comparant les offres qui existent sur le marché de la réinsertion ou du soin. On pourrait sans doute trouver d’autres exemples de ce tâtonnement mis en scène devant l’institution pourvoyeuse de services, mais il nous semblait patent dans l’ambivalence présentée par Vince, que quelque chose se jouait, en termes d’un renversement possible du rapport de force entre institution et usager demandeur.

Capucine, en fin d’entretien, remet au centre la question de la demande, de son choix :

Capucine – Le 17, vous choisissez du coup, soit un placement extérieur, soit un bracelet

⁷⁵ Un bel exemple littéraire de ce type de *deal* serait le moment de tension et de renversement des rapports de force entre le personnage du Dealer et le personnage du Client, dans la pièce *Dans la solitude des champs de coton* de Bernard-Marie Koltès (1985). Cela survient au moment précis où le Client affirme qu’il n’a rien demandé au Dealer – mais que vu qu’il insinue que lui, Client, aurait quelque chose à lui demander, ce dernier lui dit alors de « déballer sa came », de lui montrer, effectivement, quelle est son offre – et que seulement dans ce cas-là, peut-être, il demandera. Vince pour moi témoigne ici d’un rapport ambivalent semblable – où il pourrait choisir ceci ou cela, mais il demande à *voir* – et selon ce que l’institution proposera, il dit qu’il choisira en connaissance de cause.

électronique ?

Vince – Oui. Après j’ai beaucoup de questions dans ma petite tête [...] j’attends de voir comment ça va se passer...

Capucine lit le document d’admission et le règlement interne, s’accorde sur le fait que Vince est d’accord avec les règles de l’institution, et termine l’entretien. Vince est admis pour deux jours.

Cdt 1 – TCHAT – 25/05/21

IV. Dynamique comparée de nos deux institutions : zone de placement versus tremplin du changement ?

Nous avons d’abord décrit l’espace-temps du CTR en le mesurant à l’espace abstrait de l’institution totale, mais en l’analysant dans ses dynamiques organisationnelles spécifiques. Nous avons pu voir ensuite comment il constitue un lieu hybride, qui a maille à partir avec la justice et doit prendre en charge des prérogatives d’un genre nouveau, dans un processus croissant de gestionnarisation des espaces de détention et de rééducation. Nous essaierons ici de confronter nos deux terrains d’observation à l’aune de ces deux grands axes d’analyse : le gradient vertical de l’institution totale, et le vecteur horizontal de l’avancée de la processualité managériale. Cette sous-section sert ainsi à mettre en lumière, au sein de la fonction identifiée du CTR comme institution totalisante, les différentes manières de mettre en pratique cette fonction – selon un gradient où nous avons choisi délibérément deux institutions qui représentent les pôles extrêmes du spectre des possibilités.

Des résultats de notre observation comparée émergent ainsi plusieurs constats. D’une part, que les deux institutions ne vivent pas du tout de la même façon cette processualité de néolibéralisation du médico-social, et que cela a des conséquences sur leur positionnement vis-à-vis de la totalisation institutionnelle. Une première hypothèse – qui devra s’étayer en confrontant dans la troisième partie de la thèse l’attitude institutionnelle eu égard à la question du travail – serait que plus une institution est lente dans son acceptation et son adaptation aux nouvelles normes néolibérales, plus elle aurait tendance à se replier sur des mécanismes de rigidification institutionnelle, rappelant l’institution totale. Un corrélat de cette hypothèse serait que plus on est perdants sur le marché de l’addictologie contemporaine, plus on développerait des tendances à vouloir conserver ses usagers dans le giron institutionnel, à entretenir leur non-autonomie.

IV. A/ Le choix des ateliers – ou la logique du « rien » ou « tout »

Au lecteur qui suit nos avancées dans les deux centres depuis le début de cet écrit, il n’aura pas échappé que la différence des emplois du temps, des soins et des prestations effectuées entre les deux institutions est conséquente.

Dans le premier, l’aspect bureaucratique (qui n’est qu’une des dimensions apparentes d’une inertie institutionnelle massive) empêche tout investissement actif sur une activité de long cours de la part des résidents. Les mécanismes qui font obstacle à la prise d’initiative individuelle sont majeurs, comparés à ceux qui devraient permettre une appropriation des

activités et du dispositif CTR. Un seul exemple suffira ici à illustrer ce qui grève la mise en mouvement des usagers :

Ce matin-là, Lucas vient m'accueillir et me parler – il me pose des questions sur mon parcours, mes études, le fait que je sois « doctorante »... On parle de choses et d'autres, je lui demande ce qu'il a fait le dernier weekend. Le visage de Lucas se fait sombre, il me répond « Pas grand-chose... », puis, me raconte qu'ils sont sortis le samedi en groupe pour aller au marché... On sent que la thématique des activités au sein du CTR lui pèse. Il continue : « Il y a deux semaines, j'avais fait une demande pour qu'on aille au cinéma... Mais bon, la fiche n'a pas été remplie à temps... [Silence] C'est pas grave, une prochaine fois, une prochaine fois... ».

Il me paraît continuellement très triste.

Cdt 1 – TCHAT – 13/05/22

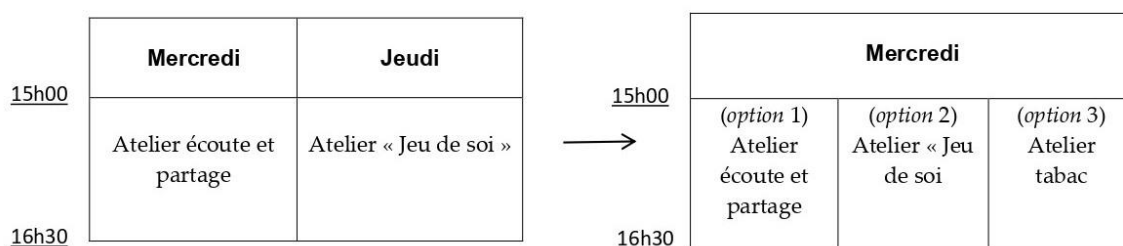
Les propositions, souvent orales, des usagers, ne paraissent pas comptabilisées comme des « demandes » – même au sens psychanalytique du terme⁷⁶ (Neuburger, 2003) au sein du centre TCHAT. Une demande, pour être traitée et prise en compte, semble devoir être formalisée par une demande écrite – pour être rendue officielle et avoir un poids suffisant pour motiver les membres de l'équipe à y répondre. Ou, lorsqu'une demande n'est pas entendue ou exaucée, la réponse qui est fournie – comme dans ce cas précis – est souvent de type bureaucratique : « la fiche » (dont je n'avais jamais entendu parler avant cet épisode) devant être remplie dans un temps imparti pour permettre l'autorisation de la direction, il est plus simple de déléguer à la lenteur administrative l'échec du traitement de cette demande que d'assumer, pour les professionnels, l'absence d'envie de l'exaucer. Le « une prochaine fois » se laisse entendre aussi bien dans sa dimension de promesse (Lucas répète le discours professionnel qui lui a été fourni en guise de réponse), que de souhait subjectif de l'utilisateur. Mais pour ma part, j'y entends entre les lignes le fait qu'il n'y aura pas de prochaine fois : car ce type de mécanisme est tout simplement de ceux qui enrayent la production de mouvement désirant de la part de personnes fragiles ou peu velléitaires. Il est aussi à mettre en regard de l'idéologie affichée du centre en ce qui concerne la « temporalité » du CTR (cf. introduction – II.B/) : le peu d'activités dont on a rendu compte, qui doivent permettre aux usagers d'« avoir le temps » de penser aux motifs et aux causes qui les ont menés à la dépendance, le temps de l'élaboration psychique prôné nécessaire pour une psychanalyse de long cours...

La tendance inverse, si on l'extrémisait pour les besoins de notre étude comparée, pourrait se voir incarnée par le second centre, Métanoïa. Les prestations et les services offerts par le lieu sont très diversifiés, et représentent même un ensemble d'activités que peu d'utilisateurs sont amenés à connaître dans une vie hors-institution. Méditations hebdomadaires, sport et sorties dédiées au vélo ou à la natation, sophrologie tous les mardis, atelier de création (dessin, peinture, collages...) tous les jeudis, ateliers psychocorporels, d'expression de soi, de théâtre, de musique... Le temps est ainsi scandé, mais on pourrait aussi le voir comme "saturé" par l'expression de l'offre institutionnelle. Ou pour le dire autrement : il y a peu d'espace pour l'émergence d'une demande d'une activité d'un autre type, que celles qui ont déjà lieu et sont effectivement proposées.

⁷⁶ L'origine du terme de demande trouve sa source dans les écrits de Freud (1977), et sans doute notamment dans ce passage de « Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine » [1920] : « Quelqu'un, par ailleurs maître de soi, souffre d'un conflit interne auquel il ne peut mettre fin tout seul, si bien qu'il finit par venir chez le psychanalyste à qui il se plaint et *demande* de l'aide ».

Il n’y a tellement plus de place vide, que la thématique des ateliers, et du remaniement de leurs contenus ou de leur statut (obligatoire ou optionnel) est un sujet régulièrement abordé lors des réunions institutionnelles hebdomadaires auxquelles je continue d’assister, sur l’année 2021-2022. Le débat revient de manière assez récurrente au sein des temps de travail que s’accorde l’équipe, qui ne réussit pas à trancher sur ce qui est « nécessaire » au sein du « planning » des six semaines et ce qui, en revanche, pourrait se voir remis en question dans son format. Typiquement, les ateliers qui posent problème sont des ateliers qui plaisent à certains (professionnels) plutôt qu’à d’autres ; ou bien qui n’ont pas reçu de retours positifs de la part des résidents et résidentes. Ou encore un atelier qui a été porté un temps par une personne de l’équipe qui y tenait en particulier, mais maintenant que cette personne est partie, il n’y a plus grand sens à conserver l’atelier si ce n’est par souvenir nostalgique de ce professionnel (on me racontera par exemple le succès d’un certain « atelier percussions » lié à la personnalité de l’éducateur qui le menait).

À la suite d’une journée d’études, organisée l’été précédent, une des éducatrices, Coralie, avait notamment envie au cours de l’année de proposer divers nouveaux ateliers – en lien avec les problématiques et les demandes qui avaient été formulées par divers résidents. En accord avec la cheffe de service et la directrice de transition, elle s’était vu déléguer, lors de mon séjour, l’organisation d’un groupe de travail pour repenser les ateliers et la trame du planning – étant donné que ces thématiques avaient l’air de lui tenir à cœur. Forte de ces nouvelles responsabilités, elle prenait parfois à partie la cheffe de service en réunion institutionnelle, de manière véhémement voire agacée, pour lui indiquer d’autres manières possibles de construire le programme, alors même que souvent celui-ci avait déjà été imprimé – et que leur négociation prenait souvent beaucoup d’espace par rapport au temps de réunion en équipe. Les termes du débat étaient souvent que Marion se souciait avant tout que les ateliers soient *tous* réalisés, par les différents groupes d’usagers ; alors que Coralie accordait surtout de l’importance à la diversité du planning, et se justifiait en disant : « Même s’ils font pas tout, c’est pas grave... on décharge le planning, et ça permet de *tout faire rentrer*. » [je souligne]. De la même manière, pour « décharger le programme » - parce que tel était le but, au départ, de cette commission de travail – Coralie et ses acolytes proposèrent de faire passer certains ateliers en « optionnel », ce qui permettait de faire tenir *plus* d’ateliers dans une case du programme, et donc de les retirer d’autres plages horaires :



Nouvel emploi du temps promu par la commission de travail « planning » de Métanoïa

Ce qui permettait certes de libérer certains espace-temps (la plage horaire du jeudi de 15h à 16h30 dans le cas hypothétique donné en exemple), mais ce n’était souvent qu’en vue de le remplir avec *un autre* atelier. Ce qui ne permet que très *relativement* de décharger le programme, quand on y pense. Comme je m’interrogeais sur cette obsession récurrente, de « tout » faire et de tout faire rentrer dans les cases (face à un public qui par ailleurs se fait

souvent juger par les professionnels du soin comme des personnes voulant « tout » ou « tout tout de suite »), je me mis à questionner un peu l'équipe sur l'histoire de ces trames : depuis quand chacun de ces ateliers existait, qui les avait formalisés, quelle histoire se rapportait à chacun des ateliers pour ces divers professionnels⁷⁷... On m'expliqua que la plupart des ateliers étaient là, sous forme de trame, dès le départ – ils avaient été formalisés très largement par l'équipe de départ (le psychiatre A. Mortin, la première cheffe de service et le premier directeur, les éducateurs qui étaient présents il y a dix ans).

La demande de modifier le planning émergeait de fait au premier chef des éducateurs actuels. Certains et certaines étaient demandeurs d'un changement, dans la routine d'ateliers qu'ils commençaient bien à connaître – et qu'ils avaient l'impression de faire un peu mécaniquement, sans se réinventer. Ou bien certains avaient une préférence pour les ateliers sport ou bien-être, d'autres pour les ateliers de connaissance de soi. Un nombre réduit se sentait à l'aise avec certains ateliers de mise en scène ou d'ateliers psychocorporels. Peu également adoraient les ateliers d'apports scientifiques et pratiques sur les problématiques d'addiction. En outre, des doutes s'exprimaient, notamment de la part des plus jeunes éducateurs qui décrivaient à quel point les trames d'écriture étaient extrêmement variables, et parfois imprécises.

Outre la question de conserver ou non certains ateliers, le débat concernait aussi le degré de « personnalisation » du séjour auquel pouvaient avoir accès les usagers. Pour les éducateurs qui souhaitaient modifier le planning, l'idée aurait été d'avoir une base, suivant les 4 grands axes thématiques, d'un atelier de plusieurs séances différentes – « Ce qui compte, c'est que chacun ait suivi son axe, ses objectifs, quel que soit le support... c'est pas forcément qu'ils fassent tous les ateliers qu'on dit là.. » (Albin). Marion rétorquait : « J'entends tout à fait le « je vais personnaliser mon séjour », mais ça veut dire qu'il faut faire du moitié-moitié.. Et c'est pas du tout le planning que j'ai là... ». La cheffe de service entendait signifier aux éducateurs qu'il faudrait construire un programme où la moitié des ateliers serait pour ainsi dire « dans le tronc commun », pour les trois groupes évoluant à Métanoïa. Et que le reste des ateliers pourraient éventuellement être envisagé en optionnel.

Ce qui se dégageait néanmoins selon moi des problématiques qui étaient amenées par ce débat interne à l'équipe, c'était la question : que voudrait dire *personnaliser la contrainte* ? Car, si tous les ateliers de Métanoïa sont obligatoires, ou au maximum à choix optionnel (de 1 sur 3), de quel type de personnalisation du séjour parle-t-on ? De quoi est représentative cette philosophie du centre où il s'agit de distinguer selon la personne certains objectifs spécifiques, ou certaines aptitudes plutôt que d'autres ? Et lesquelles serait-ce, en ce cas ? Ou bien cette exigence répond-elle seulement à une demande de plus grande liberté et autonomie dans leur travail, de la part d'une équipe qui ne veut plus s'en tenir à un programme obligatoire devenu routinier ?

Enfin, une autre de mes questions concernait la logique d'ensemble, d'« évolution » des groupes. Ce qui pourrait être une évidence n'en est pas une (on a vu par ailleurs que dans certains centres [comme le Talus, centre de l'association Agora situé à la montagne], tous les résidents arrivent ensemble et repartent ensemble) : est-ce que les trois groupes doivent toujours rester séparés, cela fait-il partie de l'idée du programme, ou bien des temps où les

⁷⁷ Cela renvoie à la question de la nostalgie évoquée plus haut. Dans un moment de discussion interstitiel avec deux éducateurs, un « historique » et un beaucoup plus jeune, le plus âgé dira par exemple : « Bah, c'est un peu toujours la même question - on cause on cause, mais on maintient des ateliers optionnels aussi parce qu'il y en a qui y sont trop attachés, ou par peur de "supprimer"... »

groupes se mêlent ont été ou sont envisageables ? La réponse spontanée de l'équipe fut « oui – c'est important qu'ils restent séparés », pour répondre à cette idée d'une progression au sein du séjour. Mais on me donna aussi immédiatement deux contre-exemples : la méditation, et l'atelier peinture, qui sont deux temps menés par des intervenants extérieurs, et où toute l'équipe est par ailleurs occupée par les réunions (clinique et institutionnelle). Il est donc possible que les groupes se mélangent, comme dans les temps de repos et du midi, même si c'est plutôt l'exception qui confirme la règle, au sein d'un centre où ils doivent *se vivre comme séparés*.

Avec le recul, je me suis néanmoins rendu compte que le fait que l'évolution et la séparation par groupes aillent de soi reflète également des logiques défensives propres à l'équipe. En effet, il y avait trois types de peurs, au moment de refonte de ce planning :

- la peur de routiniser le planning – évoquée plus haut ;
- la peur du vide laissé par l'absence d'ateliers (le « Et après, il n'auront *plus rien...* » de la cheffe de service)
- la peur de prendre des risques – par exemple en mélangeant les groupes. Lorsqu'on revint sur le fait que plus de groupes optionnels signifiait aussi davantage de synergie de groupe (car on fonctionnerait avec des grands groupes où les usagers groupes 1, 2 et 3 se trouveraient libres de choisir dans quel atelier aller), Fabienne, l'infirmière, s'exclama : " Mais... Ça veut dire que dans les groupes optionnels...les groupes se mélangent ? [-Oui !] ..oui, c'est bien aussi... »

Il semble ainsi que la séparation des usagers en groupes réponde en vérité à trois impératifs au sein de l'institution, pourtant ouverte et bienveillante, que semble être le Métanoïa : le changement (qui répond à la peur de routinisation des professionnels), l'occupation temporelle, et la division symbolique – plus que statutaire. « Gérer » les résidents, cela veut dire les occuper temporellement, ne pas trop leur donner la possibilité de se voir comme un bloc unifié (soignés vs. soignants), mais leur permettre une identification minimale avec les quelques-uns de leur « groupe », et surtout, les faire changer constamment d'activités, de manière à ne pas créer de frustration ou d'insatisfaction chez eux. Cela rappelle singulièrement le cadre de pacification normatif mis en place par les auxiliaires de crèche observés par Wilfried Lignier (2019) De la même manière que les professionnels de la petite enfance font en sorte que les enfants soient toujours en train de « prendre » ou de « faire » quelque chose – pour éviter leur désœuvrement, et leurs potentielles désappropriations ou agressions des autres enfants –, les professionnels de Métanoïa font toujours « faire quelque chose » aux usagers du centre – il faut les occuper, pour éviter les « vides » où les *cravings*, et donc la tentation de consommer, seraient possibles. Mais aussi, cette obsession du « *tout faire* » (tout faire-faire aux usagers ; ou tout faire-rentre dans le programme) révèle en creux, de manière « négative », ce que les professionnels essayent d'esquiver. Ils et elles essayent à mon sens de « tout faire » pour éviter le moment où ils auront irrémédiablement à acter des sanctions lorsque, malgré leur bonne volonté, la transgression se voit révélée (ou comme en crèche, lorsque l'agressivité se fait jour). De la même manière que chez Lignier, cela rend compte d'une forme de dénégation de la violence possible⁷⁸ – à la fois en ce qui concerne la représentation des usagers du centre (dont on « sait » qu'ils peuvent être violents, mais dont

⁷⁸ « [L']idéologie professionnelle s'imposant dans un lieu comme la crèche a pour trait particulièrement saillant la dénégation de l'agressivité des enfants les uns envers les autres. J'ai plus exactement expliqué que cette dénégation n'était soutenable qu'au prix d'un travail permanent de pacification – travail sans lequel la violence enfantine ressurgirait en permanence dans le quotidien de la prise en charge, ce qui invaliderait les représentations de l'enfance que véhicule l'institution et à travers lesquelles elle se définit. » (Lignier, 2019 : 222 – je souligne)

il faut penser qu'ils sont surtout « malades ») mais surtout au niveau de l'image que les professionnels se font de Métanoïa (et d'eux-mêmes), dans un univers professionnels où les oppositions soignants-soignés sont encore marquées, quoi que travaillées intensément, dans des lieux comme celui-là. A minima, on ne peut donc que constater que, contrairement aux apparences, Métanoïa apparaît comme plus totalisante que TCHAT, eu égard au déroulé de la vie dans l'institution. De par son fonctionnement et l'extension du contrôle qu'il mène sur la temporalité de la vie quotidienne des résidents, le CTR n°2 semble parvenir à réaliser un projet plus abouti, plus « *total* » (au moins au niveau de son contrôle sur les hébergés), que l'autre institution, qui utilise d'autres stratégies dans la même visée de l'occupation temporelle et du maintien de la division symbolique entre soignants et soignés (le repli sur la régularité et les obligations de la vie résidentielle, le retrait des soignants dans le bureau). Si les deux institutions sont dissemblables eu égard à la perspective du changement (craint dans l'une, et poursuivi assidûment dans l'autre), cela n'empêche guère la seconde, Métanoïa, d'avoir une empreinte durable (voire d'exercer une forme d'emprise ponctuelle) sur l'existence des usagers qui y viennent en séjour – et d'incarner du moins une forme d'institution *quasi*-totale.

IV. B/Lieu de placement versus lieu de changement ?

La gestion temporelle du temps de l'institution n'est pas pour autant qu'une question de *style institutionnel* ou de la dimension progressiste du CTR n°2 par rapport au CTR n°1. Elle témoigne également de cet aspect, cela ne fait aucun doute. Mais elle est aussi plus globalement le reflet du positionnement de l'institution sur le marché de la gestion des usagers de drogues contemporaine, ainsi que de la manière dont chacune des deux associations gestionnaires des structures que nous avons étudiées parvient (ou non) à "placer ses pions" dans cet écosystème du médico-social.

Il faut bien faire attention à considérer la temporalité des lieux en question. Il est évident que comme selon le contexte environnemental (urbain ou rural par exemple), la durée du séjour aura directement des incidences sur la manière dont le centre se place, dans la constellation des CTR français (une quarantaine, pour rappel). Ce n'est pas la même chose lorsqu'on est sur une temporalité d'un an ou si on dispose uniquement d'un séjour de six semaines. On ne pourra pas viser pas les mêmes buts, en tant que résident ou en tant que soignant. Mais les « objectifs » au long cours sont pourtant sensiblement les mêmes : un logement - une source de revenus - un environnement stabilisateur - la perspective d'une pacification du rapport à la consommation (abstinence ou gestion). On n'organisera pas des ateliers d'exposition à la consommation (par exemple, la consommation d'alcool le samedi au CTR du Talus, isolé, à la montagne) si on est sur un séjour court de 6 à 8 semaines, cela serait sans doute trop exposant, prématuré. On ne va pas non plus organiser une demande de dossier MDPH pour un usager qui sera dehors dans deux mois. Mais à l'inverse, on va probablement investir moins de moyens pour des usagers en séjour long, que pour une population fluctuante, ravie de bénéficier de cours d'initiation à la méditation ou au dessin pendant ses quelques semaines de séjour. Ce qui nous pose du coup plusieurs interrogations. Cela signifie-t-il une hétérogénéité des clientèles comme des centres ? Ce ne seraient pas les mêmes populations qui sont visées par ces différents types de séjour ? Ou cela signifierait-il en miroir que les CTR dessinent un spectre qui, d'un extrême à l'autre, prévoient les différentes modalités de placement, dans lesquels les usagers pourraient théoriquement être heureux de

« personnaliser » leur séjour contraint ? Il y a derrière cette question l'idée que l'on pourrait choisir ce que l'on vient mettre au travail en CTR – qui plus ses capacités cognitives, qui plus sa relation à autrui, qui plus ses traumatismes psychologiques... Ce qui anticipe quelque peu ici et dessine en vérité un autre type de fonction sociale du CTR – qu'on prendra le temps de développer dans la deuxième partie de cette thèse.

On a pu voir comment l'entrée en addictologie peut se faire – et se multiplie de ce fait singulièrement ces dernières années – *via* la passerelle du juridico-pénal. On entre « librement » en CTR, ou on y entre sur injonction thérapeutique (IT), ou encore dans une procédure de « placement externe » (PE). Comme on a pu le démontrer dans des études portant plus spécifiquement sur le soin en prison (Lancelevée, 2016 ; Mahi, 2015), les possibilités de choix en matière de santé se réduisent fortement si on se trouve dans une situation pénale. Mais selon l'institution à laquelle on se confronte, le parcours de soin peut être aussi plus ou moins dirigé, plus ou moins volontaire et libre. Et la pluralité des possibilités d'accueil n'implique pas un plus grand choix de la part des résidents, c'est même parfois le contraire. Lucas, le résident dont nous relatons les tentatives avortées un peu plus haut, était ainsi arrivé au TCHAT en ambulatoire, et avait d'abord exprimé une demande de séjour en appartement thérapeutique. Dans les informations le concernant dans la fiche indiquant le taux d'occupation du CTR, nous pouvons néanmoins lire ceci : « {Date d'entrée} : le 25 avril 2022 ; {Informations} : demande initiale en AT -> *préconisation CTR* » [je souligne]. Que la *préconisation* concerne un usager dont on a l'habitude, qui vient régulièrement au centre d'accueil depuis des années, et dont on perçoit, d'après son histoire de vie et ses conditions sociales, qu'il a sans doute besoin d'un dispositif plus cadrant – cela est tout à fait réaliste, aux yeux d'un observateur extérieur. Mais lorsqu'on s'attarde à parler avec Lucas, et qu'on réalise qu'il désirait avant tout trouver une autre situation d'hébergement pour pouvoir quitter le domicile parental, parce qu'il en « avai[t] marre de [s]a mère », une femme extrêmement envahissante et persécutrice selon ses dires – on peut s'interroger, ne serait-ce qu'un instant, de la pertinence clinique de placer ce jeune dans une situation plus semblable à celle du vécu difficile de son domicile, et de ne pas lui permettre, plutôt, de pouvoir vivre un moment de répit, de respiration, hors du périmètre de surveillance maternel. Mon hypothèse – qui se verra étayée dans le chapitre 5 lorsque j'évoquerai comment les rapports soignants-soignés calquent, particulièrement au CTR n°1, les rapports parents-enfants – c'est que cette mise sous tutelle des usagers repose aussi en partie sur des raisons de rentabilisation et de gestion du flux de patients. La *préconisation* de cette entrée en CTR plutôt qu'en AT – cela se trouvera confirmé par le chef du pôle hébergement – ne repose bien souvent que sur le fait que les AT, au moment de la demande de l'usager, se trouvent être occupés. Et que le choix de la direction est vite fait, entre le fait de perdre un client potentiel, ou de le faire entrer dans un circuit de type CTR -> ATT -> AT dont on sait qu'il peut se reproduire en boucle pendant quelques temps.

Sur ce même document, je me surprends à lire le nom d'un usager « historique » de l'institution – qui venait de quitter le CTR au printemps précédent, quand j'y étais arrivée en 2021 – et qui avait probablement fait un autre court séjour durant l'hiver. Son entrée, prévue pour le 17 mai, indique dans les informations le concernant l'objectif de ce séjour : « projet communauté thérapeutique ». En l'occurrence, pour ce résident nommé Dylan, le passage par le TCHAT est un sas régulier, dans sa vie ordinaire d'usager de drogues chronicisée. Âgé d'une quarantaine d'années, présentant un relatif retard mental, lent, peu communicatif, c'est un « habitué » du CTR. Il y vient au moins une fois par an, pour quelques mois, dans la tentative (présentée comme telle par les professionnels) d'aller voir si dans un autre lieu, avec une autre ville et un autre contexte, il pourrait « s'en sortir ». Mais son retour dans la ville d'O... lui fait

périodiquement reprendre contact avec la cocaïne et le crack, et, avec le centre TCHAT. De même, la multiplication des P.E. au sein du CTR, et le fait que deux appartements (bientôt trois) seraient destinés à constituer une offre pour l'accueil exclusif d'usagers placés sous main de justice, me semblent paradigmatique de l'évolution du CTR TCHAT, et de ce qu'on peut imaginer de son avenir. Au TCHAT, inversement au rapport au temps qui se voit proposé par l'institution, il s'agit tout de même de « remplir ». Remplir les lits, faire en sorte que le CTR ne tourne pas en sous-effectif de résidents – car sinon, il risquerait de ne pas voir ses financements reconduits. Remplir le temps vide de l'institution, de transmission, de problèmes qu'on se pose... Remplir aussi les nouvelles fonctions que d'autres domaines, en parallèle du médico-social, se permettent de soumettre à l'addictologie : se voir confier les P.E. de demain, devenir une nouvelle institution-clef dans les politiques de réinsertion départementales voire régionales, c'est une des seules options de survie pour une institution telle que le TCHAT.

Cette même fonction semble être l'option la plus évidente à mettre en œuvre en ce qui concerne certaines trajectoires qui semblent encore très fragiles face à la reprise de la « vie ordinaire », comme le cas de madame Gonzales, que nous évoquions plus haut (page 256). Si nous continuons l'extrait de journal de terrain rapporté, cette phrase du chef de service me semblait souligner de façon symptomatique la dimension d'*éternel retour* – mais éternel retour du même, négatif – qui semble se jouer dans certains parcours d'usagers :

V. Mesnard : [...] L'enjeu c'est que s'il y a rechute et pas que reconsommation, on sera obligés de faire un signalement à l'ASE... et puis, deuxième enjeu disons-le, ça serait une fin de séjour. *Avec évidemment, un autre projet de soins... Une cure, si elle rechute ; ou une postcure... Qu'elle recommence quoi.*

« Qu'elle recommence ». Cette phrase semble paradigmatique du traitement des usagers perçus comme les plus inadaptés aux dispositifs d'accompagnement médico-social actuels ; mais qui concerne aussi souvent les plus déjà discriminés par ces mêmes services, et qui ont souvent le moins d'options pour « recommencer » un parcours sans passer par les mêmes cases. Ceci nous permet de spécifier un peu plus ce que nous pouvons déduire de l'analogie du CTR comme institution totale. Il nous apparaît comme certain que comme la prison, le CTR fait partie des divers maillons « d'une politique qui, désormais, gère la dangerosité et les inégalités sociales par la ségrégation spatiale et l'immobilité contrainte » (Chantraine, 2004a). Mais la question qui nous anime, par suite des résultats que nous pouvons extraire de nos terrains, c'est comment cette ségrégation s'articule à une apparente circulation, qui tient aux modes contemporains de gestion des flux de patientèle et à la perception des institutions de soins comme lieux de passages. Pour filer la métaphore, ces lieux-là fonctionnent (avec d'autres institutions comme celles du système pénal) de manière à créer un microcosme à part, à l'écart de la société, où on passe d'un vase clos à un autre... Jusqu'à retourner au pot de départ. « Qu'elle recommence. », cela veut dire : retour à la case départ. Le « circuit » classique qui va de la cure à la « vie libre », en passant par une (ou deux) postcures, puis un appartement de transition thérapeutique (ATT) puis un appartement thérapeutique (AT), puis enfin un logement à soi (souvent de type logement social...) continue d'être le circuit idéal vendu aux résidents des CTR. Et on verra dans le dernier chapitre de cette thèse qu'il reste une option valide, pour certains sujets. Mais il se voit souvent doublé, au moins dans la tête des professionnels – et souvent aussi de manière conséquente dans celle des usagers – de l'idée que ce circuit peut aussi très bien se clôturer en une boucle infinie, un serpent qui se mord la queue, ou le cercle vicieux du rapport à la drogue et à la dépendance. Avec une idée du *recommencement*, dont la connotation paraît avoir une valeur inverse, qu'elle concerne les professionnels ou bien les usagers. *Positive du côté de l'institution*, toujours prête à

offrir un appui dans le cas où il y aurait besoin à nouveau de se préserver du monde du dehors – reliquat de la défense de l'ancienne « fonction-asile », fonction d'accueil de la psychiatrie plutôt que d'enfermement (selon les mots de Jean Oury – voir Laffitte, 2015) d'un certain hôpital public. Mais *négative* du côté des résidents, comme si le fait qu'il ou elle recommence n'était de fait qu'une résultante de sa non-volonté, ou de son engluement dans la dépendance. Ce retour de l'utilisateur est de fait rarement décrit comme une nouvelle possibilité, comme la disposition à l'ouverture et à la reprise dont se targuent les institutions, lorsqu'elles recommencent une prise en charge. Il est plutôt souvent vécu comme ce retour à la case départ, après parfois un « passage par la case prison », dans le grand Monopoly de la vie qu'est le parcours de soins en addictologie.

*

Nous avons voulu rendre compte dans ce troisième chapitre, au cœur de l'analyse du dispositif des CTR, de l'ambivalence cruciale des fonctions qu'ils paraissent détenir eu égard à la chaîne des soins en addictologie, mais aussi vis-à-vis des mutations de la justice pénitentiaire. *Vouloir changer* y paraît à la fois une possibilité ouverte par ces centres, dans un champ d'accompagnement médico-social qui permet aux usagers de drogues de se considérer aujourd'hui comme « malades » de leur addiction. Mais il semble que ce soit là aussi une prémisses *nécessaire*, pour de nombreux individus désireux de transformer leur identité sociale. Nous avons pu voir ainsi comment les usagers et usagères se trouvent contractuellement contraints dans ces centres à respecter les « règles du jeu » institutionnelles qui sont censées les conduire à obtenir les outils d'une normalisation de leur conduite, qui leur permettra de « fonctionner » comme des sujets ordinaires hors les murs de l'institution. Pour ceux qui ne parviendraient pas à changer selon le cadre et les injonctions fournies par le dispositif, il semble pour autant que les CTR se chargent d'une autre fonction sociale, entre la logique sécuritaire des espaces de privation de liberté et la fonction d'accueil et de maintien des hébergements ou foyers en santé mentale. Comme s'ils étaient, pour certains sujets, des espaces destinés à les « conserver » aux marges de la société ; ou pour d'autres encore (de manière semblable au « mythe » de la prison) comme s'ils étaient l'endroit où ils pourront « s'amender », et retourner munis d'un nouveau Moi dans la société des hommes. Les CTR contemporains s'avèrent donc une forme d'institution *quasi-totale* – selon le terme employé notamment par Loïc Wacquant pour décrire le « gym », sa machinerie complexe et ses temporalités enchâssées (Wacquant : 1989, 2000). Dans notre cas, cette notion permet en effet de dépasser la description des fonctions de répression ou de marginalisation rémanentes de l'institution totale et de ses représentants les plus directs – la prison et l'asile –, pour nous concentrer sur la dimension de transformation individuelle permise par une expérience collective qui se déroule dans une institution englobant l'existence des résidents. Plus qu'une institution d'enfermement et de rééducation les CTR s'avèrent en effet incarner des lieux de passage et des centres de formation de certaines normes codifiées devant favoriser la réintégration de l'ordre social. En outre, il nous semble que la notion d'institution « quasi »-totale est plus à même de rendre compte de l'imperfection de la réalité, et de l'impossible totalisation de l'expérience vécue par les usagers au sein de ces centres : d'une « emprise » qui ne peut jamais être absolue.

Les CTR présentent *une face* où les usagers peuvent croire que dans ces murs, ils se verront absous de ce que la société désigne comme leurs torts, et enfin regardés comme des

personnes qui ont un « problème » : des malades et non des délinquants – en comparaison notamment du milieu carcéral qui n’efface pas le passé, qui n’oublie rien. Mais l’autre face, c’est que la construction identitaire de leur identité sociale dans ces centres se fait précisément dans ce flou, cet entre-deux de malade et de délinquant. On les appréhende comme ambivalents avant tout ; et les professionnels comme les usagers participent à construire cette surface de projection identitaire où le « méchant » usager peut toujours réapparaître, et où le « bon », la victime, le malade, doit être mis au travail pour pouvoir mériter la guérison.

C’est la situation globale produite par les attentes et la responsabilisation des usagers dans une institution quasi-totale comme les CTR que nous souhaitons marquer ici, au-delà du bénéfice que chacun et chacune des usagers pourra, individuellement, tirer de sa prise en charge par ces centres. En cela, il nous semble que notre enquête étaye en grande partie la situation décrite par divers pans de la sociologie contemporaine sur l’émergence d’une « nouvelle forme de domination » où « ceux et celles qui disposent le moins des moyens pour se responsabiliser et prendre en main leur existence sont également ceux et celles qui sont le plus soumis à cette injonction » (Chantraine, Mary, 2006 : 268) :

Loin d’atténuer la prégnance des contraintes sociales, les injonctions contemporaines à l’individuation et à la responsabilisation provoquent de nouvelles formes d’assujettissement. La prison, en bout de course des circuits d’exclusion, constitue une forme aboutie et épurée de ce processus, dans lequel l’exigence socialement imposée de se comporter comme un individu devient une lourde charge lorsque les individus ne possèdent pas les conditions pour agir ainsi et lorsque cette norme n’est pas voulue par eux, mais leur est imposée de l’extérieur (Chantraine, Mary, *ibid.*)

Je soutiens que le CTR est un dispositif hybride, qui peut apparaître dans la trajectoire des usagers de drogue à tout moment de leur parcours où ils tentent une « sortie » de la toxicomanie, mais que pour certains, il peut conduire à les enfermer dans un circuit en boucle fermée. Lieu de passage, sas censé constituer un tremplin pour l’abstinence et la compréhension de son addiction, il peut pour certains sujets se suffire à lui-même – les assujettissant dans une forme de vie assistée, où la dépendance institutionnelle s’est substituée à la dépendance au produit. Il est alors paradoxal que pour les individus qui ne parviennent pas à surmonter les défis qui s’imposent au sujet autonome de l’époque actuelle, le CTR puisse constituer une chambre d’isolement choisie, où l’on est assuré que l’on se trouvera entièrement « protégés ». Protégé du dehors et protégé de soi-même pour l’individu incertain que devient l’usager de drogues mis en contact avec sa réflexivité. Protégées du risque social qu’il peut encore toujours constituer dans les fantasmes collectifs, pour les personnes « ordinaires » qui hors de l’institution considèrent que le drogué n’a pas sa place dans l’espace social – et lorsqu’elles ferment les yeux sur le fait que la drogue y est, elle, omniprésente.

Nous voudrions finir ici en éclairant à nouveau notre positionnement par rapport à ces institutions. De manière liminaire aux prochains chapitres où l’analyse se cristalliserait moins sur l’institution comme dispositif que sur ses représentants ou leur manière de décliner leurs fonctions sociales, cette clarification nous semble importante. De fait, je ne prétends pas mener dans cette thèse une critique anti-institutionnelle généralisée. Le « dilemme des prisons » (Cartuyvels, 2002) qui s’est reposé dans l’opposition entre mouvement antipsychiatrique italien et anglais et psychothérapie institutionnelle en France (Guattari, 1972 ; Vanier, 2006) ne pourrait se voir simplement tranché dans le sens d’une lutte pour l’abolitionnisme en ce qui concerne les institutions qui prennent « soin » de la souffrance d’autrui, qu’elle soit psychique ou somatique, qu’elle puisse être biologique ou reflet des conditions sociales. Lutter pour l’abolition totale des institutions où intervient une privation de liberté, c’est se risquer dans

une impasse où le chercheur oublie de considérer la souffrance immédiate et concrète de celles et ceux pour qui l'institution constitue une aide indispensable. Une aide et un soutien – une « dépendance choisie » qui pourrait n'être que momentanée –, pour leur parcours de vie et pour l'espoir qu'ils conservent de sortir d'une dépendance au(x) produit(s) qui les entravent déjà dans leur liberté. Enquêter en addictologie permet de ce fait de parer à toute vision idéalisée et théorique de la liberté, et incite plutôt à se pencher sur ce qu'elle vient symboliser dans nos sociétés. L'analyse des CTR comme lieux de privation de liberté *choisis* est donc sensiblement plus riche si on l'articule « à une histoire de la « liberté » elle-même, ou, plus précisément, des formes d'assujettissement qui se forment en son nom » (Chantraine, 2004b : §21). Comme nous allons le voir dans les chapitres suivants, la responsabilité et la liberté paraissent ainsi corrélés, à l'époque qui est la nôtre, et – toujours sujettes à des effondrements possibles dans l'incapacité (Genard, 2015) – elles marquent ensemble la validation d'être adulte dans une société de gestion et de maîtrise du Soi.

L'étude comparée, à laquelle nous tenons, nous permet cependant de ne pas demeurer dans cette incertitude entre position massivement figée sur la critique institutionnelle (critique carcéralo-centrée comme la nomme Grégory Salle en parlant de la prison) (Salle, 2003 : 406) et position « réformiste », qui nourrit l'institution totale en ce qu'elle la tient pour objective sans la remettre en question. Comparer, c'est se rendre compte des différentes perceptions des usagers, d'une institution à une autre, des différents traitements, des différentes étiologies tenues pour responsables de l'addiction et des différentes formes de vie qu'on cherche à y substituer. Pour reprendre l'idée de Claude Faugeron cité par Chantraine (2004b) dans une note : « Il ne s'agit pas ici de renoncer à l'idée selon laquelle certaines prisons sont moins indignes que d'autres » ; il ne s'agit pas de dire que tous les CTR se valent parce qu'ils répondent au même projet sociétal. Cette thèse vise avant tout à rendre compte comment d'une institution 1 à une institution 2, on peut déjà voir comment ce projet est en mutation – et comment le projet thérapeutique du CTR 1, qui essentialise la toxicomanie et proposait une forme d'accompagnement chronicisée des populations marginales, ne tient plus en partie aujourd'hui. Par ailleurs, de la même manière que ce qui a porté, *via* la lutte et la promotion des droits des détenus, à une modification des prisons françaises, il ne s'agit pas tant de mettre en valeur, de se réjouir ou de « préférer » une institution à une autre. La prise en compte et l'amélioration de la condition des usagers de drogue depuis les années 2000 rend compte en effet d'une reconfiguration de l'intervention sur autrui, qui ne peut plus exister sous la forme d'une obligation subjective des soignés envers les soignants, comme dans les années 1970. Cette intervention se fait désormais plutôt en leur nom, et en mettant en acte leur volonté de se rétablir – un processus qui oblige sans doute les usagers à se voir parfois « gouvernés à travers leur liberté »⁷⁹ (Rose, 1999).

Néanmoins, cet accompagnement prend aussi la forme d'un parcours initiatique, d'un cheminement où l'utilisateur devra faire l'épreuve de sa capacité à être admis dans la société des hommes – et plus particulièrement, dans une société d'hommes adultes où les rites de passage sont de nos jours moins évidents. C'est ainsi ce que nous analyserons dans le prochain chapitre : comment les CTR peuvent-ils constituer, à leur manière, des espaces rituels de passage à l'âge adulte.

⁷⁹ Je réemploie la remarquable expression qui est utilisée par Gilles Chantraine pour résumer les travaux de Nikolas Rose (Chantraine, 2014b : §20).

Deuxième partie

À défaut d'« être soi », apprendre à *être adulte* ***Responsabilisation* et étapes rituelles d'un devenir-adulte orienté**

Introduction de partie – Qu'est-ce qu'un passage ?

Grégory (ES) – Alors quand j'accompagne un patient qui était ici, je voudrais qu'on le prépare au mieux pour aller à l'AT [Appartement Thérapeutique] – j'accompagne le patient et je lui dis « tenez, vous faites les courses... » Tenez... *voilà je pense qu'il faudrait le faire plus souvent quand les personnes sont prêtes.*

Alors que *si on dit, en gros, c'est des gamins, ça sert à rien...* Je pousse mon propos à l'extrême, je dis : *en fait on fabrique des handicapés sociaux...* Il y a des gens qui sont capables de vivre en société, *ils sont un être social – et quand tu les lâches après 8 mois, ils sont plus capables de s'en sortir...*

Ce qui m'a marqué, un jour, c'est qu'on a fait une évaluation de sortie un jour avec un patient, et l'ancien directeur – et en fait, ce qu'il en ressort, *c'est qu'ils te parlent de « passage » – et ils te présentent ce passage comme très difficile.* Ils te présentent ça comme un truc très compliqué... Nous on est adaptés tu vois – je te mets 8 mois dans un lieu comme ça, toutes les démarches tu sais plus les faire...

Cdt 1 – TCHAT – 04/05/2022

C'est au cours d'une discussion avec un éducateur du CTR n°1 qu'apparut cette notion de « passage », qui paraissait importante dans le discours de certains de ses collègues (qu'il désigne ici par « ils »). Grégory, éducateur spécialisé dans la structure, rendait compte sur ce point d'une incompréhension, voire d'une critique franche des opinions de ces derniers – et ce n'était pas la première fois que je le voyais se distancier de la pensée apparemment majoritaire au sein du centre.

Au centre TCHAT, la notion de « passage » faisait explicitement référence au projet d'une transition, effectuée la plupart du temps du CTR aux Appartements Thérapeutiques (AT) (ou aux dénommés Appartements Thérapeutiques de Transition – ATT – pour les associations en disposant), et qui suppose ensuite le passage de l'AT à un appartement ordinaire. Comme l'explicitait le chef de service du pôle hébergement présent cette même année, la coutume veut qu'un patient qui fait une demande individuelle pour un Appartement Thérapeutique « passe » d'abord par le centre thérapeutique et sa vie en collectif :

Vincent Mesnard (chef de service) – D'habitude, *on privilégie un passage en CTR.* Autant là, le dossier, et puis Sandra l'a eue au téléphone et ça a l'air assez solide, donc on peut l'envoyer directement en AT.

Capucine (ES) – Oui, *c'était un passage obligé, avant.* Ça l'est plus. C'est plutôt quand c'est plus fragile, comme ce monsieur ...

Cdt 1 – TCHAT – 12/04/2022

Cette évocation d'un « avant » où le CTR était une étape obligée avant l'AT par Capucine, et la remarque précédente de Grégory, nous permettent de mettre en évidence que ce passage a néanmoins des connotations différentes, en fonction des personnes qui le défendent comme un incontournable du parcours de soins. Le chef de service préconise cette habitude pour des raisons foncièrement économiques de remplissage des lits, et de fidélisation d'une file active d'usagers qui après le CTR du TCHAT, choisiraient un AT de la même association. Une des différences principales entre Métanoïa et TCHAT, de ce fait, c'est que le CTR n°1 dispose de trois pôles d'intervention (ambulatoire, CTR et AT), et a entièrement

intérêt à orienter et à faire circuler la patientèle au sein de ces trois pôles. « Avant » néanmoins, comme l'évoque Capucine, l'équipe (en accord avec sa direction de l'époque) avait la légitimité (et se donnait le pouvoir) de (re)prendre les personnes en CTR avant de les faire passer en AT – même quand ces personnes pouvaient témoigner de majeures capacités d'autonomie. C'est sur ce point que Grégory semble critiquer la stratégie institutionnelle qui continue d'être défendue par une partie de l'équipe. Un certain « passage » a l'air difficile selon cette fraction de professionnels, et justifie de recourir au CTR pour l'effectuer. Cela étant, comme en témoigne cet éducateur, il semblerait que pour certains usagers, ce passage par le CTR « fabrique » et consacre, par des processus d'infantilisation, une perte de capacités desdits usagers – plutôt qu'il ne les aide à sortir du centre en construisant une vie dont la drogue ne soit pas le centre. Une autre frange de l'équipe donc, incarnée par certains éducateurs et psychothérapeutes plus « jeunes »¹ au sein du CTR, se montre ainsi encline à valoriser une orientation différentielle, en fonction des besoins des usagers, vers le dispositif qui semble le mieux leur correspondre, quand bien même ils ne « passeraient » plus par le CTR.

Mais à prendre plus au sérieux cette notion, de quel passage est-il question ? Nous avons pu voir dans la première partie qu'une transformation a déjà été effectuée par les usagers, qui acceptent de passer du monde extérieur à l'intérieur du CTR. Cela a permis de constater que, s'il veut devenir un autre, l'utilisateur dépendant doit accepter de laisser sur le seuil une partie de ce qui caractérisait son ancien Moi – à commencer par la relation au produit qui était constitutive de son expérience quotidienne. Il doit accepter de se plier aux règles singulières de l'institution qui le reçoit, et comprendre quelles sont les attentes, les rites de dépouillement et d'initiation qui sont attendus des usagers et usagères pour commencer leur nouvelle vie. Néanmoins, c'est d'un autre passage qu'il est question dans ce chapitre – à savoir du passage décisif constituant la visée déclarée de ces centres thérapeutiques. Ce passage définit l'évolution d'un individu dépendant, qui a abdiqué certaines de ses caractéristiques d'être socialisé pendant une période de son existence, à un individu non-dépendant à un produit (abstinent ou garant de sa consommation modérée), socialisé, et surtout rendu « autonome » par un certain nombre de procédures et d'outils développés dans ces centres.

Après avoir considéré la manière dont « s'en sortir » consiste paradoxalement à *entrer* dans l'institution CTR, à comprendre son fonctionnement et ses règles internes, et à se laisser modifier par elle, nous souhaitons appréhender ces centres sous un autre angle : celui d'un espace d'apprentissage et d'une traversée qu'on pourrait décrire comme initiatique. Ce qui nous invite à nous poser les trois questions suivantes : quel est l'apprentissage spécifique délivré par les CTR ? Pourquoi cet apprentissage est-il décrit (et vécu ?) comme une traversée, longue et ardue ? En quoi les contenus et les techniques acquis au cours de ce séjour relèvent-ils de l'initiation ?

Tout d'abord, nous entendons décrypter phénoménologiquement les attentes des résidents et des professionnels vis-à-vis de ce passage. Nous partirons ainsi de la notion rencontrée sur le terrain, pour voir comment peuvent converger autour d'elle certaines pratiques et certains discours qui permettent de décrire les CTR comme des lieux destinés à faire transiter les usagers d'un monde à *un autre*, que nous identifions comme celui de *l'âge adulte*. Dans les éléments que nous analyserons, il faut donc prendre en considération le récit

¹ La jeunesse est doublement relative : Grégory a en effet une quarantaine d'années, et il travaille depuis 8 ans au TCHAT quand je le rencontre. Mais comme Capucine et d'autres, ils sont considérés plus jeunes par rapport aux profils qui comptent quinze à vingt-cinq ans d'années d'activité dans la structure.

que font les résidents eux-mêmes, lorsqu'ils disent explicitement qu'il leur faut grandir, et commencer à se projeter dans « le monde des adultes » ou dans « la vie normale », « la vraie vie », etc. Nous tiendrons également compte des nombreuses affirmations faites sur le terrain portant sur la comparaison des usagers dépendants à des adolescents, qui nous ont mise sur la piste d'une interprétation de ce passage en termes d'un cap à franchir, pour se libérer de l'addiction. Au-delà des discours porté sur lui, ce cap implique des apprentissages concrets, où la responsabilité et l'autonomie se trouvent hautement mobilisées. D'une part, dans l'objectif d'introduire dans la vie des résidents des activités matérielles qui les concernent directement ou qui impliquent le collectif : avoir des horaires de lever et de coucher, avoir une certaine hygiène de vie, s'alimenter correctement, prendre soin des espaces collectifs, suivre les ateliers obligatoires et savoir s'occuper le reste du temps. D'autre part, les contenus transmis par les ateliers psycho-éducatifs du CTR visent également la modification du rapport à soi et à autrui, aspect plus immatériel que nous conceptualiserons comme le triple apprentissage de la parole (permettant de (se) définir, de demander et de se distinguer d'autrui), de la liberté (être capable de dire « non » et de définir ses limites personnelles) et de l'autonomie (pouvoir établir son propre cadre de vie et un cadre relationnel « sain »).

Nous chercherons à démontrer via l'analyse de ces apprentissages que la libération/responsabilisation² attendue des usagers semble avoir pour corrélat d'arriver à un point de maturité symbolique qui implique que les usagers transforment leur appréhension du monde et de ses possibles en une autre vision, plus pragmatique, plus responsable également. Une vision qualifiée d'*adulte* – ou plutôt qui permet aux professionnels de témoigner de son apparition processuelle (ou de son absence) chez ces mêmes usagers. Nous montrerons dans le quatrième chapitre que c'est le « devenir adulte » qui est de fait en question au CTR. En analysant les interactions entre usagers et professionnels dans et hors des ateliers proposés par les deux structures, nous verrons comment ce devenir est l'objet d'une *négociation* au sens d'Anselm Strauss ([1978] 1992), et d'une ritualisation par étapes. Nous choisirons quant à nous de reprendre la notion historiquement thématisée par Arnold van Gennep ([1909] 1981), pour nous demander dans quels espaces-temps se joue concrètement cette dimension de « rite de passage » à l'âge adulte ; et nous analyserons dans le concret la tension existant entre les discours et les pratiques au sein du CTR que cette catégorie permet d'identifier.

Cette notion nous intéressera autant pour la temporalité qu'elle sous-tend, telle qu'elle a été thématisée par Arnold van Gennep, que pour son acception d'espace de « mutation ontologique » (Eliade, 1992 : 12). Car cette mutation ontologique, ou transformation identitaire, paraît de fait permise à certains individus et proscrite (ou du moins empêchée) à d'autres. L'une des questions sociologiques qui sous-tendent ce chapitre est donc de s'interroger sur les déterminants sociaux qui permettent « le passage » ou qui au contraire l'inhibent ou le retardent, en le faisant apparaître comme aussi « difficile ». La complexité de notre démarche est d'articuler ici ce qui est objectivé comme « difficile » pour certains et certaines (qu'on disqualifie parfois avant même de les avoir mis à l'épreuve), et ce qui est peut-être vécu subjectivement comme « difficile » par les résidents. S'il est toujours compliqué de distinguer ce qui appartient aux acteurs et ce qui relève des effets de production subjective

² Je rappelle que mon emploi de la notion se différencie de l'usage juridique de *responsabilisation* qui est habituellement donné pour la distinguer de la responsabilité – voir par exemple l'article de A. Laude, « Le patient entre responsabilité et responsabilisation » (2013). Le terme *responsabilisation* désigne ici spécifiquement la processualité et les opérations, agies et subies par les résidents au cours de leur parcours en CTR.

d'un dispositif sur eux, nous tenterons néanmoins de rendre compte des effets de subjectivation produits chez les résidents par les leçons et les ritualisations vécues dans ce séjour en CTR. Nous considérons en outre qu'il est utile de traiter, en miroir, des vécus et des réactions des professionnels qui se font supports du passage de ce cap, psychique et identitaire. Le chapitre 5 abordera ainsi spécifiquement les efforts des professionnels, ainsi que les réticences qui les caractérisent, dans le fait de permettre aux usagers d'effectuer cette transition vers l'âge adulte et l'autonomisation qui la caractérise. Cela permettra notamment de répondre à la question de pourquoi ce passage demeure parfois *difficile* (indépendamment du profil de l'utilisateur) – dans le CTR n°1, mais plus généralement dans tous les CTR. Les divers obstacles qui s'interposent dans le fait de mener à bien ce passage nous permettront de réinterroger la visée institutionnelle des CTR en fonction du type de populations qu'elle est amenée à prendre en charge. Pour certains usagers, la difficulté du passage à un « dehors » de l'institution semble inhérente à l'impact de la consommation de substances et/ou à leurs socialisations antérieures sur leur vie quotidienne : ils et elles ne parviennent souvent pas à faire *sans* une institution qui les soutienne et les supervise, dans les pratiques et les activités de la vie quotidienne. Pour d'autres, ce rythme de la vie « ordinaire » peut être retrouvé, grâce au parcours de soin et d'accompagnement – mais la reprise d'une consommation non-maîtrisée (ou la peur de cette dernière) peut amener de nouveaux dérèglements qui impliquent de reprendre à zéro l'apprentissage. Pour d'autres encore (parfois les mêmes), il semble que la négociation avec l'équipe configure plutôt la perspective d'un maintien au sein de l'institution, dans un espace-temps où ces apprentissages restent sous contrôle professionnel, et qui peut paraître plus rassurant pour tous les acteurs impliqués. Il devient donc difficile de sortir d'une apparente « zone de confort », entretenue tant du côté des résidents, que du côté de certains professionnels.

Dans un troisième et dernier temps, cela permettra d'aborder sous une autre lumière la question de *ce qu'est un CTR*, au-delà de leur première facette d'institution quasi-totale, développée dans le chapitre 3. En effet, le passage ne signifie pas uniquement le mouvement de l'institution au monde du « dehors », mais il suppose parfois comme ici une phase de suspension, de gestation nécessaire pour accéder à un nouvel état. Dans cette deuxième partie de thèse, nous envisagerons ainsi les CTR comme des lieux où « faire une pause » hors du monde, et « expérimenter » de nouvelles manières d'être (pour des personnes qui y parviennent en vue de retrouver minimalement la maîtrise de leur vie). Nous pourrions les conceptualiser comme des lieux où le travail social découvre toute sa portée, celui d'une « aire transitionnelle » (Winnicott, 1975) où la réagrégation de l'individu exclu ou marginal semble possible. Mais nous verrons également comment ils charrient pour les usagers un ensemble de représentations concernant la transition d'un statut identitaire à un autre, qui leur octroie une dimension initiatique (au moins dans les discours, sinon dans les pratiques). On pourra donc considérer que les CTR configurent l'un des cadres autorisés « de l'initiation, d'un éveil à la conscience (subliminal), d'un temps pour soi, peut-être pour faire le point » (Goguel d'Allondans, 2003 : 26) qui caractérise les espaces liminaux³.

Pour être plus précise, « si l'initiation reste le rite de passage majeur, notamment dans

³ Le concept de *liminarité* ou *liminalité* a historiquement été attribué à Arnold van Gennep ([1909] 1981), qui en fait l'étape centrale des rituels de passages, entre la période de séparation (phase pré-liminaire) et celle de réagrégation (phase post-liminaire). La phase liminaire est la période du rituel qui se caractérise pour l'individu par une perte de statut, et par une étape déterminée par le franchissement d'un certain seuil – *limen*, en latin – caractéristique de cet état transitoire, entre une appartenance sociale antérieure et celle qui devrait suivre.

l'accès à une reconnaissance sociale d'adulte sexué » (Goguel d'Allondans, 2003 : 25), il me semble que l'on peut diviser cette initiation en deux processus distincts au CTR (quand bien même ces deux processus sont sécants et coexistent dans de nombreux cas). Le processus visant d'un côté à faire des usagers des adultes : celui qui leur confère *l'adultéité*. Et celui qui, d'autre part, vise à faire d'eux des hommes, ou des femmes : le processus qui leur confère cette « reconnaissance sociale d'adulte *sexué* », et leur confère des possibilités d'accès à la *virilité*, à la *féminité*, et à une éventuelle *parentalité*. L'observation de ce second processus forme la matière du dernier chapitre de cette partie : le chapitre 6 se trouvera consacré à la question de l'initiation, c'est-à-dire des pratiques rituelles concrètement mises en œuvre pour que le parcours vécu par ces usagers « dépendants » se transforme en une étape décisive de leur existence sociale d'hommes et de femmes. Mais aussi des discours et récits de soi attendus dans le monde social d'un ex-usager de drogue – qui doit être parvenu à un certain stade pour concéder une part de sa liberté à une institution censée lui faire retrouver valeurs et codes sociaux nécessaires pour tenir dans le monde. Cette notion de passage est donc également un signe tangible de l'universel besoin chez les êtres humains de procéder à une institutionnalisation des « premières fois » de l'existence (Bozon, 2002), comme sans doute des « dernières »⁴.

Enfin, au-delà de ce que notre observation ethnographique permettra de faire émerger sur ce point, un autre objectif dans cette partie de thèse sera de dialoguer avec la notion foucauldienne d'*hétérotopie* – et plus précisément de renouer avec celle d'*hétérotopie de crise*. Entre le Foucault de *Naissance de la clinique* et celui de *Surveiller et punir*, la réflexion qu'il menait en 1966-1967 portait de fait spécifiquement autour de la notion d'hétérotopie, dont il thématiza les six grands principes dans la conférence « Des espaces autres. » ([1967] 1984). Nous n'en retranscrivons qu'un extrait initial :

Premier principe, c'est qu'il n'y a probablement pas une seule culture au monde qui ne constitue des hétérotopies. C'est là une constante de tout groupe humain. Mais les hétérotopies prennent évidemment des formes qui sont très variées, et peut-être ne trouverait-on pas une seule forme d'hétérotopie qui soit absolument universelle. On peut cependant les classer en deux grands types. Dans les sociétés dites "primitives", *il y a une certaine forme d'hétérotopies que j'appellerais hétérotopies de crise, c'est-à-dire qu'il y a des lieux privilégiés, ou sacrés, ou interdits, réservés aux individus qui se trouvent, par rapport à la société, et au milieu humain à l'intérieur duquel ils vivent, en état de crise. Les adolescents, les femmes à l'époque des règles, les femmes en couches, les vieillards, etc.*

Dans notre société, *ces hétérotopies de crise ne cessent de disparaître, quoi qu'on en trouve encore quelques restes*. Par exemple, le collège, sous sa forme du XIX^e siècle, ou le service militaire pour les garçons ont joué certainement un tel rôle, les premières manifestations de la sexualité virile devant avoir lieu précisément "ailleurs" que dans la famille. Pour les jeunes filles, il existait, jusqu'au milieu du XX^e siècle, une tradition qui s'appelait le "voyage de noces" ; c'était un thème ancestral. La défloration de la jeune fille ne pouvait avoir lieu "nulle part" et, à ce moment-là, le train, l'hôtel du voyage de noces, c'était bien ce lieu de nulle part, cette hétérotopie sans repères géographiques. (Foucault, « Des espaces autres » : 46 – je souligne)

⁴ J'insère ici une référence littéraire marquante, sans rapport direct avec l'addictologie, mais portant sur un rite de passage de « dernière fois » : le roman de Michela Murgia, *Accabadora* (Milano, Einaudi, 2014) relate l'importance du rôle social dévolu à certaines femmes qui faisaient figures de *passeuses* jusqu'à la moitié du XX^e siècle en Sardaigne, et se trouvaient désignées par la communauté à l'accompagnement discret vers la mort des individus le demandant. La « mère »/tutrice de la protagoniste lui explique ainsi que, comme personne n'est jamais né seul, du fait de sa propre volonté, il faut ainsi qu'il en aille de même pour la fin de vie – en l'accompagnant.

Plutôt que de considérer les CTR comme des « hétérotopies de déviation » – l'autre grand « type » d'hétérotopie décrit par Foucault, et où vient prise en charge la déviance sociale –, une autre interprétation de ce qu'il se passe dans ces centres pourrait être de les considérer comme des espaces de jachère, de latence : un espace où les individus adultes de la « société addictogène » qui est la nôtre (Couteron, 2012) bénéficieraient d'une aire de jeu, de « vacance », ou du moins de suspension spatio-temporelle où il leur est permis de redéfinir les contours d'une identité non encore bien constituée. Le CTR apparaît en effet comme un espace liminaire où se confondent souvent la visée idéale des pratiques, leur réel, observable, le sens que les professionnels et les usagers y trouvent et la dimension fantasmatique que contient tout processus de « guérison » ou de « sortie » d'un état de maladie. En tous les cas il nous semble qu'il incarne bien plus, à certains moments de notre observation, ce que Foucault désignait par le terme d'hétérotopie de crise – et non pas une hétérotopie de déviance, tels que l'incarneraient l'asile ou la prison.

*

Chapitre 4

S'initier à l'âge adulte

Apprentissages nécessaires du passage à une vie responsable

L'éducation est l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale. Elle a pour objet de susciter et de développer chez l'enfant un certain nombre d'états physiques, intellectuels et moraux que réclament de lui et la société politique dans son ensemble et le milieu spécial auquel il est particulièrement destiné.

Émile Durkheim, *Éducation et sociologie* ([1922] 1985 : 51)

La littérature récente en sciences humaines a déjà pu relater le passage à l'âge adulte des personnes qui transitent dans une institution médico-sociale, qu'il s'agisse notamment de publics handicapés (Gomez, 2006 ; Santamaria, 2009, 2013) ou de jeunes sortants de l'ASE ou de la PJJ (Kérivel, 2015 ; Sourmais, Pallez, 2015). De nombreuses fédérations à un niveau local et national ont désormais à cœur cette notion qui aurait pu paraître pourtant désuète de nos jours⁵. Car cette question renvoie plus globalement aux mutations rapides de la jeunesse occidentale sur les cinquante dernières années et à ce que signifie, dans ce premier quart du XXI^e siècle, devenir adulte (Galland, 1995, 1996 ; Dubar, 2000 ; Van de Velde, 2008).

En l'occurrence, en ce qui concerne les dispositifs résidentiels que nous observons, il s'agit d'émettre, et de mettre à l'épreuve une triple hypothèse :

- Le séjour en CTR opèrerait comme une forme de rite de passage à l'âge adulte, pour divers profils d'usagers (et non seulement pour ceux qui sont tout juste officiellement majeurs). Il faut donc nous attacher à décrire quels éléments et événements de ce séjour nous incitent à retenir cette notion pour capturer la visée spécifique des CTR.
- Les divers centres proposant cet espace liminaire de transformation personnelle s'adressent potentiellement à une population pour laquelle l'absence de sas clair, d'espaces cadrés dans la société contemporaine pour opérer ce type de transition, constituerait un problème. Le CTR vise à apporter de l'aide dans un « passage difficile » pour certains individus.
- Mais ces centres semblent orienter de manière *différentielle* les individus qu'ils accueillent vers une voie de « sortie » de l'addiction, qui coïnciderait avec l'engagement

⁵ La convention nationale des associations de protection de l'enfance (CNAPE) a publié très récemment (en juin 2023) une [contribution](#) intitulée "Le passage à l'âge adulte des jeunes en situation de handicap. Ériger un environnement capacitant", qui a été reprise et diffusée via de nombreuses associations et réseaux locaux (site d'[Entraide Union](#)). La notion de « passage à l'âge adulte » pour les jeunes en situation de handicap avait déjà été mobilisée par un [rapport](#) du CREAM de Nouvelle-Aquitaine en 2019.

dans une vie d'adulte ordinaire. Quelles sont les différences entre profils sociaux qui permettent de justifier ces orientations différenciées ?

Le séjour en CTR a pour visée une perspective de « libération » (de la substance consommée) d'une part, qui est censée contribuer à l'apparition, ou à la fabrication d'un être nouveau. Nous avons analysé ce premier objectif dans la partie I. Cette visée s'articule d'autre part à une dimension de « responsabilisation » (du comportement), où le résident n'est plus un sujet agi et victime de son rapport à la substance ou à son histoire, mais est envisagé comme un acteur qui dispose d'un pouvoir d'agir sur son attitude, ses volitions et la réalisation de celles-ci. La question du rétablissement⁶ est fondamentale dans ce passage moral que l'institution propose à l'individu – en ce que c'est lui qui aurait décidé de « se soigner » de son addiction, et en ce qu'il doit faire l'effort de poursuivre ce projet, en dépit des doutes et des souffrances que ce choix peut lui occasionner. C'est en voulant nous distancier de l'omniprésence, dans l'univers de la santé mentale contemporaine, de ce terme de rétablissement, que nous préférons donc décrire ce qui se produit en CTR comme un projet de « libération/responsabilisation », entrepris conjointement par les usagers volontaires qui y entrent et par les équipes soignantes.

Cette conjonction dans un même terme de la liberté et de la responsabilité n'étant pas forcément évidente à l'oreille de nos lecteurs, nous illustrerons par une vignette l'importance que ces deux termes recouvrent d'un point de vue culturellement et historiquement situé. Quand je témoignais ainsi de mes premières hypothèses de travail devant l'équipe de l'hôpital M., en février 2021, une médecin généraliste, pilier de l'institution, réagit en déclarant : « l'âge adulte, l'âge adulte... c'est bien une vision d'anthropologue, ça ! Mais c'est pas *que ça* qu'on fait... C'est quoi, être adulte en plus ? Être *libre*, à la rigueur... ».

Le fait que je décrive leur travail aux professionnels comme une forme de ritualisation possible du passage à l'âge adulte de certains de leurs « clients » (c'était le terme institutionnel employé) ne pouvait que les confondre, sinon les choquer. La médecin généraliste qui me répondit entendait sans doute dans mes propos que je pointais la dimension éducative, voire paternaliste, qu'elle avait sans doute combattue une longue partie de sa carrière (on peut imaginer, surtout en tant que médecin femme). Mon auditoire se fondait sur les principes de l'institution et de son fondateur : respecter le « choix » des toxicomanes, ne pas les pousser ou les forcer à une démarche de soin, les respecter comme des « clients » de l'institution et éviter de les traiter comme des « patients », qu'il faudrait aider malgré eux. Dans ces circonstances, il était sans doute délicat pour eux d'entendre que c'est sans doute parce qu'on traite les soignés comme des êtres « libres », qu'on les engage à s'envisager comme des adultes. La remarque de cette médecin me conforta d'ailleurs d'autant plus dans l'intuition qu'il s'agit bien de cela, dans ce qu'on entend, en France⁷, par « être libre » : à savoir que cette liberté

⁶ Je renvoie à la définition du rétablissement en addictologie donnée dans l'encadré 1.1

⁷ La définition de l'« adultéité », traduction de l'anglais *adulthood*, paraît particulièrement relative à la société dans laquelle on se situe : Cécile Van de Velde montre bien les différences qui se notent en comparant la société danoise, anglaise, française et espagnole, concernant les étapes attendues (Van de Velde, 2008). La notion est entrée dans le vocabulaire culturel de la vie quotidienne « comme la fin accessible (et désirable) de l'immaturité de l'adolescence pendant la Deuxième Guerre mondiale » (Blatterer, 2007 : 12). Mais il y a de fait une confusion entre le terme anglais et français, entre une acception qui met l'accent sur la constitution d'un nouveau noyau familial (détachement du foyer d'origine et naissance des premiers enfants) et une autre définition, qui caractérise dans une perspective plus existentialiste le bond dans l'âge « actif » (Charles, 2011) mais surtout l'accès au marché de l'emploi.

engage tacitement, sans qu'il y ait besoin de la nommer, une certaine définition de l'âge et de l'être *adulte*.

Ce que j'appelle âge adulte, certains professionnels français (militants, ou en tous les cas exerçant de manière engagée) l'appréhendent comme « liberté », c'est-à-dire sans doute comme la possibilité de faire des choix, en connaissance de cause, qui ne soient pas dictés par un milieu d'appartenance, ou par la réaction antagoniste à ce même milieu – dans une socialisation par les drogues qui n'émanciperait pas véritablement des tutelles familiales et sociales. La constitution de l'addictologie en France dans les années 1970 s'appuie sur cette représentation, d'une alliance établie entre les premiers intervenants en toxicomanie et ces jeunes, dont ils auraient été en mesure de comprendre tant la souffrance que le désir d'émancipation (Olievenstein, 1977). Le vent de l'esprit contestataire de la jeunesse de 1968 soufflait encore sur les nouveaux professionnels qui se sont formés à cette époque, et il est probable que l'histoire de la psychiatrie sociale ou de la psychothérapie institutionnelle a également nourri le fantasme de pouvoir exercer sans avoir à déployer les fonctions sociales historiquement dévolues à l'aliéniste (Bonnafé [1966] : 261, 1977 ; Castel, [1981]). Selon les intervenants de l'époque, on aurait cherché davantage à soulager les toxicomanes d'un poids qu'à les en charger, « l'émancipation » des usagers des pressions familiales et sociétales et l'affirmation du désir individuel de vivre constituant les enjeux d'un travail corrélé à la question du sevrage du produit. Et quelque chose s'est noué là, sans doute, de l'histoire particulière de l'État français à la toxicomanie, comme à ses traitements, dans le sens d'une recherche de liberté s'opposant à l'usage de la drogue interprété comme délit (Bergeron, 1999) : ce qui explique que ce secteur particulier d'intervention sur le corps, l'esprit et le comportement des êtres, continue de se penser selon une visée émancipatrice plutôt qu'avec un mandat de contrôle social. En France, en addictologie, ou dans l'héritage de l'intervention en toxicomanie des années 1970, « être libre » repose sur une certaine conception du libre-arbitre, et en même temps d'un éventail d'actions possibles plus « libertaire » que libéral. Mais cette conception – faire les choix que l'on veut, ou les vivre comme « libres » au sens de la médecin de l'hôpital M. – est de fait l'attribut naturel que l'on accole aux êtres « adultes » de notre société, et dont on estime que sont privés (historiquement, mais encore de nos jours) les enfants, les fous et les infirmes.

Les CTR sont éminemment importants à cet égard, car ils constituent dans le dispositif global de l'addictologie un des espaces où certains adultes, professionnels, interviennent sur d'autres pour leur *apprendre à être libres*. Le séjour est organisé de telle manière que les résidents et résidentes doivent se départir de toutes leurs habitudes de vie antérieures et suivre un programme d'actions spécifiques, qui portent aussi bien sur leur état et leur bien-être physique, mental, et relationnel. Ils vont apprendre progressivement à distinguer les moments de choix réel et les moments de « réactions » à des sollicitations ou des stimulus extérieurs ; ils vont être invités à faire le tri entre leurs besoins réels et les besoins induits ou créés par la situation ; ils vont être incités à prendre position vis-à-vis des habitudes et des relations nouvelles qu'ils voudraient instaurer dans une vie plus stable, plus saine – plus à leur convenance en tous les cas, selon ce qu'ils ont annoncé vouloir, lors de leur arrivée au CTR. Ce lieu d'apprentissages et de formation les accompagne et les soutient donc dans ces pas menés vers la « sortie » de l'addiction et la « libération » substantielle qui devrait s'y rapporter. Pour reprendre la métaphore évoquée dans le chapitre 1, le CTR est dans ce parcours la béquille d'une rééducation destinée à faire en sorte que l'individu puisse de nouveau marcher seul.

La spécificité de l'addictologie en ce sens, par rapport à d'autres secteurs du médico-social, c'est que la constitution même de la discipline s'est faite sur la base théorique proposée historiquement par Claude Olievenstein, fondateur de l'intervention en toxicomanie (même si c'est de la même manière qu'on l'entendait dans les premières communautés thérapeutiques dans les années 1970) qui repose sur le remplacement de la dépendance au produit par la dépendance à l'institution – il faut « accrocher » les usagers, opérer le sevrage du produit via l'alliance thérapeutique avec l'institution, pour, dans un second temps, pouvoir les rendre « libres », leur permettre de réintégrer la société civile. Ou comme l'exprime Livia Velprey, le travail professionnel effectué plus généralement en santé mentale repose sur le passage d'un « régime de justification d'accueil et d'engagement » à un « régime de transformation et d'autonomisation » (2008 : 159 et suivantes). « Il ne s'agit plus alors principalement d'accueillir et d'établir un lien, mais de travailler ce lien. Le patient a été accroché, il s'agit maintenant de le faire décrocher » (*ibid.* : 171). La spécificité du travail en CTR étant sans doute que du fait de l'indexation du parcours de soins à la perspective de la « sortie » de la dépendance, on ne propose en apparence à l'usager que la stratégie de libération qu'il a lui-même voulu. Le travail professionnel est ainsi en partie masqué, sous les termes d'un contrat thérapeutique où il semblerait que les professionnels sont là uniquement pour garantir « le cadre » de la vie dans le centre. Alors qu'il est clair, en observant de plus près, que ces derniers agissent eux aussi et transforment la nature du lien relationnel établi avec l'usager, en fonction des diverses étapes traversées pendant le séjour. Après avoir observé le régime d'accueil et d'engagement des résidents dans les chapitres 2 et 3 de cette thèse, il nous faut donc à présent traiter de ce que prévoit le régime de transformation et d'autonomisation qui leur est proposé en CTR.

*Encadré 4.1_*

L'intervention en toxicomanie : une « question d'Etat » concernant la « jeunesse »

La « démocratisation » de l'usage des drogues constitue à la fin du XX^e siècle l'une des transformations les plus significatives de la sociabilité des jeunes (Beck, Obradovic, Jauffret-Roustide, Legleye, 2010). Ce phénomène touche d'abord les classes aisées, durant les années 1960-1970, avant de s'étendre dans les décennies suivantes aux jeunes des classes populaires. Cette évolution d'un phénomène individuel, ou touchant une classe d'âge spécifique, à un problème de santé publique n'est pas isolée dans l'histoire française. Bien que la notion d'addiction soit venue dé-spécifier ce facteur générationnel, la création même de l'intervention en toxicomanie témoigne de la prise en charge par la puissance publique de la « jeunesse » comme catégorie particulièrement vulnérable. Les analyses d'Étienne Ollion (2017) permettent d'illustrer via l'exemple de la lutte contre les sectes comment s'est développée au cours de ces années décisives une nouvelle « gestion » du problème de la jeunesse, ou de « la crise » de la jeunesse. L'intervention en toxicomanie, plus rapidement que la lutte contre les sectes (qui mettra plusieurs décennies avant de se voir considérée et prise en charge par des institutions financées par l'État) vient cristalliser ce malaise de la société d'abondance des Trente Glorieuses qui ne comprend pas les formes expressives que la jeunesse vient lui exprimer par son refus ou ses besoins d'évasion. L'article de Pinell et Zafiropoulos met en exergue qu'après 1968 les figures du « casseur » et du « drogué » viennent progressivement remplacer, à la une des médias, celle du « blouson noir » symbole de l'insécurité des années 1950. Cette évolution médiatique fait clairement partie d'une stratégie de délégitimation de la génération contestataire de mai 1968 : « Au travers de la lutte contre la toxicomanie, c'est la criminalisation du mouvement de contestation de fractions importantes de la jeunesse étudiante et lycéenne (où sont supposés se retrouver ceux qui consomment des drogues) qui est recherchée » (Pinell, Zafiropoulos, 1982 : 69). Le désenchantement vécu dans les décennies successives par les intervenants en toxicomanie et l'appui qu'ils ont pu fournir aux tenants de l'ordre public mettant en exergue une guerre entre classes et

tranches d'âge menée par les tenants de l'ordre public, s'explique en outre par le changement radical de la sociologie des usagers de drogues à la fin des années 1970, et qui touche particulièrement la deuxième génération d'immigrés venus du Maghreb (Curtet, Le Poulichet, 1985). La diffusion de la consommation de drogues dans les milieux populaires déplace l'émotion politique face au fléau de la jeunesse vers la question de la répression du trafic, et fait naître une vision plus sombre du toxicomane – qui ne correspond plus au jeune bourgeois de la culture *underground*.

Cette évolution, et les stratégies politiques qui se sont dès lors constituées, permettent d'entrevoir les raisons d'une hyperspécialisation des discours et des dispositifs consacrés à la jeunesse – notamment dans le champ de l'addictologie, avec la prévention dans les écoles, et les dispositifs de CJC – et qui dissèquent « le problème des jeunes » à chaque nouvelle génération, sur un spectre allant du registre plus libéral au plus répressif en fonction de la position sociale des concepteurs de ces discours (école, défense de la famille traditionnelle, santé publique, services de protection de l'enfance, PJJ, milieu carcéral). Si les consommations de la jeunesse sont donc toujours perçues comme des formes de rituels spécifiques à cet âge, et au creuset culturel formant leur identité en construction (Gossiaux, 1992 ; Le Garrec, 2002), il nous semble fondamental d'analyser comment les jeunes constituent « un point d'ancrage obligé du discours sur les drogues » dans les sociétés modernes (Lalande, 2009 : 86) – et de constater qu'ils correspondent à la frange d'âge après laquelle les excès et les erreurs semblent devoir être révolus.

D'autre part, la question importante qui se dégage du processus de transformation attendu est de savoir comment ce choix de l'indépendance et du « décrochage » du produit, viennent perçus comme devant advenir à la fin de l'« adolescence » des individus ; mais aussi de saisir comment ils se rejouent dans la microsociété de l'addictologie avec l'idée d'une « fin » du passage en institution. Enfin, de comprendre comment, concernant ce passage qui viendrait marquer un *deuxième seuil* (celui qui sépare le monde de l'institution du dehors), chaque structure peut être tentée de le différer ou de l'accélérer ; de conserver les hébergés dans le « cocon » ou le giron de l'établissement, ou au contraire de les « pousser vers la sortie ». Nous analyserons ces variantes dans le chapitre suivant celui-ci.

Ces deux stades de l'adolescence et de l'âge adulte semblent ainsi coïncider ou se succéder selon les profils d'usagers rencontrés en addictologie. Pour certains la discipline va constituer un rite de passage naturalisé, de par le fait que certains adolescents et adolescentes prennent plus de risques que d'autres, dans cette dizaine d'années transitoire qui précède leur entrée dans le monde du travail et leur engagement dans un domicile et un foyer propres. Pour d'autres, la carrière d'usagers de drogue a contribué à leur stigmatisation comme non-adultes, comme personnes qui semblent n'avoir pas franchi les caps attendus par la société eu égard aux normes d'adultéité qu'elle produit. Les CTR vont donc représenter un sas de transition, un espace d'incubation pour des adolescents ou des non-adultes, où l'apprentissage de ces normes constitue l'un des enjeux. Mais il va falloir pour cela accepter d'être considérés comme des adolescents, ou d'« éternels enfants », pour pouvoir accéder ensuite aux étapes consacrant cet âge de la majorité.

*

I. Devenir « ado » avant de pouvoir être adulte : la (dé)construction de l'adultéité en CTR.

Pour définir l'âge adulte, il nous faudra l'envisager en regard des catégories auxquelles il est habituellement opposé – d'une part l'enfance, mais aussi la grande période liminaire dont les contours contemporains sont souvent définis comme flous : l'adolescence. Qu'est-ce que l'adolescence ? Issu du participe présent du verbe latin *adolescere* qui veut dire grandir, le mot s'oppose étymologiquement au participe passé *adultus* qui désigne le fait d'avoir cessé de grandir. David Le Breton (2016 : 103) relève que les deux notions apparaissent significativement au XVII^e dans les classes sociales nobles et bourgeoises, « lors d'une période où le sentiment de la différence des âges commence à se faire jour ». Définition souvent considérée plus psychologique que sociologique (où l'on préfère parler de « jeunesse », voir Galland, 2010 ; Chamboredon, 2015), elle a commencé à être également considérée par les sciences sociales dans la mesure où elle désigne une phase de bouleversements biologiques, psychiques et sociaux, qui en font une période de transition identitaire importante, désignée souvent par l'expression de « crise ».

Par ailleurs, ces catégories d'enfant, adolescent et adulte voient aujourd'hui leurs frontières érodées par les transformations des sociétés contemporaines, l'allongement des études et les difficultés à s'insérer sur le marché de l'emploi, ainsi que la reconfiguration de la famille traditionnelle. Une grande partie des sociologues de la jeunesse s'intéresse désormais à cette question de la transition vers l'âge adulte, considérant après Modell, Fustenberg et Hersberg (1976) que celle-ci se définit par le franchissement de cinq seuils : la sortie du système scolaire, l'entrée sur le marché du travail, le départ de la famille d'origine, le mariage et la constitution d'un nouveau noyau familial lié à la naissance d'enfants. Ces seuils se distinguent parfois en deux versants de pratiques : celles qui concernent l'axe familial et matrimonial et celles qui concernent l'axe scolaire et professionnel (Galland, 1990, 1995, 2006). Cécile Van de Velde souligne d'ailleurs les fortes variations qui existent entre les jeunes Européens vis-à-vis de ces caps impondérables et dont la signification diverge en fonction du pays d'origine (Van de Velde, 2008). Même si le calendrier et les différentes vitesses de dépassement de ces étapes peuvent ainsi fortement varier d'un individu à l'autre, les sociologues s'accordent sur le fait que « chaque société définit des normes relatives à ce qu'est l'âge adulte et à la façon dont on l'atteint » (Cicchelli, Merico, 2007 : 72). Certaines séquences deviennent repérables, comme étant celles qui se trouvent socialement reconnues et légitimées dans un milieu et une culture donnée (Hogan, 1978) – la « crise » intervenant sans doute lorsqu'aucun de ces caps ne semble être franchi, ou dépassé correctement, ou quand la multiplicité des modèles de référence finit par être une entrave à la poursuite d'une trajectoire. Margaret Mead (1928) faisait déjà l'hypothèse que la « crise d'adolescence » des jeunes américains s'expliquait par la diversité des modèles, des schèmes normatifs, existants dans la société américaine du début du XX^e siècle, à l'inverse d'un modèle plus homogène censé caractériser la vie dans les îles Samoa, et où les problèmes existentiels adolescents seraient absents – ou plus étayés par les modalités d'appartenance à une communauté.

D'autre part, la disparition de l'association de l'autorité à la figure parentale (Vesely-Lesourd, 2012) et paternelle (Jamouille, 2008 : 144-157) s'accompagne d'une nouvelle orientation des manières d'éduquer, centrées sur le développement du bien-être et de

l'autonomie de l'enfant. Comme l'indique par ailleurs Le Breton, « cette dernière n'est plus une conquête, elle est d'emblée une qualité à respecter » (2016 : 108). De nombreux chercheurs et psychologues parlent en outre d'une adultisation accélérée des enfants (Le Guillant, 2010), voire d'une « parentalisation », lorsqu'un enfant est mis en position d'assumer un rôle parental à l'égard de son propre géniteur (Neyrand, 2007).

À l'opposé, il semblerait donc que l'autonomie des adultes n'aille plus de soi, pour toute une partie de la population des sociétés contemporaines. Cette inversion de la dynamique de parentalité – enfants « adultisés » et adultes infantilisés – est un des effets possibles de la rupture du schéma de verticalité hiérarchique propre à la famille traditionnelle, lorsqu'elle ne conduit pas à une horizontalisation des positions où les deux générations se côtoient dans un rapport de simili-égalité⁸. Ce sont toutes ces mutations sociales qui se retrouvent comme projetées et reproduites en intra à l'intérieur des CTR – dans des institutions qui viennent remplir parfois pour certains usagers le rôle de foyers de substitution, en échange d'une infantilisation dont les deux groupes d'acteurs se rendent complices.

I. A/ Constat liminaire : « De toutes *façons*, les *toxicos* sont des *enfants* »

Observer des centres aux cultures et aux approches quasiment antagonistes de l'addictologie présente l'avantage de ne pouvoir analyser le traitement des usagers de manière univoque, mais permet aussi de faire ressortir ce qui constitue les constantes, ce qu'on pourrait considérer comme des bornes précises dans ce cheminement vers l'âge adulte. Comme dans un développement de photos en argentique, cette idée est apparue en négatif, à partir de l'observation beaucoup plus tangible des processus d'*infantilisation* des usagers adultes, notamment dans le CTR n°1, le TCHAT. L'individualisation des soins et la promotion de l'utilisateur-acteur de son parcours, valorisée depuis près de vingt ans par les politiques de santé publique, a en effet contribué à alimenter des tensions dans les équipes médicales et médico-sociales par rapport au maintien de leur culture professionnelle, tout en leur permettant paradoxalement de légitimer leurs pratiques avec un nouveau lexique d'actions correspondant à ce tournant de la responsabilisation. D'autre part, le cadre d'une institution qui se dit « humaniste » - si l'on pense ici au CTR n°2 – n'empêche pas, au contraire, que les personnes adultes qui la fréquentent soient fréquemment considérées comme des enfants qui ne savent pas ce qu'ils veulent, ou dont il faut prendre soin. J'ai ainsi été surprise de relever, dans le propos des enquêtés (professionnels comme usagers) la récurrence de certaines étiquettes ou désignations : « Je me vois comme un adolescent parfois », « c'est très ado ça [comme comportement] » ou encore une équivalence simple du type : « De toute façon *les toxicos* sont des *enfants* » (Thibaud, usager)⁹. Je dirais même que ces désignations paraissent avoir remplacé la stigmatisation coutumière de ces lieux de soins, où c'est l'étiquetage de « toxicomanes » ou « toxicos » qui servait à caractériser et juger les pratiques déviantes. Comme c'est d'ailleurs encore le cas dans le TCHAT, où on entend encore des phrases courantes de la forme : « ça fait partie de la problématique (du) toxicomane », « ce sont des toxicos, ils nous auront toujours ». Le traitement des usagers sur le versant de leur « être-

⁸ Je renvoie volontiers aux travaux d'Elsa Ramos (2006), qui questionne la singularité de la conception française de la parentalité dans une étude comparée France-Brésil où intervient la notion du « parent-ami » brésilien.

⁹ Toutes ces expressions proviennent du terrain d'observation mené à Métañoia.

enfant » ou « être-ado » se fait par conséquent de manière tacite dans ce centre (CTR n°1), où l'infantilisation se retrouve dans des pratiques concrètes de la vie quotidienne comme si elle allait de soi : frapper à la porte et attendre qu'on leur dise d'entrer pour venir demander quelque chose à un des membres de l'équipe, « faire la cuisine » pour le collectif, c'est-à-dire se faire accompagner aux courses, avoir un budget limité duquel il ne faut pas dépasser, et cuisiner sous le regard, les conseils, et le coup de main (parfois un peu débordant) d'un ou d'une professionnelle qui montre « comment faire » ou comment « mieux faire ».

Un premier constat qui émerge donc de nos deux terrains, c'est que les usagers et usagères semblent d'abord devoir être *dé-construits en tant qu'adultes* : c'est-à-dire (pour faire valoir une autre acception de la « déconstruction » des normes de genre, de race, mais aussi sans doute de l'âge¹⁰) qu'on les socialise de manière à ce que les étapes vers l'adultéité soient à refaire, à revalider avec l'institution qui les accueille.

Un deuxième constat semble se dégager de ces centres. Comme ils l'affirment eux-mêmes, et parce qu'il en va de leur acceptation dans ces lieux de soin, un usager entrant dans un centre thérapeutique de vie communautaire est très clairement perçu – dès le départ – comme un être qui n'est pas en mesure de « gérer sa vie » de manière autonome. Il va donc se trouver tacitement considéré comme un « ado », pas encore responsable, qu'il faut conduire vers l'âge adulte. Ce qui va s'illustrer, selon les cas, soit par une manière de lui « apprendre » à *être responsable*, soit (pour les personnes avec plus de difficultés) par un (ré)apprentissage des bases de la vie quotidienne, par une *gestion* de la vie courante, qui s'apparente davantage à une rééducation fonctionnelle et à une réhabilitation sociale.

Dans les entretiens individuels au CTR n°1 ainsi, il n'est pas rare qu'on demande à l'usager s'il a bien dormi, pourquoi et comment, s'il a pris une douche aujourd'hui, s'il a prévu de faire le nettoyage de sa chambre à un moment... À la Communauté Thérapeutique Stella, en comparaison, ce sont les résidents eux-mêmes qui « confrontent » celui ou celle qui a mal fait sa tâche de ménage ou de rangement, dans le groupe « vie communautaire », sous le regard encourageant et satisfait des professionnels. Ces pratiques sont inenvisageables (ou très rares) au CTR n°2, où on « travaille sur » l'identité du sujet en demande de soins, sur son passé, ses comportements, sa capacité d'action pour pouvoir les prévenir et y parer le cas échéant. On ne s'y intéresse pas tant aux besoins primaires et aux actes du quotidien qu'à tout ce que la consommation est venue enrayner, dans un mode de vie considéré *a priori* comme « adulte ». Je dirais même que si on s'intéresse aux façons de dormir, de se laver et de communiquer de l'hébergé, ce n'est que pour ce que ces activités basiques peuvent révéler du comportement individuel et social de la personne adulte, de ses « compétences psychosociales » comme les définit l'OMS¹¹. Néanmoins, c'est dans l'observation du comportement des usagers au sein de

¹⁰ Courant théorique post-moderne rattaché à la figure de Jacques Derrida, la « théorie de la déconstruction » (ou déconstructionnisme) consiste à « analyser les structures sédimentées qui forment l'élément discursif, la discursivité philosophique dans lequel nous pensons » (Derrida, 2004). Très employée par le courant des *gender studies*, on pourrait dire qu'elle use méthodologiquement de la remise en cause perpétuelle des hiérarchies de sens qui habitent les évidences plus communément partagées, en s'opposant fréquemment à elles. J'emploie pour ma part ici le terme dé-construction au sens le plus littéral. Pour une problématisation de l'âge entendu comme rapport social, je renvoie à [l'AAC](#) proposé par le laboratoire CITERES pour les journées d'études du 14-15 mars 2024.

¹¹ La compétence psychosociale est définie par l'OMS dans les années 90 comme « la capacité d'une personne à faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. Autrement dit, c'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être psychique et à le démontrer par un comportement adapté et positif lors d'interactions avec les autres, au sein de sa culture et de son environnement » ([OMS, Life skills education in schools, Geneva, 1997](#))

Métanoïa, que ces considérations et ces jugements sont portés – ce n’est pas *essentiellement* que la toxicomanie est targuée d’immaturité, c’est singulièrement que certains se révèlent être fainéants, irrespectueux ou impulsifs. Ce qui caractérise une activité « adulte » c’est alors – nous allons le démontrer – qu’elle soit socialement dirigée, c’est que sa visée soit prise en compte dans un horizon temporel et un environnement où autrui est concerné. C’est surtout que le résident se comporte dans les lieux selon les clauses du contrat thérapeutique établi avec l’institution, comme un individu en demande de changement.

Enfin, on peut faire une hypothèse supplémentaire, pour expliquer l’infantilisation et la déconstruction-reconstruction d’une adultéité qui n’est pas accordée d’emblée à ces usagers. Le fait que ces résidents puissent encore apprendre – à changer, à devenir adulte, à transformer leur soi pour réintégrer l’ordre social – donne crédit à la thèse de l’« éducabilité » des marginaux. À l’instar de la réhabilitation psycho-sociale que l’on propose dans les prisons ou les centres éducatifs pour mineurs, l’infantilisation des usagers de drogue sert ici à légitimer l’intervention sociale, et d’autant plus une intervention en milieu fermé, sans la concurrence du milieu social d’origine : « Pour le dire autrement, la notion d’éducabilité fait de la théorie de la réhabilitation une théorie *nécessaire* à la légitimation de l’usage de la prison pour les mineurs là où, chez les majeurs, elle peut, du moins dans certains pans du système, être entièrement supplantée par les théories dissuasive, rétributiviste et dénonciatrice¹² » (Chantraine, Sallée, 2013 : 439).

Cela met en évidence que l’une des fonctions affichées des CTR continue à être associée à cette réhabilitation (sanitaire, sociale *et* pénale) – où l’éducabilité est le critère majeur qui légitime le financement et le maintien des usagers dans des structures bénéficiant de financements publics. En la matière, la couleur politique ne paraît pas influencer significativement sur le calcul effectué par les représentants politiques français – en témoigne l’intervention de Valérie Pécresse en septembre 2021¹³, qui proposait d’« ouvrir un centre de désintoxication » pour résoudre le problème des « salles de shoot » et du « mur de la honte » (construit à Pantin pour empêcher la circulation des « crackeux » du nord-est parisien). Du point de vue de la droite française, si on peut « rééduquer » les toxicomanes, on pourra diminuer l’escalade des moyens inutiles mis en œuvre pour déplacer la masse incompressible des indésirables acculés aux abords du périphérique. Si dans certains discours extrémistes, on entend encore qu’il faut « les forcer à se soigner », la perspective de contraindre aux soins renvoie néanmoins que l’on envisage désormais la toxicomanie et les addictions comme un mal dont on souffre, et dont on peut être réformé... Aujourd’hui, le « tox », comme le jeune délinquant, est aux yeux d’une grande partie de l’opinion publique « en partie » victime de ce qui lui arrive – c’est sans doute pour cela que la réhabilitation peut être envisagée, pour des hommes et des femmes qu’on ne considère pas encore comme insérés dans le monde des adultes.

¹² Chantraine et Sallée citent Pires (1998) et les quatre théories de la peine – dissuasion, réhabilitation, rétribution, dénonciation – qui, ensemble, forment le socle de notre « rationalité pénale moderne ». En ce que les quatre promeuvent la nécessité et la modalité afflictive de la peine pour le justiciable, ainsi que la place centrale de la prison dans le système pénal, ces théories se différencient par des nuances fines. Il me semble pour ma part que les CTR sont intéressants en ce qu’ils permettent de légitimer aux yeux de l’ordre social l’idée tant d’une *complémentarité de la théorie réhabilitative aux trois autres*, que d’une logique de conséquence (*on peut se voir puni si on ne cherche pas à se réhabiliter*).

¹³ [Crack à Paris : Valérie Pécresse veut « ouvrir un centre de désintoxication » \(lefigaro.fr\)](https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2021/09/01/crack-a-paris-valerie-pecresse-veut-ouvrir-un-centre-de-desintoxication_01-09-2021.php)

I. B/ Fantasmer « le monde des adultes » et accepter son état d'adolescence.

J'ai toujours eu du mal à me projeter dans la vie, ça a toujours été le début du cauchemar, se projeter – on m'a toujours pressé dans la vie, et me projeter dans le monde des adultes...
Et voilà, je continue à dire « le monde des adultes »...

Brice, 32 ans, usager en séjour à Métanoïa

C'est en partant de cette expression indigène entendue sur le terrain que nous avons cherché à individuer les éléments qui font du séjour en CTR un espace-temps de réapprentissage et d'appropriation particulier, et constituant ce que nous décidons de désigner comme une forme de « rite de passage à l'âge adulte »¹⁴. La transformation attendue et mise en œuvre dans ces structures présente en effet pour point commun, indépendamment de l'orientation du CTR, de s'apparenter à une forme de maturation correspondant à l'acquisition de certaines aptitudes et compétences. Il faudra s'efforcer de distinguer la dimension métaphorique de ce processus de croissance, des effets performatifs concrets, propres à opérer de nouvelles *distinctions* ou à en réactiver certaines, de cet espace de transition ; mais il semblerait que les usagers qui arrivent en CTR n'y viennent pour la plupart que parce qu'ils se sentent « prêts » à passer à une phase successive de leur vie. Le CTR s'apparente donc à un lieu de formation continue, pour des personnes qui ne se sentiraient pas encore, ou qui ne donneraient pas les gages, d'un âge adulte qu'ils et elles ont pourtant légalement.

Il résulte en effet de nos observations que l'on retrouve au CTR des trajectoires sociales qui ont assumé une forme de dépendance « problématique », en regard des normes d'âge et de genre qui imposent de nos jours indistinctement l'emploi, le domicile et l'indépendance financière comme critères d'appartenance à une communauté d'adultes. Il est certain que pour nombre d'usagers et usagères, ces trois critères se trouvent pourtant respectés. Néanmoins, comme les « jeunes adultes en difficultés », les « familles pauvres », et les « chômeurs âgés » bénéficiant d'une aide sociale cantonale en Suisse (Revenu d'insertion ou RI), on attend des jeunes et moins jeunes adultes des CTR français les qualifications et les « attributs de l'âge adulte perçus comme nécessaires » (Perriard, 2017 : §28). La population observée en CTR paraît susciter les mêmes jugements qui pèsent sur ces trois catégories d'usagers de l'aide sociale analysés par Anne Perriard. D'une part, ils « sont perçus principalement comme des "adultes à éduquer" ou "en devenir" », comme les « jeunes en difficulté » (*ibidem.*). Nos résidents peinent d'ailleurs souvent à trouver une formation professionnalisante, aux dires des équipes, du fait de leurs problèmes de santé et/ou de consommation. Cela étant, la sociologue suisse montre bien que les formes de dépendance financière à l'État ne sont jugées problématiques qu'à partir du moment où elles sortent du cadre qui les contraint habituellement à « se calque[r] sur les normes de parcours de vie » (Perriard, 2017 : § 55). D'autre part, nous pouvons remarquer que s'ajoute de fait en CTR un quatrième critère, susceptible de disqualifier même ces trois critères de l'emploi, du domicile et de l'indépendance financière. On pourrait le caractériser comme l'*autonomie décisionnelle* (voir

¹⁴ Cette sous-section développe et approfondit nos premiers résultats de recherche, qui furent exposés lors d'un atelier du laboratoire IRIS organisé par B. Brossard, I. Coutant, J. Coussieu-Reyes, F. Enjolras et I. Garrec, portant sur « La dimension sociale et culturelle des troubles psychiques », et qui avait pour thème spécifique durant l'année 2021-2022 la dimension sociale de l'âge (Rochet, 2022).

plus loin I.D/). Car de fait, les résidents se voient surtout considérés comme des *non-adultes* parce qu'ils font défaut à cette norme supérieure qui concerne la qualification de comportements et de décisions comme autonomes.

Le paradoxe du CTR, c'est cependant que le cadre de développement de l'autonomie est fixé ; et qu'il correspond strictement à l'application du programme et des règles du centre. Via la prochaine vignette, j'aimerais en effet démontrer que c'est toujours par rapport au cadre institutionnel, miroir grossissant de la société qui l'entoure, que l'individu est disqualifié en tant qu'adulte :

Réunion clinique (jour 3 d'observation). On passe au groupe des 5 arrivés la semaine précédente pour un « séjour d'approfondissement » [ils connaissaient donc précédemment la structure]. La cheffe de service, Marion, demande comment « va » le groupe. Les éducateurs commentent qu'Octave ne se rend pas aux ateliers...

Albin (Éducateur sportif – Esp.) – Il fuit un peu le collectif. Avant il était là, en train de râler, mais il était dans le collectif ! Il y a comme un moment où c'est retombé...

Ludovic (psychologue) – Oui, mais je dirais que c'est peut-être pas plus mal. Je sors de l'entretien avec lui, là. Là, il bosse. *Il a fait tomber un peu le masque, avant c'était beaucoup dans les faux-semblants, mais là, il y a quelque chose de plus authentique...* [...]

Albin – Il dit qu'il veut que tous les deux mois, il y ait un week-end de conso... mais juste après il te dit qu'il voit pas pourquoi il résisterait à une envie. *Il est très ambivalent..*

Youri (Médiateur-Santé-Pair – MSP) – Ouais..*un peu comme un enfant qui a pas touché la limite..*

Albin – *..parce qu'il l'a pas encore vécue !... Tant qu'il a pas eu un peu de réel... Parce que là, à Métanoïa, de toute façon, il y a pas de conso. Tant qu'il doit pas, lui, prendre la responsabilité de mettre du cadre dans sa vie, il se passera rien.*

Ludovic – *..parce qu'il faut différencier aussi entre les choses qu'il envoie, un peu pour nous mettre du baume au cœur – et ce qui l'intéresse vraiment [...]* C'est pour ça que cet entre-deux, je le trouve pas mal, parce que ça l'oblige à interroger ce qui l'anime, ce qu'il désire [...]

Albin – Mais je l'interrogeais par rapport au cadre, et il disait : « *Mais moi, j'ai pas du tout envie d'être responsable...* »

Cdt 2 – Métanoïa – 09/09/21

C'est Youri, le médiateur-santé-pair, qui introduit ici la métaphore de l'« enfant », pour caractériser le comportement d'Octave. Il est fréquent, on l'a dit, de se référer entre professionnels au comportement enfantin ou adolescent des usagers. Compte tenu de leur expérience de la drogue, et des différentes manières d'esquiver les responsabilités liées à l'âge adulte qu'a traduit leur parcours de vie antérieur, l'équipe peut mobiliser à tout moment cette rhétorique pour estimer que les usagers ne font pas preuve d'assez d'ambition, eu égard au travail attendu d'eux dans le CTR. En fait, c'est dès que pointe l'ombre d'un manquement au cadre institué qu'un résident peut être taxé d'immature, comme on le voit ici. Albin s'appuie de fait sur les propos de l'utilisateur, pour analyser sa volonté de les placer dans une situation retorse : d'une part, Octave semble très au clair sur ce qu'il compte mettre en place à sa sortie du centre ; mais de l'autre, il se réserve le droit de ne pas « résister à une envie » – comme ici, l'envie de ne pas aller aux ateliers. Un « enfant » aux yeux du collectif de travail, c'est donc quelqu'un qui se laisse happer par ses diverses envies, qui place le plaisir au-dessus du devoir et des obligations contractées.

En réunion clinique dans le CTR n°2, en réunion et en « transmissions » dans le CTR n°1, il est ainsi fréquent que les professionnels hommes et femmes parlent des résidents comme si c'étaient des enfants, voire leurs enfants. On peut penser à l'exemple des « visites » au chevet des malades par l'équipe soignante dans l'ouvrage de Darmon sur le rétablissement post-AVC – qu'on peut comparer à une forme de conseil de classe portant sur le « cas » d'un patient alors qu'il est lui-même présent (2021 : 101 ; 166). Les réunions cliniques que j'observe me font pour ma part autant penser à un conseil de classe qu'à un grand repas de famille, où on raconte les affres d'un oncle ou d'une tante absente, parce qu'engoncé dans sa dépression, les frasques de tel cousin, ou les marques d'irrespect de tel gamin de la famille. Parfois j'ai davantage l'impression d'être dans une cour de récréation – ou encore devant un téléviseur transmettant le dernier épisode d'une télé-réalité (voir chapitre 6 II. B/). Car les professionnels, hommes et femmes, commentent les interactions des résidents, leur manière de « se faire voir » ou de « vouloir attirer l'attention ». Elles s'extasient devant les progrès, mêmes minimes effectués par certains. Ils commentent les scènes de rapprochement affectif ou amoureux. Elles s'exaspèrent devant la (trop) grande dépendance de certains à l'équipe, face aux demandes qu'elles nomment « symbiotiques » faites à l'institution et à ses membres (un exemple, la plainte, fréquente au bureau : « Y' a plus de café »). L'autorité dont elles font preuve, pour « recadrer » ainsi certains usagers ou certains comportements collectifs, s'apparente ainsi davantage à une forme d'autorité parentale plutôt qu'à une simple autorité d'adulte qui serait relative à leur statut professionnel dans la structure. Nous pouvons par exemple renvoyer à notre échange avec Clotilde, future monitrice-éducatrice, qui a déjà intériorisé cette discrimination de l'usager comme non-adulte, comme en témoigne son expression : « Pour moi, c'est un peu des ados qu'il faut de temps en temps recadrer », où la désidentification de la professionnelle à l'usager vise à édifier une barrière protectrice entre « eux » et « nous » (« nous » renvoyant plus généralement à la catégorie des adultes ou des personnes ordinaires) :

Je parle avec la stagiaire monitrice-éducatrice de ce qui est important dans sa formation et dans son futur métier. Elle tient à me parler de l'autorité, et de la vigilance qu'il faut avoir par rapport au cadre.

Clotilde – Mais aussi, je comprends ce que tu dis, parce que moi, j'suis monitrice-éducatrice, donc pour moi, la construction de liens, c'est ce qui prime dans le soin... Mais d'autres te diraient autrement [...] Enfin, *il faut que le cadre soit reposé plus souvent pour éviter les débordements quand même* [...] Si tu veux, le monsieur qui était là avant, *une règle qui semble évidente pour nous, le port de la casquette à l'intérieur par exemple, il avait pas cette notion par exemple...* Pour moi, c'est un peu des ados qu'il faut de temps en temps recadrer. Du coup, lui il a *testé* – avec la casquette, le bonnet... il a testé avec le prêt, les échanges... Donc je savais pas si ça lui avait été dit, s'il en jouait... mais à mon sens, *il faisait exprès de tester*.

Cdt 1 – TCHAT –17/06/21

La question du rapport à l'interdit constitue donc l'un des points de référence des professionnels (et comme on le voit ici, dès leur formation et leurs premiers stages), pour instaurer des rapports d'autorité morale avec les usagers. Bien entendu, les normes de l'adultéité attendue de la part des usagers, comme les normes de l'autorité attendue de la part de l'équipe, dépendent de ce que j'appellerais le *style institutionnel* du CTR. Mais les différents styles visent à chaque fois l'« éducatibilité » des résidents-considérés-comme-ados. La composante de rite de passage mise en place en CTR dans le rapport aux règles permet

« d'intérioriser la règle à vie », en maintenant « [t]oute proportion gardée, [...] la différence entre empêcher et interdire dans l'éducation des enfants. » (Hervieu-Wane, 2012 : 4). Les interdictions sont posées (consommer dans le CTR, introduire de la consommation, faire preuve de violence) ; les usagers ne sont pas pour autant « empêchés » de transgresser les règles. Le curseur se pose sur la limite à franchir, qui mobilise parfois la transformation des interdictions en empêchements (notamment au TCHAT), et à l'autre extrême, sur la trop grande souplesse qui ne permet pas l'intériorisation de la règle dans le temps (notamment à Métanoïa). Je reprends ici un moment la vignette précédemment rapportée d'une réunion clinique à Métanoïa :

[...] Quelques minutes plus tard dans la réunion.

Les soignants évoquent l'isolement de Corentin hier – Ludovic, le psychologue s'exprime :

« le fait qu'il le fasse ne doit pas être un souci, mais il faut qu'il en fasse quelque chose, qu'il en dise quelque chose... »

Youri – *Il a un truc aussi, avec l'autorité... il veut bien se mettre dans le cadre, mais en restant parfaitement autonome...*

Ludovic – *C'est très ado, ça...*

Youri – Mais en même temps, c'est ça qui lui plaît aussi ici, c'est qu'on lui dit pas « c'est bien » ou « c'est pas bien », on lui dit « est-ce qu'on peut en parler ? »

Cdt 2 – Métanoïa – 09/09/21

L'ambivalence des professionnels se discerne ici : ils semblent ne pas vouloir concilier la prescription d'autonomie pour les usagers et le cadre qu'ils prétendent leur fournir. Mis en cause par l'autonomie réelle de certains usagers, à même de créer de nouvelles règles à partir de leurs socialisations antérieures, les professionnels disqualifient ce comportement comme « ado[lescent] » – parce qu'il se caractériserait par l'opposition au cadre hétéronome fournis par l'institution. La demande que pourraient exprimer les usagers à l'égard de la préservation d'un « horizon de réciprocité » dont parle Marc Breviglieri (2012) n'est ici pas complètement entendue. Il importe aux professionnels de se positionner comme adultes par rapport à un usager dont ils estiment que le comportement est celui d'un adolescent. La remarque finale de Youri infléchit simplement cette interprétation, en faisant ressortir qu'il leur est peut-être encore plus important de se positionner comme de « bons » adultes/professionnels, capables d'accompagner et de « parler » à l'usager malgré ses stratégies oppositives, plutôt que de le juger et de le critiquer uniformément.

D'autre part, la population des résidents du CTR se constitue régulièrement en miroir comme un groupe isolé, les usagers passant grande part de leur temps entre eux – sans les professionnels qui constituent, dans d'autres institutions, « les adultes » dont on se cache :

Les jeunes passaient dorénavant la majeure partie de leur temps entre eux et sans les adultes, que ce soit à l'école ou dans le monde du travail, où la structure hiérarchique jouait. Mais ce qui comptait surtout, c'étaient les formes nouvelles d'interaction : ce n'était plus la relation parents-enfants ou élèves-enseignants qui gérait sa récompense sociale, mais le rapport entre pairs. (Passerini, 1996 : 380 – cité par Le Breton, 2016)

Les résidents se perçoivent concrètement comme un groupe séparé des « autres » que sont les professionnels – quand bien même ils se voient respectés par eux, par exemple au CTR n°2 :

Pot de départ du groupe 1. Betty et Octave sont en train de voir ce qu'il est possible de préparer : Octave va dans la chambre froide et dit s'être fait « pécho » par Nassima, la femme de ménage (il s'est fait surprendre, et reprendre, car il ne devait pas traîner dans la cuisine hors des horaires de repas). Je leur pose alors des questions à propos ce qu'il leur est « possible » ou « interdit » de faire dans le centre :

Fred – [...] Non mais, le premier ressenti fort que j'ai eu ici, c'est la notion de *confiance*...

Contrairement à d'autres centres où j'étais, ils avaient pas du tout la même approche...

Guibole – ...Mais aussi, ici, il y a la confiance, d'accord, mais *c'est quand même « on vous demande de prendre les médocs devant nous... »*

Octave [à moi] – Vous pourrez dire qu'*en addicto parfois, on est vachement infantilisés...* parce que j'en ai vus moi, même des gens de 50 ans parfois, dans d'autres structures... *C'est pas eux, hein, mais c'est le système qui fait qu'ils se font [infantiliser]...*

Cdt 2 – Métanoïa – 15/09/21

Les résidents présents partent d'abord du constat de la confiance qui leur est accordé (dans ce centre-ci, en comparaison d'autres centres plus infantilisants ou restrictifs), pour ensuite avancer leurs critiques – sur le fait que la symbolique de l'administration médicamenteuse devant les professionnels rappelle tout de même qu'on ne leur fait pas entièrement confiance, et que le « système » produit généralement de l'infantilisation, même si peut-être davantage ailleurs que dans ce centre-ci. L'émulation groupale dans laquelle ils paraissent adopter une position commune montre l'initiation intrinsèque que les usagers produisent au sein *leur* groupe – en le distinguant des autres groupes, ou en distinguant ce centre des autres centres. Elle rappelle d'ailleurs vaguement l'ambiance d'une colonie de vacances, ou d'un groupe de personnes qui se retrouveraient dans le cadre d'un *Rainbow Gathering*. De manière moins contraignante sans nul doute (puisque c'est du fait de certains idéaux et valeurs que des personnes rejoignent ces rassemblements), mais on peut considérer qu'une même dynamique de « familiarisation » y entre en ligne de compte. Toutes les personnes qui se retrouvent dans ces colonies, ou rassemblements éphémères, sont différentes, et se retrouvent avec des personnes d'autres origines et horizons culturels et sociaux. Néanmoins, ils doivent se trouver en accord, collaborer pour s'approvisionner ou pour réaliser les épreuves qui leurs sont soumises, coopérer pour faire régner la meilleure entente possible. Un peu comme se retrouver dans une famille, où, comme la sienne propre, on ne choisit pas les membres qui la constituent.

L'hypothèse que nous nous formulerons rapidement ici, avant de la développer dans le prochain chapitre, s'énoncerait ainsi : dans cet espace-temps du CTR, en étant privés de leurs consommations coutumières, le comportement des résidents diffère sans doute beaucoup moins des normes sociales attendues. Ils réapparaissent donc potentiellement comme ce qu'ils sont : des adultes au milieu d'autres adultes. Dans ces circonstances, serait-il possible que la séparation soignants-soignés – pour se justifier dans cet espace de placement et d'apprentissage d'adultes à adultes – finisse par se déporter sur une autre frontière, plus insidieuse, celle d'une séparation entre adultes et *non-(encore)-adultes* ? Serait-il possible en outre que les attitudes des professionnels et des résidents se calquent sur cette séparation induite par la situation présente d'apprentissage/éducation ? À quels moments de la vie en CTR, le clivage parents/enfants finit-il par se substituer au clivage soignants/soignés ?

Les membres des équipes rencontrées pouvaient ainsi faire intervenir, en parallèle de leurs qualifications, des capacités émotionnelles reposant sur l'utilisation de qualités souvent naturalisées comme féminines (être à l'écoute, faire preuve de tact et de patience) ou

masculines dans certains cas (être « cadrant », autoritaire, rassurant), et surtout comme le lot attendu des aptitudes parentales genrées. Cela fait écho aux travaux de Marc Breviglieri (1999) et Luca Pattaroni (2005) sur les travailleurs sociaux et les politiques publiques qui promeuvent l'autonomisation des usagers, où ils analysent comment les professionnels s'efforcent de concilier les exigences de l'horizon d'autonomie et celles qu'engagent des relations de « proximité », de « familiarité », et de « reconnaissance ». La manière dont la familiarité doit se faire le support, dans un second temps, de la séparation d'avec l'institution et de l'autonomie personnelle, constitue bien l'un des paradoxes du travail social. Mais ces auteurs insistent également sur la manière dont ces relations familiales et quasi familiales peuvent matérialiser à long terme des formes de « tyrannie » (Breviglieri, 2005), qui vont du « favoritisme » à l'« emprise sur une personne » ou au « dirigisme abusif » (Breviglieri, Pattaroni, Stavo-Debaugé, 2003).

De fait, il nous semble intéressant de relever que dans ces centres, comme dans les centres éducatifs où on accueille de jeunes adolescents, peuvent se mettre en œuvre et se déployer de manière privilégiée les fonctions reconnues de la parentalité. Sans doute cela joue-t-il, de manière inconsciente, sur ce schéma d'assomption d'une attitude parentale de la part des professionnels hommes et femmes. Esther Goody (1982) attribue en effet cinq fonctions différentes à la parentalité (*parenthood*) – laquelle, dès les travaux de Malinowski pouvait se voir distinguée de la parenté : la procréation, le nourrissage, l'éducation, l'attribution d'identité, l'accès au statut d'adulte¹⁵. Hormis la première, spécifique au champ de la filiation, toutes les fonctions décrites par Goody sont soutenues et réalisées au sein du CTR. Les résidents sont nourris et logés tout au long de leur séjour (même si dans le cas du TCHAT, ils sont impliqués périodiquement dans la préparation des repas du collectif). On les y éduque, aux aptitudes et compétences sociales à déployer dans la vie quotidienne ; on leur attribue une identité transitoire, en attendant qu'ils aient donné les « gages de confiance » de leur accession possible au statut d'adulte (Breviglieri, 2008).

Des divers exemples que nous avons convoqués, on peut donc déduire que le corrélat de la prise en charge en addictologie résidentielle, c'est de prouver qu'on est bien « dans le temps » opérant pour l'efficacité du rite. Ce rite de passage engage une posture particulière de la part des usagers : il faut vouloir se mettre au travail, mais il faut aussi laisser l'autre opérer sur soi. Un peu comme dans la cérémonie du *Bwete Misoko* au Gabon, rite individuel et circonstancié (par rapport au rite d'initiation classique des jeunes garçons, le *Disumba*) (Bonhomme, 2003 : 10) pour entrer dans une initiation thérapeutique il faut « avoir besoin » du rite – c'est-à-dire qu'il faut être 1) parvenu à un certain stade où il devient nécessaire de s'adresser à l'autre pour changer ; 2) faire valoir les « ratés » qu'ont constitué les précédents rites de passage à l'âge adulte ; 3) accepter que le changement va prendre du temps, qu'on ne peut pas vouloir tout changer tout de suite.

¹⁵ Esther Goody, *Parenthood and Social Reproduction. Fostering and Occupational Roles in West Africa*, Cambridge University Press, 1982 – citée par Neyrand, 2007. Le terme *parenthood*, avant son usage à forte connotation psychanalytique, a été employé par Bronislaw Malinowski, dès 1930 dans son article « Parenthood. The basis of social structure ».

I. C/ Qu'est-ce qu'« apprendre la vie » ?

Pour un observateur extérieur, il paraît étrange que la vie au CTR doive se calquer sur un emploi du temps qui scande ou parsème, selon les institutions, le temps d'une journée par des activités psycho-éducatives configurant le quotidien – à l'image d'un collège, ou encore d'une colonie de vacances. L'organisation de la vie quotidienne rappelle, comme nombre d'univers sociaux « prisonniers de la forme scolaire » (Vincent, 2014), la première des institutions dans laquelle les individus occidentaux sont de nos jours socialisés, en dehors de la famille. C'est sur cette forme scolaire des apprentissages sociaux véhiculés en CTR que je m'arrêterai ici, en soupesant néanmoins une réflexion plus générale sur ce que voudrait dire un lieu où « apprendre la vie ». Cette expression me vient également d'une expression indigène, employée par le nouveau chef de service du TCHAT, lors du renouvellement de mon incursion au CTR, en 2022. Ce cadre, anciennement éducateur en ITEP – essaye de transmettre la philosophie qui a guidé l'apprentissage de son métier :

Vincent Mesnard renchérit dans le sens d'une intégration de nouvelles thématiques de travail en réunion : « On parle d'accompagnement global, mais en fait la globalité elle y est pas. Moi je trouve ça fou – moi qui vient de l'ITEP – si on n'aborde pas l'amour, la sexualité, les interdits, tu passes à côté d'un certain boulot... Remettre la loi, remettre la morale par rapport aux textes, c'est important c'est sûr. Mais je me souviens qu'une psychologue un jour m'avait dit que notre travail, c'était d'accompagner les jeunes dans la rencontre amoureuse... » *« Vous les éducateurs, vous êtes là pour leur apprendre la vie »*. Donc, *si on le fait avec des ados on devrait pouvoir le faire aussi...*

Nadine Enchanté (AS) – *Aussi avec des adultes...*

Cdt 1 – TCHAT – 15/04/22

Une forme de sentiment partagé semble circuler entre les opérateurs de terrain autour de cette expression, « leur apprendre la vie », qui déroute un peu l'observatrice extérieure. Car les usagers entrant au CTR ne sont pas au début de leur parcours de croissance et d'apprentissage pour la plupart. Socialisés dans des univers sociaux très diversifiés, on retient néanmoins souvent contre eux le préjugé d'une formation à l'« école de la rue » – *via* leur socialisation dans des milieux de la drogue, faisant parfois recours à la délinquance ou à la violence pour pouvoir se fournir en produits (Bourgois, 1999 ; Bouhnik, 2008). Grandis parfois dans un univers brutal ou hostile à un développement psychologique serein, ils ont souvent brûlé certaines étapes, qui familiarisent à la violence ou à la brutalité du quotidien. L'entrée dans la drogue et dans ses mondes (trafic, logiques de territorialité, violence) opère donc plutôt comme une fin de l'enfance pour nombre d'entre elles et eux, et elle advient fréquemment de manière précoce. Roberto Saviano le décrit crûment dans son roman réaliste sur la vie quotidienne de jeunes Napolitains dans les quartiers populaires, *La paranza dei bambini* ¹⁶:

¹⁶ Le livre (Milano, Feltrinelli, 2016) n'a pas encore été traduit en français à ce jour. La « *paranza* » est un terme napolitain pour désigner la « bande », le groupe, historiquement affilié à la Camorra, mafia de la Campanie, qui se trouve en charge d'un ou plusieurs quartiers, et des divers trafics qui y ont cours. L'extrait original est le suivant : *“Avevano il volto dei bambini che conoscevano già tutto, parlavano di sesso e di armi : nessun adulto, da quando erano stati partoriti, aveva mai creduto che ci fossero verità, fatti, comportamenti inadatti alle loro orecchie. A Napoli non esistono percorsi di crescita: si nasce già nella realtà, dentro, non la scopri piano piano.”*

Ils avaient le visage des enfants qui connaissaient déjà tout, ils parlaient de sexe et d'armes à feu : aucun adulte, depuis qu'ils étaient nés, n'avait jamais cru qu'il puisse y avoir des vérités, des faits, des comportements inadéquats pour leurs oreilles. *À Naples, les parcours de croissance n'existent pas : on naît déjà à l'intérieur du réel, dedans, on ne le découvre pas petit à petit.* (Saviano, 2016 : 90 – traduction personnelle)

Un certain nombre des usagers rencontrés en addictologie témoignent d'une telle initiation précoce au monde de la rue et de la violence. Nous formulerons donc une hypothèse, en nous demandant s'il est possible que le CTR occupe précisément une fonction inverse à la socialisation traumatisante, sans médiation, par laquelle ces individus sont entrés dans le monde. Comme si, dans cet espace de mise à l'écart de « la cour des grands » qu'est le monde qu'ils connaissent en-dehors, il leur serait possible de recommencer, pas à pas, à apprendre quels sont leurs besoins, leurs volontés, et leurs rêves possiblement réalisables. Si l'on reprend la phrase de Brice sur « le monde des adultes », elle rend compte d'une intuition, celle d'une micro-société où les paramètres de l'enfance et de l'être-adulte ne sont pas exactement les mêmes que ceux de la société ordinaire : ils se calquent sur les critères de l'adultéité normative, certes, mais ils autorisent aussi en quelque sorte les usagers à pouvoir se comporter en « enfants ». Ces centres donnent l'espace pour une « seconde chance », ou encore pour une « seconde jeunesse », où les erreurs ne seraient pas irrémédiables mais pourraient conduire à une voie d'accès vers un Moi plus mature et responsable. Cette intuition, si on la pousse plus loin, pourrait témoigner de l'existence de mondes non-concordants au sein d'une même réalité sociale, ce qui permettrait de décrire les CTR comme des *seuils*, où l'on s'efforce de frayer des passages d'un monde à l'autre.

Qu'apprend-t-on dans cette école de la seconde chance qu'incarneraient les CTR ? À effectuer scrupuleusement les gestes et les actions de la vie quotidienne, telle qu'elle devrait se dérouler *naturellement*¹⁷ pour un individu ordinaire vivant en France : se lever le matin, se doucher, s'habiller, petit-déjeuner, travailler à des occupations qui constituent son identité professionnelle, se faire à manger et déjeuner le midi, se reposer la fin de journée, dîner, se coucher. Ces occupations impliquent également l'entretien de son corps (sport et hygiène) et de son espace de vie (nettoyage et vaisselle). On y ajoute de préférence des activités qui se rapportent à des échanges sociaux, des conversations, des moments privilégiés à deux ou à plusieurs, où la personne peut se sentir appartenir à un groupe, même restreint.

Les exercices ou tests d'évaluation menés dans ce CTR spécifique sont par exemple destinés à préparer les usagers à leur futur quotidien. Mais c'est *dans la forme proposée* que ces actions concrètes semblent prendre un pli plus scolaire – même lorsqu'on privilégie la dimension de jeux psychopédagogiques, comme à Métanoïa, où les éducateurs parlent de l'aspect « ludique » des ateliers. Sur ce point, nos analyses ne diffèrent que très légèrement de celles de Muriel Darmon, qui fait valoir que « [l]a présupposition d'un tel transfert, entre l'abstraction de l'exercice et le quotidien, est typique de la forme scolaire de l'hôpital » (2021 : 213). Car dans notre cas, c'est plutôt la pure reproductibilité d'une action concrète qui se trouve visée en CTR. Ils doivent concrètement aller au supermarché, faire des courses avec un budget

¹⁷ J'exprime ici, non ma réticence mais du moins ma réserve, ironique, vis-à-vis du caractère « naturel » de ces habitudes incorporées par tout un chacun. Il ne s'agit en rien de décréter qu'un autre modèle de vie serait envisageable ou même possible – même si de nombreuses formes de vie, comme simplement l'existence toxicomaniaque, en témoignent. Mais bien de rappeler et d'illustrer que ce que nous considérons comme naturel et ordinaire est toujours établi dans un cadre social déterminé.

déterminé, sous le regard de l'éducateur et cuisiner, deux fois dans la journée, un repas pour dix personnes – dans le cas du CTR n°1. Ils doivent concrètement se soumettre à l'exercice de la sortie, en annonçant ce qu'ils vont faire durant cette sortie, et s'y tenir, en s'opposant à la tentation d'aller consommer – dans les deux centres. On peut noter toutefois que la forme pédagogique diffère légèrement entre TCHAT et Métanoïa en ce que dans le premier, on cherche plutôt à donner des modèles, des routines de vie. Dans le second, l'abstraction relevée par M. Darmon apparaît sans doute davantage *via* les questions qu'on leur propose de se poser¹⁸, les réflexions qu'on leur demande d'avoir sur eux ; mais ce savoir théorique contraste en réalité avec tous les ateliers plus *pratiques* qu'on leur soumet et les outils concrets qu'on leur propose (réduction des risques, pratiques alternatives à la consommation ou *coping*, art, sophrologie, méditation), à appliquer directement dans leur quotidien. Comme une école Montessori ou une école forêt, les hébergés sont ici invités à s'emparer des outils que leur fournit l'institution, à imaginer d'eux-mêmes la forme que pourrait prendre leur séjour. Mais au TCHAT également, des ouvertures de ce type sont possibles dans les nombreuses heures de « vide », comme disent les résidents : ainsi, le bac à fleurs où poussait depuis quelques mois de la menthe avait été proposé et installé par un usager – qui appréciait d'offrir du thé à la menthe aux professionnels et aux autres résidents durant les heures creuses. Le style éducatif proposé par les deux institutions diffère donc en partie ; mais malgré leur forme scolaire, on déploie similairement dans les deux des contenus très concrets concernant les actions, les habitudes et les gestes à appliquer dans la vie quotidienne.

Ce qui n'est d'ailleurs pas contradictoire avec le fait que ces établissements demeurent prisonniers d'un modèle institutionnel scolaire qui véhicule des représentations abstraites pour produire des effets réels sur les comportements. On pourrait ainsi donner raison au fait que la « forme scolaire » dont parle M. Darmon, à la suite de Vincent, Lahire et Thin (1994 : 11-48) est beaucoup plus une totalisation par le modèle de l'institution scolaire de tout processus de croissance sociale : « toute expérience sociale se doit d'être un processus d'éducation, une occasion d'enseigner ou d'apprendre » (Darmon, 2021, 207-208). La forme scolaire est une *représentation nécessaire*, pour des processus d'apprentissages qui visent en fait la transformation d'une « forme de vie » (Wittgenstein, [1945] 1990).

L'école de la vie menée en CTR s'apparente donc à un espace d'apprentissage des tâches de la vie quotidienne et d'une relative possibilité d'innovation par rapport à celle-ci, pour ce qui excède le terrain occupé par les activités. Ces ateliers constituent des « interventions ponctuelles » destinées à « modifier partiellement les rapports au temps des personnes afin qu'ils soient plus conformes au lot commun temporel qui se rapproche bien souvent de la journée de travail standard, ou de l'emploi du temps scolaire » (Blum, Neuberg, 2019 : 111). Le temps d'une semaine est le patron, le schéma idéal du temps d'une vie ordinaire. L'organisation de la vie quotidienne a pour visée, et pour conséquence certaine, une transformation de la subjectivation des usagers, et en partie une intériorisation de la forme scolaire, en vue d'une autonomisation. Comme P. Blum et S. Neuberg soulignent que pour les jeunes en SAMSAH, il est patent que ces interventions sont perçues comme participant d'une forme de contrainte et de rapport d'infantilisation, les jeunes et moins jeunes observés en CTR sont également conscients de ces enjeux. Et ils les acceptent ou les rejettent de la même façon, selon leurs socialisations antérieures. L'ironie ou la distanciation est une manière fréquente de

¹⁸ Fabienne, l'infirmière, dira ainsi le premier jour de ma présence dans le centre, que le CTR sert à ce que les usagers puissent « se poser les bonnes questions ».

se rapporter à ce registre scolaire, qui ne cesse de leur rappeler leur condition de non-adultes au sein du centre. C'est *via* cette distanciation que se trouvent souvent resémantisées les activités proposées par le centre, au moyen du vocabulaire et du lexique de l'école :

Moment interstitiel.

Théo à Charles (deux usagers) : « *On a quoi là ?* »

Charles – Attends, je vais voir sur le tableau...

Théo – Ouais, pour voir *si c'est français ou histoire-géo ?* » [*les deux rient*]

Charles va regarder l'activité suivante pour leur groupe sur un tableau Velléda, sur lequel sont affichés de manière hebdomadaire les plannings des professionnels et les emplois du temps des usagers et usagères, divisés en trois groupes.

Charles – *On a AGA*. [Atelier Gestion des Addictions]

Cdt 2 – Métanoïa – retour sur terrain, 23/05/2022

En entretien psychologique, interaction entre Ludovic (psychologue) et Keufra (usager), en 2ème semaine :

Ludovic – [...] Que me racontez-vous aujourd'hui ?

Keufra – Bah, déjà je voulais m'excuser parce que *j'ai pas fait mon devoir* sur la ligne de vie¹⁹...

Cdt 2 – Métanoïa – 15/09/21 (jour 6)

Ces divers exemples, du « devoir » non fait de Keufra à la paresse d'aller « en cours » à tel ou tel atelier (lorsque les usagers de groupes différents se demandent « T'as quoi, toi ? », et qu'ils comparent par avance leur degré de fatigue en fonction du contenu des heures à venir) sont exemplaires de la forte présence de l'univers scolaire dans les représentations proposées et intériorisées par les usagers. Les professionnels ne se cachent pas, parfois, d'employer du matériel explicitement scolaire :

Premier jour au centre Métanoïa – atelier Interagir, avec les « nouveaux ».

Fabienne [infirmière] leur donne à remplir un questionnaire d'auto-évaluation sur la communication, qui est utilisé dans les écoles : « à la base, c'est fait pour les primaires » – Fabienne s'en excuse, leur dit de remplacer les mots « école » par « travail » par exemple. Commentaire de Thibaud, nouveau résident dans la structure : « *De toute façon, les toxicos sont des enfants...* »

Cdt 2 – Métanoïa – 07/09/21

Un avantage significatif de cette intériorisation scolaire est que les résidents s'autorisent souvent à se comporter comme s'ils étaient effectivement tels – enfants ou ados. Cela se remarque particulièrement dans les moments d'impatience à Métanoïa, dix ou quinze minutes après le début théorique d'un atelier, lorsque le professionnel annoncé fait défaut. Les résidents donnent l'impression de tolérer difficilement ces retards, et ils plaisantent souvent entre eux (ou également avec l'intervenant qui finit généralement par arriver), que comme au collège, après 15 minutes d'attente, ils seraient théoriquement autorisés à partir... (mais, où partiraient-ils ?). Reste que, en revanche, si un usager arrive trop en retard à un atelier

¹⁹ La « ligne de vie » est un « outil » qui a été proposé la semaine précédente par le psychologue, qui vise à mettre en lien les divers moments de la consommation de Keufra avec les épisodes douloureux vécus dans sa vie. Ludovic s'empresse d'ailleurs de lui dire que « ce n'était pas un devoir. Il n'y a aucune obligation ».

(notamment à ceux du matin), il peut être refusé et doit rester hors de la salle pendant les deux heures complètes – une sanction pouvant être retenue contre lui.

Le respect du planning, de l'« emploi du temps » collectif et individuel est de fait une attente significative à l'égard des usagers. Ils peuvent attendre, mais sans jamais « faire attendre les professionnels » :

Cette gestion est même explicitement présentée comme un réapprentissage essentiel, un préalable à la réadaptation aux contraintes temporelles du monde extérieur à l'hôpital, et la planification est donc à la fois une nécessité organisationnelle et un contenu de la rééducation hospitalière. (Darmon, 2021 : 210-211)

En agissant sur les rapports au temps, appréhendés comme la matrice où s'enracinent toutes les autres dispositions, il s'agit de rendre les personnes prises en charge plus accessibles aux incitations que les professionnels pratiquent. (Blum, Neuberg, 2019 : 106)

La bonne gestion de l'emploi du temps est support et condition de la réhabilitation psycho-sociale visée en CTR. On verra dans le chapitre 6 comment le rapport à l'espace – les usagers doivent vouloir « monter » – est également une condition nécessaire de leur initiation. De manière analogue à ces deux dimensions du temps et de l'espace, la réponse aux attentes des professionnels est perçue, non pas comme un devoir à Métanoïa – mais comme une *avancée personnelle*. Cette justification rhétorique passe par le fait que les usagers sont venus de manière volontaire, et qu'on ne les oblige *qu'à suivre* le contenu des ateliers, et pas (en principe) à réaliser des tâches complémentaires ou supplémentaires. Néanmoins, comme on le verra dans l'entretien suivant, le fait de se montrer coopératif, de faire le « bon élève » est déterminant, dans la vision qui est faite des progrès des résidents, notamment à Métanoïa :

Entretien bilan hebdomadaire entre Romain (ES) et Keufra.

Keufra parle de son ancien référent, Corentin, à qui Romain lui fait penser : « J'avais un référent, Corentin, il était un peu comme vous, un peu comme ça, discret, à pas trop parler... Au début je pensais qu'il m'aimait pas, qu'il s'en fichait un peu de ce que je disais. [...] Et c'est aussi, comme ça, en entretien, que j'ai appris à l'apprécier... C'était un mec en or... [*se reprend*] C'est un mec en or je veux dire, il est pas mort...

Romain [*rire franc*] – Ha haha !

Keufra – Voilà. Je sais plus plus quoi dire..

Romain – Vous disiez qu'il y avait plein de choses qui étaient en train de changer en vous...

Keufra – [*revenant sur le décès de son chien*] [...] Mais, vous voyez... quand je vois un chien, je me sens encore mal !

Romain – Mais c'est normal, c'est parce qu'il comptait pour vous, ce chien

Keufra [*constatant que Romain a fini de remplir la fiche de bilan hebdomadaire qu'il a sous les yeux*] Bon, vous [n']avez plus de place pour noter...

Romain – Mmm... j'ai un exercice pour vous cette semaine..

Keufra – Rhoo... [*effondrement*] [on voit bien qu'il y a eu comme un jeu entre eux ; de qui avait davantage la maîtrise du cadre de l'interaction. Et Keufra vient de perdre.]

Romain – Vous avez déjà écrit la lettre au produit ?

Keufra – [*qui paraît connaître l'exercice*] Putain, j'ai toujours évité ça jusqu'à présent..

Romain – Je veux que vous fassiez une lettre où vous écrivez à l'alcool, et une lettre où vous imaginez sa réponse..

Keufra – Oh non, deux trucs..!

Romain – Je sais que vous en êtes capable, Keufra. Vous avez montré beaucoup plus que de la capacité ici..

Keufra – Mais c'est pas obligé d'être dix pages..?

Romain – Mais non ! De toute façon, le but, c'est pas un concours d'écriture... Le but, c'est de vous adresser au produit, de lui adresser quelque chose...

S.R. – [devant l'effondrement émotionnel marqué de Keufan] Qu'est-ce qui vous gêne tant que ça ?

Keufan – De pas savoir écrire... de pas savoir quoi dire... de dire quoi ? « Tu m'as gâché ma vie ? » Et elle²⁰, qu'est-ce qu'elle va me répondre... « Continue, pauv' con ! » ?

Romain – Ahhh... je pense que ça va être très bien, vous imaginez très très bien, déjà...

Keufan – Bon.. pas de sortie ce weekend..

[Romain se lève, marquant la fin de l'entretien. On descend les escaliers tous les trois]

Keufan [à Romain]. – J'vous aime plus.

[Romain rit doucement, comprenant ce que Keufan lui confie entre les lignes.]

La teneur de cet entretien peut se résumer aux progrès constatés par Romain ou qui s'appuient sur les vécus de Keufan au cours de la semaine qui vient de s'écouler. On sent dans les remarques de l'usager – notamment à propos de sa vulnérabilité émotionnelle – qu'il attend une forme de réconfort de la part du professionnel, tout au long de l'entretien. Mais peu enthousiaste à voir les propos qu'il confie consignés sur la feuille-bilan qui témoigne du rapport asymétrique entre lui et son interlocuteur, il revient à l'évocation de la forme scolaire de leur entretien même ; et il signale à Romain que, s'il n'a plus de place pour noter (dans les encarts destinés à faire le point sur divers aspects de l'évolution de l'usager), ils peuvent peut-être considérer que l'entretien du jour est terminé. Romain, parce que cela est dans son rôle d'éducateur, mais aussi sans doute pour s'opposer à cette vision de l'entretien comme « corvée », choisit ce moment précis pour lui proposer une nouvelle activité : préparer le prochain entretien-bilan à l'aide d'un exercice d'écriture, et plus précisément une « lettre au produit » et une lettre-réponse de la part du produit. Il lui rappelle en passant que c'est lui qui mène les règles de l'entretien. Keufan réagit frontalement, comme si le professionnel l'avait offensé en lui demandant une tâche d'ordre scolaire – ce qui m'est confirmé dans sa réponse à ma question –, avec une plainte de type infantile lorsqu'il se rend compte qu'en plus ce devoir consiste en « deux » devoirs. La désorientation et le malaise qu'entraîne pour les classes populaires la forme que prend la sous-traitance scolaire des « devoirs à la maison » a d'ailleurs été bien analysée par Séverine Kakpo (2012). Le peu d'importance accordé à la taille de l'exercice (« c'est pas obligé d'être dix pages »), à l'orthographe ou au style employé (« c'est pas un concours d'écriture »), apparaît alors comme un effort de minimisation, de la part de Romain. Il cherche à atténuer la violence symbolique déployée envers Keufan, pour lequel il apparaît très difficile de rédiger quoi que ce soit, et qui dit littéralement sa honte de ne « pas savoir écrire »²¹. Devant les encouragements de son éducateur-référent, Keufan affiche son désarroi en *se privant de sortie* (ou du moins en disant qu'il se privera) pour le weekend suivant – pour avoir le temps de faire ce devoir à la maison qu'on lui propose-impose. L'entretien peut être bouclé, enfin, au moment où Keufan témoigne de son affection à peine dissimulée pour Romain, après qu'il l'eut comparé, au début de ce même entretien, au précédent éducateur

²⁰ Relatif à « la binouze » telle que Keufan désigne, en « la » personnifiant, sa relation à l'alcool. *Binouse* ou *binouze* est en effet une appellation argotique pour désigner la bière. Sur la personnification du produit et la dissociation à la substance qui doit être opérée par l'individu en CTR, nous renvoyons au chapitre 6.

²¹ On voit par ailleurs que la question de « pas savoir écrire » évolue vers un « pas savoir quoi dire », ou plutôt vers un « pas savoir » ce que « elle », « la binouze », dira. C'est-à-dire que des enjeux de conflits psychiques redoublent les enjeux d'un complexe de classe bien présent. Sur les inégalités de classe dans le rapport à l'écrit, voir Terrail, 2013.

qu'il avait progressivement appris à « apprécier ». Cette affection trouve dans cet exercice vécu comme une punition le moyen de s'exprimer – comme si Keufraan avait encore du mal à révéler de manière directe ses sentiments et émotions. Le vécu négatif de la forme scolaire permet paradoxalement aux deux membres de l'interaction de se montrer à quel point ils en sont venus à s'apprécier. Keufraan commentera la semaine suivante, après un long entretien, comment cet exercice avait été « pas si difficile, finalement ». Ou comment faut-il, de la même manière qu'on a « appris à aimer » les effets de la substance psychoactive avant de devenir dépendant, « apprendre à aimer » les effets conjoints que peut parfois produire la réflexivité lorsqu'elle a pour visée l'autonomie et la maîtrise de soi. Je rappellerai simplement le célèbre passage de Howard Becker :

Il reste encore une étape à franchir pour que celui qui sait maintenant « planer » continue à fumer : il doit apprendre à aimer les effets qu'il est devenu capable d'éprouver. Les sensations produites par la marijuana ne sont pas automatiquement ni même nécessairement agréables. Comme pour les huîtres ou le Martini dry, le goût pour ces sensations est socialement acquis. (Becker, 1983 : 75)

I. D/ L'autonomie comme critère d'accès à l'adultéité.

La réhabilitation dont les usagers font l'objet, ce que nous appréhendons comme une entreprise de libération/responsabilisation a pour objectif premier l'indépendance de l'utilisateur aux substances qui ont constitué son addiction. Mais cet objectif en recoupe un second, qui est de consolider ou d'apporter les « savoir-être » attributs de l'adultéité à des individus qu'on constitue d'abord comme on l'a vu comme « enfants-adolescents » pour mieux les former et les réformer. Cet objectif second, de développer les qualités et les compétences attendues de la part d'adultes responsables, a pour support une autre notion, omniprésente dans le monde de l'aide sociale et du médico-social : l'autonomie. Cette même notion, principe organisateur de la matrice de l'homme contemporain (Genard, 1999, 2015) se construit évidemment dès l'école, qui est devenue la garante du maintien d'un certain ordre social dans un monde qui en a pourtant bouleversé les coordonnées :

tout se passe comme si l'idée d'autonomie était aujourd'hui à ce point prégnante et structurante que toute l'éducation pouvait, par une voie ou par une autre, y être amarrée. En d'autres temps, il en aurait sans doute été de même de l'ambition de fabriquer un enfant « bien élevé », c'est-à-dire s'intégrant harmonieusement dans une société « en ordre » où il ne lui restait plus qu'à prendre la place qui lui revenait de par sa naissance. Orientée vers l'objectif de l'autonomie, c'est toute l'éducation qui cherche à mettre l'enfant et l'adolescent en mesure de construire plus tard sa place dans un monde qui a perdu ses certitudes. (D. Glasman, « Préface » à P. Foray, *Devenir autonome*, 2016 : 9)

La référence constante au terme dans le milieu médico-social, ainsi que l'emploi analogue du terme « indépendance » comme son apparent synonyme, nous font néanmoins parvenir à un point de butée, alors que nous croyions savoir ce qu'est *l'autonomie*, érigée comme une des valeurs fondamentales de la société contemporaine. Par ailleurs, les confusions sémantiques entre indépendance-autonomie et indépendance *au produit* dans une discipline où l'une visée pourrait être de *sortir de la dépendance* n'aident guère à une définition simple de ces deux termes dont la perspective est pourtant différente, et qui méritent un éclaircissement préliminaire, avant d'analyser le sens pris par la notion d'autonomie en CTR.

Nous souhaitons avant tout rappeler les définitions non-consensuelles qui régissent la vulgarisation étymologique de ces deux termes, et qui imprègnent également les définitions qui se retrouvent dans les ouvrages qui traitent du travail social ou du handicap. Nous pourrions ensuite nous positionner de manière tranchée en privilégiant le terme plurivoque d'*autonomie* – l'indépendance ne pouvant constituer, dans le cadre de notre recherche, une notion pertinente, que ce soit pour analyser les interactions réelles entre nos divers acteurs, ou pour expliquer l'objectif de la thérapie en CTR²². Et nous redéfinirons, grâce à l'apport de certains auteurs, ce que nous entendons d'une part par autonomie *fonctionnelle* – ou l'autonomie minimale visée par le travail médico-social mis en place sur et avec les résidents – et d'autre part par l'expression autonomie *décisionnelle*, qui constitue la forme la plus haute, idéale, qui doit se voir réalisée non seulement à travers des moyens d'action mais également dans la détermination des buts et des supports entrevus hors du centre.

D'un point de vue étymologique, l'*αυτονομία* désigne dans la Grèce ancienne le fait « de se gouverner par ses propres lois », par analogie avec le droit qui se voyait octroyé, à certaines cités grecques, sous la domination romaine²³. Le terme s'est ensuite stabilisé au cours des siècles pour désigner donc aussi bien la « situation d'une collectivité, d'un organisme public dotés de pouvoirs et d'institutions leur permettant de gérer les affaires qui leur sont propres sans interférence du pouvoir central²⁴ » (premier sens), que, dans une extension analogique, la situation d'une personne qui agirait à la manière d'une cité autonome²⁵. C'est sous l'influence de la philosophie, de la raison kantienne et de la science cartésienne, que l'autonomie en est venue à désigner la faculté de se déterminer par soi-même, de choisir et d'agir librement. Coexistent dans les acceptions existantes d'une part le caractère d'évolution d'une entité, individuelle ou collective, indépendamment de la marche du monde environnant – comme dans le cas de l'autonomie d'une discipline ou d'une communauté scientifique, et d'autre part, la conception philosophique de l'autonomie, héritée de Kant – à savoir une forme de « liberté » ou d'indépendance morale, intellectuelle, qui reprend paradoxalement à son compte les règles morales du monde environnant ou qui « associe la spontanéité à la loi » (Jankélévitch, 1957 : 211). Le fait « pour une collectivité, d'assumer et de vivre son particularisme, son individualité morale, culturelle » devient en effet une gageure pour un individu isolé – qui se trouve jeté dans un univers social qui lui donne son sens.

Dans l'opinion commune, l'autonomie est ainsi la manière dont un individu ou un groupe humain est capable de se donner à lui-même sa propre loi (*νόμος*), sans qu'on définisse véritablement d'où provient ou émerge cette loi. Elle apparaît donc comme une notion abstraite souvent dissociable de son contexte d'inclusion global²⁶. L'indépendance serait entrevue à l'inverse dans sa conception négative à l'égard d'autrui : la *non*-dépendance à

²² Car il nous semble que le projet de l'addictologie serait alors l'apposition binaire d'une « indépendance » en réponse à une « dépendance » au produit (qui on l'a dit en introduction, est en réalité un phénomène bien plus complexe).

²³ [AUTONOMIE : Définition de AUTONOMIE \(cnrtl.fr\)](http://cnrtl.fr/definition/AUTONOMIE)

²⁴ [Définitions : autonomie - Dictionnaire de français Larousse](#) ;

²⁵ Détail intéressant, ce n'est qu'ensuite que le terme s'est étendu à la capacité des machines à fonctionner sans nouvel apport d'énergie ou de carburant – l'autonomie d'une voiture par exemple. (Larousse, sens 3).

²⁶ Parfois on peut lire qu'elle serait plus rattachée au « soi », alors que l'indépendance se mesure plus dans la relation à « l'autre ». Mais c'est déjà considérer l'autonomie en dehors de sa dimension politique – ce que nous considérons intenable au XXI^e siècle, en concevant depuis les premières cités grecques jusqu'aux actuelles communautés de lutte, l'importance que certains groupes politiques ont accordé à « l'autonomie » comme projet utopico-politique.

l'autre ou à quelque chose, voilà ce qui transparaît à travers ce substantif²⁷. L'indépendance est ainsi couramment entendue comme l'absence factuelle d'attaches à autrui ou à une organisation, et/ou la volonté de ne se voir influencé ou soumis par aucune autre instance.

Il faut rappeler que l'autonomie et l'indépendance ainsi définies demeurent des notions philosophiques, idéelles, jamais totalement atteintes dans la vie ordinaire, qui par essence est sociale. En vivant en société, il est de fait rare qu'un individu obéisse uniquement à sa propre loi. L'indépendance totale, de même, serait un leurre : en naissant, l'être humain est d'emblée placé sous le signe de la dépendance à l'autre pour satisfaire ses besoins – et tout au plus peut-il atteindre un jour ce qu'on pourrait définir comme un état d'interdépendance, ou des dépendances choisies, qui lui conviennent (et qu'il choisit toujours plus ou moins).

Dans l'univers du *coaching* ou du développement personnel, où ces deux notions sont devenues monnaie courante, il est intéressant de remarquer que le champ sémantique dans lequel s'inscrit la notion d'indépendance est souvent davantage reliée à la sphère relationnelle ou affective ; alors que la notion d'autonomie est plus directement reliée à la question du travail et notamment dans ses possibilités d'ascension sociale et de développement personnel en entreprise (Jaotombo, 2009). L'autonomie, comme pilier des valeurs néolibérales, n'est de fait pas incompatible avec un ordre du monde où l'interdépendance des organisations financières et géopolitiques est la règle.

Dans le travail social, un déplacement conséquent se produit, notamment parce que l'autonomie est loin d'être une évidence, dans les domaines qui concernent la vulnérabilité de l'enfance, du grand âge ou encore du handicap. La dépendance (matérielle et affective) des personnes concernées est la réalité quotidienne à laquelle les travailleurs sociaux doivent se rapporter, tout en cherchant à maintenir les droits de la personne, qui peuvent être par moment de pouvoir assumer sa vulnérabilité et sa dépendance à l'égard d'autrui, comme dans le cas banal des enfants ; et qui peuvent être au contraire, à d'autres moments ou dans d'autres contextes, la reconnaissance d'une autonomie de choix même pour une personne matériellement dépendante dans l'effectuation de certaines tâches de son quotidien. Comme le montre Marie-Hélène Boucand (2011), dans l'ouvrage traitant de sa rémission d'une maladie rare (le syndrome d'Ehlers-Danlos de type vasculaire), les deux notions sont abusivement confondues dans le cas du handicap :

La proximité des personnes handicapées physiques nous prouve le contraire. Quelqu'un peut être totalement dépendant pour l'ensemble de ses activités quotidiennes et totalement autonome pour la gestion de sa vie. À l'opposé, quelqu'un porteur d'un handicap psychique peut être indépendant dans sa vie quotidienne mais incapable de gérer son argent, son projet de vie. Il n'est pas autonome. Dans la pratique des évaluations, on dit : « Il est autonome dans l'ensemble des actes de la vie quotidienne » alors, qu'en fait, on devrait dire : « Il est indépendant pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne. (Boucand, 2011 : 35)

L'autonomie peut, de fait, être mieux ressaisie dans la manière dont on la considère comme une faculté de *choix*, au-delà des déterminismes et des dépendances concrètes dont chacun de nous est porteur. C'est une conception plus psychologique qui a marqué la définition de l'autonomie contemporaine : Eric Berne, le fondateur de l'analyse transactionnelle définit par exemple l'autonomie comme « la faculté à parcourir la vie en faisant des choix clairs et en les assumant, à avoir conscience de ses propres besoins et à savoir

²⁷ [INDÉPENDANCE : Définition de INDÉPENDANCE \(cnrtl.fr\)](http://cnrtl.fr)

les satisfaire » (Berne [1963] 2020). Néanmoins, le terme d'indépendance continue à infléchir et à avoir son importance pour le travail social, car il fait entrer d'emblée une dimension d'altérité : « Si être indépendant veut dire pouvoir se passer de l'autorité, de l'influence de quelqu'un d'autre, alors on peut inscrire cette notion dans une dimension relationnelle. Être indépendant, c'est pouvoir se passer d'un autre, généralement de ses parents (ou de ses éducateurs) » (Vauchez, 2015 : 128).

Le travail mené dans les institutions du médico-social s'apparente de fait régulièrement à un chemin vers l'indépendance, à savoir vers un mode de vie où l'on peut (du moins en grande partie) se passer d'autrui pour réaliser ses besoins fondamentaux. À l'exception des publics de la grande vulnérabilité (je pense notamment aux publics polyhandicapés ou aux personnes en fin de vie), cela s'effectue dans le travail social de la même manière que pour l'autonomie qu'on introduit dans l'éducation des petits enfants. Cette passation se déroule parfois via ce que D. Winnicott nommait des « objets transitionnels » (Winnicott, [1951] 1969). À ses yeux, toute individuation psychique nécessite une séparation primordiale d'avec la mère (ou le *caregiver*) – qui en étant capable d'introduire ce qu'il nomme « l'aire transitionnelle », pourrait transmettre à l'enfant l'idée qu'il n'est pas Un, fusionné avec sa mère et le monde, mais en même temps qu'il n'est pas seul, abandonné et en danger constant. Une des grandes idées de Winnicott fut de promouvoir « la capacité d'être seul » de ses patients, et surtout la capacité d'être seul en présence d'autrui (Winnicott [1958] 2012). Le développement de l'enfant passe ainsi par une phase de séparation, qui continue tout au long de l'existence, l'enfant se forgeant une personnalité à travers sa relation aux autres, son identification et son opposition aux personnes qui constituent son entourage. Néanmoins, comme on le verra, le « sevrage de l'institution » (Olievenstein, 1977 : 210) est parfois un mécanisme plus difficile à mettre en œuvre que le sevrage maternel lui-même, surtout pour des personnes qui ont, pour une grande partie d'entre eux, manqué de ces soins et de cette attention nécessaire dans la petite enfance pour opérer une réelle séparation avec autrui.

Dans le concret, nous avons pu remarquer une grande confusion, sur nos terrains, entre l'autonomie matérielle, entendue comme la capacité à subvenir seul ou seule à ses besoins ; l'autonomie fonctionnelle, c'est-à-dire la capacité à prendre en charge ce qui se voit considéré comme les actes primordiaux de la vie courante (se laver, se préparer à manger, nettoyer son espace de vie) ; entre cette autonomie de second degré, ou autonomie décisionnelle sur ce qui seraient les buts visés au quotidien, et les moyens de les mettre en œuvre.

Au TCHAT, on parle ainsi d'« autonomie à faire les courses », ou de patients « autonomes » ou « pas autonomes », selon le nombre de demandes régulières effectuées au bureau des professionnels chaque jour – pour demander une autorisation de sortie, ou pour faire le trajet jusqu'au centre d'accueil. Les capacités concrètes nécessaires au bon déroulement de la vie quotidienne se voient régulièrement évaluées : un résident doit savoir nettoyer sa chambre, faire les courses, préparer à manger : l'idée qui est retenue de l'autonomie est une définition fonctionnelle. À cette idée correspond l'idée d'une réduction des capacités pratiques provoquée par l'usage de substance, ainsi que celle de la récupération de ces aptitudes et fonctions « normales », objet du réapprentissage inculqué au sein du CTR. Les « patients » se trouvent ainsi disséqués en fonctions diverses, et les professionnels peuvent ne pas avoir du tout le même discours sur les capacités cognitives ou d'élaboration langagière de l'usager, que celui qu'ils ont sur ses micro-compétences culinaires ou sociales : les usagers qui savent faire preuve de ténacité ou d'implication en cuisine ou dans le ménage de leur chambre sont de la

sorte valorisés. Même si, la plupart du temps, on ne croit pas trop en leur autonomisation effective – le mot même d’« autonomie » provoquant un tollé chez certains professionnels du service. Si d’autres membres de l’équipe, et y compris la direction, l’emploient pour s’accorder aux normes professionnelles prescrites, et s’efforcent de convaincre leurs collègues de la nécessité de « leur laisser une certaine autonomie », les propos du psychologue Eduardo, sont éloquents de l’a priori maintenu contre ce nouveau langage du médico-social, qui bouleverse les idéologies sinon les pratiques professionnelles :

Eduardo [après que quelqu’un a suggéré de laisser plus d’« autonomie » aux patients] – ...ce mot qui me révolte ! C’est une *habileté à partir d’une hétéronomie*. Et je fais l’hypothèse qu’elle est modeste, mais qu’elle est accumulative.

Cdt 1 – TCHAT – 15/06/21 (réunion institutionnelle)

À Métanoïa, la perspective se situe presque à l’opposé – l’autonomie décisionnelle est avant tout visée, les fonctions de la vie quotidienne étant considérées tacitement comme n’étant plus à réapprendre. Lors de la préparation d’un atelier sur la parentalité, une éducatrice du centre et une formatrice de l’association sont en train de discuter précisément de ce qui distingue l’autonomie de l’indépendance. Nicole, la formatrice, dit alors : « Aujourd’hui, on rend les enfants autonomes très vite. Pour autant, ils ne sont pas indépendants... ». Je lui fais part de mon étonnement, car je pensais qu’elle aurait exprimé l’idée inverse (notre société pousse à l’indépendance – à ne pas « compter sur » autrui – sans pour autant que nous sachions nous rendre autonomes). Nicole à l’inverse produit le même raisonnement que certains sociologues sur la jeunesse d’après les années 2000 (Galland, 2008, 2010 ; Singly, 2006), à savoir que cette dernière se caractériserait par une *autonomie sans indépendance*. Cette phrase continue de me surprendre rétrospectivement – parce qu’elle est au fondement du versant « éducatif » de l’institution, qui considère encore les usagers comme *des jeunes*, des adolescents. Mais d’autre part, sans doute est-elle un des nœuds qui permet de comprendre le fonctionnement profond du centre, qui au versant éducatif rajoute le versant « développement personnel ». On cherche en effet à y donner aux personnes concernées quelque chose qui dépasse la simple autonomie fonctionnelle – qui se maintient tributaire du regard de l’institution, que ce soit au TCHAT ou ailleurs. Ce qu’on promeut en revanche dans le CTR n°2, c’est bien plus une forme *d’autonomie-indépendance*, c’est-à-dire une forme d’autonomie qui fasse en sorte que la personne puisse se passer d’un autrui témoin et surveillant de ses capacités²⁸. Ce qui nous permet en définitive de concentrer ici et de préciser la définition que nous voudrions donner de la responsabilisation : la responsabilisation c’est la *conversion de l’autonomie fonctionnelle en autonomie décisionnelle* ; ou encore, c’est *adjoindre à une autonomie fonctionnelle avérée une composante cognitive, réflexive et émotionnelle d’indépendance* – dont nous analyserons les tenants dans le chapitre 7. C’est cette forme spécifique de devenir autonome qui nous intéressera à présent, dans une tentative de schématisation des étapes par lesquelles doit passer le devenir-adulte des usagers.

²⁸ Mais il faut aussi prendre en considération la dimension spécifique de cet atelier – la parentalité : qu’est-ce que ça veut dire devenir un parent « indépendant » ? Cela veut dire être un adulte qui n’a pas besoin d’autrui pour gérer son *nucléus* familial, qui peut être indépendant aussi bien des institutions de placement, de soins, d’aide à la parentalité... Cela veut dire quelqu’un qui sans doute ne peut compter sur sa famille, ou auquel on apprend à se détacher d’un modèle familial qui n’a pas contribué à son indépendance... Cela charrie l’idée d’une *responsabilité sans autrui*, qu’on développera plus loin.

II. Les étapes de l'initiation – comment peut-on devenir adulte ?

De manière surprenante, nombre de dispositifs en santé mentale prennent désormais dans nos sociétés la forme de « programmes d'entraînement » (Garrec *et al.*, 2022) censés rendre compte des activités relationnelles, d'un rapport à soi et d'une attitude correspondant aux normes de la socialité ordinaire. On peut s'interroger sur ces nouvelles modalités introduites dans de nombreuses institutions, selon lesquelles il s'agirait moins de se soigner que *d'apprendre à être* – c'est-à-dire de mettre en place les habilités, les « savoir-être », ou comme on les nomme sur mes terrains les « compétences psychosociales », qui permettraient aux plus démunis de capital social et relationnel d'« être » avec autrui. Néanmoins l'idée qui les sous-tend fréquemment – qu'il y aurait un « choix » possible dans les apprentissages proposés, et que les individus pourraient librement dans ces conditions se servir (ou non) des « outils » de ce nouveau savoir-être mis à disposition – contient un point aveugle important. Car nombreuses sont les recherches en sciences sociales qui démontrent que le développement, l'acceptation et la mobilisation de ces aptitudes attendues sont déterminées par les divisions sociales, et par les représentations qui résultent d'un contexte d'expérience, d'une socialisation primaire informant les comportements (Lignier, 2019, 2023 ; ou dans le champ spécifique du handicap, Bodin, 2018)²⁹. Par ailleurs, l'idée qu'en ayant vécu des socialisations institutionnelles secondaires, on serait à même, quelle que soit son origine géosociale, de mobiliser ces outils avec tout un chacun, semble, elle aussi, plus qu'erronée. En observant le contenu des ateliers psychosociaux au CTR, on voit souvent par ailleurs qu'il s'agit uniquement de définir l'environnement spécifique où développer ce savoir-être, ce qui nous force à constater que « les mondes » auquel on peut « librement » appartenir ne sont pas les mêmes pour tous (Strauss, [1978a] 1992 : 273-274). L'analyse qui suit vise à analyser si et comment on permet à certains usagers de pouvoir se projeter en tant qu'adulte dans « le monde des adultes » ; et comment, pour d'autres usagers et usagères, pour des raisons liées à leur provenance sociale et à l'interaction de leur socialisation primaire avec les compétences proposées par le centre, ce « monde » est laissé en suspens, comme un repère inaccessible.

La typologie que je mettrai ici en évidence s'appuie sur mes observations dans les deux CTR, dans la CT complémentaire, et dans l'hôpital qui était un terrain préalable à la découverte de l'addictologie, mais elle a été rendue sensible par le déroulé du séjour dans le CTR n° 2, Métanoïa. L'encadrement sur durée brève de ce centre permet en effet de manière optimale de ne pas impacter significativement les (éventuelles) capacités d'autonomie antérieures présentées par les résidents. L'idéal de Métanoïa, c'est ainsi de condenser en un séjour bref des enjeux des autres CTR. À cette échelle de séjour « en accéléré », l'observation a fait émerger que les enjeux doivent d'être d'autant plus explicites que le temps de la réhabilitation et de la préparation au dehors est bref.

Nous organisons ces enjeux selon une chronologie « idéale » de l'institution observée, en distinguant les différentes étapes par lesquelles l'usager entrant au centre doit passer, pour

²⁹ Nous reprendrons la distinction entre socialisation primaire et socialisation secondaire inaugurée par l'ouvrage de Peter Berger et Thomas Lückmann [1971], mise à jour par Muriel Darmon, qui définit au plus simple la socialisation comme la « façon dont la société forme et transforme les individus » (Darmon, 2016 : 6)

pouvoir ressortir en ayant fait ce que nous appellerons un *bon séjour* – c'est-à-dire en l'ayant vécu de manière agréable, en en mesurant les effets pour sa vie, et d'une certaine manière, en ayant prouvé à l'institution qu'il était en mesure de "bien travailler". Si cinq dimensions peuvent être envisagées pour évoquer les phases, les niveaux d'attentes et de résultats permis par l'institution en question, la première d'entre elles ((ré)apprendre à marcher « sans » le produit) a déjà été traitée dans le chapitre 1. La dernière dimension (apprendre son projet, « gérer » sa vie) sera abordée dans la dernière partie de la thèse. Mais les trois enjeux centraux de l'apprentissage inculqué en CTR pourraient être formulés ainsi³⁰ :

- (Ré-)Apprendre à marcher - Se sevrer du produit, entrer dans le rétablissement (partie I) ;
- Apprendre à parler - Définir, demander, (se) distinguer ;
- Apprendre à être libre - Savoir dire non, définir ses limites ;
- Apprendre à être autonome - Établir son propre cadre, se responsabiliser ;
- Apprendre les règles du monde - Construire son projet, « gérer » sa vie (partie III)

C'est aux trois processus soulignés ici en italique que se consacre cette section.

II. A/ Apprendre à parler. Définir, demander, (se) distinguer.

De la même manière que l'enseigne la psychologie des enfants, une des premières choses que les petits d'homme font, quand ils grandissent, c'est que, après avoir appris à marcher, ils apprennent également à s'exprimer (Dolto, 2002). C'est-à-dire à verbaliser leurs besoins, et à se servir de la parole pour convaincre les « adultes » d'y répondre, mieux ou plus vite.

Emboîtant le pas aux travaux de linguistes, l'article récent de Jérôme Deauvieu et Jean-Pierre Terrail (2020) nous rappelle que le langage oral comporte déjà de lui-même les trois ordres permettant à l'enfant de développer l'outillage intellectuel qui lui permettra de se rapporter à ses semblables : l'abstraction, la réflexivité, le raisonnement logique :

Apprendre à parler, c'est se familiariser avec le maniement des abstractions linguistiques et se doter ainsi d'une capacité de pensée abstraite ; [...] c'est se doter d'une capacité de mise à distance, d'objectivation des objets du monde et de pensée réfléchie [...] [c'est se soumettre] à l'empire du raisonnement logique, celui qui est capable d'appréhender et de manier les relations de causalité simple. (Deauvieu, Terrail, 2020 :171)

Mais les inégalités sociales d'appropriation des savoirs scolaires sont connues, et constituent, au CTR également, le nœud d'autres inégalités de traitement. Car le langage se fait le support direct d'une interaction avec les professionnels, et de leurs capacités de négociation (Strauss, [1978b] ; Grosjean *et al.*, 2004). La manière dont les usagers se positionnent, par la parole, vis-à-vis du groupe de résidents et vis-à-vis de l'équipe, constitue un des principaux marquages distinctifs qui permet de repérer des populations différentes au sein du CTR – ainsi que différentes manières de les considérer comme « acteurs » ou non de

³⁰ J'emploie ici délibérément des formulations un peu abstraites, permettant de suggérer sans doute d'autres pratiques et modalités rééducatives.

leurs soins, et conséquemment de les traiter au cours du séjour. Si on évoque ici en comparaison le fonctionnement de la verbalisation dans l'autre CTR, le TCHAT, le lecteur ne sera pas surpris de constater qu'on y reste proches d'une approche fonctionnaliste du langage. Les professionnels se surprennent ainsi parfois qu'un usager arrive à « bien parler » alors qu'il est SDF et présente des troubles psys :

L'équipe se questionne sur le cas d'un usager qui est dans les deux semaines probatoires pour une admission au CTR.

Grégory (ES) – Il montre une grande dissociation entre son corps, très lent, et son esprit. Il y a toujours un petit temps de latence quand il répond, mais c'est cohérent, parfaitement construit...

Nadine (AS) – C'est très surprenant, parce qu'il a préparé sa réponse, et il serait presque vexé que tu penses qu'il soit pas assez opérationnel. Il y a comme une dichotomie entre la réactivité, l'élocution et ce qui est plutôt la réflexivité, sa capacité d'interagir, un vocabulaire...

M. Leprince (chef de service) – Il a une proto-expertise qui pour son âge est assez incroyable [l'usager est doté d'une trentaine d'années]

Nadine – Mais du coup, il dit qu'il a des problèmes de mémoire...

M. Leprince – Bon. Admission ? On va pas épiloguer hein...

Cdt 1 – TCHAT – 09/03/21 (réunion clinique)

L'analyse que nous produisons ici, d'abord phénoménologique, s'intéresse aux attentes générées par le discours des professionnels. On pourrait dire d'emblée via l'extrait rapporté que les professionnels attendent qu'un usager leur parle de manière construite et cohérente. Mais on verra également que l'une des préoccupations principales de l'équipe concerne l'expression de ce qui se trouve désigné comme « la demande », ou encore comme la *juste expression des besoins*. La récurrence de certains termes nous ayant d'abord interloquée au CTR n°2, nous avons procédé à un relevé systématique de leur emploi, servant ici à problématiser le travail au sein de ce centre³¹. Cela permet de repérer les locutions qui permettent de faire que la demande « loge » en quelque sorte dans la grille des besoins fondamentaux définis par la philosophie de l'institution – même s'il semble que ce soit avant tout la question de la verbalisation de « ses » besoins qui se révèle essentielle.

Ces occurrences concernent le fait de « formuler » (6 occurrences dans mon carnet de terrain), de dire « ce qu'on ressent » (19), « exprimer ses émotions » (10), « se poser les bonnes questions », « se concentrer sur » (6), « mettre en lien avec les émotions », « prendre le temps de dire les choses », parler du produit - parler des traumas, « mettre en place des outils », « valoriser ce qu'[on a] déjà fait... », « transformer ce qu'[on dit] en demande », être attentif/penser/répondre « à ses besoins » (17), « demander » ou « exprimer sa demande » (24), etc.

Relevons que ces expressions concernent principalement une action, à effectuer en lien avec la parole ou avec une focalisation (émotionnelle ou cognitive) qui puisse ensuite être

³¹ Je comptabilise les expressions dont la fréquence a été supérieure à 5 occurrences dans mon carnet de terrain. J'ai essayé d'éviter les recoupement (l'expression « transformer ce que vous dites en demande », n'a ainsi pas été recomptée dans le comptage de l'expression « demande ») et je ne compte pas bien sûr les termes courants homonymes (le comptage ne concerne que les cas où il est question de « demander » dans un sens psychologique, ou de la « demande » au sens thérapeutique – le verbe courant (au sens formuler, questionner) apparaissant lui plus de 150 fois dans notre carnet de terrain.)

parlée. On pourrait par ailleurs les diviser en trois groupes lexicaux, selon la capacité qu'elles visent à développer, avec un certain lien avec la temporalité désignée par cette capacité :

- la capacité à se souvenir d'un fait, en lien avec le passé [en saumon] ;
- la capacité à dire ses émotions en mots, à « transformer » ses émotions – en lien avec le présent [en jaune] ;
- la capacité à adresser à autrui des choses retenues ou non-exprimées, à exprimer des « demandes » - en lien avec le futur [en vert].

On constate que dans un territoire mis en couleurs le champ sémantique du résident ou de la résidente en CTR se rapporte à un monde constitué, dans l'ordre évoqué précédemment, des émotions et sentiments du présent, des traumatismes passés enfouis, et des besoins et des demandes à conquérir pour aménager son monde actuel et futur.

L'importance des souvenirs tout d'abord présente une double valence. D'une part, *négativement*, en allant chercher parmi les traumatismes oubliés ou forclos (Bremner *et al.*, 1996), ou encore les violences subies dans l'enfance (Huang *et al.*, 2011) certains des facteurs d'explication qui ont pu occasionner la dépendance. Dans ce cas, les thérapeutes de l'addictologie considèrent souvent que l'addiction a pour fonction soit d'expulser l'énergie traumatique et de « court-circuiter » la remémoration, soit de répéter à l'inverse, de manière active, théoriquement plus maîtrisée, le vécu sensoriel du trauma qui participe d'une dissociation du sujet (Sinanian *et al.*, 2014). Se souvenir, se remémorer par la parole, contribue à dépasser ce stade de représentation archaïque de la pulsion que constitue le traumatisme selon Freud (1939), et permettrait de lutter contre la dissociation traumatique qui est recherchée à travers les consommations.

D'autre part, *positivement* pourrait-on dire, en accordant à la mémorisation toute sa valeur rituelle (Hervieu-Wane, 2012), et en l'orientant également vers une dimension de *transformation du passé mobilisé*. Utiliser la mémoire peut en effet servir à convoquer des contre-souvenirs, permettre de « se reconnecter » avec des émotions positives et s'en servir dans des contextes dits de *cravings* ; dès la première semaine ainsi, un atelier sensoriel dont la thématique porte sur les 5 sens invite les usagers à reconvoquer des souvenirs à partir d'expériences sensorielles :

Charlène (Esp.) les questionne sur le but selon eux de cet atelier :

Keufra – J'allais dire une bêtise, mais non... de faire fonctionner nos cinq sens, se rendre compte qu'on les a perdus...

Yassine – Les rattacher à des choses, à des souvenirs...

Charlène – Bah oui, les rapporter à des expériences positives ! Se reconnecter à des choses qui nous font plaisir, sentir qu'on a des petits points, des petits moments où on peut se faire du bien autrement que par les consos...

Cdt 2 – Métanoïa – 10/09/21, jour 4

J'observe aussi comment le psychologue de Métanoïa mène régulièrement un travail pour déceler les traumatismes enfouis dans la vie personnelle ou professionnelles des usagers, venant même à parler des « traumatismes vicariants » qu'a pu occasionner leur milieu professionnel, comme ici, lors du deuxième entretien avec Brice, usager, anciennement éducateur-spécialisé en MECS et CER :

Ludovic – Avec tout ce que vous racontez, je me demande si votre cadre professionnel était assez protecteur... [...] Je pense que plus vous avez avancé, plus ça a été difficile...

[...] Là, comme ça, j'ai envie de vous parler... vous connaissez le concept de traumatisme vicariant ? La définition d'un trauma, c'est un choc émotionnel trop intense, qu'on n'arrive pas à digérer... [Ludovic illustre par des exemples concrets] Si c'est effectivement des moments comme ça qu'ils ont gérés, les personnes sont en situation de mémoire traumatique. Vous avez dans la bibliothèque qu'est votre mémoire des souvenirs qui sont bien rangés... et d'autres souvenirs rangés dans des placards en vrac. [...] Ce qu'on appelle vicariant, c'est le fait en tant que soignant ou aidant, d'entendre des histoires horribles, à longueur de journée, et de les vivre avec sa grande sensibilité comme si on les avait vécues...

Brice – Oui, oui, je pense que je me suis souvent approprié les histoires des autres, et je les ai souvent prises pour moi...

Ludovic – Pourquoi je vous dis ça ? Parce que les drogues, elles ont souvent la capacité de faire vivre des dissociations qui ressemblent à des dissociations traumatiques. Les consos, elles étaient là pour vous éviter de penser, comme la dissociation traumatique...

Brice – Oui, oui je crois que je vois...

Ludovic – Mais là c'était pour reprendre le contrôle dessus, ce processus, par la consommation...

Brice – Ça me parle, ça a pu être le cas à certains moments... Mais là je suis dans le flou total, sans travail – je sais pas trop c'est quoi ma place dans la société...

Ludovic – Oui, et puis sans produit... donc avec beaucoup moins de filtres, par rapport aux émotions...

Cdt 2 – Métanoïa –15/09/21

Encadré 4.2 – Profession des usagers et traumatismes vicariants

On rappelle régulièrement en sciences sociales, et on alerte de plus en plus fréquemment dans la presse, de la souffrance au travail ressentie par les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social (Fontaine, 2006 ; Boisvin-Desrochers, Alderson, 2014). L'épuisement au travail dans le domaine de l'intervention en toxicomanie par ailleurs n'est pas récent, comme en témoigne les observations du psychanalyste Freudenberg dans les années 1970 sur l'état d'épuisement mental et physique des jeunes bénévoles qui s'y engageaient – lui donnant l'occasion de formaliser la notion de *burn-out* comme le moment où l'on a épuisé «ses ressources psychiques et mentales», généralement « en s'évertuant à atteindre un but irréalisable qu'on se fixe ou que les valeurs de la société nous imposent » (1980 – cité par Kirouac, 2012 : 53)

Stress au travail, difficultés à dormir, surcharge professionnelle sont les premiers éléments en cause : le *burn-out*, les idées suicidaires (voir l'article du *Monde* de Graveleau, 2022) sont disproportionnellement présents chez les professionnels de santé français – et 14 % d'entre elles et eux seraient concernés par des pratiques addictives, selon l'étude Stethos (2015), « Souffrances des professionnels de santé ». Notre enquête ethnographique peut corroborer directement ces constats toujours plus inquiétants sur la santé des professionnels du soin et du social, en ayant simplement constaté que parmi les premiers « clients » des services de soin en addictologie on trouve ces professionnels eux-mêmes. Le groupe de quatre usagers que j'ai suivis lors de mon arrivée à Métanoïa comportait ainsi de manière paradigmatique un étudiant, un chômeur longue durée doté de l'AAH, un ancien éducateur spécialisé ayant fini à la rue, et un travailleur du paramédical hospitalier. Cette proportion de 30 à 50% d'usagers ayant travaillé dans le médical, le médico-social ou le social était régulière, sinon constante, dans les groupes observés. Etudiantes infirmières et jeunes professionnelles qui « [tiennent] au boulot » grâce à la dissociation que des milieux professionnels extrêmes leur font vivre – ou à défaut, par l'usage de substances ; professionnels de santé en dépression devenus alcooliques, éducateurs qui ont basculé progressivement « de l'autre côté ». Ce qui revenait de manière

fréquente dans les propos des usagers rencontrés, c'était la difficulté de leur situation de travail, au-delà de l'accumulation des souffrances et des événements traumatiques auxquels il avait pu leur être donné d'assister.

L'importance des émotions, et de la parole portée sur les émotions, est une constante dans ce centre – qui diffère considérablement d'autres centres thérapeutiques en addictologie. En témoigne ici la liste des ateliers auxquels j'ai assisté dans ce centre où la thématique des émotions³² était centrale :

Nom de l'atelier et jour	Déroulé de l'atelier	But de l'atelier – phrases prononcées
Atelier 5 sens – jour 5	Atelier constitué de plusieurs jeux avec les cinq sens : (i) goût : les usagers sont incités à associer des souvenirs aux saveurs de divers aliments ; (ii) vue : jeu avec des illusions d'optique ; (iii) toucher : jeu avec une boîte dans laquelle sont déposés divers objets, dont il faut deviner la nature.	Association d'idées et de souvenirs individuels en lien avec les sens mis en jeu. [Éducatrice :] « On va essayer de se concentrer sur ça aujourd'hui, et de le mettre en lien avec les émotions. À chaque fois qu'on va faire un truc, je vais vous demander ce que vous ressentez. »
Atelier Interaction – jour 8	Atelier portant sur la communication non violente (CNV). <i>Thématique du jour</i> : « tout est émotion ». Après avoir parlé de communication à un niveau plus large (dans le groupe), les usagers sont invités à parler de comment ils se parlent à eux-mêmes, de ce que leur dit leur « petite voix intérieure » lorsqu'ils s'adressent des choses. Jusqu'à arriver progressivement sur la thématique de l'estime de soi.	[Éducatrice :] « Les émotions, on le voit, c'est une partie vraiment prenante de la vie...quand il n'y a pas de conso, c'est déjà pas simple, mais quand en plus il y a de la conso qui vient les maximiser, les modifier, les anesthésier... » [...] « Faut faire gaffe aussi, à ce moment où on se dit : « Ah ouais, je suis toujours... » ou « Je réussis jamais... ». Faut apprendre à nuancer aussi. Souvent, on est très dur avec soi. Toutes ces phrases-là, ça va jouer sur l'estime de soi...ça peut se répercuter sur la gestion des émotions, et sur comment je me positionne par rapport aux autres... »

³² Dans mon journal de terrain (Cdt 2 – Métanoïa), je relève 49 occurrences du mot *émotion*, et 63 du même mot au pluriel. À titre de comparaison, je n'en relève que 6 (singulier et pluriel confondues) dans le Carnet de terrain 1, au centre TCHAT.

Atelier Gestion des addictions (2^{ème}) – jour 10	La thématique concerne le « <i>craving</i> » (l'envie irréprouvable de consommer). Les usagers sont invités à diviser dans un tableau les sensations et les effets du <i>craving</i> selon trois aspects : physique (physiologique) ; psychique ; comportemental. Ils parlent ensuite des stratégies qu'ils peuvent mettre en place pour y répondre.	[Éducateur :] « Il y a pas mal de choses qui reviennent... L'énervement, la surprise, la tristesse... C'est quoi tout ça ? » [Usager :] – <i>Des émotions.</i> [Éducateur :] – Qu'est-ce qu'il se passe juste avant un <i>craving</i> pour vous..? [Autre usager :] – Bah, il y a pas mal de sensations corporelles, il y a des bouffées de chaleur, <i>on est traversé par 15 000 émotions..</i>
Atelier Interaction, en grand groupe – jour 12	Chacun des usagers doit présenter son voisin ou sa voisine de gauche. Ils sont appelés à partager leurs émotions et leurs ressentis à l'égard de cette personne, et <i>valorisent souvent les capacités émotionnelles</i> de la personne en question, soutenus par l'intervenante.	[Usager A. parle d'usager B.] : « C'est quelqu'un qui est beaucoup à l'écoute. Il est présent, il parle avec tout le monde facilement – il y a des moments où je me sentais pas bien, bah il était là... – <i>il a une bonne perception des émotions des autres.</i> » [Usager C parle d'usager D.] : « <i>Il se connaît, il connaît ses émotions et il connaît les autres, du coup il peut s'adapter.</i> »
Atelier Interaction (3^{ème}) – jour 17	Thématique du jour : « <i>C'est quoi une émotion ?</i> » Discussion, à partir de la question initiale, entre l'éducateur et les usagers sur la signification des émotions, la manière dont elles servent à se protéger et à rendre compte de certains besoins.	[Éducateur :] – Si mes sens servent à appréhender mon environnement, <i>mes émotions, elles servent à quoi ?</i> [Usager :] – À se protéger, à se préparer.. [Éducateur :] – Oui, <i>ça permet d'identifier ce qui est bon pour moi, ou pas bon pour moi.</i> But déclaré visé par l'intervenant : « <i>identifier le rapport entre les besoins et les émotions</i> ».
Atelier Interaction (4^{ème}) – jour 23	Thématique : parler des besoins (modélisation de la pyramide de Maslow). Retour en début d'atelier sur la CNV et par où passent les besoins (par l'accueil et l'expression de certaines émotions)	[Usager 1 :] « Non mais si je suis dans l'émotion, <i>c'est que je suis déjà monté dans les tours... c'est le moment où le barrage il cède, et je pleure...</i> [Infirmière :] – Vous avez parfaitement exprimé ça, vous êtes d'accord, que ça passe par le corps une émotion ? [...] L'émotion ça part d'un truc primaire, primitif... [Usager 2 :] – Pour reprendre l'exemple de X., l'émotion ce serait la joie ou l'excitation, qui va ensuite vers un sentiment... [Autre usager :] – Mais c'est au feeling, il y a pas un ordre établi, si ? [Infirmière :] <i>C'est quand même comme ça que ça se passe. [...]</i> Et donc le mot "besoin", qu'est-ce qu'il vient faire là ? [Usager 1 :] – Bah, le besoin de se calmer, le besoin de... tout dépend de l'émotion... ! »
Atelier « émotions et musique » - jour 29	Les usagers sont invités à partager chacun à son tour une chanson en lien avec une émotion : une chanson rattachée à l'expérience de la tristesse ; une autre à l'expérience de la joie... Les autres doivent mettre des mots dessus, ou dire les	[Éducatrice] : « Après, les émotions, même si on comprend pas les paroles... <i>On peut parler de ce que ça nous fait.</i> »

	phrases qu'ils ont retenus du morceau, et qui leur parlent.	
Atelier Consommation – Reconsommation – Rechute – Jour 31	L'éducatrice commence par demander aux usagers <i>quelles émotions ils ressentent par rapport aux consommations.</i>	La professionnelle rebondit sur le propos d'un usager pour dire qu'on va parler de ça justement, « des émotions qu'on peut ressentir au dehors ». « <i>Faut pas que ça soit réactionnel, les consos ; faut que ce soit dans un cadre que vous ayez choisi...</i> »

Comme on peut le voir dans ce tableau, la thématique des émotions est omniprésente tout au long du séjour des usagers, et leur traitement répond à des exigences particulières. Dressons à partir de ce tableau quelques constats sur la manière dont se conjuguent et sont interprétées les émotions au sein de ce centre à l'aide des observations faites en ateliers :

- les émotions sont naturelles – elles « font partie de la vie » (atelier Interaction du jour 8), elles viennent normalisées (la régularité avec laquelle on les évoque dans ce centre joue en ce sens) et approuvées comme positives (atelier en grand groupe du jour 12 et jour 29).
- elles font dans le centre l'objet d'un réapprentissage – comme si les usagers ne savaient pas (ou plus) ce que c'était : l'idée que les consommations ont coupé un certain accès à la sphère émotionnelle est sous-jacente. Les résidents sont donc invités à identifier les mécanismes de surgissement émotionnel (jour 10, et jour 23), et à se les réapproprier, comme à s'approprier une manière de parler des « ses » émotions, et de détecter, identifier et s'associer ou se dissocier possiblement de celles des autres.
- en conséquence de ces deux points : les émotions font l'objet d'une revalorisation personnelle (elles permettent d'accroître l'estime de soi ; ou elles donnent de la valeur à un autre que soi) et d'un pouvoir sur soi et sur les autres (comme l'illustre potentiellement toutes les activités de l'axe « connaissance de soi » du programme).
- *corrélât* : les émotions sont aussi l'objet d'une « gestion ». Pour ces sujets qui ont eu des difficultés à faire face à leurs émotions, autrement qu'en les étouffant, qu'à les atténuer via les drogues, il s'agit plutôt de les accueillir mais d'apprendre à les tenir sous contrôle, à faire en sorte qu'un accès émotif ne soit pas l'occasion de retourner vers le produit (atelier conso-reconso, du jour 31).

Ces émotions sont à la fois naturelles et fabriquées ; ou plutôt elles apparaissent comme un acquis de la socialisation qu'il faut réapprendre à posséder individuellement. On en trouvera un bon exemple dans la présentation que vient faire de soi un ancien usager de drogues, en stage dans la structure. Il vient un jour d'essai pour accompagner Youri, le médiateur-santé-pair de la structure, qui commençait, l'année 2021-2022, à recevoir des « stagiaires pair-aidants ». Le stagiaire en question, qu'on appellera Sami, passe sa journée aux ateliers animés par Youri, et raconte son parcours de vie aux usagers interloqués : après plus d'une vingtaine d'années d'abstinence à l'alcool, Sami dit avoir « rechuté » au cours des deux dernières années, et après six mois chaotiques, il a repris un parcours de soins depuis seize mois, dit « être *clean* »³³, et s'est engagé dans un parcours de MSP pour soutenir sa motivation

³³ Locution très fréquente chez les membres des Alcooliques/Narcotiques Anonymes, qui signifie être sevré, ne plus consommer – et qui est donc souvent accompagnée, juste après, du « nombres de jours de clean ».

à ne plus reconsommer. Dans le récit fait par Sami devant le groupe 3, un détail particulier m'arrête :

Je vais bien, j'ai repris à travailler... J'avance, je partage beaucoup, j'écoute, je vais au groupe où je suis avec Youri, un groupe de pairs-aidant... Je suis là aujourd'hui avant tout pour vous écouter, pour apprendre... Moi je suis quelqu'un qui n'a pas fait d'études, qui a toujours appris sur le tard – *j'ai appris à avoir mes émotions, et à les gérer*... tous les jours je pleure, je pleure pour des belles choses, qui me touchent, alors qu'avant je pleurais à cause de la maltraitance, ou des consos, parce que les consos me faisaient mal mais je continuais quand même... Mais maintenant, j'ai changé de vie, je vais mieux...

Cdt 2 – Métanoïa – 21/09/21

Ce qui nous importe dans cet extrait, c'est la manière dont les émotions semblent un élément anomal dont il fallait tenir compte, et qu'il fallait apprendre à canaliser, à « gérer ». Sami dit qu'il a des émotions comme on dirait qu'on a des moments de doute, ou encore comme s'il était question d'une pathologie chronique avec laquelle il fallait apprendre à « vivre avec ». Ce rapport de dénaturalisation des émotions et d'apprentissage de leurs incursions dans la « vie ordinaire » est quelque chose de très classique, dans les groupes de Narcotiques Anonymes/Alcooliques Anonymes : la « libération » des émotions dans l'espace protégé qu'offre la communauté NA ou AA est corrélative de leur gestion dans l'espace social ordinaire (Jaufret-Roustide, 2010). De la même manière qu'ils se différencient de ceux qu'ils désignent comme les « gens normaux » – qui n'ont habituellement pas de problème avec la consommation d'une unité d'alcool, ou d'un joint de marijuana – les NA/AA disent qu'ils doivent apprendre à gérer ce qui est habituellement considéré comme un rapport non-réfléchi à certains objets de la socialité. Comme eux ne « peuvent » pas « avoir leur petit verre de rouge le soir en rentrant », ils considèrent ne pas pouvoir se permettre de ressentir certaines émotions fortes – qui sont susceptibles de les pousser vers une consommation à risques. Un rapport non-réfléchi à sa propre émotivité est proscrit dans cette communauté d'ex-usagers qui se considèrent comme « malades de la dépendance ». Il leur faut donc établir un rapport de médiation, sémantique et réflexif, par rapport à des données émotionnelles naturelles, mais qui n'arrivent pas selon eux à être « traitées » naturellement de la part de certains sujets. Ce qui signifie qu'ils développent un besoin d'outils pour construire un rapport médiatisé à ces émotions, pour faire en sorte qu'elles ne soient pas « plus puissantes » que l'individu. « J'ai appris à avoir mes émotions », c'est dire j'ai appris que j'ai ce rapport de débordement incontrôlable (comme avec le *craving*) avec certaines émotions, et donc je dois les gérer d'une certaine manière...

Dans cette dénaturalisation des émotions, entrent en jeu aussi bien la dimension de *pathologisation* d'un certain registre émotionnel – la colère, l'emportement, le *trop* – qu'une *banalisation* de cette grammaire des émotions qui doit correspondre à certaines normes et attentes sociales (la gestion des émotions, comme celle du stress, tend à faire partie du quotidien). Deux versants à cette gestion peuvent en outre être identifiés : un versant préventif (éviter les émotions trop fortes, qui peuvent occasionner des *cravings*) ; et un versant proactif de transformation : l'essentiel est de métamorphoser les émotions et expériences négatives en expériences positives... L'importance de l'expression émotionnelle, le travail à fournir, trouvent ainsi leur origine dans cette double visée préventive et transformative : il faut « parler » de toutes ces émotions ressenties, de manière à identifier celles qui risqueraient de mettre en danger l'utilisateur, mais il faut aussi s'efforcer de transformer ses ressentis : c'est là

l'enjeu de l'axe portant sur la communication à Métanoïa, où on leur apprend progressivement, au-delà de la CNV et de l'apprentissage d'un autre type de communication avec autrui, un autre type de communication et de rapport à soi (on les invite par exemple à transformer la balance de leurs « positions de vie » – instrument de l'analyse transactionnelle – de -/- à +/+ , en lien avec la problématique de l'estime de soi).

L'importance accordée aux émotions pourrait bien évidemment s'articuler de manière transversale à notre division en étapes d'initiation (apprendre à parler ; apprendre à être libre ; apprendre à être autonome). Mais il importe ici de les ressaisir en lien avec cette nécessité pour l'usager d'apprendre à (se) définir et (se) distinguer, qui constitue une étape fondamentale de son devenir-adulte.

Bien qu'ils puissent être distincts selon les destinataires (il y a des arguments dont on parle avec les référents, il y a des arguments dont on traite avec le psychologue, il y en a d'autres qu'il faut savoir « partager » avec les autres membres du groupe), ces processus de verbalisation de la sphère émotionnelle sont en effet à comprendre à l'aune d'une *visée de redéfinition de soi*. Parler de ses émotions, et faire le récit de comment on en était auparavant coupé (à cause des produits), c'est déjà définir les contours d'un nouveau Moi, qui renaît à travers cette verbalisation émotionnelle. Les professionnels cherchent à inscrire les résidents dans ce processus, d'une part afin de les aider à réduire le plus possible l'écart entre le récit tenu sur soi et le comportement qui lui est (ou pas) associé et, d'autre part, afin de leur permettre de *produire un nouveau récit-comportement*.

Pour illustrer ce que nous voulons indiquer ici, nous nous référerons encore à l'ouvrage *Réparer les cerveaux* (2021) et à ce que M. Darmon analyse de la « trajectoire des pertes » post-AVC, ainsi que du travail effectué sur leur éventuelle récupération. Je la cite :

Cette trajectoire s'explique notamment par le caractère incorporé, vécu et ressenti des pertes pour les patients. Elle commence ainsi, en neurologie, avec le fait que certaines pertes *n'existent que lorsque le patient est en situation de les ressentir, de les exprimer ou de les manifester*. [...]

Le patient doit pouvoir prendre conscience de ce qui l'affecte, et les médecins vont le guider dans le ressenti et l'expression de ses troubles. Ils vont aussi lui apprendre à *recoder des sensations somatiques qu'il n'avait pas remarquées, et qui correspondent, selon eux, à ce qu'il est probable qu'il ressente ou à ce qu'il devrait ressentir en fonction des images*, tout en devant conserver l'attitude clinique décrite plus haut, qui consiste à « faire confiance au patient. (Darmon, 2021 : 118-119)

En ce qui concerne les pertes post-AVC, il y a tout un travail de « gestion de la discordance » entre images et réel qui se joue dans le travail de rééducation. En comparant des images au scanner du cerveau des patients et leurs symptômes ou pertes réelles corrélés aux habitus sociaux qui leur permettent usuellement de « faire bonne figure » ou de « garder la face » (Goffman, 1974), le patient est incité par les médecins à mettre des mots sur les pertes ressenties, et ainsi à recoder ce qui se joue de « réel » pour lui dans les affections qui le concernent et sur lesquelles le corps médical peut potentiellement agir. Une discordance peut exister dès lors entre le réel (observé par l'imagerie) de la lésion cérébrale et le réel vécu par le patient – qui invalide ou nuance parfois des dispositifs d'évaluation et de mesure ayant pourtant une certaine « objectivité ». Mais dans notre cas, le problème est redoublé. Car en addictologie, le travail de gestion de la discordance concerne la différence entre pertes « objectives » provoquées par l'usage de drogues et pertes subjectives, vécues et incorporées par les usagers. Or, ce travail de distinction, entre ce qui est objectivement insupportable en termes de pertes subjectives (physiques, psychiques, sociales), bien qu'il puisse être mesuré,

demeure, lui, éminemment subjectif – puisque la dimension du plaisir, ou de la diminution de la souffrance que provoquait les drogues, est restée en mémoire, sur l’autre plateau de la balance. Conséquemment, la « trajectoire des pertes » en addictologie et le travail de gestion de la discordance le concernant ne consistent pas en une mise à l’épreuve des images devant le récit des pertes fait par le patient. Elles sont bien plus une opposition entre pertes senties et pertes supposées, entre *deux récits concurrents* – celui que l’usager faisait avant de voir l’addiction comme la source de ses problèmes, et celui qu’il construit à partir du moment où il considère que l’addiction est une cause (plutôt qu’un remède) de certaines de ses « pertes ». Dans la gestion de la discordance en question ici, il est essentiellement question de *langages différents* – et de malentendus autour du langage employé par l’un ou l’autre des acteurs (ou par le même acteur tant qu’il n’a pas *transformé* son point de vue³⁴).

Le rapport au langage inculqué par l’institution est ainsi un des nœuds problématiques de gestion de la discordance. Tant que les usagers n’ont pas pris goût au langage et aux liens établis par l’institution entre émotions et besoins, émotions et *cravings*, etc., ils ne pourront pas se saisir des stratégies comportementales que les professionnels souhaitent mettre à leur disposition. Une des étapes à franchir en étant dans ce CTR, c’est d’abandonner l’ancien langage, de l’addiction comme fléau ou comme maladie n’appartenant pas au sujet, pour pouvoir parler le langage des initiés de ce centre. Le rituel d’initiation développe une sémantique et un vocabulaire propre, qui distingue les initiés du profane, et lui permettent de s’approprier autrement d’une expérience qui, autrement, lui resterait inconnue (parce qu’il n’aurait pas les mots justes pour la transformer, pour en faire quelque chose).

[La matinée commence fort. À peine suis-je arrivée que ma première interaction dans le petit kiosque avec les usagers de mon groupe se concentre sur le langage employé par les professionnels de la structure, et du mot de craving, qu’ils semblent ne pas apprécier. Comme c’est une discussion plutôt informelle, je n’ai pas le temps de tout noter :]

Keufra – C’est comme leurs mots, là, « actient », ça veut dire quoi ? [...] *C’est des mots quoi, ça rentre pas dans mon vocabulaire...*

Thibaud – C’est un peu comme quand on dit aux enfants : on va utiliser ce mot parce que c’est plus thérapeutique ; je trouve pas moi...

Keufra – C’est mieux de dire « abstinent », non, Silvia ?

Brice – Ou « patient » ...

Keufra – Patient, ça fait plus penser à hosto...

Brice – Et puis, tu te laisses porter... t’es pas dans l’actient ! T’es passif dans ta démarche, c’est ça... Alors que actient, t’es censé être actif.

Cdt 2 – Métanoïa – 14/09/21 (jour 9)

La réaction de ces trois membres de mon groupe au langage employé par le centre est exemplaire des différences que j’ai pu noter entre leurs parcours et celui, par exemple, d’usagers ou usagères originaires de Paris ou d’autres métropoles. On peut ainsi analyser les dispositions des usagers à la réhabilitation offerte par un centre comme Métanoïa non seulement en fonction d’un prisme de classe et de genre classique des analyses sociologiques, mais aussi avec des subtilités qui concernent l’origine géo-sociale et son adéquation relative à la socialisation institutionnelle. On pourrait évoquer seulement à titre d’exemple le rapport

³⁴ Nous dialoguons ici de manière indirecte encore avec le projet d’une sociologie des transformations individuelles, telle que proposée par Muriel Darmon (2011), et d’une sociologie *des croyances* qui fondent ces transformations. Ce dialogue sera proposé dans la partie finale de la thèse (chapitre 9).

différentiel au langage du centre entre ruraux et urbains : au vu des observations effectuées, il semble que les hébergés d'origine rurale, ou de ville moyenne, ne présentaient visiblement pas la même facilité d'approche du langage institutionnel par lesquels ils se trouvaient globalement socialisés. Les résidents et résidentes plus jeunes, ou au style de vie métropolitain, parvenaient beaucoup plus vite à reprendre les expressions idiomatiques de Métanoïa, pour appréhender et parler de leurs troubles ou encore pour pouvoir se distancier par rapport à leurs symptômes. En revanche, si je pense en particulier à deux usagers de mon groupe – Brice, qui arrivait d'une ville moyenne de montagne, et qui ne supportait pas qu'on parle de « *craving* » ; et Keufra, de classe populaire et originaire de Picardie, qui disait ne pas « comprendre » pourquoi on employait des mots anglais – les termes employés par l'institution demeuraient *étrangers*. Pour eux, ils étaient difficilement assimilables, puisqu'ils ne s'étaient antérieurement pas rattachés à un vécu, et que, s'ils étaient employés au sein du centre, c'était souvent par des personnes qui ne leur ressemblaient pas. Les mots de l'autre « camp » (*the other "side"*) conservaient à leurs yeux le caractère d'une possible offense (Rhodes, 2004 : 9). Ne pas les employer, en même temps, pouvait donner l'impression d'apparaître réticents à la perspective d'un « aller mieux », alors qu'ils étaient précisément à la recherche de ce dernier (Garnoussi, Demailly, 2016). Mais face à ce que l'institution essaie d'inculquer comme « rapport juste » à ses émotions, tout en rationalisant et en rendant abstrait le rapport physique et pratique aux usages de drogues, des résistances semblables à celles décrites ci-dessus apparaissaient régulièrement. Soit « c'est des mots, quoi », et ce ne sont que des mots – ils ne génèrent pas de résonance avec l'expérience vécue, avec le « réel » des sensations et des souffrances endurées par l'utilisateur, ni ne servent à les apaiser. Soit au contraire, ce sont des mots dont on soupçonne à raison la visée performative : Brice a très bien saisi la dimension pro-active du choix du mot « actient » plutôt que patient (« *actient, t'es censé être actif* »). Jouer l'incompréhension ou l'indignation, refuser de se plier à « l'abstraction par recodage » du « système symbolique professionnel » local (Cicourel, 2002 : 84), cela participe des stratégies de résistance des acteurs les plus démunis de capital socio-culturel.

D'autres – comme Thibaud, dont on a aussi ici la réaction – insistent sans doute plus sur la dimension d'infantilisation que ce processus d'inculcation d'un nouveau langage comporte ; mais ils et elles présentent des capacités à négocier les termes du débat quotidien (en faisant usage notamment de stratégies rhétoriques et de fausse modestie) qui n'ont rien à voir avec un refus ou un soupçon systématique de l'emploi de ce langage.

A l'extrême opposé en revanche, d'autres actients et actientes observées parlent très facilement de *flashs*, de *cravings*, ou de « stratégies de *coping* ». Plusieurs facteurs peuvent s'additionner pour expliquer cette évidence apparente. Ce peut être l'effet cumulé de leurs dispositions sociales, mais aussi de la socialisation institutionnelle antérieure qu'ils ont parfois vécue en passant déjà par plusieurs institutions en addictologie, en fréquentant certains professionnels de ce milieu les ayant initiés à ces termes, ou même en étant déjà venu effectuer un séjour au sein de Métanoïa.

Mais quoi qu'il en soit, plus que la connaissance du terme en soi, c'est le rapport d'appropriation de ce dernier qui nous semble intéressant à repérer. Car en tant que tel, on peut facilement imaginer ce qu'il se passerait si des usagers culturellement moins dotés revenaient à Métanoïa : ils diraient quelque chose comme : « Ah oui, « *craving* », c'est vrai que vous employiez ce mot-là... », en marquant leur non-adhésion et leur détachement par rapport à ce terme de jargon institutionnel. Le fait d'employer sans guillemets le mot *craving*, de s'être approprié les termes à la mode de l'addictologie contemporaine est typique d'un certain profil

d'usagers, évoluant dans un environnement urbain métropolitain. C'est un milieu dans lequel se sont souvent socialisés les plus jeunes des résidents à Métanoïa, qui se repère également à la facilité avec laquelle ils emploient des mots anglais – contrairement, par exemple, au français piqué de régionalismes de Keufraan ou au rapport de Brice à l'anglais, qui ne rencontre pas dans son quotidien de précaire vivant en CHRS de ville moyenne les mêmes enjeux par rapport à la maîtrise de l'anglais que ses collègues de dix ans plus jeunes.

Je m'appuie sur un nombre restreint d'individus pour le démontrer – une quarantaine d'usagers et usagères au total, sur l'année où je me suis rendue à Métanoïa – ; mais il m'a semblé, en revanche, voir peu intervenir les inégalités en termes de rapport de genre ou de race sur cette appropriation du langage institutionnel. Sou Ici ou Yassine, ainsi que d'autres personnes issues de l'immigration nord-africaine (de deuxième ou troisième génération), étaient parmi les plus prompts à s'approprier la langue de Métanoïa (Yassine avait un atout supplémentaire en tant que travailleur paramédical). Le rapport à la constitution d'un langage personnel pour parler de l'addiction était perceptiblement moins problématique pour ces personnes que pour les résidents d'origine rurale³⁵.

Aussi l'exemple de Keufraan est-il le plus parlant à mes yeux, pour illustrer comment la socialisation institutionnelle opère par violences et (auto-)stigmatisations successives, afin d'initier les résidents à parler un langage qui n'est pas le leur³⁶. Dès son arrivée dans le centre – au premier atelier (Inter'agir) où je fais donc sa connaissance, Keufraan s'excuse plusieurs fois (il continuera à le faire durant les deux premières semaines du séjour) de son accent picard. Plus encore, il va jusqu'à parler de « la barrière de la langue », qui selon lui est le plus gros problème qu'il rencontre alors, dans ses relations aux autres. L'exercice auquel l'infirmière qui animait cet atelier les invitait, était en effet de choisir une question particulière au sein d'une liste traitant des difficultés relationnelles – et de commenter la raison de leur choix. Au départ, Keufraan est réticent à choisir, ou plutôt il se sent concerné par tous les problèmes (« Moi s'il fallait faire un choix, ce serait tout »). Fabienne l'incite du coup à choisir vraiment... Keufraan sélectionne « du coup, la 6 » : « *Est-ce qu'il est difficile pour vous de converser avec les autres ?* » Dès cette entrée en matière, il parle de cette problématique pour lui, du lien avec autrui – en insistant sur le fait qu'il y a « beaucoup de barrières aussi – la barrière des langues, par exemple ». Il développe en parlant du fait que dans sa région, on parle encore parfois un français teinté d'expressions en patois ou en argot ; mais ce rapport problématique à la « langue » se décline aussi dans la manière dont il dit devoir souvent chercher ses mots, parce qu'il a le sentiment de ne pas parler « en bon français ». Au-delà d'une barrière linguistique réelle, c'est donc d'une barrière sociale qu'il parle, et de ses effets d'exclusion qu'il souffre.

Cette inégalité sociale dont il a à souffrir dans son quotidien, Keufraan va la vivre doublement à Métanoïa : son vocabulaire se trouve fréquemment discrédité, ou substitué par recodage par des termes qu'il refuse ou ne comprend pas. Face à l'abstractisation effectuée de ses ressentis, notamment ses émotions de colère ou de tristesse profonde (lorsqu'il ne se voit

³⁵ Comme en témoigne la manière dont le thème a touché les membres de l'équipe de Métanoïa, lorsque j'ai pu effectuer de premiers retours sur ce point spécifique, il me semble que les professionnels sont bien conscients du fait que la verbalisation et la capacité à mettre en forme un discours émotionnel sont des aptitudes sociologiquement situées ; simplement, dans la pratique quotidienne, il est moins coûteux en termes d'économie psychique de penser systématiquement à ces différences.

³⁶ Précisons que la visée est tout à fait bien intentionnée : il s'agit de transformer l'appréhension que se font généralement les usagers de leur dépendance comme problème insoluble. La dépendance se voit ainsi verbalisée souvent comme une maladie, qui « possède » les usagers, et face à laquelle ils sont impuissants. C'est de cette représentation que le langage du CTR invite à se départir.

pas considéré, ou qu'on lui préfère quelqu'un d'autre), il ne cesse de lutter pour que l'institution admette la violence symbolique que certaines personnes, attitudes ou expressions, viennent porter sur ses ressentis. Paradoxalement, ce qui se voit régulé dans ce genre de cas, c'est l'expression même de ses émotions (de colère ou de tristesse), alors que le propos de l'institution se fonde sur le fait de les *libérer* – de leur permettre de s'exprimer. Tout simplement parce que la grammaire émotionnelle employée par Keufran ne correspond pas aux attentes de l'institution en termes d'expression et de clarté sur les possibilités de réparation. Face à des patients qui sont « débridés » dans leur discours (repensons à l'exemple des patients « désinhibés » décrits par Darmon, 2021 : 109-115, 255), exprimant librement et donc intempestivement leurs émotions, l'institution recode en validant cette expression, mais en invalidant la forme de cette dernière – on ne doit pas se mettre en colère contre quelqu'un, mais on a le droit de « ressentir de la colère » – la connaissance de ce qui nous affecte doit être tout entière au service de la maîtrise de ce qui nous affecte.

Cela nous renseigne sur le travail de réhabilitation qui est mené en CTR, dont on considère souvent que l'une des visées est de reconquérir un rapport autonome à des émotions qui ont souvent été « anesthésiées » ou au contraire exacerbées par les pratiques de consommation. Comme dans le cas des *habitus* endommagés par l'AVC, il s'agit ici de retrouver ses émotions les plus spontanées. Cette « congruence » entre ressentis et discours sur ses ressentis est souvent demandée aux usagers. Mais comme l'afflux émotionnel a souvent eu par le passé pour conséquence le recours au produit, il s'agit de trouver une autre « manière de faire », plus « adulte », qui serait de trouver un autre apaisement du symptôme que constituent les émotions. La socialisation institutionnelle vise à remplacer la pratique de la consommation comme réponse aux émotions fortes par une réflexivité analytique des émotions, qui peut trouver une autre manière de répondre aux besoins que ces émotions traduisent :

Toujours de façon congruente aux principes de la forme scolaire, et dans la volonté la plus experte d'aider les patients à récupérer le mieux possible ou à s'adapter à leurs limitations [...], l'institution s'attelle à substituer à un rapport pratique à la pratique, typique des classes populaires, une relation réflexive, savante et écrite à la pratique qui est tendanciellement celle des classes moyennes ou supérieures. *La rééducation est aussi, en ce sens, une entreprise non de récupération mais de conversion de certains des habitus touchés par l'AVC.* Il ne s'agit pas tant de réapprendre à faire ce qu'on faisait avant que d'apprendre une nouvelle et meilleure manière de faire. La rééducation apparaît donc, dans les exemples qui vont être développés maintenant, moins réparatrice que transformatrice des dispositions populaires, et comme une institution de leur réforme. (Darmon, 2021 : 229)

Ces socialisations institutionnelles peuvent notamment apparaître comme la répétition dans un autre contexte de socialisations antérieures, notamment scolaires, qui ont pu présider à l'incorporation plus ou moins réussie de certains réflexes sociaux. Une majorité du temps d'ateliers à Métanoïa repose ainsi sur *l'évaluation* d'une situation initiale, sur les outils analytiques et verbaux pour « progresser », et enfin sur la vérification ou la seconde évaluation d'une amélioration possible de la situation, grâce à ces mêmes outils réflexifs apportés à l'usager. Les questionnaires d'évaluations instituent d'emblée un premier biais culturel et social : dans la sélection des résidents avant même leur entrée dans le centre ; dans l'appréhension des thématiques centrales sur lesquelles les faire « travailler » ; dans la manière dont ils ne peuvent exprimer un autre point de vue sur les techniques du centre que par le langage de la réflexivité et de la congruence. Les refus de se plier à ces exercices de forme

scolaire sont facilement perçus comme un manque d'adhésion tributaire des troubles comportementaux de l'individu réfractaire, plutôt qu'être considérés selon le caractère indigeste de leur transmission transclasse. La violence est toujours interprétée comme étant située du côté des usagers : un « je sais pas », refus franc, ou encore la manifestation ostensible de l'ennui ou de l'énervement, sont plus systématiquement interprétés comme des problèmes de comportement et de respect de l'institution que comme une défense réactionnelle, de la part d'usagers de classes populaires qui se sentent évalués quant à leur langage.

La demande de faire preuve de « précision », en écho aux analyses de Darmon, est un bon exemple d'une forme de violence symbolique de la rééducation qui ne se perçoit que sourdement, et qui peut difficilement se voir reprochée aux soignants – qui pensent bien faire en voulant donner à s'exprimer les émotions étouffées, ou qui cherchent à localiser parfois les souvenirs traumatiques forclos. À Métanoïa, une attitude courante est d'inciter une personne à « préciser sa pensée ». Les ateliers commencent tous par un « comment ça va aujourd'hui ? », adresse qui constitue fréquemment pour les professionnels médicaux, également en prison, « une question rituelle [...] qui ouvre une discussion sur l'état de santé ou sur d'éventuelles démarches en cours » (Lancelevée, 2016 : 272). Mais ici cette question se doit d'être plus profondément « caractérisée » de la part des usagers et usagères. On ne peut se contenter d'un « ça va », ou d'un « ça va bien, et vous ? ». Avec le psychologue, mais aussi avec les référents, cette adresse est une première voie d'accès à l'intimité de l'utilisateur qui, dès qu'il commence à répondre, a intériorisé la perception qu'il doit développer une suite à cette réponse. Comme de nombreux exercices d'éducation populaires devenus des outils-phares du management contemporain³⁷, le « ça va ? » est une authentique procédure ritualisée, comme en témoigne la légère ironie dont font preuve parfois aussi les intervenants, dans leur annonce de cette entrée rituelle dans l'atelier :

Youri (MSP) – *Si on fait un petit tour de « comment ça va ? » ce matin, ça donne quoi ?*

Yassine sort d'entretien avec Ludovic, « ça va assez fort », et il ajoute : « Je sais pas comment il est ressorti, lui [le psychologue], mais j'ai l'impression que ça va. »

Youri interrompt pour reprendre Keufra et Brice, très rieurs et agités ce matin : « On essaie de s'écouter... »

Brice [*pour montrer qu'il était à l'écoute*] – Faut avoir un sacré moral pour être psy...il accumule tout, comme ça...

Youri se tourne vers Keufra, dans l'attente de sa participation active à lui aussi :

Keufra – Ouais, ça va, je suis content de moi, par rapport à la balance... [*il raconte qu'il a perdu plusieurs kilos depuis qu'il est là*]

Puis on passe à Brice :

Brice – Oui, ça va. Je suis bien, là.

Youri [*qui visiblement ne se satisfait pas de cette réponse*] – Oui, j'ai l'impression que ça va, je te vois bien ces jours-ci, t'as une bonne tête...

[*Brice développe quelque peu*]

Keufra [*l'interrompt*] – Mais je voulais rebondir sur un truc – *vous lui avez dit qu'il avait une bonne tête, mais moi, ça va ma tête ? [...]* Non parce que je veux dire, il y a des situations qui m'ont parasité... Mais bon, maintenant j'essaie de pas faire gaffe...

Cdt 2 – Métanoïa – 29/09/21

³⁷ Lorsque je cherchais sur Cairn quelque chose sur l'origine de l'exercice de météo intérieure, j'étais renvoyée systématiquement à cet article : Motte, Amélie, Saphia Larabi, et Sylvain Boutet (dir.), « Outil 18. La météo intérieure », *La boîte à outils du Chief Happiness Officer*, Dunod, 2018, pp. 64-65.

Youri est bien conscient que le « ça va ? » est un prétexte pour commencer à parler, mais il le présente effectivement comme une procédure, un exercice à lui tout seul (je ne m'explique pas autrement cette substantivation de l'expression : avant l'atelier on fait « un petit tour de "comment ça va ?" »), auquel on ne peut transiger. L'inattention de Brice et Keufraan face au déroulé de la réponse de Yassine n'est pas appréciée, et le médiateur entreprend une sorte de négociation forcée avec Brice, pour lui signifier qu'il doit lui aussi se plier au rituel du ça va, comme les autres. Cette météo intérieure que l'utilisateur doit faire de son état (s'il est heureux, ou triste, ou fatigué, et pourquoi...) sert aussi, on le voit ici, à une caractérisation externe de la part des professionnels, qui peuvent renvoyer une image qui conforte la perception que l'utilisateur se fait de lui-même (cohérence et congruence), ou à l'inverse tenter d'apporter des éléments pour invalider cette perception interne et lui permettre ainsi de « positiver ». Comme on le voit enfin dans l'intervention finale de Keufraan, cette perception qui fait que l'intervenant externe au groupe demeure plus légitime à décréter du changement advenu (Lambrette et al., 2021) donne au « comment ça va ? » une autre fonction : celle de pouvoir s'assurer (ou se rassurer) de l'attachement du professionnel.

Pour revenir plus spécifiquement à la thématique de l'exigence de « précision » locutoire, ce dernier extrait d'ouverture d'atelier nous semble particulièrement probant :

Bastien (usager) – Ça va Albin ?

Albin (Esp.) répond, et les incite à dire eux aussi, comment ils se sentent : il les pointe du doigt chacun leur tour en les désignant avec le stylo qu'il tient dans la main, pour capter leur attention, les viser spécifiquement en montrant son intérêt pour eux. Devant les premières réponses, peu développées, il prend une pause, soupire, et dit posément :

Ok. *On va essayer de définir un tout petit peu ce « ça va ».*

Bastien. – Ça va, j'ai bien dormi, je me sens très bien.

Jérémy – *Moi je sais pourquoi tu te sens bien ce matin... enfin, je suis pas sûr, « j'interprète »...*

[...] Parce que la France hier soir elle a gagné...

[Bastien brode quelque peu sur comment s'est passé son réveil..]

Albin – Vous, Lucky ?

Lucky – *[rire]* Bah, la France a gagné... Non, mais j'ai bien dormi ; trop même... Mais sinon pas de soucis, prêt à attaquer la journée.

Jérémy – Ça va... *[pause]* Non, ça va pas moi, le matin... J'ai perdu ma gourmante ce matin, ça doit être le destin... j'ai bloqué une personne hier *[via portable]*, et c'est lui qui m'avait offert ça, du coup je me dis que c'est le destin... Je me sens un peu à poil du coup...

Albin – *Ça marche. Non mais, je vous taquine, mais c'est le but – de développer.* Parce que « ça va : oui, non ? » *Juste un mot, non... ça marche pas trop.*

Les garçons lui renvoient la balle – et lui, comment ça va ? Albin répond, de manière développée : *Moi j'ai... Je crois que ma fille a fait la meilleure nuit de sa vie ...Mais pas mon fils [rires collectifs]. Sinon j'aime bien quand c'est comme ça, le soleil, pouvoir se coller à côté de la fenêtre...*

Ils commencent l'atelier.

Cdt 2 – Métanoïa – 08/10/21 (jour 32)

L'amicalité avec laquelle Bastien peut s'informer de l'humeur d'Albin ce matin ne constitue pas une voie d'entrée pour le rituel du « ça va ? » ; ce n'est pas à lui de lancer le jeu. Albin est un éducateur très aguerri à cet exercice, et le démontre par sa manière à la fois expressive et engagée, mais aussi calme et convaincue de son autorité, de rappeler le déroulé de l'exercice. Comme un prestidigitateur, il capte initialement leur attention, mais ensuite il

joue du silence et de l'expressivité de sa voix pour leur demander d'aller plus en profondeur. De la sorte, ils développent aussi bien sur eux-mêmes que sur autrui : Jérémy pousse son camarade à aller plus loin dans l'interprétation de son ressenti (et il se pose comme détenteur de capacités psychologiques d'interprétation – tout en gardant une distance ironique à cet égard) ; Lucky ne peut pas se cacher derrière la plaisanterie liée à l'interprétation précédente pour expliquer simplement ses ressentis du jour (mais on voit que pour sa part, il « copie » le déroulé employé par ses camarades). Jérémy, comme on a pu le voir dans un précédent chapitre, ne manque pas une occasion pour sa part d'afficher ses signes de *distinction* : il se reprend ici, parce que l'enchaînement attendu des tours de parole (ça va bien ? – oui ; – pourquoi ?) paraît ne pas lui convenir. Il ne va donc pas bien, contrairement à ses camarades. Entretenant l'image de caïd qu'il souhaite donner aux autres usagers au sein du centre, il est « tout le temps en colère le matin ». Sa distinction passe également par le fait de lier ce mal-être à son capital économique et social : il a perdu la « gourmette » (une montre qu'il arborait, probablement chère) donnée par une connaissance (qu'on peut imaginer être un dealer, vu l'initiative de le « bloquer »), et il est en colère pour cela. Mais la distance émotive qu'il veut laisser entendre sur la perte de cet objet suggère que ni la montre ni la perte d'une connaissance de son répertoire n'ont finalement grande importance pour lui – ce qui est symptomatique d'un rapport bourgeois aux autres ou aux possessions matérielles. Perdre cette montre est un désagrément, pas une immense perte (« je me sens un peu à poil du coup »). Perdre cette personne, une décision consciente qu'il met en œuvre ; la causalité qu'il en dégage (« je me dis que c'est le destin du coup ») suffit à lui justifier le prix à payer de cette perte : une gourmette pour un mauvais ami, rien n'est si grave lorsqu'on a les moyens de se remettre de ce genre de pertes.

Comme on a pu le voir à travers ces extraits, il est essentiel pour les professionnels que tout exercice proposé en atelier, quel qu'il soit, puisse servir aux usagers à définir, préciser, caractériser leur état émotionnel ou leurs pensées du moment. Ce qui compte pour les intervenants, c'est que chacun, dans la mesure de ses capacités, fasse « marcher » la machine langagière. Quotidiennement, via ce rituel de la mise en route de l'atelier, les professionnels viennent ainsi vérifier que « ça marche »³⁸, que les usagers s'approprient progressivement ces outils réflexifs mis à leur disposition, et qu'ils parviennent de plus en plus à « développer » à partir d'un simple *input*, d'une stimulation de la part de l'institution.

Plus que des capacités d'élocution ou des différences sémantiques fines caractéristiques de « la raison scolaire » (Lahire, 2008 – cité par Darmon), ce qui est attendu repose donc sur un *consensus sur la processualité et le langage à adopter* dans toutes les circonstances rencontrées dans le centre – qui sont censées être à l'image de situations réelles que les résidents pourront vivre ultérieurement. Ce qui est marquant, c'est que les éducateurs et éducatrices sont souvent amenés, en atelier, à « développer » eux aussi à partir d'un canevas qu'ils n'ont pas choisi ou dont ils n'ont pas les attentes précises. Les ateliers sont en effet répartis chaque semaine entre les divers professionnels, qui doivent se référer à un grand livre où sont listés les divers canevas des ateliers à effectuer dans chacun des quatre axes (pour rappel : Axe Gestion des Addictions ; Axe Connaissance de soi ; Axe Bien-être ; Axe Inter'agir). Au cours des réunions institutionnelles, j'ai pu remarquer que certains éducateurs et éducatrices, notamment parmi les plus jeunes, regrettaient parfois le manque de détails concernant le déroulé de ces ateliers,

³⁸ Comme évoqué dans le chapitre 1, ce tic de langage se trouvait repris par un des jeunes éducateurs, Romain – comme si adopter le style langagier de son aîné lui permettait de bénéficier d'une aura similaire auprès des usagers.

et qu'ils et elles se retrouvaient parfois un peu perdus par rapport au contenu de ce qui devait être transmis aux résidents :

« ils doivent traverser la thématique estime de soi, mais *il n'y a pas la même trame d'écriture selon les ateliers...* Parfois je tombe sur des trames où c'est trois pages, en hyper détaillé, parfois la trame c'est genre deux lignes et faut se débrouiller avec... » (stagiaire éducateur-spécialisé, en réunion institutionnelle)

« Moi ce que je demande le plus souvent à [la cheffe de service], c'est d'être mise en doublon avec quelqu'un, et d'apprendre comme ça sur le tas... Mais c'est pas toujours possible ; *le plus souvent, tu te retrouves seule avec une trame* – et suffit que t'aies un groupe qui participe pas, c'est trop chiant... » (éducatrice en fonction depuis 2 ans dans le centre, en entretien individuel)

On comprend pourquoi, si le sens de l'atelier ou les consignes à respecter ne sont pas très précises non plus pour les intervenants qui l'animent, les attentes sont surtout resserrées autour des mots-clefs désignés dans la trame, ou bien se déportent sur le « développement » réflexif de l'histoire de vie, des émotions ou de certains souvenirs des usagers, pourvu qu'ils parlent. On note également que pour ces éducateurs plus jeunes, quand ils ne sont pas parvenus à rendre « leurs » les attentes institutionnelles en matière de gestion d'ateliers, la difficulté sera sans doute plus grande à se décrocher du cadre, de la « trame » attendue : ils et elles attendent parfois longtemps que les usagers parviennent à trouver « le » mot sur lequel ils voulaient les amener à parler, comme si le fait de s'exprimer via ce mot déterminait que les résidents aient « compris » l'enjeu de l'atelier. Une des étapes de l'apprentissage rituel qui vient mis en place dans ce CTR consiste donc à s'accorder avec l'intervenant qui incarne l'institution sur les procédures et les mots-clés qu'il s'agit de prononcer, pour être considéré comme capable de définir et de distinguer ses ressentis et ses besoins – et ainsi, être jugé à même de *se définir d'une nouvelle manière*. Une des clefs d'interprétation qui ressort de cette sous-partie, c'est que le devenir-adulte promulgué par ce centre passe par l'intériorisation d'un certain nombre de normes discursives et réflexives liées à l'ethos des classes moyennes culturellement dotées. Être adulte, c'est donc *être capable de développer ses ressentis, de s'interpréter et de s'exprimer correctement avec autrui*.

II. B/ Apprendre à être libre. Savoir dire « non », définir ses limites.

Un autre élément central du travail effectué à Métanoïa³⁹, c'est la manière dont se voient transmis via différentes médiations des principes d'individuation dont on peut dire que la première règle serait : *apprendre quelles sont ses limites*. Ces principes d'individuation rendant compte selon nous d'une certaine définition contemporaine de l'adultéité – qui s'écarte par ailleurs d'une conception historique de l'être adulte et de la responsabilité, plus rattachée à la solidarité organique et aux liens de filiation-parenté – nous allons nous attarder un temps sur ce point.

« En principe être un individu c'est pouvoir être tenu pour responsable de ses actes, et à la limite de la réussite ou de l'échec de sa vie » (Castel, [1991] 2001 : 121). Cette sentence de Robert Castel nous semble une illustration idoine de ce qu'engage l'individuation, en tant que

³⁹ Je rappelle que je tenterai de démontrer dans la conclusion de cette section que les principes mis en œuvre dans ce centre sont cela étant esquissés sur les mêmes bases dans d'autres CTR.

processus identitaire et idéal fondateur de la modernité. Dans le prolongement mais autrement que la socialisation, l'individuation désigne l'ensemble des facteurs structurels conditionnant de manière synchronique et diachronique la production des individus, ainsi que les représentations culturelles de l'individu qui influencent en retour ce processus de fabrication (Martuccelli, 2019 : 101). Si, jusqu'au XX^e siècle, la sociologie s'est uniquement préoccupée des processus de socialisation, en distinguant des sociétés plus ou moins homogènes, étendues ou différenciées, la complexification sociale – et son corrélat, l'apparition d'un individu « fortement singularisé » (*ibidem*) a impliqué un changement dans la définition même de cette société, devenue, selon l'expression consacrée de Norbert Elias, une « société des individus » (1991) :

Longtemps l'individu avait été conçu uniquement comme une anomalie au sein d'un groupe : il n'était qu'une particularisation déviante ou exceptionnelle des traits communs à une communauté. La modernité transforme en profondeur cette situation : l'individu, notamment par le travail d'un ensemble d'institutions, cesse d'être perçu comme une déviance singulière vis-à-vis d'un modèle général, et devient le modèle à accomplir. C'est dans ce sens que l'individualisme est un des grands principes structurants des sociétés modernes. Chacun se doit de devenir un individu. (Martuccelli, 2019 : 102)

Selon le sociologue Danilo Martuccelli, c'est à l'aune de cette nouvelle injonction historique que doit se comprendre l'essor de *l'individualisation*, caractéristique d'une seconde modernité qui commencerait dans les années 1960 – et qui radicaliserait l'individualisme institutionnel propre à la « première modernité ». Les sujets de la deuxième modernité n'ont plus une trajectoire clairement institutionnalisée et ponctuée d'étapes standardisées de l'existence (formation, emploi, retraite dans le domaine du travail ; mariage, fondation d'un foyer, procréation et transmission intergénérationnelle dans le domaine privé). On assiste plutôt à un triple phénomène d'individualisation des parcours de vie, d'accroissement des cercles sociaux de sociabilités, de la généralisation d'une série d'injonctions biographiques et réflexives (*ibid.* : 102). On pourrait considérer qu'ici aussi un nouveau paradigme a vu le jour, dans les formes de subjectivation et de construction données au sens de l'existence (Beck, Beck-Gernsheim, 2002). Non seulement les sociétés produisent des individus (processus d'individuation) ; mais elles enjoignent chacun à se faire le créateur et le décideur de son existence, à *vouloir* la singulariser (processus d'individualisation). L'individualisation est ainsi ce « processus de "production individuelle" » (« *process of "becoming individual"* ») selon la définition de Scott Lash (2002), qui demande aux individus de contribuer fortement à leur définition. Ce qui rend par ailleurs plus complexe l'analyse sociologique, en ce que les agents ne se définissent plus seulement par une seule appartenance typique (milieu social, genre, génération), mais aussi qu'ils sont produits comme individus par un ensemble d'institutions sociales qui ne doivent pas être oubliées dans l'analyse d'une trajectoire individuelle (Martuccelli, de Singly, 2018 : 39-40). Si l'individu se trouve parfois construit de nos jours dans l'illusion d'une absence d'attaches, il nous semble de fait fondamental d'insister sur les étapes qui – au sein d'une institution rituelle comme le CTR – l'incite d'abord à se percevoir par rapport à *autrui* : dans un rapport de délimitation et de différenciation de soi qui permet une individuation – avant même de se croire un individu libre de ses choix, comme dans l'individualisation contemporaine.

Ces principes d'individuation sont transmis à Métanoïa de multiples manières, à commencer par une appréhension psychocorporelle qui se développe ces dernières années,

dans les structures en addictologie. Shiatsu, méthode Feldenkrais, Qi gong, thérapies par EMDR, hypnose – nous avons pu constater que toutes ces pratiques psychocorporelles étaient (ponctuellement ou fréquemment) employées en addictologie dans une perspective d'attention au corps nouvelle dans cette discipline (Hautefeuille, 2019 ; Reynaud, 2019). Le CTR Métanoïa a donné relativement tôt de l'importance à ces pratiques : dès l'ouverture, il y a dix ans, l'équipe comportait une psychomotricienne chargée de développer ces méthodes de prise de conscience par le corps avec les usagers. Nous allons développer cet aspect psychocorporel, même si nombre d'autres domaines auraient pu être évoqués, pour parler de l'inculcation de ces principes d'individuation : la négociation et la diminution progressive du traitement durant le séjour (au cours des divers rendez-vous avec le médecin du centre), la prise de parole dans la vie en collectif (dans les réunions hebdomadaires de « vie collective »), la construction d'un projet personnel et/ou professionnel au-delà du centre (via les bilans hebdomadaires avec les référents)... Toutes ces pratiques font sens ensemble, et semblent fonctionner en écho avec la philosophie du centre, qui veut des « actients » plutôt que des « patients » et leur fournit pour ce faire un espace idéal pour un « trouver-crée » (Winnicott, 1975) de formes d'expérimentation de leur corps et de leurs émotions.

De manière marquante dans ce centre d'inspiration plus comportementale que psychanalytique, la question des limites corporelles vient résonner avec une préoccupation propre aux soignants des structures du médico-social – à savoir la problématique de la « juste distance »⁴⁰ à avoir avec les usagers (Pétermann, 2016 ; Lorient, 2018). Cette préoccupation peut revenir, on le verra, sous la forme d'exercices physiques, de jeux – c'est-à-dire à travers une participation active des résidents dans ce processus de prise de conscience individuelle.

Une éducatrice sportive propose par exemple un matin⁴¹ un atelier psychocorporel portant sur les interactions à autrui. Elle demande d'abord aux usagers comment ils se sentent ce matin-là avec leur corps – « comment vous vous sentez par rapport à vous-mêmes (sic) et par rapport aux autres. » D'emblée, il est surprenant de constater que certains usagers de mon groupe n'arrivaient pas à répondre à cette demande apparemment simple. L'un d'eux disait par exemple que « par rapport aux autres, [il] ne [savait] pas : *c'est aux autres de répondre...* », comme s'il lui était impossible de dire quelque chose de son propre corps dans l'appréhension d'autrui. Comme si c'était aux autres de juger son corps et son appréhension corporelle. « Je me cache pas... », ajoute-t-il, comme s'il soupçonnait que le langage corporel dont on lui parle de l'importance pouvait révéler des choses sur lui qu'il n'aurait pas verbalement mises à jour.

Puis Charlene, l'éducatrice, leur propose l'élaboration d'un travail corporel autour de la notion de « bulle » et d'espace à soi. Elle me propose de participer également à l'exercice, et se mêle elle-même au groupe lors de cette première déambulation dans l'espace. Charlene nous fait d'abord marcher et imaginer cette bulle, qui définit le périmètre de sécurité (« ou encore "l'espace vital", on pourrait dire » ajoute-t-elle, consciente du fait qu'il s'agit d'un terme à prendre avec des pincettes) dont un individu peut disposer autour de lui. Elle nous fait délimiter cette bulle dans une sorte de danse, où nous devons nous étirer et venir toucher les confins de cette image mentale, qui correspond aux limites que nous sommes capables de venir définir avec nos membres, bras et jambes. Ensuite, elle nous invite à « remplir » cette bulle, de choses censées nous fortifier, puis de faire le geste de « rejeter » au dehors tout ce qui ne nous

⁴⁰ Le concept de « juste distance » est omniprésent dans les milieux du soin et du social. Faute d'en trouver un historique établi, je renvoie ici à l'ouvrage plus recensé ou cité en référence sur le sujet (Prayez, 2003).

⁴¹ Cdt 2 – Métanoïa – 14/09/21 (jour 9)

convient pas, nous affaiblit, etc. De ce que j'en perçois, ce premier exercice doit aider à la perception d'un « espace à soi », pour détourner le titre connu de Virginia Woolf ; à prendre conscience que l'espace propre ne se limite pas à une appréhension des seules limites corporelles, mais qu'il inclut une forme de périmètre, dans laquelle un individu se tient en société – et dans lequel Goffman rappelle bien qu'il ne fait que rarement pénétrer autrui (1973 : 62-70).

L'exercice suivant consiste à mettre à l'épreuve cette « bulle » corporelle équivalente à ce qu'en sociologie nous appréhendons comme territoire du Moi. Une personne se place au centre de la pièce, les autres se tenant aux angles de la pièce. Les personnes situées aux coins doivent progressivement se rapprocher ensemble de la personne au centre : un grand pas au début, puis au fur et à mesure, de plus petits pas... La personne qui est au centre est incitée par l'éducatrice à dire, à chaque avancée, comment elle se sent, par rapport à cet espace de proximité qui s'établit avec les autres. Elle doit dire « stop » quand « là, c'est bon », ou que « vous estimez que plus proche ça serait trop ». Au cours de cet exercice, on peut se rendre compte que l'appréhension de la trop grande proximité d'autrui varie sensiblement de l'un à l'autre des participants. La personne qui tolérera le cercle « le plus petit » autour d'elle sera Thibaud, jeune homme d'une vingtaine d'années (pourtant habituellement persécuté par des voix). Une appréhension « moyenne » concerne aussi bien Brice et Keufraan que l'ethnographe. Yassine demandera, quant à lui, assez tôt à ce que les autres cessent de se rapprocher, et Charlene – qui joue elle aussi le rôle de la personne au centre – dira stop encore plus tôt.

Enfin, un troisième exercice est proposé, où une personne, de nouveau placée au centre, doit « accueillir » ou « rejeter » une des personnes du cercle qui s'avance vers elle avec, au choix selon ce qu'elle décide de suggérer comme émotion : de l'accueil, de l'indifférence ou du rejet. Cet exercice était plus compliqué, parce qu'il suggérait qu'on puisse ainsi « rejeter » quelqu'un tout en demeurant cordial et « accueillant ». Au cours de cet exercice, on note la difficulté de certains des membres du groupe à marquer la distinction entre l'indifférence et le rejet, comme la difficulté à ne pas « céder son territoire » à l'autre, devant l'insistance de la personne et l'incapacité à signaler le rejet avec assez d'éloquence corporelle. À un moment, ce constat permet alors à l'éducatrice de commenter : « Toujours les limites elles ont été poussées, poussées, poussées... *c'est pour ça que c'est important, de pas tout le temps accueillir, et de savoir rejeter.* » Il me semble que c'est cette phrase, qui constitue le cœur de la leçon inculquée lors de ces trois exercices. C'est d'ailleurs une phrase qui opère à ce moment comme un déclencheur, puisque juste après ces mots, Keufraan prend la parole et raconte un épisode marquant pour son parcours de soins, lorsqu'il était dans une précédente sortie de cure et qu'une connaissance n'a pas respecté « le tri » qu'il essayait alors de s'imposer pour éviter certaines fréquentations.

Le temps de l'exercice pratique passé, les usagers ont déjà intégré, à une semaine de leur arrivée, que le récit d'un exemple ou d'une expérience passée est bienvenu pour leur permettre d'illustrer ce qu'ils ont compris du but de l'atelier effectué. Ils parlent ainsi assez facilement de leurs difficultés ou de leurs stratégies, et songent à comment ils pourraient mettre en œuvre dans leur quotidien cette « juste distance » avec autrui. Keufraan parle de sa difficulté à tenir loin de lui un ancien ami qui insistait pour le fréquenter selon des modalités à eux communes ; Brice de sa tendance à se laisser déborder et écraser par les demandes d'autrui ; Yassine de son sentiment d'étouffement dans les transports ; et Thibaud de son sentiment de persécution. Cela va leur permettre par la suite de cibler des manières de répondre à leur problématique – tout en employant les mots du centre : savoir faire usage de « l'indifférence » ; « savoir rejeter » ; « poser ses limites » ; « faire passer un message à

autrui »... La fin de l'atelier était également particulièrement instructive sur la manière de se placer des professionnels du centre :

Keufra – Et vous, Charlene ?

Charlene – [*un peu crispée*] Et moi ? Hahaha, on n'est pas là pour parler de moi... [*Silence*]

Non mais, comme vous voyez, il faut être sûrs que la communication a été claire, et qu'on communique le bon message...

Cdt 2 – Métanoïa – 14/09/21 (jour 9)

Il me semble important de souligner comment l'éducatrice – adroitement ou maladroitement, cela n'est pas en question ici – *met en pratique* ce qu'elle vient d'essayer de leur transmettre. C'est-à-dire en leur communiquant qu'elle ne se confiera pas sur sa manière de mettre de la distance avec autrui, dans divers épisodes de sa vie personnelle ou professionnelle – c'est là exactement le travail qui est en fait demandé aux usagers. Elle met de la distance, simplement, là où on lui demanderait de la proximité, de la connivence ou des informations justifiées par la création de liens de proximité. D'autres professionnels (comme Albin, évoqué plus haut) auraient sans doute répondu sans problème à cette question – ce cas n'est donc pas généralisable. Cela n'a d'ailleurs pas l'air d'entacher les rapports que Charlene peut nouer, à son niveau, avec Keufra ou les autres résidents – nous verrons au prochain chapitre comment les prismes du genre et de l'âge impactent en effet en partie les attentes réciproques qui se constituent entre résidents et professionnels.

L'exemple de cet atelier, visant l'inculcation par des pratiques psychocorporelles de la notion de « juste distance » à des usagers en addictologie, nous permet d'émettre plusieurs hypothèses. Il faut entendre d'une part comment ce type d'approches rencontre un écho dans les préconisations des circulaires des politiques publiques – qui visent à rendre l'utilisateur « acteur de ses soins » – mais aussi dans les approches cognitivo-comportementales constituant le nouvel âge des thérapies contemporaines, après le déclin de la psychanalyse. De plus, la manière dont on leur propose une mise en application et une incorporation de la distance appropriée à avoir avec l'autre comporte en trame de fond l'idée d'un apprentissage de la capacité à « mettre des limites » non seulement avec l'autre, mais avec l'autrui significatif qu'a constitué le « produit », une bonne partie de leur vie précédente. La particularité de l'approche de Métanoïa, c'est qu'ils s'appuient moins en apparence sur la contrition et le fait de se discipliner (ou de « se mettre des limites ») ; c'est dans une approche relationnelle que la question de la consommation est abordée, en étant traitée ici comme une conséquence (et non comme une tare ou comme un motif de culpabilité) de la difficulté à trouver une juste distance avec un environnement parfois accaparant ou envahissant. Je ferai valoir, par un contre-exemple tiré de l'ethnographie au TCHAT, que dans l'autre institution, quand bien même l'utilisateur est conscient de la distance à mettre avec autrui, ce qui lui est demandé implique une politique de pure abstinence, difficile à tenir :

Mehdi est là depuis quatre mois, il dit être bientôt « à la fin de [s]on soin », même s'il appréhende la sortie. « Monsieur Leprince [chef de service] veut pas trop que je sorte, encore. Il pense que c'est pas le moment.

S.R. – Pourquoi ?

Mehdi – Il y a un point vraiment sur lequel il faut que je travaille... C'est comment dire, que je ne veux plus certaines relations...

Mais il se pose la question de comment le faire sans rejet, sans violence... En gros, c'est

« la suite » qui lui paraît inenvisageable – tant qu’il n’est pas capable de mettre de la distance entre lui et les « gars de son quartier » ... Parce que Mehdi dit y a « plus » que des relations clientélares entre lui et ses dealers...

Il me raconte une histoire où, la dernière fois qu’ils s’étaient baladés avec le groupe du CTR, lors d’une sortie sport ou autre, « dans un coin paumé » de la ville, quelqu’un l’a appelé trois fois. Il a fait au départ semblant de ne pas entendre, mais Jonas l’avertit (« ce débile, il me fait : « Mehdi, y a quelqu’un qui t’appelle ! » »), du coup, il discute une minute avec le type. Mais « heureusement un thérapeute m’a hélé pour que je revienne... »

Bref, il a peur de ces relations-là, où on lui dirait « Ah, t’as arrêté ? Bah, c’est pas grave, on peut se voir quand même... », mais il y croit pas, qu’il pourrait revoir ces personnes sans qu’au milieu il y ait du produit.

Cdt 1 – TCHAT – 03/06/21

Pour Mehdi, ici, on voit bien que la « juste distance » prescrite par l’institution, vis-à-vis de ses anciennes fréquentations, équivaut à une pure et simple absence de rapport.

À l’inverse, l’atelier de la bulle que l’on évoquait précédemment apparaît de fait comme un support fécond pour une réflexion sur la clinique des addictions qui prenne en considération le social, car il permet de s’interroger sur ce que sont effectivement les limites du Moi, et la manière dont chacun juge bon de « défendre » son territoire. Il rappelle que « se libérer » d’une addiction, d’un lien auquel on n’arrive plus à dire non, ne passe pas que par un éloignement physique. Se pourrait-il qu’on puisse tout à la fois – comme dans le troisième exercice – « rejeter » quelque chose, mais avec le sourire, ou encore avec indifférence ? Cela passe en tous cas, semble-t-il, par une forme de prise de conscience et de responsabilisation eu égard à son pouvoir d’agir. C’est tout un ensemble de démarches, d’acceptations et de renoncements qui se voient travaillés au travers des pratiques mises en œuvre dans un CTR. Mais le cadre dans lequel cette entreprise de libération/responsabilisation a lieu est spécifique à chaque structure, et il façonne à sa manière une forme idéale de société et d’individus qui y appartiennent, sur le lieu d’expérimentation dont elle est le siège. C’est également la façon dont on ose parler de ses propres limites, jouer avec, les frôler potentiellement, qui définit de ce fait différents styles d’institution.

Un autre tasseau de la construction de l’adultéité, qui émerge de nos observations, c’est que les usagers sont invités à intérioriser les normes professionnelles de « la juste distance » à avoir avec autrui, en fonction de ses expériences passées et du rapport compliqué que ces usagers ont pu avoir au « refus » fait à l’autre, personne ou produit. Être adulte, c’est ainsi *être capable d’identifier les moments d’invasion de son territoire du Moi, et de savoir y mettre des limites, au présent, et dans le futur.*

II. C/ Apprendre à être autonome – Établir son propre cadre, se responsabiliser

Cette dernière partie de section aborde l’extension de la question de la « juste distance », et de la définition de limites corporelles et psychiques individuelles à la sphère morale et identitaire. Cette délimitation corporelle déborde en effet le cadre de la proprio-perception et pénètre dans le travail effectué en CTR le champ du rapport à l’autre. Devenir adulte, dans ce cadre, c’est faire intervenir cette conception de la « distance » dans les relations

sociales, publiques ou intimes, et dans l'appréhension d'une certaine morale – constituée avant tout à partir du territoire du moi, qui doit devenir solide, inattaquable. C'est du moins le but visé par les professionnels, qui sont soucieux que l'utilisateur ne se laisse pas à nouveau déborder par le monde extérieur, entraîner par des amis ou des connaissances dans l'univers de la drogue qui l'a dévoré, ou encore attaquer par les problèmes d'autrui (traumatisme vicariant), si envahissants qu'il soit obligé de consommer pour anesthésier ses émotions⁴².

La problématique du « savoir-dire-non », c'est-à-dire le développement d'une capacité à pouvoir supporter la frustration, ou à ne pas répondre positivement aux incitations ou aux propositions d'autrui, consiste à opérer un travail de distinction entre le Moi et son environnement. L'autonomie décisionnelle ne peut exister, si elle ne se fonde pas sur un sentiment premier d'indépendance psychique, de séparation claire entre Moi et autrui. Cela commence par le fait de parler de soi en utilisant le pronom *je*, en assumant la responsabilité de ses comportements :

Albin – Vous avez lu le planning ? Ça dit quoi ? [Les résidents répondent : « Atelier honte et culpabilité ».] Ok. Qu'est-ce que ça vous inspire... ?

Lucky – Tout le monde est pas fier de ce qu'il a fait dans sa vie.

Albin – Oui... Alors on va changer de sujet dans la phrase...

Lucky – Oui [sourire]. « *J'* » ai fait des choses dont je suis pas fier.

Cdt 2 – Métanoïa – 08/06/21

Cet extrait montre une des premières intériorisations tacites qui se joue dans les ateliers de Métanoïa – comme dans les groupes de parole en CT (règle à laquelle les membres du groupe sont extrêmement vigilants) : à savoir qu'il faut comme le disent les professionnels « parler à *Je* » (*sic*), c'est-à-dire parler en son nom propre pour se responsabiliser vis-à-vis de ses actes passés, mais aussi à prendre en charge ses pensées et ses actions futures. Pousser les usagers à l'autonomie – ou alors, de leur côté, affirmer une autonomie décisionnelle en acte – c'est donc tout d'abord faire sentir que l'on est conscient de cette délimitation psychique, que l'on est prêt à se différencier d'autrui. En témoigne par exemple cette remarque de Brice, lors de son entretien de GSM (Grille Satisfaction-Motivation), sur ses « amis de conso », dont il cherche d'abord à sauver la cause, puis dont il tente de se distinguer, sans réellement y parvenir :

[Romain lui demande plus de détails sur ses amis]

Brice – Ils sont quatre, des consommateurs pour la plus part. On est très proches. Mon ami d'enfance par exemple, c'est devenu mon beau-frère... Il est dans l'héro lui aussi, *mais il est bosseur, il est intelligent, donc ça va*. [Silence] J'ai des amis qui sont dans la rue aussi. ... *Des zonards on peut dire... Euh, non, en fait c'est pas vraiment des zonards*.

Romain – C'est quoi pour vous un zonard ?

Brice – Quelqu'un qui fait la manche et qui fait des p'tites magouilles pour s'en sortir...

Eux, c'est pas ça. C'est des gens qui faute de choix ou faute d'argent sont là-dedans.

Romain – C'est des amis avec qui vous consommez ?

Brice [évasif] – Oui oui...

Romain – De tout..?

⁴² Il est intéressant de constater que dans les représentations en termes de vitesse(s) qui sont déployées, on sombrerait ainsi dans la drogue par : *arythmie* (le monde va trop vite, génère du stress qu'il faut taire) ; *mimétisme* (on veut être au rythme des autres) ; ou *débordement* (traumas qui reviennent, ça va trop vite par rapport au monde).

Brice – Bah, ce que je consomme quoi. [*La conversation patine sur le fait que ce peut être handicapant d'avoir des « potes consommateurs », argument qui perturbe visiblement Brice*] [...] *Ils ont dit que c'était plutôt bien, mon idée de partir en cure, que c'était bien pour moi.*

Romain – Vous arrivez à pas trop être influencé ?

Brice – Oui oui. Au contraire, quand je leur ai dit que j'avais arrêté l'alcool, ils étaient limite à planquer leur bière, à *me tourner le dos en me disant « t'es sûr que ça te dérange pas ? »*. J'ai dit « bah non, non, pas du tout ! » ... [*Silence*] Non, en fait au début c'était plutôt le contraire, comme j'arrivais sans conso, en fait les gens comprenaient pas... je crois que c'est la période où on m'a le plus proposé de bières de toute ma vie...

Romain – Ça se trouve c'est parce que vous en aviez pas...

Brice – Bah ouais, c'est ça... Si j'avais su... ! [*se reprend*] Non non, je rigole hein.

Romain – Et... Vous arrivez à les voir sans consommer ?

Brice – C'est pas parce que je les vois que je consomme. C'est plutôt quand j'ai des idées noires...

Cdt 2 – Métanoïa – 07/09/21

Brice cherche d'abord d'épargner ses plus proches amis du discrédit qui pourrait les toucher vu qu'il les présente comme des consommateurs. Même aux yeux d'un jeune éducateur en addictologie – incarnant dans tous les cas pour Brice les valeurs de la « bonne » société – il lui paraît nécessaire de justifier le fait que ce ne sont pas des personnes qui risquent de mettre à mal sa résolution thérapeutique. Son beau-frère d'une part, qui « est bosseur, est intelligent, donc ça va » – comme si l'intelligence consistait une garantie contre le sentiment de dépendance occasionné par l'héroïne ; le groupe dans sa totalité d'autre part, avec l'exemple des soirées où « ils étaient limite à planquer leur bière », et le fait qu'ils soutiennent sa décision de partir en cure. Mais cette décision lui permet de se distinguer davantage de ce groupe, pour lequel la consommation n'est apparemment pas un problème : c'est bien « pour lui » qu'il aille en cure, par rapport à ses amis qui sont – reconnaît-il à mi-voix – des « zonards », et contrairement auxquels il a décidé d'arrêter de consommer (à commencer du moins par l'alcool). La difficulté à désigner comme « zonards » ses amis, et la tentative de requalification qu'il souhaite apporter aux facteurs contingents qui les ont mis à la rue et dans la conso, repose principalement sur son identification forte à ce groupe de pairs. Brice veut ici marquer à la fois son inclusion dans une communauté d'appartenance et de soutien forte (et à propos de laquelle il essaie de soutenir que la drogue n'est pas un problème), et à la fois son détachement psychique de cette identification au groupe. Pour affirmer son autonomie individuelle – qui l'a effectivement poussé à venir en cure, contrairement à ses amis – il doit ici se distinguer de ses anciennes accointances. Cela signifie à la fois risquer un éloignement dans les pratiques qui le liaient à ses amis (refuser une bière offerte, ne plus faire la manche), mais également symbolique, eu égard à ce qui constituait en grande partie son identité. Sauf que pour le moment, Brice témoigne du fait qu'il lui en coûte : et le geste de ses amis de lui « tourner le dos », par respect pour sa décision récente d'abstinence, peut être lue en négative comme la peur de se voir rejeté par les « zonards » qui constituaient sa communauté d'appartenance. Il lui est tout aussi difficile d'effectuer une séparation nette que de s'identifier encore à cette catégorie d'amis de conso. « Eux c'est pas ça », parce qu'effectivement ils ne sont pas « que cela », et que lui-même ne se limite pas à une identité de zonard ; mais il comprend que venir dans ce centre a sans doute pour corrélat d'abandonner certaines de ses anciennes fréquentations – ce dont il n'est clairement pas capable, au premier jour de son arrivée en cure.

La manière dont il faut, pour devenir un adulte raisonnable et autonome, se distancier des autres « problématiques », est inculquée très vite à Métanoïa. Dès le deuxième jour dans le centre, l'infirmière les incitera à tisser des liens entre eux, mais leur précisera attentive : « ...mais je vous dis, c'est pas ça le plus important. *Rappelez-vous que vous êtes là avant tout pour vous* »⁴³. Ce discours, internalisé par les résidents, revient régulièrement en atelier :

Samantha (CESF) incite les membres du groupe à parler des différentes stratégies pour surmonter un *craving* :

Samantha – Par exemple, vous pouvez aussi passer un coup de fil au CSAPA, ou à Métanoïa...

Yassine – Moi *je rajouterais, s'éloigner des amis consommateurs*..

Keufan – *Oui, faire le tri*...

[Yassine raconte l'histoire d'un « pote » qu'il ne pouvait plus vraiment aider... Ses parents ont demandé à ce qu'il soit interné en HDT, parce qu'il voulait pas aller en addicto... Il commente :]

Yassine – Là, j'évite de prendre trop de nouvelles, récemment, parce que *je pense à moi avant tout*...

Keufan – *De l'aider comme tu l'as fait, c'est bien, mais [ne] le fais plus*...

Yassine – Oui, je suis là, mais je vais plus chez lui... On se voit à l'extérieur, dans un bar, neutre.

Brice – Moi [quand j'ai arrêté l'héro] *ça me rendait presque fort, d'être dehors avec des consommateurs... ça peut être des petits défis qu'on se lance*...

Samantha – Ça, ça revient aux stratégies de *coping*, ou à des stratégies d'évitement...

Cdt 2 – Métanoïa – 07/10/21 (jour 31)

Hormis Brice, qui essaie là encore de trouver un espace de négociation identitaire, entre la stratégie proposée par le centre (rompre avec ses anciennes fréquentations) et son ancienne communauté d'appartenance, les membres du groupe ont à ce stade de leur séjour intériorisé les attentes du CTR en termes de projection sur leur socialité future. Yassine et Keufan répètent à l'unisson la stratégie d'évitement promue comme une des solutions au problème de la tentation de reconsommer : si on « fait le tri », si on s'éloigne des amis consommateurs, on réduit significativement les occasions de se confronter au risque de la rechute. Brice, lui, semble embrasser une tout autre attitude – il s'agit de se rendre « fort »⁴⁴, de se confronter à l'espace de plus grande exposition au risque et de tolérer la frustration malgré cela. Ce sont deux cadres différents – dans un cas l'attention au bien-être, dans le second le défi imposé à ses pulsions –, mais qui illustrent bien comment, à tout le moins, les résidents sont invités à penser les futurs contextes d'exposition au produit à partir d'une conception autocentrée, où le maintien de l'intégrité de leur Moi doit être au centre de leurs préoccupations. L'exemple rapporté par Yassine est très éloquent en la matière ; l'usager le restitue, non pour dire qu'il craint de ne pouvoir apporter de l'aide à cet ami qui vit une situation périlleuse, mais pour justifier cette non-assistance par le fait qu'il doive avant tout « penser à [lui] ». Il est soutenu dans cette démarche par Keufan, pour lequel cette invasion de son territoire par empathie pour autrui (cf. plus haut) est également un élément problématique. « Penser à soi » ; « être là

⁴³ Cdt 2 – Métanoïa – 07/09/21

⁴⁴ Mais il ajoute « presque » à ce qualificatif. Nous reverrons dans le chapitre 6 comment cet usager en particulier met en jeu dans son séjour des enjeux propres à la négociation d'une forme de virilité qui cherche à se maintenir, au-delà du rapport à la dépendance.

pour soi », sont les conseils les plus fortement prodigués en CTR pour accroître les possibilités de développer une autonomie décisionnelle à titre individuel.

Le travail qui est entrepris à ce niveau-là engage une certaine éthique stoïcienne. On incite les résidents à effectuer un travail de distanciation de tout ce qui peut venir perturber l'ataraxie⁴⁵ individuelle. Le CTR doit avant tout être un lieu où les usagers peuvent retrouver une forme de paix intérieure, et on leur transmet dès lors l'idée que, pour la maintenir en toutes circonstances, il est sans doute mieux pour elles et eux de ne pas trop se soucier des problèmes sur lesquels ils ne peuvent agir. Cela s'étend au fait que l'on ne peut que s'aider soi-même, et qu'on ne peut « vouloir pour autrui ». Cette conviction a naturellement pour fonction de préserver les usagers de toute velléité de soutenir la volonté défaillante d'un de leurs camarades au sein du centre – ce qui pourrait fréquemment les mettre eux-mêmes en difficulté. « Penser à soi » a donc ici pour corrélat « ne pas *trop* penser aux autres » :

Yassine – [devant la directrice qui lui demande si sa baisse d'investissement est due au fait qu'il ait été placé en chambre avec Thibaud]. Non, ça se passe bien, je dors pareil que quand j'étais en chambre individuelle. Mais c'est vrai que pour Thibaud, j'essaie de le pousser un peu pour le motiver, pour se lever le matin... et dans le groupe, on essaie de le pousser un maximum [...] *Je sais que je suis avant tout là pour moi... Parce que des fois, on l'oublie, on a tendance à trop s'oublier pour aider les autres...*

Cdt 2 – Métanoïa – 14/09/21 (jour 9)

Jérémy – [dans un atelier sur les jeux de rôle dans les relations sociales] Enfin, écouter quelqu'un, c'est pas forcément prendre part. C'est juste écouter une situation. [Il développe, par rapport à Dimitri (expulsé peu avant), en évoquant comment il leur racontait tous ses problèmes, et que dans le groupe, ils ont essayé d'être à l'écoute, mais ils ne pouvaient pas « être plus que ça »...]

Julien – Moi je me suis rapidement distancié, *je suis sorti de l'équation – en me disant « je suis là avant tout pour moi, pas pour lui ».*

Cdt 2 – Métanoïa – 13/10/21 (jour 35)

Ce dernier extrait prend place dans un atelier particulier – dont la thématique a été une découverte marquante pour l'ethnographe, en lui permettant d'en apprendre un peu plus sur l'une des approches thérapeutiques utilisée à Métanoïa, l'analyse transactionnelle. Cet atelier portait sur le triangle de Karpman. Je restituerai d'abord comment cette grille d'analyse des jeux psychologiques ordinaires m'a été divulguée, pour ensuite développer certains détails de cette théorisation et la visée dans laquelle ce triangle est transmis comme outil aux résidents du centre :

Je décide de suivre le groupe 2. L'atelier Inter'agir du jour se déroule avec Charlène et Jacob (stagiaire psychologue). Les deux professionnels demandent aux usagers si leurs collègues leur ont déjà évoqué dans un atelier précédent le triangle de Karpman. Cela évoque des choses aux trois hommes en présence :

⁴⁵ Signifiant littéralement « absence de troubles », l'*ataraxia* en grec ancien désigne l'état de profonde quiétude que l'âme peut atteindre en l'absence de douleur. Chez Épictète, père du stoïcisme, elle apparaît conjointement à l'*apatheia*, l'absence de passion ; mais du côté de l'épicurisme également (où plaisir et passions demeurent fondamentales dans l'existence), il importe de se débarrasser des « passions tristes », et l'ataraxie constitue la voie maîtresse pour le sage pour atteindre cet état.

Jérémy – Tout dépend de où c'est qu'on se place, c'est ça ? Faut savoir sortir du triangle...

Faut savoir se placer à une place qui est pas la nôtre...

Lucky – Il y a le Sauveur...

Julien – ...la Victime... Et faut pas passer trop vite de victime à persécuteur, c'est ça ?

[...] Charlène – C'est quoi le lien entre les trois, déjà ?

Jérémy – Tout dépend du positionnement, de où on se place...

Charlène – *Le point commun entre les 3, c'est la responsabilité. À chaque fois qu'on se place dans l'un de ces trois rôles, on prend pas sa part de responsabilité.*

Parce que le Sauveur c'est : « oh, mais moi personne m'a demandé, donc c'est pas ma faute... ! »

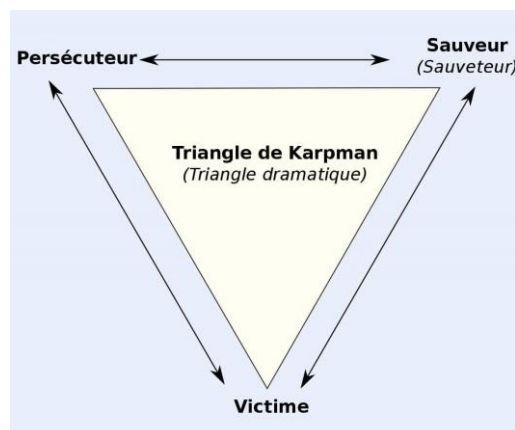
La Victime : « moi j'ai rien demandé, c'est pas ma faute... »

Et le Persécuteur, il dit : « ah, bah je t'avais prévenu, c'est ta faute... »

Souvent, c'est à cause de la Victime qu'on rentre dans le jeu. Et au bout de 3-4 fois qu'on l'aide, on rentre dans le processus, et on passe de Sauveur à Persécuteur.

Cdt 2 – Métanoïa – 13/10/21

Pendant qu'elle dit ces derniers mots, Charlène a tracé un triangle illustrant les trois pôles identifiés sur le tableau blanc, avec des doubles flèches symbolisant la relation entre les différents rôles. La représentation était la suivante :



Charlène propose ensuite de développer, dans un tableau qu'elle trace en dessous du triangle, leurs caractéristiques. Comme évoqué précédemment dans « Apprendre à parler », il s'agit dans les ateliers de mieux identifier, définir, ou « caractériser » certains états psychologiques courants chez les usagers – dont on cherchera ensuite le moyen de se défaire.

Charlène – On cherche à les caractériser un peu plus ? La Victime : ... ?

Jérémy – C'est quelqu'un qui se plaint toujours.

Charlène – Oui, qui vit un sentiment d'injustice...

Jérémy – Elle est toujours négative. Elle voit toujours tout en noir...

Charlène – Ouais, elle se dénigre...[prudente] Vous vous retrouvez dans cette position,

Jérémy ?

Jérémy [moqueur] – Oh, moi je suis plutôt sauveur... En tous cas, j'aime bien aussi être persécuteur.

Charlène – Est-ce que c'est pas inconfortable, d'être dans une position de sauveur ?

Jérémy – En tous les cas, c'est toujours mieux qu'être victime...

Bastien – T'as pas le moral quand t'es victime...

Charlène – Parce que c’est quoi le problème de la Victime ? [elle accentue] *Qu’elle se compare...* Pourquoi elle fait ça la Victime ?
 Bastien – Elle manque d’estime...
 Jérémy – De confiance en soi...
 Charlène – Quoi d’autre ? Pourquoi elle fait ça ?
 Jérémy – Parce qu’elle aime bien ça...elle aime bien cette place-là.
 Charlène – Pourquoi ?
 Jérémy – Parce qu’elle aime bien se faire chouchouter...
 Charlène – Et aussi, *pour n’avoir aucune culpabilité – parce que c’est plus facile, de n’avoir pas de responsabilité...*

À ce stade, il semble que la position de Victime soit univoquement présentée comme une position peu enviable, qu’il faut éviter à tout prix. Dans la perception des résidents, se comporter comme une victime (ou une "vicos" pour reprendre l’appellation familière qui s’y prête dans les milieux populaires) est un aveu de faiblesse. De manière plus réflexive, la professionnelle les invite à penser que cette plainte qu’exprime la personne qui se présente comme victime provient surtout d’un manque de confiance, d’estime de soi ; et que cela présente l’avantage psychologique⁴⁶ de rejeter le poids des responsabilités sur autrui. On peut dire néanmoins que cela est présenté avec la teinte d’un jugement de valeur (« c’est plus facile »), qui ne facilite sans doute pas le fait de reconnaître cette manière de se positionner dans son propre comportement. De fait, la conversation dévie sur le jugement du comportement d’une personne alors absente, une autre usagère arrivée depuis peu :

Jérémy – [narquois] Lolo [une actiente qui est arrivée la semaine précédente], elle est souvent en position de victime.
 Charlène – Et du coup, parlons de Lolo... Ça provoque quoi ?
 Jérémy – Ça fait de la peine.
 Charlène – C’est tout ?
 Jérémy – [avec un sourire] *...j’ai décidé de me recentrer sur moi.*
 Bastien – Moi j’ose pas trop aller lui parler. *Je préfère m’éloigner des personnes qui sont trop négatives – je sais pas trop comment en parler, c’est peut-être un instinct de préservation ou quoi [...]*
 Au début, les premiers jours, ça allait et d’un coup, bim... ! [il sous-entend que son moral a été impacté par l’arrivée de Lolo.] Elle était très négative, dès qu’elle est arrivée...
 Charlène [qui s’est rendue compte de la dérive possible vers le jugement moral] – Juste une parenthèse, moi je vous écoute mais j’en sais rien, je l’ai vue qu’une demi-journée moi...donc j’en sais rien. Et vous Lucky ?

⁴⁶ À ce stade de l’exposé, je me rappelle avoir été très choquée par cette manière d’envisager la victimisation – en la considérant simplement comme une position assumée subjectivement, et n’étant en rien reconnue comme la résultante d’oppressions ou de discriminations peut-être bien réelles... J’ai compris au fur et à mesure de l’atelier qu’on se concentrait avant tout dans ce contexte sur les jeux de rôles inconscients que tout un chacun peut être amené à prendre dans l’existence. Mais cela n’en comporte pas moins le risque d’une réduction à un « tout psychologique » qui masque les rapports de pouvoir et les déterminismes sociaux qui régissent une grande partie des relations humaines. Il ne m’a pas semblé incohérent, de ce fait, que le triangle de Karpman soit cité aussi bien par les articles de psychologie humaniste, que par des références en matière de développement personnel ou de nouvelles techniques managériales. À titre d’exemple, nous soulignons ici quelques titres : « 28. Le triangle de Karpman », *Pro en Gestion du stress. 59 outils et 10 plans d’action*, Neuville Cécile, Yaïch Stéphane (dir.), Vuibert, 2019, pp. 88-89 ; « Outil 17. Le triangle de Karpman », *La boîte à outils du Coach en entreprise*, Ammiar Belkacem, Kohneh-Chahri Omid (dir.), Dunod, 2015, pp. 64-67 ; « Étude de cas 7. Être en phase avec soi-même », *Manager avec les outils du développement personnel*, Bouana Martine, Lefèvre Micheline (dir.), Dunod, 2014, pp. 111-127.

Lucky – [sourire] Bah, moi j’aime bien me foutre de sa gueule... J’ai l’impression que ça la détend. Chacun est comme il est, il y a pas de jugement à avoir...

Charlène – Et vous, *dans vos amis proches, votre famille, vous avez des personnes qui se posent en victimes régulièrement ?*

Bastien – Bah, *moi c’était avant plutôt...* quand j’étais chez mes parents c’était beaucoup ça... et puis je me comparais beaucoup à mon frère... Dans cette situation, les deux on était un peu le sauveur de l’autre...

Charlène – Lucky, vous ?

Lucky – Non, j’ai pas d’exemples...

Charlène – Les lendemains de conso par exemple... ?

Lucky – Non...

Charlène [accentuant] – *Vous ne vous plaigniez pas à votre compagne... ?*

Plusieurs éléments émergent ici : la désignation d’une personne connue comme figée dans le rôle de victime provoque pitié et moquerie de la part des usagers en présence. Mais la confrontation avec le personnage qu’incarne Lolo provoque pour chacun des usagers une stratégie différente : JérémY se désinvestit, en apparence, de tout rapport identificatoire – il est le premier à signaler qu’il a perçu que Lolo se comportait en victime, mais il prétend être capable de « se recentrer sur lui », pour éviter le rôle de persécuteur qu’il dit pourtant plutôt apprécier. Comme il l’a bien saisi (d’après ses propos en début d’atelier), pour « gagner » à ce jeu, il vaut mieux sortir du triangle. Mais il ne se met pas tellement en jeu dans ses rapports aux autres dans la situation présente. Bastien lui, après avoir imité JérémY qui feint l’indifférence – et qui dit lui aussi vouloir se préserver en « pens[ant] à soi » (s’éloigner des personnes « trop négatives » de la même manière qu’on s’éloigne des amis consommateurs) – admet néanmoins qu’il peut se reconnaître dans cette position, ce « rôle ». D’une certaine manière, c’est lui qui démontre le premier avoir compris la visée de cette présentation – pouvoir identifier les moments où l’on s’est placé « dans le triangle dramatique » et comment faire en sorte de ne pas s’y retrouver piégé. L’intervention de l’éducatrice à ce stade a précisément pour but le retour sur expérience, à partir d’exemples plus « proches » pour les usagers (« dans vos amis proches, votre famille... »), mais elle les incite surtout en vérité à parler de *leur* expérience de prise de rôle. D’ailleurs, face à Lucky qui a choisi d’opter pour une troisième stratégie – ni persécution, ni identification au rôle de victime, mais « [se foutre] de sa gueule » pour « la détendre » (donc une attitude qui s’apparente à la fois à une forme de « persécution », qu’à une forme d’aide, ou de « sauvetage ») – Charlène ne se contente pas de cette réponse. Comme il est plutôt le plus taciturne des trois, elle essaie ici de le pousser à parler davantage, notamment de son rapport à cette position de « victime ». Elle va jusqu’à dévoiler des éléments de la vie privée de Lucky (dont elle a connaissance par le fait qu’elle est référente de ce groupe), devant les autres, pour qu’il mette en jeu quelque chose de lui. L’incitation première, on le voit par cette intervention qui va au-delà des limites du secret professionnel, c’est de *se reconnaître en partie responsables* du jeu de rôle dans lequel on peut être amenés à se trouver dans la vie courante. Nous verrons en conclusion de ce passage que cela concerne notamment le rapport au produit.

Charlène – Et le Sauveur ?

JérémY et Bastien – Bah...c’est une bonne place.

Bastien – ...enfin, parfois, il est casse-pieds quand même.

Charlène – Parfois... ?

Jérémy – Bah, moi je suis comme ça. Si l'autre par contre il ne veut pas de mon aide, on se sépare. Moi j'en ai marre d'être dans une situation où les gens ils se plaignent – les gens ils se rapportent toujours à moi...

[...] Lucky – Et on peut pas être les trois en même temps ? On peut passer de l'un à l'autre en deux secondes... Moi je suis plus Sauveur quand même, j'aime bien écouter les autres, et donner des conseils...

Jérémy – Mais le Sauveur il écoute, il est dans le jugement... – il dit faut faire ça, ça ; c'est lui qui dirige. Il veut aider.

Charlène – En fait, il a une confiance en soi nulle, parce que c'est pour ça qu'il veut aider les autres...

Jérémy – C'est revalorisant à court terme, mais du coup, il faut sans cesse aider les autres, sinon ça baisse...

Au fur et à mesure de l'atelier, les usagers réussissent à caractériser, avec l'aide et les suggestions de professionnels, chacun des trois rôles du triangle.

Après avoir développé sur ces rôles par modèle de définition par la négative – car selon ce qu'en dit l'éducatrice, il ne faut être aucune des trois figures, les trois étant hantées par le spectre de la mauvaise estime de soi – Jacob et Charlène listent avec les usagers les diverses « solutions » à trouver pour sortir d'un positionnement de ce type dans le triangle. Après avoir identifié que derrière ces trois positions dans une interaction se cache en réalité des besoins de nature assez similaire (se voir reconnu, ne pas se voir abandonné, se sentir apprécié et compris), l'atelier vise à donner aux résidents des pistes pour sortir de ces interactions problématiques. Les solutions passent évidemment par le fait de « faire un travail sur soi », d'avoir une approche réflexive vis-à-vis de son comportement et de son propre positionnement en réponse du celui d'un ou une potentielle Victime, Sauveur ou Persécuteur [voir schéma, page suivante].

Le stagiaire psychologue insiste également sur le fait que souvent, contrairement à ce que les parents apprennent aux enfants durant l'enfance, on devient adulte en trouvant des subterfuges pour ne pas formuler de demandes claires, par rapport à nos besoins. « Souvent parce qu'on trouve des trucs pour y répondre sans demander – la conso par exemple... » dit Jacob. Charlène les invite ensuite à réfléchir à ce qu'ils peuvent mettre en place comme « demandes symbiotiques », à savoir des demandes latentes qui s'expriment quotidiennement à l'équipe. Cette transmission de savoirs ou de stratégies d'ordre psychologique font clairement partie de la « culture psychologique » décrite dès les années 1980 par Castel, qui s'est universalisée en ayant perdu la nécessité d'une orientation originelle et exclusive :

...un second épicycle est en voie de constitution autour de nouvelles techniques psychologiques qui, à la fois, dérivent de la psychanalyse et se sont complètement autonomisées par rapport à elle. [...] Tel est le rôle de ces nouvelles thérapies, en général importées des Etats-Unis, qu'on regroupe en Europe tantôt sous le nom de « mouvement du potentiel humain », tantôt sous celui de la « psychologie humaniste ». Elles comprennent la bio-énergie, la Gestalt-thérapie, le co-conseil, l'analyse transactionnelle, le cri primal, etc., avec de nombreuses variétés, l'invention d'une appellation nouvelle, justifiée par une innovation souvent minime dans la technique, représentant pour les promoteurs un moyen de se placer sur un marché concurrentiel. (Castel, [1981] 2011 : 164)

Je schématise ici les éléments retenus, concernant les caractéristiques principales, les avantages psychologiques à adopter ce rôle, le problème de fond identifié (par Charlène et le stagiaire psychologue) :

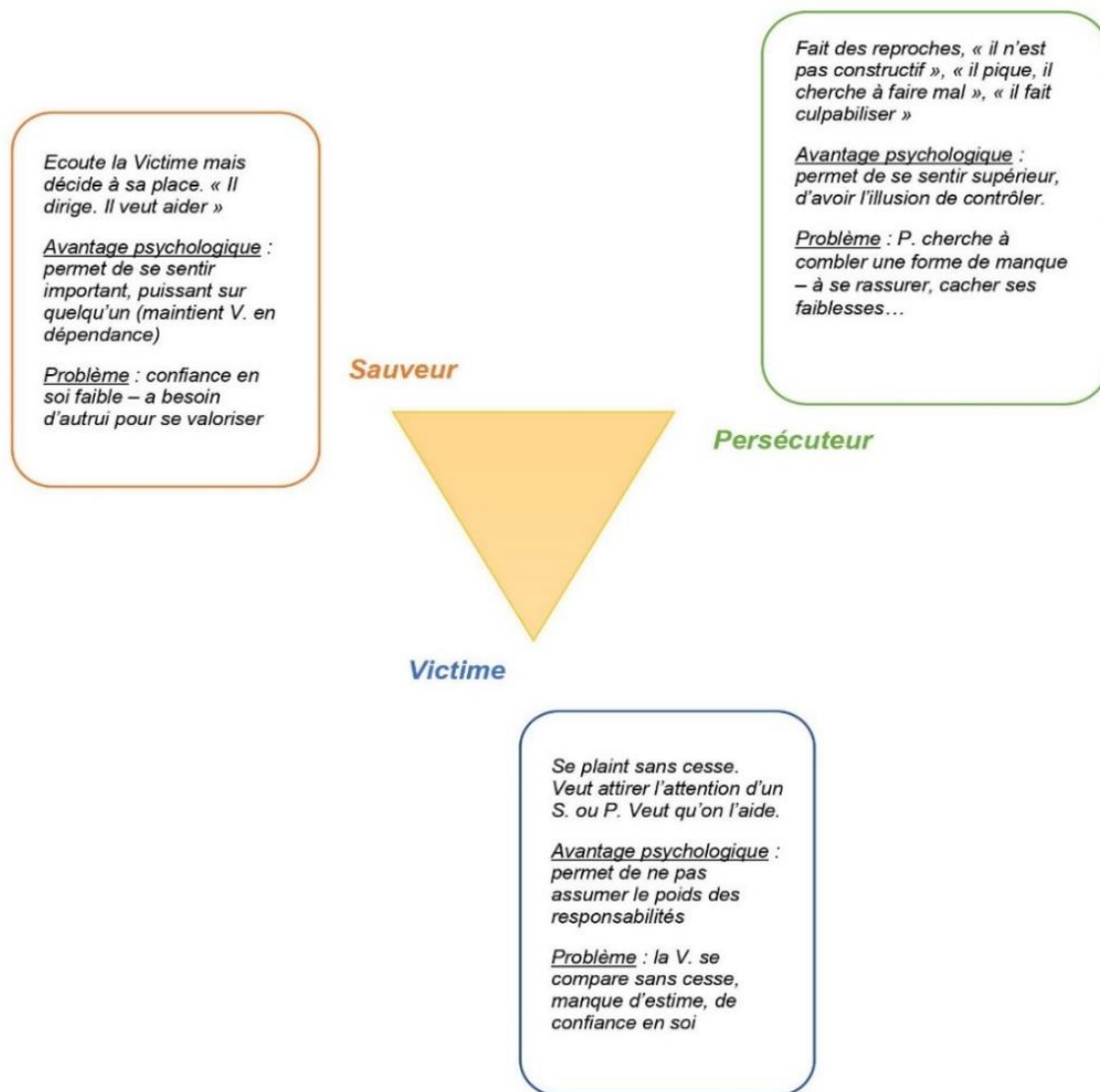


Schéma explicatif du triangle de Karpman et des trois positions dans le triangle

Se poser la question de ses « besoins à soi », et aider autrui à exprimer une « demande claire », s'il ou elle a une demande à notre égard – tels sont les apprentissages de ce court atelier sur le triangle de Karpman. On y incite clairement les usagers à reconnaître des mécanismes courants du fonctionnement psychique, lorsque plusieurs personnes sont en interaction ; mais cette reconnaissance doit être mise au service d'une double entreprise : elle permet une *anticipation* possible des moments où une situation donnée susciterait facilement chez l'utilisateur l'adoption d'un rôle particulier – et lui permet donc de prévoir de possibles alternatives à ce blocage dans une situation. Elle vise enfin à proposer une schématisation adéquate pour redonner à la consommation sa juste place – hors du triangle. C'est seulement à partir de là qu'un travail de dépassement de sa condition (de victime de l'alcool ou de la drogue) pourrait être trouvé. C'est là une position particulière, qui opère un déplacement aussi bien de la problématique du « devenir sujet de son histoire » de la psychanalyse, que de celle qui vise à soulager psychologiquement des individus dont la problématique vient considérée comme intrinsèque à la personne – comme chez les NA/AA, qui invitent leurs membres à « se considérer comme malade de la dépendance ». Être adulte, à ce stade, *c'est dépasser une position de victime de la maladie, ou de sauveur et persécuteur d'autrui. C'est se positionner comme l'agent de ses actions* dans l'appréhension d'une certaine morale – constituée avant tout à partir du territoire du moi, qui doit devenir solide, inattaquable.

Poser un regard plus aiguisé sur le déroulement des étapes du parcours exigées lors du séjour à Métanoïa nous a permis d'analyser plus finement comment se constituent les étapes d'un rite de passage à l'âge adulte, dans un CTR contemporain. L'adultéité se négocie dans un passage qui vient à représenter l'entre-deux caractéristique de l'adolescence, que le centre permet de revivre, sous forme de rapports imposés entre professionnels adultes et résidents infantilisés. Ils sont là pour réapprendre, dans ce parcours de libération/responsabilisation que propose le CTR, les compétences attendues d'elles et eux, pour accéder de nouveau à la société ordinaire.

*

Nous avons pu voir dans ce chapitre quelles sont les procédures ritualisées qui permettent aux usagers de mener leur traversée du CTR, dans un parcours où ils doivent apprendre à parler, à délimiter leur territoire et à se démontrer autonomes pour apparaître comme des adultes. Ces modalités d'apprentissage témoignent de tensions inhérentes au travail des professionnels entre l'apprentissage de règles homogènes et fonctionnelles – permettant aux résidents de « donner le change » sur la question de leur autonomie – et l'apprentissage de techniques de soi et de pratiques réflexives individualisées – qui témoignent d'une vocation plus radicale dans le projet de transformation des *habitus* des hébergés. Cela étant, il ne nous semble pas que ces règles et ces techniques inculquées divergent foncièrement – au niveau de leur objectif premier : l'autonomisation, fonctionnelle et décisionnelle, des résidents – et à la mesure des capacités psycho-sociales qu'on leur prête, mais qui se trouvent en fait *construites* ou *renforcées* par la sociabilisation institutionnelle en CTR. Le travail de déconstruction de l'adultéité des résidents – et l'infantilisation qui en est le symbole – prend ainsi une autre signification, à la suite de ce que nous venons d'explorer. C'est bien parce qu'il s'agit de reconstruire les paramètres d'un être adulte conformes aux attentes sociales, que les résidents qui rentrent en CTR doivent être dégradés de leur qualité de majeurs, pour ensuite réapprendre les codes sociaux, les actions quotidiennes, et la manière de raisonner et de se considérer de l'adulte moyen. Ces deux centres mettent en pratique et inculquent à leurs hébergés les recettes et les secrets pour pouvoir être perçus, reconnus et validés comme des adultes autonomes et responsables dans la société française contemporaine (ou a minima pour paraître en adopter l'attitude). C'est en cela que les professionnels que nous avons rencontrés et interrogés (loin d'idéaliser la liberté comme l'introduction le laissait présager) peuvent nous répondre parfois que l'objectif principal de leur travail est plutôt d'aider les usagers « à *mieux* vivre ». Si un entretien avec une AS de TCHAT et un autre avec un éducateur de Métanoïa laissent apparaître la même réponse (à la question finale de l'entretien : « Si vous deviez résumer en une phrase, vous diriez que votre travail, c'est d'aider les usagers à... ? »), c'est bien parce que celle-ci dépasse le jugement normatif qui viserait à qualifier ce qui serait une « bonne vie » ou une « meilleure vie ». *Mieux vivre*, ce n'est pas seulement considérer subjectivement que sa vie est meilleure aujourd'hui que par le passé. C'est aussi avoir une place dans un monde inégalitaire, où toutes les formes de vie ne sont pas perçues de la même manière, et où le poids d'une vie marginale condamne parfois les usagers et usagères au sentiment de s'être coupés du monde – un isolement qui est souvent l'un des premiers motifs pour lesquels ils et elles s'acheminent vers les centres de soin. Mais « mieux vivre » c'est aussi, en quelque sorte, accepter de faire partie aussi de ce monde-là.

Nous verrons néanmoins dans le prochain chapitre que cette perspective idéalisée de la co-construction d'une autonomie au sein des CTR n'est pas systématique, et qu'on peut l'objectiver de toute autre manière dès lors qu'on observe plus attentivement les pratiques réelles des acteurs et actrices de terrain. Les tensions d'un maintien sous la tutelle professionnelle et institutionnelle sont une autre des réalités vécues par les hébergés en CTR, dans un parcours de soins où il leur est souvent rendu difficile de cheminer et progresser par leurs propres moyens.

Chapitre 5

Négocier l'adultéité

Réticences à la reconnaissance de l'autonomie

En somme, nos sociétés humaines et leurs modèles familiaux innombrables créent, pour chaque être humain, l'impératif d'un changement continu – et discontinu – selon les âges de la vie, avec ce double message : a) « Tu dois grandir à ta façon, sois autonome » ; b) « Tu dois grandir à notre façon, sois fidèle à nos lois ».

J-C. Benoit, *Gregory Bateson. Double lien schizophrénie et croissance* (2005 : 14)

Mais je pense de plus en plus que nous ne devons pas nous satisfaire de ce qui, au fond, n'est qu'une sorte de béquille dans la marche au salut, et qu'il est nécessaire, dans un deuxième temps, de mettre en place la frustration à l'intérieur de la dépendance, c'est-à-dire *d'opérer le sevrage de l'institution, après avoir réalisé celui de la drogue*.

Claude Olievenstein, *Il n'y a pas de drogués heureux* (1977 : 210-211)

Dans ce « passage » qui est idéalement visé par la cure en CTR, de nombreuses difficultés se conjuguent pour faire obstacle à un arrêt durable de la consommation. La « guérison » est depuis longtemps un vocable qui n'est plus usité, pour parler de la fin de parcours en cure ; le vocable de « rétablissement » l'a remplacé, pour les usagers et les quelques professionnels qui le reprennent à leur compte, sans qu'on puisse exactement saisir quelle en sera le contenu et la teneur (puisqu'il relève, par définition, d'une conception subjective). En CTR d'ailleurs, cette dernière notion est quasiment absente : aucune occurrence du terme n'apparaît dans mon carnet de terrain au TCHAT, et seulement 8 occurrences dans celui de Métanoïa, toutes relatives à des outils ou des plans d'action d'inspiration comportementale extérieurs à l'institution (on distribue par exemple aux résidents un Plan Personnel de Rétablissement ou PPR, ainsi que le WRAP, initiales du *Wellness Recovery Action Plan*, « Plan d'Action de Rétablissement par le Bien-être » de Mary Ellen Copeland¹). Cette relative invisibilité du terme « rétablissement » (quand bien même il se trouve à l'horizon des politiques de santé mentale contemporaine) s'explique sur mes terrains par le fait que son emploi est connoté et rattaché aux groupes d'auto-support (type AA/NA), dans lesquels rétablissement et abstinence vont de pair. Dans ces circonstances, les professionnels souhaitent sans doute différencier le travail spécifique qui est mené en CTR, qui correspond

¹ L'outil qu'est le WRAP sera développé au chapitre 8

aux apprentissages de l'autonomie et de la responsabilisation, que nous avons décrits au chapitre précédent, et ils emploient préférentiellement les notions de « sortie » (de l'addiction), de « dehors » et d'« après », tout en insistant sur le nécessaire investissement des usagers, lorsque la sortie effective du centre adviendra, s'ils souhaitent que leur résolution (quelle qu'elle soit) puisse se maintenir dans le temps.

Mais de ce point de vue, le séjour en CTR, est loin de correspondre à une progression rectiligne idéale, également du fait du travail professionnel. La trajectoire de l'addiction est en cela comparable à celle des troubles psychiques légers à graves, tels qu'ils se voient pris en charge et suivis par les professionnels de santé en CMP. Les aléas de cette trajectoire, comme le montre Livia Velprey, dépendent en grande partie de l'investissement de l'équipe qui se trouve mobilisée en face : « on ne peut que constater qu'en réalité l'évolution de la position du patient sur le chemin vers l'autonomie par la responsabilité est rarement progressive et linéaire. Surtout, elle implique l'engagement du patient, mais également celui des professionnels. » (Velprey, 2008 : 176). Les professionnels en CMP visent avant tout à atténuer les symptômes des patients qu'ils reçoivent, et/ou à faire en sorte que ces symptômes n'empêchent pas la personne dans le déroulement de ses activités quotidiennes et dans le déploiement de son autonomie (fonctionnelle sinon décisionnelle). On pourrait dire ici de manière transitoire que ce que nous désignons par responsabilisation, c'est l'effort qu'effectuent les professionnels d'une institution d'accompagnement pour *conjuguer l'autonomie fonctionnelle et l'autonomie décisionnelle* des usagers. Qu'elle soit capable de fonctionner sans (trop de) symptômes invalidants, d'une part, pour une personne atteinte de troubles psychiques (par exemple pour une personne qui entend régulièrement des voix). Qu'elle puisse être complètement en possession de sa raison et de ses capacités décisionnelles dans un second temps, si cela est atteignable (dans le cas évoqué, que ces voix ne puissent pas devenir la cause de ses actions). L'exemple que nous avons pris nous permet de faire un parallèle avec la responsabilisation qui s'établit en CTR : on s'y efforce de faire en sorte que les résidents puissent avancer sur « le chemin vers l'autonomie par la responsabilité », c'est-à-dire dans leur cas *sans l'addiction* : déjà, qu'ils puissent fonctionner quotidiennement sans recourir nécessairement à la substance qui les a rendus dépendants. S'il est de plus atteignable qu'ils puissent « décider » librement de leur consommation (sans que les symptômes de manque, physique ou psychique, ne provoquent des actions qu'ils ne souhaitent pas rationnellement), un second objectif serait atteint, pour les professionnels de ces centres. L'engagement des professionnels est dirigé vers ces deux objectifs (fonctionner et décider de manière responsable), mais il varie selon diverses situations, que nous allons être amenée à décrire.

Ce chapitre est destiné à traiter en grande partie du travail professionnel au sein du CTR. Après avoir analysé les attentes relatives à la ritualisation du passage à l'âge adulte au sein des deux centres, nous allons à présent étudier les mécanismes qui maintiennent les résidents dans une sorte de parenthèse au sein du dispositif institutionnel, relative à une enfance-adolescence s'incarnant dans des jeux de rôles qui s'introduisent entre soignants et soignés. La promiscuité et la vie quotidienne sur le temps long en CTR permettent en effet de mettre en relief des jeux de miroir, d'identification, des espaces de mixité sociale et de confrontation qui rendent parfois visibles de la part de l'équipe la peur d'une assimilation, ou d'une disparition des frontières professionnelles. L'ethnographie nous ayant confrontée quasi-quotidiennement à des scènes de distanciation témoignant des efforts de l'équipe pour rétablir un tant soit peu cette distinction des statuts, nous avons considéré qu'il était relevant d'y consacrer quelques développements. Cela permettra de rappeler que lorsque l'on travaille quotidiennement avec des personnes en grande vulnérabilité psychique, et parfois en grande

précarité, lorsque l'on mange avec elles tous les jours, qu'on partage les mêmes lieux, le même café, les mêmes espaces de pause et de sorties, lorsqu'on passe parfois la soirée avec eux (et qu'on les voit parfois même plus qu'on ne voit ses propres enfants), on ne peut s'empêcher d'avoir peur de trop se mélanger (Goffman, 1968, [1963] 1975).

Précisons que nous traiterons ici majoritairement du CTR n°1, le TCHAT, pour diverses raisons. Le souci d'équilibrer le manuscrit en comparant davantage les deux terrains ethnographiques jouant peu dans cette mise en balance, je rappellerai surtout que l'observation participante au TCHAT s'est faite en grande partie depuis le « bureau des thérapeutes », parce qu'ils et elles m'invitaient à rester avec eux dans les temps hors-ateliers (les hébergés étant souvent repliés dans leurs chambres durant les temps morts), et parce qu'ils devaient me considérer comme support ou associée de l'équipe thérapeutique. Le terrain d'observation du TCHAT présente donc l'intérêt de renseigner beaucoup plus sur les professionnels de ces centres que sur celles et ceux qui y sont hébergés. D'autre part, il m'importe de mettre en lumière l'ethnographie menée au TCHAT dans ce chapitre, notamment à cause du fait que les mécanismes que je voudrais décrire ici y étaient beaucoup plus visibles et qualifiants. Mais je préciserai comment ces mêmes logiques peuvent se jouer dans les autres CTR, en prenant des exemples à Métanoïa qui, bien qu'il semble le parfait contre-exemple à la dynamique infantilisante du TCHAT, met en place des logiques similaires de specularité et de maintien des usagers dans une identité rigide. Nous partons de l'observation que pour *certaines professionnels* de CTR, il semble ainsi impossible de se trouver en relation avec une population d'adultes dépendants sans les traiter de manière inégalitaire, en les protégeant et en les déresponsabilisant – au risque de perdre leur sentiment de légitimité de devoir accompagner de manière pédagogique et enseignante une population d'adultes, parfois plus âgés qu'eux. Et l'hypothèse que nous présentons ici est que cette observation entre en tension avec la logique de responsabilisation proposée par ces centres, et semble contre-productive vis-à-vis de l'engagement que les professionnels semblent déployer en même temps à l'égard l'autonomie des résidents. Nous identifierons dans ce chapitre divers phénomènes qui résultent de cette altercation entre le projet de libération/responsabilisation des hébergés, et sa réalisation pratique, entravée parfois par le maintien d'une tutelle professionnelle à cette autonomisation.

Ces processus ne sont pas l'apanage de la discipline de l'addictologie, mais caractérisent en vérité les ambiguïtés constitutives de l'univers du travail social. Comme le souligne Marc Breviglieri : « La difficulté à bien conduire l'accompagnement social tient alors au fait qu'il tend vers un horizon (une certaine autonomie de l'individu) avec un moyen (une relation de proximité entretenue dans un cadre institutionnel) qui, l'un comme l'autre, représentent dans le même temps des figures menaçantes pour cet horizon visé. » (Breviglieri, 2008 : 95-96)

Cette difficulté est cependant accrue dans une institution telle que le CTR, car elle met crument en lumière le paradoxe d'un espace d'accompagnement à l'autonomie, où cette autonomie fait partie des attentes mais aussi des résultats visés : nous nous interrogeons donc sur ce que signifie réclamer de l'autonomie dans un espace qui contraint pourtant toujours à la dépendance. La particularité de ces centres tient en vérité au fait qu'aux diverses problématiques qui peuvent concerner la dépendance dans les structures d'accompagnement en santé mentale (dépendance matérielle, financière, difficultés relationnelles, troubles psychiques invalidants) s'ajoute ici l'objet principal visé par le travail en addictologie : la dépendance à un produit (ou à un comportement considéré addictogène), qui paraît parfois disqualifier toutes les autres formes de travail sur la dépendance, tant que cette première

« problématique » n'aura pas été réglée. Le statut de la comparaison TCHAT-Métanoïa trouve ici une justification supplémentaire de sa pertinence. Dans le chapitre 4 nous avons pu constater que les deux centres *apprennent* de manière différente l'autonomie aux usagers. En sera-t-il de même dans la façon dont ces centres *retiennent* les usagers en-deçà d'une autonomisation réelle ? Nous allons observer les blocages et empêchements qui se produisent au sein des deux centres ; nous verrons que si ces derniers se multiplient en particulier au TCHAT, c'est en partie parce que l'institution incarne à sa manière l'expression d'une époque révolue. Ces empêchements, ces résistances au changement des usagers ne peuvent être mises au compte des seules caractéristiques du style institutionnel de ce centre : ne témoigneraient-elles pas plutôt des difficultés de ce CTR à s'adapter à l'*aggiornamento* de la discipline ?

Dans ce chapitre, il sera d'abord question des dialogues inaboutis et des mécompréhensions existant entre usagers et professionnels sur l'amorce à trouver dans la formulation d'une demande. Nous analyserons également plus loin les critiques, les pratiques de mise à distance et de « recadrage » qui visent pour les professionnels à sécuriser leur espace de travail. Nous souhaitons, en nous appuyant sur ces éléments, souligner les mécanismes de « spécularité » mis en œuvre dans l'investissement, les identifications et les distanciations qui s'opèrent entre professionnels et usagers. La première section s'appuiera sur la littérature antérieure ayant porté sur les formes de l'action thérapeutique et sociale, ainsi que sur la question du travail émotionnel. Dans la seconde, nous reprendrons notamment la tripartition de Livia Velpry (2008) sur les registres de la relation soignant-soigné en CMP, qu'il nous semble importante de rappeler dès à présent. Dans son ouvrage sur « le quotidien de la psychiatrie », observé au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP), Livia Velpry montre d'abord (à partir de la page 145 et suivantes) comment les professionnels « *laissent faire* » le patient, lorsque la primauté du soin est accordée à l'« accroche » et aux étapes préalables à l'engagement dans la relation thérapeutique. Dans un second temps, elle considère que lorsque le lien est instauré, les professionnels mettent en place deux types de pratiques. Ils « *font pour* », c'est-à-dire qu'ils interviennent « directement pour le contrôle de la maladie et sur la gestion des inscriptions sociales d'un patient qui l'accepte », palliant ainsi ce qui est considéré comme une incapacité (momentanée ou pérenne) de l'utilisateur à faire de lui-même (2008 : 145). Ou alors ils « *font faire* », « s'ils estiment que le thérapeutique réside dans le fait d'accompagner et de guider le patient » dans ce contrôle et cette gestion, lorsqu'il est considéré apte à faire de lui-même certaines opérations sur lui-même (*ibidem.*). Si les interventions thérapeutiques sont toutes les opérations que les professionnels sont en mesure « [d']inscrire dans l'un de ces trois registres » (*ibid.*), Livia Velpry les différencie ainsi néanmoins en deux temps, ou configurations différentielles : « On peut distinguer deux configurations de travail psychiatrique, que j'appelle régimes de justification, où les professionnels mobilisent préférentiellement certains registres d'action en l'associant à un objectif d'évolution : *un régime d'accueil et d'engagement*, et *un régime de transformation et d'autonomisation* » (Velpry, 2008 : 159 – je souligne).

« Laisser faire », « faire pour » et « faire faire » sont trois registres différents, qui peuvent parfois être employés avec le même patient tout au long de son parcours de soin, mais ils se fondent avant tout sur un repérage dans les deux régimes de justification précédemment cités, qui légitiment les professionnels à employer l'un ou l'autre en fonction de la capacité d'autonomie qui est attribuée à l'utilisateur (2008 : 147) – c'est sur ce point principalement que nous allons être amenée à revenir dans la section II. Car il y a toujours ambiguïté sur cette attribution d'autonomie : les premiers moments dans la structure, et le bagage social avec lequel les usagers se relationnent au monde institutionnel, spontanément, à leur entrée dans

le centre, sont en effet déterminants². Ils produisent une certaine image de l'autonomie d'un résident – et on peut se demander de manière inaugurale si les professionnels ont tendance à en rester à cette image ou s'ils sont en mesure de la faire évoluer. Le paradoxe de l'autonomie comme horizon dont le moyen d'action dénie souvent l'existence préalable de cette autonomie, est en effet une des caractéristiques du travail contemporain de la psychiatrie : « Les professionnels côtoyés au cours de mes observations considèrent généralement l'autonomie *comme un des objectifs de leur travail*, tout particulièrement pour les patients souffrant de troubles mentaux graves » (Velpy, 2008 : 148). Si ce ne sont pas les troubles mentaux qui jouent ce rôle d'entrave à l'autonomie décisionnelle, sur le terrain de l'addictologie, c'est l'ambivalence de la volonté, ou l'emprise du produit sur le psychisme, qui aide les professionnels à constituer l'usager de drogues comme un être pour lequel l'autonomie est une visée, un objectif. Ce qui signifie, nous allons le voir, que pour inclure le travail sur l'autonomie dans cet horizon temporel, il faut nier celle qui est présente (modèle du TCHAT), ou la tenir théoriquement pour déjà acquise en droit mais pas encore totalement en fait (modèle de Métanoïa). C'est-à-dire que si les professionnels du TCHAT partent plutôt du postulat que les usagers sont des êtres non-autonomes, auxquels il faut redonner les fondements du comportement à adopter en société, les professionnels de Métanoïa semblent être quelque peu dans le déni de cette question : ils traitent avec les usagers comme s'ils étaient des adultes autonomes, et ils ont plutôt tendance à s'agacer quand ce n'est pas le cas, ou quand certaines règles et principes de la vie quotidienne doivent être rappelés aux résidents. Concrètement aussi, ils auront sensiblement moins de tolérance à leur égard, en cas de transgression au règlement institutionnel (cf. chapitre 2).

Si de la même manière que pour les éducateurs de rue, l'« être avec » des professionnels se conjugue ainsi avec un « "faire multiple", par lequel ils tentent de conduire ou de ramener des jeunes et des familles, plus ou moins éloignés des normes, vers l'insertion et l'autonomie. » (Le Goaziou, 2022 : 15), c'est en nous rapportant à ces registres de justification que nous souhaitons démontrer comment les équipes en CTR préfèrent parfois maintenir les usagers dans un dichotomique « laisser faire » / « faire pour », considérant que leur autonomie ne sera jamais acquise et s'attribuant une place de rouage essentielle dans leur « maintenance » au quotidien.

*

² C'est ce que relève aussi Livia Velpy, en disant que l'autonomie se construit des deux côtés de l'interaction : « Il faut souligner que cette association est à double sens : la capacité d'autonomie attribuée au patient détermine les conditions (fixées par les professionnels) dans lesquelles la relation s'établit, mais ce sont les interactions prenant place dans cette relation qui fournissent les éléments et critères en fonction desquels une capacité d'autonomie sera attribuée au patient. » (2008 : 149)

I. La specularité soignants-soignés et l'infantilisation comme défense identitaire

Cette section souhaite aborder spécifiquement la question de *l'effet-miroir*, autrement dit de la *specularité* qui s'instaure entre les deux populations présentes dans un CTR – les professionnels et les résidents. Ce qu'on entend par « specularité » ne doit pas être confondu avec l'« identité », c'est-à-dire avec la mise en évidence d'une analogie des mécanismes et du comportement employés par les résidents et les professionnels, ni avec la « réciprocité », grand concept anthropologique, qui rend compte d'une réversibilité dans les échanges caractérisée par la potentielle équivalence ou conservation³. Nous postulons qu'il y a une richesse propre au terme « spéculaire », au-delà de son acception en psychologie, pour décrire les relations mimétiques contrastées (au sens où elles peuvent source de tension tant lorsqu'elles sont agies que lorsqu'elles se trouvent subies) qui existent entre les usagers des CTR et les professionnels qui leur font face. Au-delà du vertige qu'il peut provoquer (Mondzain, 2002), cet adjectif nous importe dans la mesure où il indique que le caractère sensible des images produites dans notre quotidien est beaucoup plus foisonnant et divers que les stéréotypes langagiers auxquels nous nous limitons parfois dans une approche définitionnelle de ces lieux de soins. Il est important d'entrée de jeu de préciser que cette specularité ne se limite précisément pas à des manières de copier ou d'imiter de potentiels modèles, et qu'elle se teinte des réticences que chacun des groupes peut ressentir à trop se rapprocher de l'autre, à s'identifier à lui, ou à se mettre à sa place. D'autre part, elle n'est pas contradictoire avec les processus d'infantilisation courant dans ces centres, qui se voient parfois mis en jeu comme moyen de cette specularité.

Dans un cadre où les soignants constituent parfois leurs seuls interlocuteurs pendant des jours et des semaines entières, les liens entre résidents et membres de l'équipe peuvent parfois devenir très forts, et très demandeurs, des deux côtés. Sans parler de rapports de fusion et de dépendance avec les professionnels, les résidents peuvent nourrir parfois des ambivalences qui sont mises sur le compte de la projection de certaines figures parentales – il faut cependant remarquer que plus rares sont les moments où les soignants analysent leurs propres projections (malgré la notion de « contre-transfert », qui constitue pourtant la notion correspondante en psychanalyse). Le fait qu'il y ait un effet miroir entre soignants et usagers peut avoir une double signification. D'une part, le fait qu'il y a une identification possible, à savoir que les usagers et usagères peuvent avoir envie de se reconnaître dans les professionnels, dans leurs comportements (et donc dans ceux attendus par la société ordinaire). Mais aussi que ces professionnels hommes et femmes constituent d'une certaine manière un modèle auquel se rapporter, qui s'avoisine de ce qu'on appelle « projection » en psychologie développementale et en psychanalyse⁴ et qui évoque tout d'abord les figures parentales (Bercherie, 2000). Il sera donc plus question dans ce chapitre des formes d'identification de figures nourricières et protectrices que des formes d'identification viriles ou initiatiques (que nous aborderons dans le chapitre suivant). Cela signifie que pour qu'il y

³ Nous voudrions par ailleurs rappeler que la réciprocité anthropologique ne se fonde sans doute pas sur une simple réciprocité formelle – comme le montre Chabal, Mireille. « Réciprocité anthropologique et réciprocité formelle », *Revue du MAUSS*, vol. 47, no. 1, 2016, pp. 165-185.

⁴ La projection est une « opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre... des qualités, sentiments, désirs, voire des "objets", qu'il méconnaît ou refuse en lui » (Laplanche, Pontalis, [1967] 2007 – entrée « Projection »)

ait interdépendance dans le lien, il faut que les professionnels et professionnelles puissent être identifiées comme la source de réponse possible à leurs besoins, qu'on puisse projeter sur elles et eux des sentiments positifs et négatifs (« bon objet » *versus* « mauvais objet »⁵) en fonction de cette capacité de répondre ou non aux besoins (explicites ou tacites) de l'utilisateur. La specularité se joue donc aussi dans cette manière unidirectionnelle dont, pour reprendre la métaphore du miroir, la lumière passe par le soignant et se réfléchit sur l'utilisateur – qui en est en apparence l'unique bénéficiaire (comme si la specularité des soignés aux soignants était plus difficile à saisir). Effet-miroir et projection d'une figure (souvent maternelle) se joue donc d'une part, du côté des utilisateurs. De l'autre côté, les professionnels hommes et femmes se font souvent le support de ces projections, et délibérément adoptent des attitudes qu'on pourrait décrire d'abord positivement comme protectrices, rassurantes, à l'écoute (posture de travail émotionnel en plus du travail de *care* exigé professionnellement) ; et sur l'autre versant, négativement, en générant également une posture infantilisante, jugeante, limitante, critique, dirigiste, intrusive, autoritaire.

Dans les pages qui vont suivre, nous choisissons de décrire la manière dont l'ambivalence du maintien dans l'infantilisation repose sur cette specularité. Nous allons voir qu'elle se joue à chaque fois dans des réponses ou des actions très concrètes de la part de certains professionnels, comme s'il leur était impossible de ne pas agir certains schèmes de distinction vis-à-vis des utilisateurs – ils semblent avoir besoin de se positionner sur un autre territoire au sein du centre, pour ne pas risquer l'indifférenciation de leur identité en vivant au jour le jour la réalité du CTR avec les résidents. Ils les maintiennent de la sorte dans un rapport où *il est nécessaire que les utilisateurs passent par la demande* – en croyant pouvoir activer une sorte de *mana* – dans la capacité de répondre à cette demande (pour reprendre la terminologie d'Hubert et Mauss, [1902] 2019).

I. A/ Dynamiques d'amorçage, de rupture et de changement de place

Quelque chose de curieux nous semblait ainsi apparaître au sein du TCHAT dans la dynamique d'« amorçage » de toute forme d'échange réparateur (Goffman, 1974). Les résidents de la structure paraissent adopter régulièrement un comportement qu'on pourrait décrire comme « enfantin », et les professionnels réagissaient en les récompensant/félicitant, ou en les blâmant/critiquant comme ce que pourraient faire des parents. Ce type d'interactions, où les soignants choisissent d'adopter une « attitude de parents sévères » (*harsh parenting*) (Rhodes, 2004 : 123) peut s'expliquer par le fait qu'ils négocient ainsi un nouveau rôle, au-delà de leur fonction de contrôle que l'institution quasi-totale qu'est le CTR peut leur faire revêtir⁶. Le terme *parenting* nous semble d'ailleurs particulièrement utile pour décrire l'attitude prise par les professionnels – qui permet de dialectiser et de résorber la dichotomie que crée le

⁵ Le clivage de l'objet en *bon objet* et *mauvais objet* a d'abord été théorisé par Mélanie Klein. Winnicott reprend certaines de ses analyses dans le texte « L'observation des jeunes enfants dans une situation établie » (Winnicott, [1941] 1989 : 37-56).

⁶ « En considérant les détenus comme étant à certains égards des enfants, les professionnels de santé mentale (*mental health workers*) peuvent s'extraire légèrement des impératifs de surveillance. « "Certains [détenus], dit l'un des professionnels, sont comme de petits enfants. Ils sont dans le besoin. ("They're needy")". Cette orientation ne vient pas d'un élan compassionnel et chaleureux, bien qu'elle puisse en témoigner, mais elle part plutôt du principe qu'un maternage (*parenting*) même limité et parfois sévère vaut mieux que rien. » (Rhodes, *ibidem*. – trad. pers.)

français entre « maternage » et « autorité paternelle ». Il nous faut être particulièrement prudente à l'égard de ces dernières expressions, et de cette analogie plus généralement⁷. Ce rapport d'infantilisation versus « parentalisation » ne nous semble de fait pas suffisant pour expliquer les attentes des professionnels, qui s'expliquent aussi par leur nécessité de responsabiliser les usagers *en tant qu'adultes* au sein de ce centre. Ce rapport de complémentarité des rôles parents-enfants ne tient pas véritablement en dehors d'un échange ponctuel, parce qu'ils les considèrent tantôt comme disposant des compétences rituelles attendues, tantôt comme n'en disposant pas – ce qui peut occasionnellement semer le trouble dans les interactions, et dans la fonction éducative de ces centres.

Le passage de Goffman traitant des spécificités de l'« amorçage » nous permettra d'apporter une lumière d'une autre nature sur les échanges qui vont suivre :

Lorsqu'un ayant droit ou une victime trouve que l'activité réparatrice attendue ne vient pas assez vite, elle peut *agir de façon à attirer l'attention sur la nécessité de cette activité*. L'interrogation, le « défi interrogateur » ainsi transmis n'est pas tout à fait en soi un premier mouvement, car la réaction désirée est que la partie qui aurait dû faire le premier mouvement le fasse enfin. [...]

On pourrait ajouter que, *au cours du processus par lequel les enfants acquièrent la compétence rituelle* – processus de socialisation qui est peut-être le plus important de tous, puisqu'il apprend aux enfants leur nature future en tant que personnes agissantes –, *l'amorçage se fait ouvertement*, sans le couvert de l'ironie, du sarcasme ou de l'interrogation, et à propos de chaque moment du cycle réparateur. *Chaque échec de l'enfant à compléter correctement le cycle réparateur peut provoquer un arrêt dans l'action* ; on entend alors un adulte interjeter quelque chose comme : « Qu'est-ce que tu me dis ? ». *Ainsi, soumis à des exigences correctives, les enfants doivent constamment réaccomplir leurs actions*. Après l'adolescence, la socialisation dans l'armée et d'autres systèmes de type totalitaire s'appuie également sur l'amorçage explicite. (Goffman, 1974 : 152 ; 154)

Dans les observations des échanges courants de la vie quotidienne, qui mettent en scène un usager effectuant une demande à un ou une professionnelle – et qui constitue donc pour reprendre les termes de Goffman, une activité réparatrice – on peut relever différents cas de figure. Dans certains cas, on incite les usagers à passer par une formule rituelle marquant l'entrée dans le cycle réparateur : mais on le fait souvent au moyen de la réitération de la phrase introduite, comme cela advient régulièrement avec les jeunes enfants (dans un échange type : « (Je) veux de l'eau ! » ; « Je veux de l'eau... ? » ; « ...de l'eau, *s'il te plaît*. »). C'est notamment le cas avec Jonas, qu'on incite fréquemment à repasser par le cycle réparateur complet :

[Jonas passe par le bureau, pour annoncer sa sortie autorisée d'une heure. Après avoir accompli les formalités attendues (vérification de l'heure, établissement de l'heure de retour prévu, description de la sortie), il s'adresse, assez agité mais assertif, à la jeune stagiaire assistante-sociale, en prévision de sa sortie du weekend (il doit prendre un train pour retourner dans sa famille) :]

Jonas – On se verra au retour, du coup, Noémie ? Et si c'est possible, ça serait bien de passer à la gare pour prendre mon billet... si c'est possible...

Noémie. – *[un peu perplexe]* C'est possible... ?

Jonas – Si c'est possible hein... !

⁷ S'il est certain que les milieux du médico-social sont concernés par la rémanence du familialisme thérapeutique qui régit encore souvent les relations soignants-soignés, il nous faut quant à nous prendre nos distances vis-à-vis de ce que ce vocabulaire peut véhiculer, en termes de naturalisation des fonctions soignantes (notamment des professionnelles femmes). Il nous semble néanmoins intéressant d'interroger le transfert imaginaire qui s'opère de cette dyade parents-enfants sur celle de professionnels-résidents, notamment et surtout en santé mentale où le statut de « malade mental » est encore pris de nos jours dans la représentation sociale d'un être non-adulte...

Noémie réagit ici de manière mimétique par rapport à ce qu'elle observe de ses collègues plus âgés au sein de la structure, elle adopte le comportement-type attendu. Désarçonnée par le ton quelque peu assertif de Jonas, et malgré l'enthousiasme qu'il semble démontrer à la perspective de cette sortie administrative accompagné par la jeune femme, elle cherche d'abord à rétablir le cadre d'une interaction de type réparatrice : devant sa tutrice de stage et les autres professionnels, elle cherche à affirmer son autorité sur l'utilisateur, en lui demandant ce qu'il entend par « si c'est possible ». C'est-à-dire, qu'elle attend, concrètement, ou bien une demande explicite (« vous pourriez m'accompagner, si vous avez le temps, Noémie ? »), ou bien à défaut un marqueur rituel de réparation (« s'il vous plaît », « excusez-moi », *etc.*). Jonas rétorquant la même expression pour répondre à ce « défi interrogateur », elle renonce, en se contentant d'avoir différé la réponse positive à la demande effectuée. L'échec dans le respect du cycle réparateur se joue des deux côtés : la professionnelle n'arrive pas à articuler une demande d'exigence corrective qui puisse être comprise par Jonas (comme avec un enfant) ; et l'utilisateur se trompe fréquemment de registre attendu, comme en témoigne l'autre extrait suivant :

[*Matin, juste avant la réunion de présentation de la journée. Jonas toque à la porte du bureau, et ouvre la porte en criant :*]

Jonas – Il me faut le téléphone après la réunion !

Lucile (stagiaire monitrice-éducatrice) – « Il faut... ? » Euh... ?

Jonas [*non décontenance*] – Oui, j'en ai parlé avec Anthony déjà, et deux autres éducateurs avant lui, c'est pour que les Acacias [centre de postcure] m'appellent...

On attend de nouveau explicitement que Jonas formule une demande du type « Pourriez-vous m'autoriser à (exceptionnellement) avoir mon téléphone pour un appel important ? ». Ce qui n'arrive pas à se signifier ici, c'est la demande de réamorçage du cycle réparateur : il y a un malentendu de la part de Jonas, par ailleurs, qui essaye d'en passer par la prière-justification, et qui exagère de plus dans son attitude corporelle l'importance et l'urgence de la situation. Mais ce n'est tout simplement pas le registre attendu par la professionnelle : il justifie son offense par un registre explicatif, mais c'est *sur l'amorce même qu'il est dans l'erreur*. Néanmoins l'amorçage n'arrive pas à se faire ouvertement – contrairement à l'exemple adulte-enfant rapporté par Goffman. De notre point de vue, c'est bien parce qu'il y a spécularité dans ces interactions – contrairement à une situation de confrontation entre un enfant et un adulte – que l'amorçage ne peut se faire de cette manière explicite. C'est parce que les professionnelles en question *s'identifient* en quelque sorte à l'adulte qu'est l'utilisateur et à la demande qu'il formule, qu'elles ne parviennent pas à adopter une position qui se dissocierait complètement de la réponse à la demande formulée. Le cycle réparateur doit être complété, malgré la maladresse du résident à l'amorcer.

D'autres situations illustrent une apparente situation de rupture de la relation spéculaire d'identification d'égal à égal, lorsque s'exprime le refus du professionnel d'interagir, au nom du fait que l'amorce n'est pas saisie – sans pour autant concéder la clef pour la rétablir :

Hugo (Esp.) – Yohann, lui ça fait deux jours que je réponds plus à ses questions parce que j'ai remarqué qu'il dit jamais « s'il te plaît ». Du coup je le calcule plus.
 Anthony (IDE) – Ah ouais, *comme avec les enfants quoi... Je fais ça avec mon gamin. Même ça il faut leur apprendre, eh ouais...* [Silence]
 [Ils enchaînent sur la thématique de l'argent, le fait que Yohann ne fait que demander son argent du mois « alors qu'il a un compte en Suisse... »]

Cdt 1 – TCHAT – 03/06/21

On voit ici l'importance de la formulation de la demande, et des locutions rituelles qui doivent l'accompagner : si la demande n'est pas bien formulée, le professionnel *peut ne pas* répondre. On peut songer qu'il se produit de fait ici le *contraire* d'une interaction réputée « correcte » avec un enfant, dont on chercherait à comprendre les besoins – malgré la remarque d'Anthony, qui fait valoir ses propres méthodes d'éducation parentale pour cautionner l'attitude de Hugo, son aîné dans la structure et en expérience. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette exaspération professionnelle face à la demande ignorant les formes : est-ce la répétition pérenne de ce type d'interactions qui les portent à la lassitude ? Est-ce la question du fait qu'ils se voient rémunérés pour répondre aux demandes des usagers, et que donc qu'ils ne démontrent pas la même tolérance avec eux qu'ils ne le feraient avec les qualités et l'empathie exigées dans un contexte familial ? Mais en vérité, dans cette interaction entre professionnels, on voit apparaître surtout la force de la relation spéculaire, dans la mesure où c'est parce qu'il ne se voit pas reconnu par Yohann que Hugo, en réponse de ce manquement au rituel réparateur, ne lui répond plus. Le fait que les deux professionnels enchaînent sur les rumeurs circulant sur le patrimoine financier de Yohann accroît la probabilité de cette hypothèse : Hugo ne supporte pas que quelqu'un qui donne les apparences d'une origine sociale modeste, similaire à la sienne, serait en fait détenteur d'une fortune insoupçonnée. L'expression résiduelle qui ressort cependant de cette interaction est la comparaison des résidents à des enfants. Le silence qui suit cette déclaration est l'indice, selon l'observatrice, que les deux professionnels sentent qu'il est erroné, éthiquement, de traiter les usagers comme des enfants – mais il n'en reste pas moins que cela continue de faire partie de leurs représentations communes, et qu'ils se légitiment parfois ainsi clairement de les traiter comme tels⁸ (tout en réduisant parfois leurs « exigences correctives » à l'indifférence, jusqu'au moment où l'enfant-usager aura trouvé de lui-même l'amorce adaptée de l'échange).

D'autre part, ils leur font des reproches fréquents, et la mise au clair entre résident et « thérapeute » s'effectue régulièrement sur le fait de ne pas trop se comporter « comme des enfants ». L'interprétation que nous pouvons en fournir est que les professionnels ne souhaitent pas que les usagers abusent de cette identité institutionnelle, qui peut leur fournir un certain nombre d'avantages – parmi lesquels, avant tout, une forme de déresponsabilisation vis-à-vis de leurs engagements au CTR. En témoigne l'extrait suivant :

Yohann attendait qu'on l'appelle, pour la muscu. Il toque au bureau et le signifie à Hugo, qui lui répond : « *Bah oui, à un enfant de 2 ans, je serais allé le chercher...* »

Cdt 1 – TCHAT – 15/06/21

⁸ Et on pourrait ajouter, en se comportant en miroir comme tels (au vu de la réaction quelque peu puérile d'Hugo).

Comme en témoignent cet extrait et celui qui va suivre, l'ambivalence des professionnels repose sur le fait qu'on refuse aux résidents leur infantilisation si ce sont ces derniers qui l'activent :

À la fin du repas, qui a été préparé ce jour par Jonas. L'usager, très agité au sortir de table, ramasse à toute vitesse les dernières denrées et carafes restées sur la table. Il s'exclame, avec un ton quelque peu provocateur, à la cantonade : « *Merci, de m'avoir aidé à débarrasser !* ». Personne ne comprend si ce message s'adresse aux autres usagers, aux professionnels, ou à tout le monde. Mais cette phrase ayant été prononcée publiquement et de manière un peu abrupte, une réaction de stupeur et d'agacement se fait sentir de la part des professionnels présents, les usagers restant pour leur part plutôt indifférents. Le chef de service le reprend alors, devant tout le monde. Jonas fait par conséquent un peu la tête, il râle, trouve cela injuste. Sacha lui justifie le geste du professionnel : « Ben, tu l'as dit de manière ironique en même temps ! ». Jonas rétorque : « Mais non, c'était sincère ! *C'est pas ma faute si les gens se vexent... M'en fous, me croyez pas. Je sais ce qu'il y a dans ma tête, moi.* »

Cdt 1 – TCHAT – 03/06/21

Plusieurs éléments sont susceptibles d'être retenus ici. Le résident se positionne symptomatiquement sous une modalité infantile, en utilisant d'abord une lamentation capricieuse, puis la rhétorique du « c'est pas ma faute ». La première fois, il se voit recadré par le chef de service – qui lui signifie en quelque sorte qu'il n'a pas à se comporter tel un enfant. Mais la seconde fois, c'est d'une certaine manière en miroir de cette reprise du corps professionnel qu'il persiste dans son rôle d'enfant, et qu'il permet de la sorte à chacun de retrouver une place, sinon *sa* place au sein de la structure. D'autant plus que la figure d'autorité (paternelle) que se doit d'incarner le chef de service selon la conception de M. Leprince⁹, vient ici sanctifier cette vision hiérarchisée de l'institution qui répond au fonctionnement apparent d'une structure familiale.

Mais on pourrait relever dans un tout autre registre, concernant l'incorporation de ce que nous avons appelé une nouvelle *grammaire de soi* (cf. chapitre 2, II.B/), la manière dont la « maladie » sert à se dédouaner d'une déviance comportementale. Jonas pourrait considérer qu'il était effectivement sincère et qu'il s'est comporté correctement. Mais confronté à sa présumée « différence » quotidiennement – et affirmant lui-même qu'il a été « diagnostiqué borderline » –, il faut plutôt considérer qu'il la mobilise ici, en ajoutant un élément tiré de la mallette contemporaine du « patient-expert » : Jonas est de fait, le seul à pouvoir revendiquer de savoir dans quelle intention il a produit cette apostrophe au collectif, parce qu'il sait « ce qu'il y a dans [sa] tête ». Il peut ainsi se justifier auprès de son public du fait que ses dires ou ses débordements émotifs ne reflètent pas nécessairement l'authenticité de son être.

Ce fonctionnement suivant une structuration de type familial, avec un père de famille capable et légitimé par le reste des personnes présentes dans la structure à corriger et sanctionner les résidents, rappelle singulièrement les débuts de l'intervention en toxicomanie en France et en Europe, où aussi bien Vincenzo Muccioli à San Patrignano en Italie, que Lucien Engelmajer à La Boère près de Toulouse (Engelmajer, 1977 ; Hachet, 2002), régissaient leurs

⁹ Cette manière d'incarner le rôle de chef de service serait à mettre en regard avec la figure thatchérienne qu'incarne d'autre part Delphine à Métanoïa, et celle paternaliste bienveillante de son successeur, Vincent Mesnard.

empires paternalistes fondés sur l'amour et la sévérité des règles de vie¹⁰. Lucien Engelmajer, « berger vigilant du troupeau des drogués »¹¹ a fini ses jours en 2007 sans être davantage inquiété par les poursuites judiciaires qui l'inculpaient pour dérives sectaires, abus de biens sociaux mais aussi pour viols et tentatives de viol. Son association Le Patriarche, signalée comme secte seulement en 1995 (vingt ans après sa création), a pris désormais un autre nom, et continue de promouvoir la prévention des addictions, la santé mentale et les droits humains, à l'échelle internationale¹².

Les résidents sont fortement conscients de ces attentes hiérarchisées, et de la place à laquelle sans doute une bonne partie des professionnels de cette structure désire les mettre. Il s'agit donc selon eux de se comporter le plus possible en *bons enfants*, si ce n'est en *grands enfants*, considérés déjà plus autonomes, plus compétents, par rapport à ceux qu'il faut reprendre continuellement :

Suite au repas, je discute dans la cour avec Mehdi et Yohann. Yohann me dit apprécier monsieur Leprince, il commente qu'il « parle bien ». Mehdi renchérit, il dit que c'est « un peu le seul à savoir "cadrer" Loris » ; je lui demande ce qu'il entend par là, il répond : « C'est un peu le seul qui arrive à le remettre à sa place ».

Cdt 1 – TCHAT – 03/06/21

La plupart du temps, ils contribuent donc à ce travail de distinction et de hiérarchisation entre *grands* et *petits* enfants, qui pourrait par ailleurs être directement mis en lien avec la distinction opérée par rapport aux règles entre vrai et faux travail, ou plutôt entre « ceux qui travaillent » et « ceux qui ne font pas ce qu'on leur demande » (cf. chapitre 2, I. D/).

Cela se concentre essentiellement autour des responsabilités quotidiennes qui leur sont attribuées, et qui contribuent à faire de ces centres des espaces de production informels. En ce qui concerne la préparation des repas notamment, je constatais dans mon carnet de terrain à quel point l'assignation de cette tâche pouvait stresser ou accabler les résidents du TCHAT – similairement à comment certains usagers de Métanoïa se trouvant confrontés aux tâches de nettoyage et de vaisselle, pouvaient angoisser en amont de celle-ci. On voyait dans un extrait plus haut comment Medhi paniquait, par rapport au « *timing* » de la matinée et de la préparation du déjeuner. Un facteur d'explication innomé est que l'action à fournir, le travail demandé, ne correspond en rien au « quotidien ordinaire » auquel on est censé les préparer dans ces centres. Au nom de la visée de « reprendre les (bonnes) habitudes » de la vie courante, dans un contexte où on leur demande en fait de faire la cuisine et la vaisselle pour 10 à 30 personnes, on les confronte au stress d'une réalité similaire à celle de la restauration collective (c'est un vrai métier, que tout le monde ne sait pas et ne veut pas nécessairement faire). Le constat, c'est que la réaction des usagers peut être dans la meilleure des hypothèses de se sentir

¹⁰ Dans un entretien d'archives avec Lucien Engelmajer daté du 8 août 1977, on peut l'écouter répondre à la question du journaliste (« On vous appelle le Patriarche, est-ce que ce n'est pas un peu paternaliste, votre expérience ? ») par ces mots : « C'est sûrement au départ paternaliste, parce qu'il ne faut pas se leurrer : le jeune qui vient ici, même s'il ne l'avoue pas, a besoin de sécurité, a besoin d'autorité. Seulement c'est une autorité qui est basée sur l'amour, sur la tendresse, sur la fête, sur la joie de vivre. Et je crois qu'ils me permettent une attitude de père très...sévère souvent, ce qu'ils n'ont jamais permis à leurs propres parents. » (URL : <https://youtu.be/dyJBNJt8aAo?t=189>)

¹¹ Selon l'un des premiers articles du Monde qui narre en 1977 les débuts de son succès : [Le patriarche des drogués \(lemonde.fr\)](https://www.lemonde.fr/le-patriarche-des-drogués)

¹² Cette association s'est ainsi nommée Dianova, puis Dianova International - voir le site [Dianova International - Learn, Grow, Achieve](https://www.dianova-international.com/)

« *challenge* » (comme diraient les managers contemporains), mais le plus souvent ils sont pris dans une forme de tension, à laquelle il n’y aurait que le produit qui pourrait venir apporter un soulagement (selon les mécanismes décrits du *craving*). En l’absence de produit, un autre constat est que s’opère une forme de déportation de l’attention vers l’équipe soignante, qui constitue une bouée de sauvetage dans ce moment de stress accru : l’autre (souvent soignant) venant incarner une instance en mesure d’alléger les souffrances, duquel on espère qu’il nous donnera un coup de main, ou qu’il nous félicitera d’un gentil commentaire, d’un bon point¹³...

Au TCHAT ce moment de solitude de la préparation des repas est ainsi rituellement suivi de la cérémonie rituelle du repas, qui s’organise toujours selon les mêmes gestes : le résident en charge de la préparation des repas doit également dresser la table commune, et installer sur une petite table à part le nécessaire pour servir le repas, la salade, les fromages et les desserts. Quelques résidents et professionnels l’accompagnent dans les dernières tâches : mettre les verres, remplir les carafes, couper le pain, disposer des feuilles de papier essuie-tout en serviette. Chacun s’assoit en attendant le plat principal, et lorsque c’est prêt, chacun à son tour s’approche du résident attitré, qui a la charge de servir les assiettes en respectant des parts équitables entre tous les convives. Chacun retourne à sa place, dans un ballet qui doit dater de l’époque Covid (à distance réglementaire les uns des autres), et depuis ces distances sanitaires, on attend que tous soient servis pour commencer à manger. Lorsque le résident chargé de la préparation s’est lui-même servi et assis, en dernier, un des professionnels (souvent l’éducateur sportif, Hugo), lance un « Bon appétit ! », et les résidents sont autorisés à commencer à manger. Le repas se déroule généralement dans le plus grand silence ; parfois les professionnels parlent et plaisantent entre eux (ils se regroupent généralement du même côté de la table, près de la table des mets). Mais l’acte rituel qui préside le repas, et qui importe particulièrement dans le cadre de réflexion de ce chapitre, c’est le compliment attendu, envers le résident qui a préparé le repas. Il est non pas courant mais *systématique* que le résident en charge du repas du jour se voie gratifié d’un commentaire de la part de l’équipe soignante – et c’est comme si le silence qui précédait ce commentaire laissait transparaître l’attente tendue du verdict, de la part des professionnels. Ce jugement se limite souvent à un « C’est bon... », ou « C’est très bon, X. [nom du résident] ». Cette appréciation autorise les autres résidents à approuver à leur tour la nourriture présente dans leur assiette, ou bien parfois quelques commentaires négatifs, sur la cuisson ou la difficulté que présente le plat à être mangé. Les professionnels hommes étant souvent en grande appétence, il est mal vu qu’un usager homme ne finisse pas son assiette ou rejette le plat préparé par son camarade. Les professionnels femmes sont plus discrètes ; elles ne se resservent généralement pas, et n’abusent pas des desserts, comme pour montrer l’exemple aux résidents qui abusent parfois de sucreries au cours de la journée. De manière spéculaire, si une résidente n’a pas faim ce jour-là, on insiste moins sur le fait qu’elle doive terminer son assiette. Ce rituel du repas reconduit, à deux moments marquants de la journée, cette ambivalence sur le positionnement qui est proposé aux et accepté par les résidents. Il conduit à reposer cette frontière symbolique entre « parents-pros » et « résidents-enfants », quand bien même quelques minutes plus tôt ou plus tard dans la journée, les mêmes professionnels essaieront de responsabiliser les usagers, et traiteront avec un ou plusieurs d’entre eux sur un pied d’égalité, dans une attitude d’adulte à adulte.

Mais l’analyse se fait plus complexe et nuancée si on remarque que les résidents et résidentes sont également capables, en contrepartie, de jouer sur ces attentes ambivalentes de

¹³ Notons ainsi que pour être un « bon usager » il faut être un enfant sage, mais il faut aussi être un bon travailleur – nous aurons matière à le développer dans le chapitre 7.

la part de l'équipe, pour tenter d'utiliser la légitimité symbolique et les compétences professionnelles à leur avantage :

[Jonas vient dans le bureau avec les papiers nécessaires pour la curatelle renforcée – il demande à avoir le numéro de la dame qui doit devenir sa curatrice.]

Jonas – Au début, je voulais juste faire appel parce que c'était trop... J'ai pas besoin d'une curatelle renforcée, j'ai besoin d'un coup de main...

Melvin (ES) – Ça s'appelle comme ça, en bon français, le « coup de main » ...

[Il signifie ici que ce que Jonas désigne comme un « coup de main » correspondrait, « en bon français » (dit-il avec un certain mépris) à une curatelle]

Jonas – [...] Oui, tout le monde me dit que c'est justifié, que va m'aider, que... [...]

Vous trouvez ça justifié que je mette de l'argent de côté... ?

Melvin – *[désarçonné]* Je trouve ça justifié que vous en parliez avec votre thérapeute de séjour...

Jonas – Rhoo... *Mais vous avez bien des enfants, vous pourriez me dire...*

Melvin – *[le coupant]* Je ne vais pas vous parler de ma vie, qui ne concerne personne...

Jonas – *[du tac au tac]* Siiii, moi !

Cdt 1 – TCHAT – 04/06/21

Dans un premier temps de l'interaction, devant l'affirmation par Jonas de sa capacité d'indépendance, Melvin le remet à sa place, en lui signalant qu'il ne sait pas bien s'exprimer et en lui rappelant qu'il a une dépendance financière grave (« ça s'appelle comme ça, en bon français, le "coup de main" »). D'une certaine manière, face à cette assignation à dépendance, Jonas choisit de répondre – en jouant jusqu'au bout l'identification à la catégorie d'enfant à laquelle on lui renvoie qu'il appartient. Il demande alors à Melvin, après avoir dit qu'il l'a demandé par ailleurs à « tout le monde » auparavant (confirmant ainsi sa dépendance au jugement de l'équipe), un conseil sur la gestion de son argent. Melvin tente de se dissocier de cette demande d'un positionnement en miroir – comme un adulte qui devrait dire quoi faire à l'enfant qu'assume d'être en fin de compte Jonas. Il le renvoie vers son « thérapeute de séjour », qui est selon les règles de la maison plus habilité à pouvoir répondre à toutes les demandes du résident dont il a la charge. Jonas rétorque que, *comme le professionnel a des enfants*, il devrait savoir quoi lui conseiller, comment se comporter avec un dépendant comme lui. L'identification est poussée jusqu'à déborder les limites posées par le professionnel : « Je ne vais pas vous parler de ma vie qui ne concerne personne » : « Si, moi », récrimine Jonas. Selon son raisonnement, à partir du moment où les professionnels prétendent pouvoir incarner des modèles de conduite de vie, ils sont susceptibles de devoir eux aussi « parler de soi », raconter leur vie pour la donner en exemple des comportements à tenir. Comme on le voit à travers cet exemple, les résidents sont également capables de se servir de cette identification à la catégorie d'enfants. Cette logique spéculaire, non plus d'égal à égal, mais du parent-professionnel à l'utilisateur-enfant est de la sorte à double-tranchant : ils subissent, dans une position passive cette infantilisation, mais ils s'en servent pour qu'on leur dise quoi et comment faire pour se défaire, en cas d'échec, sur la responsabilité professionnelle.

Les professionnels de ce centre sont souvent les premiers à rejouer cette logique spéculaire, dans la manière dont la reconnaissance de leur valeur professionnelle se joue dans ce qu'ils ont « fait faire » aux résidents, ou encore « fait pour » eux (Velpry, 2008) :

Point sur le résident Dylan. Il a fait une demande d'ATT, ça va faire trois mois qu'il est au CTR. Il veut faire des pauses, en allant un weekend à Amiens chez sa mère.

M. Leprince – En fait, clairement il fait une demande de rupture de CTR, il fait pas une demande d'ATT. Et il est assez clair... Mais en tous cas, vous me ferez un bilan urinaire le lundi [à son retour de weekend] !

Anthony (IDE) – Il a prévu qu'il partirait que avec 50€ ce weekend.

M. Leprince – *Il a fait ce travail-là tout seul ?*

Nadine Enchanté (AS) – *Enfin, tout seul : je suis derrière toutes ses conversations mais...*

Anthony – Mais il a déjà prévu d'aller au marché le dimanche, etc.

Cdt 1 – TCHAT – réunion clinique du 09/03/21

Le mécanisme de specularité parent-enfant se joue ici dans le fait que Nadine affirme être à l'origine du « travail » et du comportement vis-à-vis de ses dépenses de Dylan. La plupart du temps, cette professionnelle est très orientée par une démarche de « faire pour » les patients ; qui se voit teintée ici de la connotation du « faire faire », lorsqu'elle valorise, devant le chef de service, le fait que c'est elle qui tire en grande partie les ficelles dans l'ombre, c'est elle qui fait « progresser » Dylan sur la voie du rétablissement. On peut remarquer le caractère facilement réversible de l'attitude infantile, étant donné la specularité induite par la culture d'équipe du centre : « c'est *moi* qui l'ai fait » ou « qui l(ui) ai fait (faire) », dit en quelque sorte Nadine, devant les autres membres de son équipe.

Pour parer à toute remarque, sans doute justifiée, sur le fait que seuls le modèle et le fonctionnement propres à cette institution sont à l'origine de cette culture de l'infantilisation, on voudrait nuancer et élargir le propos au contexte médico-social français. Il nous semble important de relever que ce qui permet cette identification du professionnel de santé à une figure parentale trouve un facteur d'explication dans les ambivalences du système médico-social français, qui est resté à mi-chemin entre le paternalisme médical dont hérite l'hôpital public (Rameix, 2000), et l'encouragement à la « participation citoyenne », dans des programmes sociaux qu'on promeut avec une ambiance familiale (*family-like*, écrit N. Eliasoph) et une tentative de mixité sociale, dont témoignent certains récits ethnographiques.

Comme la sociologue américaine Nina Eliasoph le démontre bien en ce qui concerne un programme d'engagement civique des jeunes d'une ville états-unienne, contrairement aux bénévoles qui n'ont pas « d'histoire partagée avec les enfants » et pour lesquels se projeter dans ce programme n'est jamais véritablement gratifiant, l'employée de la structure *Community House* (Maison Communautaire), Emily, peut déployer un travail qui « ressemble davantage à ce que font des parents », dans la mesure où en passant quarante heures de sa vie dans ce lieu par semaine, elle dispose avec les adolescents d'un « espace de prédictions partagées » (Eliasoph, 2009 : 225). Dans les trois dimensions temporelles, l'éducatrice a une expérience personnelle accumulée et un commun partagé avec chaque usager : Emily peut se permettre d'être critique et de faire preuve d'autorité à l'égard des enfants, « parce qu'elle a déjà vécu des situations semblables *par le passé* » avec d'autres usagers de la maison. Elle peut donc, *au présent*, exiger des choses d'eux ou réformer leurs comportements lorsqu'ils se justifient ou renvoient systématiquement la faute sur autrui (elle les connaît, dans le temps de leur évolution institutionnelle). Enfin, contrairement aux bénévoles pour lesquels la « satisfaction personnelle » constitue l'un des motifs principaux pour se porter volontaire (Hustinx, 2001 – citée par Eliasoph, 2009), le travail social effectué par Emily – comme le travail parental – se fait en conscience du fait que *la reconnaissance ne viendra que dans un temps hypothétique ou diffus* : « on sait que c'est difficile et que la récompense peut ne venir que dans quinze ou trente ans, voire jamais. » (*ibid.* : 225).

À l'aune de cette analyse, on comprend donc pour quelles raisons interviennent

certaines mécanismes d'identification à une figure parentale, du fait de la longue expérience professionnelle accumulée par certains des travailleurs sociaux dans les CTR (Nadine, notamment, travaille au TCHAT depuis plus de vingt ans) : le partage sur plusieurs mois, voire plusieurs années, d'un quotidien et de ses problématiques, et d'un espace de prédictions partagées – où, comme on va le démontrer, il est plus facile d'envisager que le résident *revienne* un jour au CTR, plutôt que de penser qu'on ne le reverra jamais – ont des incidences concrètes dans ces logiques. Néanmoins, c'est comme si la dimension future (le fait de savoir qu'on ne se verrait pas ou seulement bien plus tard récompensé pour son labeur) se trouvait ici court-circuitée par la valorisation que Nadine effectue de son travail devant son chef de service. On le verra plus loin (I.C/), mais la spécularité est donc redondante, et s'effectue également de la part des opérationnels de terrain envers leur direction.

I. B/ Les limites à la spécularité

Cela étant, deux limites nous ont paru pouvoir s'opposer à ce mécanisme de spécularité :

- *le fait de percevoir que d'autres logiques opèrent, que les usagers et les professionnels sont deux groupes d'acteurs qui ont des intérêts parfois divergents.*

[Anthony, à Hugo qui est arrivé au bureau :]

« Mehdi, ça fait plusieurs semaines que je lui dis "Faut qu'on se voie", mais si je vais pas le chercher, il vient pas... Autant pour certains, je comprends que ça puisse durer, mais *pour Mehdi, autant ça peut être bénéfique pour lui, autant je pense que ça peut être contre-bénéfique pour nous*. Parce qu'il est toujours à la limite de la transgression, avec d'autres éducateurs, avec les autres patients... »

Cdt 1 – TCHAT – 03/06/21

Cette très étrange formulation d'Anthony (« autant ça peut être bénéfique pour lui, autant je pense que ça peut être contre-bénéfique pour nous ») nous paraît témoigner du fait que les professionnels cherchent avant tout à construire une relation où les atouts de la relation thérapeutique soient perceptibles des deux côtés. Ou encore, où les bénéfices se trouveraient partagés entre professionnels et soignés, à 50-50 pour ainsi dire. Il n'est en tout cas pas question de la posture sacrificielle adoptée parfois par des professionnels zélés (« nous on est là *pour les usagers*/au service des patients », *etc.*). Anthony dit clairement dans ce contexte particulier que si cela a pu faire du bien à Mehdi de ne pas parler aux professionnels pendant quelques semaines, cette négociation de la relation n'est sans doute pas « bénéfique » pour les soignants : au sens où de leur côté, ils ne peuvent pas tirer parti de la posture de demande attendue et de la confiance accordée par l'usager. Et qu'ils risquent selon lui de connaître des répercussions, sous la forme d'une transgression possible à venir, de la part de l'usager.

Cela nous permet de convoquer et de débattre avec certaines analyses sur la spécificité du travail social, au sujet de la « contribution » attendue de la part des bénéficiaires de l'intervention. Jean-Yves Dartiguenave écrit en effet que la relation dans le travail social n'est pas « réductible à la relation administrative entre un dispositif d'action publique et des usagers ou des ayants-droit », mais qu'elle se caractérise par une « dépossession de la capacité contributive de la personne » dans une relation d'aide n'appelant pas apparemment de

contrepartie :

[...] toute appropriation de compétence professionnelle suppose implicitement la désappropriation d'une partie des compétences du récipiendaire du service. [...]

C'est en cela que nous avons pu dire que le travail social n'est nullement réductible à un instrument du pouvoir *puisqu'il s'institue lui-même comme pouvoir* par la relation de service qu'il instaure. Ce d'autant que, à la différence d'autres relations de service qui n'engagent qu'une partie des compétences de la personne, cette *désappropriation tend à s'étendre*, au sein du travail social, à la *capacité même de la personne*, c'est-à-dire la capacité dont dispose tout un chacun à instituer de la relation sociale. A cet égard, on a souvent insisté, à juste raison, que la relation de service instaurée par le travail social se caractérise par une relation d'aide qui n'appelle pas de contrepartie, tout au moins immédiate, introduisant ainsi une rupture dans la réciprocité de l'échange ou dans ce que d'aucuns nomment « l'échange symbolique » (et précédentes – Dartiguenave, 2010 : 184-185)

Rappelant les travaux de Serge Paugam ([1989] 2009), l'auteur ici convoqué insiste sur la modification identitaire qu'entraîne le statut d'assisté – Paugam considérant que l'assistance peut être vécue comme une cérémonie de dégradation statutaire – et sur les diverses tactiques pour négocier leur nouvelle position sociale : manœuvres de séduction, familiarité affichée et personnalisation du rapport (« mon » référent, « mon » thérapeute, entend-on régulièrement aussi en CTR), entente cordiale affichée ou manifestations excessives de politesse, peuvent ainsi être évoquées par Paugam comme Dartiguenave pour illustrer les procédés par lesquels les personnes assistées cherchent à « neutraliser » voire à « renverser le rapport de domination dans lequel ils sont tenus » (Dartiguenave, 2010 : 186). Les bénéficiaires de l'intervention sociale se voyant constamment désappropriés de leurs capacités relationnelles et sociales par l'objectivation professionnelle, ils s'efforcent néanmoins d'inverser constamment ce rapport inégalitaire – en témoignant la plupart du temps de leur capacité à se situer dans l'échange, et à pouvoir donner eux aussi aux professionnels (cf. chapitre 1, II.D/ « Donner de soi »). Selon Dartiguenave, « il s'agit, dans tous les cas, d'un réaménagement conjoncturel d'un rapport social qui, dans son principe, reste inchangé », et qui se fonde sur la « dépossession de la capacité contributive de la personne » assistée ou « dé-munie (du latin *munus* : le métier, la contribution.) » (*ibid.* : 186). Selon cet auteur, c'est précisément cette dépossession qui fonde la spécificité du travail social, caractérisé par la « suspension de la réversibilité anthropologique de la dette et du don qui structure tout échange social [...] L'un se trouve, en effet, en position de débiteur dans la mesure où il reçoit de l'autre sans être en position d'acquitter sa dette puisque la relation de service présuppose son incompétence à contribuer. Nous l'avons dit, c'est la raison sociale même de la relation d'aide et aussi sa justification » (*ibidem*). Mais de son point de vue, il semblerait que la personne assistée est condamnée à se retrouver dans cette position de débiteur – du fait qu'elle ne peut que recourir aux tentatives de neutralisation évoquées ci-dessus (sans parvenir à se départir du rapport de dépendance), ou pire, elle peut accepter de faire ce que lui disent les professionnels, en se rendant active et actrice dans son parcours de soins – et en se montrant ainsi obéissante et reconnaissante. Ces deux démarches, qui semblent témoigner de ce que Goffman désigne comme des « adaptations secondaires » (1968), nous paraissent (précisément à l'inverse de ce que dit Dartiguenave) la *contrepartie attendue* par les professionnels de l'intervention sociale. Si un résident décide au contraire, comme Mehdi, de ne pas s'adapter aux attentes des professionnels à son égard, cela est perçu comme mauvais signe, comme on le voit dans le dernier extrait. Si l'utilisateur se considère suffisamment comme un adulte pour ne pas céder aux demandes de l'équipe de se mettre dans une position statutaire inférieure et d'être « dans la demande à leur égard », cela peut être

« contre-bénéfique » pour une équipe qui voudrait être créditrice d'une relation de service qu'elle décide ou non de concéder, selon des affects qui régissent son travail.

Sur cet extrait et le précédent (qui concernait Nadine et sa relation avec le résident Dylan), on peut dire par ailleurs qu'on a deux parfaits exemples d'interaction spéculaire au sein du TCHAT – une qui « marche » pour le professionnel (l'utilisateur copie ce qui lui a été dit par l'assistante sociale), une autre qui ne « marche pas », parce que l'utilisateur refuse d'obéir aux règles d'interaction proposées par l'« adulte ». Parce qu'en tant qu'adulte lui-même, en effet, il est tout à fait libre de refuser ponctuellement l'aide des professionnels, tout comme il préfère souvent mettre à l'écart ou se méfier de l'aide des membres familiers qui ont souhaité sa relégation. Comme le rappelle encore Goffman dans l'appendice « La folie dans la place » :

En fait, on peut définir fonctionnellement l'hôpital psychiatrique comme le lieu où nous pouvons acculer des personnes qui ont toujours le droit de faire partie de notre existence quotidienne, et où nous pouvons les forcer à attendre nos visites occasionnelles. Au lieu de partager leur vie, nous la rationnons. *Bien sûr, les malades parviennent souvent, eux aussi, à acculer leurs proches : il leur suffit de refuser de les rencontrer hors des quartiers, d'avoir une crise au moment de leur visite.* Mais le prix de ce rejet est souvent très élevé – par exemple, perte d'une occasion de quitter l'hôpital pour un temps ou manque de ravitaillement d'appoint. *Par ailleurs, le malade ne peut que refuser des visites, et non la vie avec ses proches.* (Goffman, 1973 : 333)

- *Le fait qu'il y ait une différence d'âge et une posture générationnelle inversée (les professionnels étant parfois plus jeunes que les usagers) ce qui rend plus ardu l'effet-miroir et/ou l'infantilisation.*

Caractéristique du CTR, on trouve souvent la présence de jeunes professionnels (stagiaires, éducateurs et éducatrices en formation, intérimaires, CDD d'un an en premier emploi), d'un âge moyen de 25 ans. Et ces jeunes se trouvent employés dans la structure pour un emploi « éducatif », essentiellement destiné à des hommes et des femmes souvent plus âgés qu'eux. Cela renvoie à une des questions introduites par le chapitre 4 : qu'est-ce qu'*apprendre la vie à quelqu'un* ? Problème qui se complexifie d'autant plus lorsqu'on a quantitativement moins vécu, c'est-à-dire qu'on a accumulé moins d'expériences existentielles que nombre des personnes auxquelles on se trouve devoir répondre des comportements, et des moyens d'en changer. Les jeunes professionnels nous donnent ainsi l'air d'être particulièrement mal à l'aise lorsqu'ils sont confrontés à des thématiques qu'ils n'ont pas forcément vécues (mort d'un ami, difficultés financières importantes, avortement, perte d'emploi...), ou qui nécessitent une connaissance plus fine du public auquel ils ou elles ont à faire. Beaucoup ont besoin de mettre en place des mécanismes de réassurance, et cela se perçoit dans l'adhésion aveugle qu'ils ou elles mettent en place rapidement eu égard à la culture professionnelle de l'équipe. Ainsi, les jeunes professionnelles femmes rencontrées au TCHAT adoptent rapidement le ton infantilisant et l'attitude distante de leurs aînés ; les jeunes stagiaires de Métanoïa, l'attitude empathique et l'idéal d'horizontalisation des rapports soignants-soignés promu par leur centre. Cela renforce conséquemment le style institutionnel de l'institution, qui se diffuse et s'institutionnalise ainsi par l'adoption de générations successives de professionnels soignants et de travailleurs sociaux. Les jeunes du TCHAT ont cependant du mal à ne pas se laisser submerger par les demandes des patients, qui attribuent aux stagiaires et aux employées saisonnières un rôle particulier, dans le fait de venir combler les demandes qui inaboutissent

habituellement avec les autres professionnels. Celles et ceux de l'autre centre rencontrent de leur côté quelques difficultés à pouvoir sortir de la communauté idéale proposée par Métanoïa : nombre de jeunes professionnels titulaires étaient précédemment en stage dans la structure – ils ont été directement embauchés au moment de leur qualification, ce qui permet de s'assurer de leur fidélité institutionnelle. Néanmoins, ils ne se limitent pas systématiquement aux œillères idéologiques qu'on leur fournit, et peuvent parfois s'avérer des éléments critiques de la culture d'équipe.

Une différence significative est à souligner également, entre les jeunes éducateurs et les jeunes éducatrices, psychologues ou infirmières rencontrées. La proportion de jeunes filles stagiaires était nettement supérieure à la proportion de jeunes hommes du même statut professionnel, tout au long de mes terrains (au TCHAT, je n'ai même rencontré que des jeunes femmes en stage ou en CDI dans la structure). Une frontière de genre s'établit donc, en plus de la séparation générationnelle qui s'établit souvent avec les usagers. Sans qu'on puisse généraliser ce rapport, il est vrai que le milieu de l'addictologie rend compte lui aussi d'une « féminisation du métier d'éducateur spécialisé » (Chéronnet, 2009) remarquée surtout dans les professions éducatives en lien avec les jeunes enfants (Hilbold, 2020), qui témoigne de « divisions sexuelles du travail social », qui parviennent rarement à être analysées sans naturalisation des compétences sociales qui leur sont corrélées (Bessin, 2005). L'ethnographe *ne peut dire* ainsi qu'elle a observé dans la majeure partie des cas des jeunes filles qui prenaient soin de résidents hommes d'âge mûr ou du troisième âge. Dans les quatre équipes observées entre février 2020 et juin 2022 (hôpital M. ; CTR TCHAT ; CTR Métanoïa ; CT Stella) la proportion d'hommes et de femmes salariées étaient relativement équilibrée, ou au maximum dans un ratio de 33 à 66% (pour l'équipe de Métanoïa : 1 homme pour 3 femmes). Cela étant, on ne peut s'empêcher d'énumérer quelques constats triviaux : l'équipe hospitalière (notamment en ce qui concerne les médecins) était davantage masculine ; les éducateurs sportifs étaient quasiment tous des hommes, ainsi que les veilleurs de nuit (une veilleuse de nuit à Métanoïa) ; les employées dédiées au ménage étaient systématiquement des femmes d'origine ouest-africaine ; les fonctions d'encadrement (chefs de pôle, chefs de service, direction) étaient en écrasante partie attribuées à des hommes (sauf, également, dans le cas notable de Métanoïa). En ce qui concerne les éducateurs spécialisés, les infirmiers et les psychologues, les terrains ont révélé une étonnante parité dans le recrutement des professionnels. Bien que, comme le souligne à juste titre Marc Bessin dans l'article cité, « la multiplication d'emplois peu qualifiés » a effectivement accru la féminisation, avec le phénomène de recrutement d'éducatrices intérimaires ou de stagiaires pour des durées déterminées (emploi d'été ou en fin de stage) avec un *ratio* femmes-hommes sans nuances. Je remarque par ailleurs comme l'auteur que les fonctions d'animation et d'éducation, si elles se sont ouvertes à certains hommes, concernent sans doute davantage des figures de « grands frères »¹⁴ issus de l'immigration (Jovelin, 1999 ; Astier, 2007) que des français d'origine française. Ainsi, la logique d'intersectionnalité, ou plutôt d'« imbrication » (pour reprendre l'expression de la philosophe Jules Falquet, 2020) qui régit les divisions économiques, sexuelles et racistes du travail contemporain se retrouve pleinement dans ce secteur du médico-social.

¹⁴ On pourra noter au passage que malgré l'évolution des politiques sociales du familialisme vers un individualisme plus prononcé, cette identification des professionnels à de spontanées « fonctions familiales » est rarement remise en cause par les sciences sociales, lorsqu'elles enquêtent sur ces terrains où se confondent souvent le statut professionnel et le rôle symbolique donné aux professionnels, dans un ordre imaginaire *empreint* de familialisme. Comme on le voit ici, cet imaginaire se double en plus de préjugés culturalistes, attribuant une plus grande « autorité naturelle » aux hommes éduqués dans des familles où l'on juge que la figure paternelle est déterminante.

La « juste distance » professionnelle, et la possibilité ou l'impossibilité de faire quelque chose des phénomènes de specularité, peuvent s'analyser à l'aune de cette partition sociale et sexuelle du travail. Dans l'exercice de la bulle évoqué dans le chapitre 4 (II.B/), l'éducatrice sportive Charlène met de la distance avec les usagers parce que cela fait sans doute partie de son caractère ; mais surtout parce qu'elle a moins de trente ans, qu'elle est petite et fluette de constitution, et que (ma présence exclue) elle se retrouve dans ce contexte avec quatre usagers hommes de constitution assez imposante, au moins pour trois d'entre eux. Elle travaille à instaurer une « juste distance » à juste titre parce que les attentes que les usagers construisent vis-à-vis des professionnelles sont tout aussi marquées par l'empreinte de ces divisions sexuées du travail, que les attentes des professionnelles à leur égard. La projection qui est faite sur les capacités psychologiques (écoute, attention, bienveillance, empathie), censées être plus spontanées pour les éducatrices que pour leurs collègues masculins, joue fortement dans les manières de se lier aux professionnelles – en vérifiant si elles correspondent ou non à ce préjugé naturalisant. La jeunesse des éducatrices ou des stagiaires peut constituer néanmoins pour ces femmes un avantage : les résidents sont plus prompts à se confier à de jeunes professionnelles, dont la curiosité et l'envie d'écouter sont encore inattaquées, qu'avec les travailleuses plus âgées (qui leur donnent souvent des conseils plus directifs ou semblent moins enclines à l'empathie, étant donné leurs années d'expérience avec ce public). À l'inverse, comme nous le verrons de manière plus détaillée dans le prochain chapitre, on attend souvent d'un éducateur ou d'un soignant masculin de l'expérience, et une certaine forme de savoir ou de posture qui fasse autorité – leur jeunesse les disqualifiant souvent aux yeux des résidents plus âgés. Deux observations de terrain mettant en jeu les attentes tacites de Métanoïa vis-à-vis des professionnelles femmes nous permettront d'illustrer la prise en considération genrée des éducateurs et éducatrices par les résidents :

[Après un atelier, Keufraan est en colère. Je parviens à le faire s'exprimer, et il parle de la frustration qu'il a ressentie par rapport à l'absence d'écoute d'Assia (monitrice-éducatrice intérimaire) pendant l'heure précédente. Il voulait faire part de sa colère envers un autre résident, et elle a préféré faire avancer l'atelier en esquivant le sujet. Romain [éducateur référent du groupe] passe à ce moment-là, et vient s'asseoir avec nous après avoir fermé la porte, en voyant l'agitation de Keufraan. Le résident raconte les interactions du midi qui l'ont mis dans cet état, puis l'atelier, où il est arrivé sans avoir pu fumer et prendre un moment de pause, et où il a tenté de communiquer à Assia sa colère et son malaise, sans qu'elle l'entende, selon lui. Romain signifie qu'il est là, et qu'ils peuvent parler à présent :]

Keufraan – Non mais, il y en a qui écoutent, [et] il y en a qui n'écoutent pas... vous voyez ce que je veux dire, à un moment il y a des limites...! Elle elle ne m'a pas écouté... ! *[il accentue le pronom]*

Romain – Et vous, qu'est-ce que ça vous fait ?

Keufraan – Ça m'énerve, elle n'en a rien à fiche de moi ! (sic)

Romain – Mais est-ce que vous avez essayé de lui exprimer votre demande...est-ce que vous avez essayé de la faire réagir...?

Keufraan – J'ai dit des phrases, pour essayer de la faire réagir...! Non, cette fois-ci, j'ai été très clair...

Romain – Mais c'est bien, Keufraan, vous avez fait votre part, c'est déjà beaucoup...!

Cdt 2 – Métanoïa – 05/10/21

Bilan final de Keufraan avec Romain :

Romain – Keufraan, ça fait six semaines qu'on a passé avec vous, six semaines de pur plaisir ! [...] Avant de faire chaque catégorie, je vais vous demander comment ça s'est passé en général ce séjour...

Keufraan – Bien, très bien. C'est passé très vite, même trop vite. Bah, peut-être parce que c'est la « bonne fois »...et puis aussi parce qu'il y a le ras-le-bol des cures et post-cures. Ça, ça a été bien. Et puis, on va dire que tous les éducateurs en général ont un peu « évolué » – *je sais pas, Coralie, je l'ai connue, elle venait d'arriver...*

Romain – Et qu'est-ce qui fait que ça a évolué ?

Keufraan – *Bah, je me suis senti moins « écarté » pour ainsi dire... – elle a toujours son caractère de cochon, mais bon. ...et puis vous et puis Samantha, vous formez un bon binôme. [...]*

[Plus tard, ils évoquent ce que le résident va « mettre en place » chez lui, à la sortie]

Romain – Ça, c'est ce qui s'appelle les « stratégies de coping » - vous vous en souvenez.. ?

Keufraan – Je bois du Schweppes Tonic®, par exemple, c'est ça ? C'est ce que je faisais, c'était la boisson de remplacement à l'alcool...

Romain – Quoi d'autre ?

Keufraan – [...] Et ben voyons, je vais vous appeler... ! Et puis je vais appeler Roux [un pair-aidant], c'est Youri qui m'a passé son numéro – il est du côté de Soissons...

[Il parle alors du fait de se chercher une « mère-aidante », que ça lui serait plus utile qu'un pair/père-aidant (il est conscient de la déviation sémantique qu'il opère en faisant ce jeu de mots).]

Keufraan – ...Après, si Silvia peut être une mère-aidante...

Cdt 2 – Métanoïa – 11/10/21

On peut dire que Assia, Coralie, et Silvia (la « stagiaire-anthropologue ») sont tenues, indistinctement, pour Keufraan, d'adopter l'attitude d'écoute empathique et compréhensive que les préjugés sociaux attribuent aux femmes comme relevant de leurs qualités innées. Quand bien même en l'occurrence la personne qui écoute le plus Keufraan au centre est un jeune homme, Romain (qui est son référent et auquel donc est dévolue cette tâche), nombre des interactions que l'usager présente avec des professionnelles femmes ont souvent pour thème une plainte, une colère ou une douleur, à laquelle le personnel féminin est censé apporter réconfort. Lorsqu'il y a échec dans cette attente, il y a souvent rancœur de la part de l'usager, ou sentiment d'incompréhension, de négligence, de stigmatisation. L'attitude professionnelle se voit souvent personnalisée (« elle n'en a rien à fiche de moi » ; « je l'ai connue, elle venait d'arriver »), comme si le lien était d'autre nature que celle du rapport soignant-soigné. La personnalité des professionnelles est jugée, comparée (qui a « un caractère de cochon », versus qui « est sympa », ou « à l'écoute »), et les femmes sont sans doute jugées plus sévèrement sur leurs déviances aux règles de genre que leurs collègues masculins. Du point de vue des résidents, on pourra toujours trouver une utilité sociale à un homme empathique et sensible, mais on appréciera difficilement une éducatrice qui manque de qualités naturalisées comme « féminines ». L'ethnographe aussi – alors qu'elle se leurrait sur sa place de « quasi-égale » dans le groupe d'hommes – se voit identifiée à une figure qui pourrait constituer un appui et un soutien de forme maternelle à l'égard du résident (dans un futur idéalisé qu'il énonce, sans trop y croire d'ailleurs). Keufraan constitue certes un cas particulier, dans cette recherche assidue de l'attention des femmes au sein du centre. Mais j'ai pu constater qu'il ne constitue certainement pas un cas isolé, et la question du *sex-ratio* entre usagers et professionnelles peut certainement en être tenu pour l'un des facteurs principaux. Une confusion paraît en effet s'effectuer de la part des résidents, vis-à-vis du choix de ces femmes d'exercer un métier d'accompagnement, dans le milieu médico-social, et les fonctions

ou le rôle de mère de substitution qu'ils pourraient possiblement attendre d'elles. Les effets de specularité qui semblent renvoyer à l'image d'un enfant face à la dyade parentale peuvent peut-être en outre se retrouver ici, dans l'identification du binôme Romain-Samantha comme étant selon Keufraun un « bon binôme ». Coïncidence ou pas, les référents font souvent alterner un homme et une femme, à Métanoïa, mais aussi dans les lieux où ce doublet de référents se voit introduit.

Ce qui nous intéresse surtout via cette notion de specularité, c'est de marquer comment se produit systématiquement dans nos deux centres une déformation conjointe des soignants et des soignés, au travers de substitutions imagées¹⁵ qui ne correspondent plus vraiment à une division des professionnels et des bénéficiaires des soins – mais à une division qui reproduit beaucoup plus le schéma parents-enfants. Ce processus, et les moyens de maintenir précisément *sa place* dans cette substitution d'un schème à un autre, nous semblent à la fois être témoins de la faiblesse institutionnelle, lorsque l'équipe n'arrive pas à se rendre compte de ces substitutions ; mais ils rendent compte également des effets des relations humaines qui se déploient dans l'institution, et de tout ce qui, dans le médico-social, excède le cadre des interactions théoriquement autorisées. Je citerai ici un autre extrait de la relation tissée entre Romain et Keufraun pour illustrer cette déformation réciproque qui peut transparaître dans les interactions :

[À la suite de l'extrait précédent, traitant du malentendu avec Assia :

- Mais est-ce que vous avez essayé de lui exprimer votre demande... est-ce que vous avez essayé de la faire réagir... ? ; - J'ai dit des phrases pour essayer de la faire réagir... ! Non, cette fois-ci, j'ai été très clair... ; - Mais c'est bien, Keufraun, vous avez fait votre part, c'est déjà beaucoup... !]

Keufraun – J'ai envie de boire j'ai envie de me barrer j'ai envie de tout... [geste de projection]

Romain – Ben, c'est bien que vous disiez ça, Keufraun, vous avez besoin d'être écouté, c'est normal, et vous arrivez à le dire... Maintenant, est-ce que c'est nécessaire de tout faire tout de suite, d'être entendu tout de suite, de réagir tout de suite ? Moi aussi vous savez, il m'arrive de dire des choses, et de ne pas être écouté... Mais vous avez fait votre part, Keufraun, vous avez fait votre part.

Keufraun – Non mais je finirai par leur faire entendre... Et d'ailleurs, nulle part on devrait vous forcer à rester en atelier lorsque vous pouvez pas...

Romain – Mais personne ne vous a forcé ! Il aurait suffi que vous exprimiez la demande...

Ce qui se met en scène ici est un blocage de l'éducateur, quant à la réponse à fournir à une demande qui ne peut être exaucée. L'éducateur se voit pris entre la tension affective (le lien) l'attachant à l'utilisateur, et sa loyauté institutionnelle. Il commence à lui justifier l'institution comme il se la justifie à lui-même. Puis il y adjoint le discours de modération temporelle, de tempérance, que la culture professionnelle du centre lui a inculqué. Une phrase est d'ailleurs récurrente, dans la bouche de cet animateur-ci, lorsqu'un incident de ce genre se produit : « Vous, qu'est-ce que ça vous fait ? » ; ensuite : « Est-ce qu'il y a besoin de tout de suite réagir, de faire quelque chose tout de suite, là, dans l'immédiat ? ». Une question à laquelle l'utilisateur, pris par sa colère ou sentiment d'injustice, ne peut répondre autrement que par une alternative « soit lui soit moi » (traduisons : ou vous expulsez Dimitri, ou je m'en vais).

¹⁵ Nous reprenons la notion de « substitution spéculaire » à Florent Favard, qui l'utilise à une toute autre fin, pour parler des avatars que constituent les personnages de série contemporains ; cf. Favard, Florent. « Mille visages, mille identités : typologie des métamorphoses du personnage de série », *Télévision*, vol. 9, no. 1, 2018, pp. 51-66.

Romain d'autre part, projette tout d'un coup son propre malaise vis-à-vis de sa place dans l'équipe. Je souligne d'un trait ces passages où l'on ne comprend plus bien si ces messages ne concernent que Keufan, ou sont en partie les phrases qu'il s'adresse à lui-même, lorsqu'il est en difficulté dans son quotidien professionnel. Romain est sans doute particulièrement sensible aux sentiments exprimés par Keufan, parce qu'à lui aussi « *il [lui] arrive de dire des choses, et de ne pas être écouté* ». On entend dans la phrase qui suit (« *vous avez fait votre part, Keufan, vous avez fait votre part* ») l'insistance avec laquelle le jeune éducateur essaie de se convaincre que, lui aussi, au quotidien fait de son mieux, malgré peut-être la dénigration de son manque d'initiation, et d'autorité, de la part de certains collègues (cf. chapitre 6, I.C/3).

I. C/ L'infantilisation des professionnels de terrain

Il serait approprié de faire une analyse plus approfondie de ce que la prédominance de ce registre émotionnel-psychologique explicite en termes de hiérarchie d'interventions des professionnels au sein du CTR. Dans un centre médico-social de vie collective où les psychiatres sont de manière frappante *absents* (ce qui n'est pas le cas dans les CSAPA ambulatoires ou dans les services d'hospitalisation, rappelons-le), ou plutôt très peu présents (un jour par semaine en moyenne) et donc peu informés sur les événements et l'évolution en temps réel des résidents, d'autres figures professionnelles semblent avoir une autorité supérieure : d'un côté les psychologues, et de l'autre les cadres, ou supérieurs hiérarchiques. Pour ce qui concerne la prédominance des psys on peut le constater, ne serait-ce qu'à leur temps de parole très majoritaire par rapport aux autres professionnels, en réunion au TCHAT ; ou à l'attitude avec laquelle Ludovic, le psychologue de Métanoïa, paraît avoir toujours « le dernier mot », ou la parole conclusive, lorsqu'il s'agit en réunion clinique de caractériser le comportement ou la réaction d'un résident. Seuls à pouvoir s'octroyer le droit de parler de « clinique », leur influence sur le reste de l'équipe témoigne que la culture psychologique et l'hégémonie de la parole « psy » sur ce secteur demeurent très marquées (et sont d'ailleurs défendue par nombre d'intervenants). Le reste des équipes adopte donc souvent leur langage psychologique (ou psychologisant) – ou il ne leur reste qu'à se replier, face à la parole légitime des psychologues, sur leur propre spécificité : les infirmiers se concentrent sur la « technicité » de leur métier ; les éducateurs font valoir leur temps de présence auprès des usagers, majoré par rapport à celui des psys et des infirmiers, ou leur majeure polyvalence par rapport aux assistantes sociales. Tous ces travailleurs se considèrent bien sûrs plus « professionnels » que les médiateurs-santé-pair, ou encore que les stagiaires de leurs professions respectives, *etc.* De manière analogue, en regardant en haut vers leurs supérieurs hiérarchiques (généralement des éducateurs ou des éducatrices – les cas d'une psychomotricienne cheffe de service comme à Métanoïa restent rares), la formation dont bénéficient ces derniers suffit généralement à les doter d'une aura de légitimité. Les cadres des établissements sociaux et médico-sociaux ont généralement entre 0 et 20 ans d'ancienneté dans leur métier (souvent plus de 10 pour les femmes, discriminées dans leur accès aux fonctions de direction) – et donc ils sont également perçus comme compétents sur « le terrain » et dans le rapport aux usagers. Mais ils ont par ailleurs généralement effectué des diplômes complémentaires à leur formation initiale qui leur permettent de mettre en valeur leur itinéraire plutôt que leur simple statut d'encadrant. Comme l'écrit Hélène Chéronnet, « Il semblerait que la capacité des directeurs à inscrire leur activité d'encadrement dans une polyvalence verticale joue comme un facteur de distinction dans un groupe professionnel hétérogène » (Chéronnet, 2009 : 50). Quand bien même les

relations entre opérationnels de terrain et direction sont souvent tendues, comme dans nombre d'organisations salariales, ce qui nous semble particulièrement marquant en CTR, c'est la demande d'affirmation de ces capacités d'encadrement, et d'une réassurance d'une autorité de type vertical, que semblent manifester régulièrement les professionnels vis-à-vis de leur direction. Ils ne se plaignent pas souvent que leur chef ou leur cheffe de service soit trop autoritaire ou restrictive. Au contraire, ils manifestent plutôt de l'insatisfaction lorsque leur direction semble manquer de confiance, d'assurance, d'autorité – ou précisément, de directivité.

Il semble donc que ce soit souvent par une sorte de volonté de se légitimer dans leurs fonctions que les chefs de service font preuve d'une autorité de type verticale au sein du CTR. Comme en réactions des attentes des salariés à leur égard, les directeurs et chefs de service semblent adopter des attitudes d'encadrement paternalistes ou dirigistes. Nous rendrons compte dans ces extraits de l'observation d'une critique, en réaction, de la part de ces mêmes cadres, qui jugent que les professionnels qu'ils coordonnent utilisent, *comme les usagers*, l'infantilisation comme défense :

Réunion institutionnelle. Présentation de « ce qu'est la coopération » par Delphine, la directrice.

Delphine – [...] Et puis, comme la dernière fois, j'ai remarqué que vous étiez comme les actients, vous vous coupez toujours la parole... Le but de cette séance en tous les cas, au vu de comment se sont déroulés les 15 derniers jours, ça va être de revoir ensemble comment on vit le règlement, comment on recadre et comment on se sépare des personnes. Mais tout ça, avec la coopération comme mot d'ordre !

Cdt 2 – Métanoïa – 14/10/21 (jour 36)

[Après une consommation collective de trois résidents, l'équipe essaient de récapituler les événements en réunion clinique. Delphine en profite pour redemander de la clarté sur le protocole à suivre dans les cas de ce genre (comment remonte l'information ; qui prévient ; qui décide de la fin de séjour ; qui l'annonce au résident, etc.)]

Delphine – Moi je trouve que ce qui est difficile dans ces situations, c'est pas tant le recueil de la preuve, que la complétude des informations... il faut que ça soit un tant soit peu et juste...

Après, c'est vrai qu'on est un peu dans la cour d'école, là... [On ne comprend pas si elle désigne la situation des résidents, ou la situation des professionnels]. Mais je crois que sur la question des sanctions, il faut qu'on recueille un peu d'éléments...

Cdt 2 – Métanoïa – 25/11/21

[Entretien individuel avec Maxime Leprince, le chef du pôle hébergement. On discute de Jonas, de comment il « pose problème à l'équipe ».]

M. Leprince – Mais Jonas, pourquoi il est intéressant ? Parce qu'il fait symptôme de ça : il demande de l'amouuur...

Mon prédécesseur m'avait dit qu'il fallait faire gaffe à l'effet-miroir : parce que, à force de travailler avec eux, les professionnels deviennent toxicomanes – comme eux en tous cas. Je sais pas si je suis d'accord avec ça, je sais pas s'il faut trancher... Après, chacun a ses failles narcissiques, comme dans toute institution. [...]

On avait ici une jeune fille, dont je me suis vite rendu compte que j'étais incapable de l'aider... j'avais une forme d'amour pour elle, j'aurais dû l'exclure de certains moments, et à un moment je dis en réunion : « je suis complètement incompétent à l'aider, Zoé, parce

que je l'aime bien ». *Ils m'ont regardé...comme un extra-terrestre. « Bah non, c'est précisément parce que tu l'aimes bien que tu vas être capable de l'aider... ».* Ils travaillent avec de l'amour ces cons-là... (sic) On l'a exclue en juin ; je suis revenu des vacances en août, le 23 ; le 25, j'étais à son enterrement. [la jeune fille a fait une overdose]
Il faut vraiment apprendre à se départir de ses sentiments humains quand on travaille à cet endroit-là... Je crois qu'on n'enseigne pas aux étudiants ces choses-là, parce que c'est trop polémique... Et ici, tu le vois bien avec la relation du thérapeute – qui est vraiment une relation de sachant avec le petit objet...alors que tu peux pas travailler seul...

Cdt 1 – TCHAT – 03/06/21

Si l'on veut caractériser la critique, légèrement différente, qui s'adresse aux professionnels de la part des deux directions, il faut comprendre la nécessité conjointe, pour les cadres, de parler des opérationnels de terrain comme de personnes qui ne seraient pas encore au maximum de l'autonomie professionnelle qui est attendue d'eux aujourd'hui dans ces professions. Mais plus encore : si on a jusqu'à présent décrit uniquement les négociations entretenues autour de l'autonomie supputée et réelle des résidents, l'effet-miroir est ici patent, dans la mesure où *le même processus d'invalidation de l'autonomie* se déroule, de la part des directions des deux CTR envers les opérationnels de terrain. Nous développerons ici les points de vue de la direction.

D'un côté, les salariés sont *immatures* : ils se comportent entre eux comme des adolescents qui se chamaillent (Delphine : ils se coupent la parole « comme les actients »). La directrice va plus loin, elle sous-entend qu'il est normal que les usagers les imitent et se comportent en enfants, si les professionnels ne sont pas capables de faire preuve de plus de maturité. Ce discours d'infantilisation sert un projet de responsabilisation des opérationnels de terrain quant à une extension de leur répertoire de tâches. C'est là un argument-clé de la part de cette direction de transition pour faire valoir plus d'horizontalité et de « subsidiarité »¹⁶. Cette immaturité semble inhérente au groupe des professionnels – on doit leur apprendre à mobiliser et se fixer sur un autre répertoire de tâches-comportements.

De l'autre, les salariés doivent être « gérés » comme les toxicomanes, parce qu'ils fondent leurs compétences professionnelles sur des valeurs et des sentiments (l'amour), et non sur les capacités techniques qu'ils doivent à leur expérience dans le domaine. La conséquence de ce mauvais rapport aux émotions est inverse à l'implication suggérée par Delphine : ce sont les professionnels qui finissent par ressembler aux toxicomanes, parce qu'ils se comportent avec leur direction comme les résidents se comportent avec eux. La demande de reconnaissance et d'une instance de validation comme de sanction des comportements agis est la grande difficulté que cette direction a à prendre en charge. Mais ce discours d'infantilisation ne sert pas pour autant de tremplin à une procédure de responsabilisation active des professionnels : il ouvre plutôt la porte à une augmentation des réglementations, des protocoles, à une technicisation de la profession, pour contrer ces dérives affectives des professionnels qui génèrent (comme elles ont produit par le passé) de la souffrance lors des

¹⁶ Issu d'une encyclique pontificale en pleine montée des totalitarismes, le principe de subsidiarité a été adopté par l'Union européenne, pour devenir, avec le traité de Maastricht, une règle centrale de la régulation et de la répartition des compétences partagées entre les États membres de l'Union et la communauté de ses citoyens (Barroche, 2008). Elle signifie que la décision et la gestion d'une action publique doit revenir à l'entité compétente *la plus proche* de ceux qui sont directement concernés par cette action. Mais elle conduit concrètement, d'après nos observations, à ce que M.-A. Dujarier décrit comme une « délégation en cascade », de certaines tâches décisionnelles importantes habituellement menées par les cadres vers les opérationnels de terrain (Dujarier, [2006] 2018 : 136 et s.).

échecs. Leur manque d'autonomie ne semble pas inné mais acquis, via leur fréquentation trop assidue des résidents (logique de contamination de l'im maturité et de la dépendance) ; mais paradoxalement, le chef de service (démuni devant l'entropie institutionnelle de son service) naturalise le comportement de ses salariés – en choisissant de les « gérer » de manière technocratique, avec toujours plus de protocoles, et de contraintes.

Par-là, similairement aux situations observées par Christophe Dargère en ImPro, les cadres de l'institution revendiquent habituellement une double distanciation. Se tenant à l'écart d'une prise en charge directe des usagers – car c'est la tâche que doivent effectuer les professionnels – ils doivent justifier leurs distances également avec ce personnel, « qui a en charge une population dont le contact peut s'avérer contaminant. il n'est ainsi pas rare de voir les cadres mettre sur un même niveau le personnel héritant de la gestion des usagers avec les usagers eux-mêmes » (Dargère, 2014 : 167). En l'occurrence la position de Maxime Leprince est plus compliquée et plus intéressante de ce fait : il prétend être sur le front, et le plus possible endosser des tâches de prise en charge directe, de « recadrage », quitte à (selon ses mots) accepter d'incarner le « mauvais objet » (terme psychanalytique), parce qu'en vérité il se distancie souvent de ses salariés, dont il ne cesse de me dire qu'il ne comprend pas le sens qu'ils accordent à leur travail. Il se perd conséquemment dans le souvenir de ses expériences négatives, et se débat avec le sentiment d'illégitimité qu'il ressent depuis le départ avec cette équipe, tout en utilisant son langage psychanalytique abscons et une posture de sachant vis-à-vis des populations dont il se sent la charge.

De leur côté, les opérationnels de terrain nouvellement arrivés semblent devoir vivre, comme les résidents, une forme d'initiation au cadre institutionnel et à la philosophie de l'équipe dans laquelle ils vont être amenés à exercer. On a évoqué comment la conformation à l'attitude professionnelle des collègues plus anciens semble relever d'une forme d'adaptation (primaire cette fois) à l'univers médico-social dans lequel les jeunes ont choisi de s'implanter. La « polyvalence » que les directions attendent d'elles, mais aussi l'évolution de la formation dont ont bénéficié les nouvelles générations de travailleurs sociaux, provoque néanmoins un clivage entre deux générations d'éducateurs et éducatrices – semblablement à ce que repère Martin Sarzier chez les infirmières et les aides-soignantes (2020 : §47-48). Cela transparaît sur nos terrains dans les entretiens ou les interactions informelles que nous avons avec les stagiaires éducatrices ou assistantes sociales – preuve s'il en est qu'elles ne font pas que se conformer ingénument à ce que l'équipe leur propose d'être et de faire. Jade, embauchée en CDD pour assurer les remplacements sur l'été 2022, a vingt-cinq ans passés. Elle a travaillé comme éducatrice spécialisée en foyer de l'enfance avant l'addictologie, mais jusqu'à présent, elle n'a été employée que pour effectuer des remplacements, en intérimaire ou sur des contrats de courte durée, comme au TCHAT actuellement. Elle avait été stagiaire en 2018-2019 dans la structure, et elle s'était rendue disponible l'été suivant pour assurer cette fonction ; la direction l'a rappelée quelques mois auparavant, et la voilà de nouveau. Ce jour-là, elle est en remplacement sur le poste de Laurianne, l'infirmière, et remarque elle-même qu'on la contacte en quelque sorte pour « boucher les trous » du personnel vacant¹⁷ :

[Nous parlons seules, toutes les deux, dans le bureau :]

Jade– Si mon poste était complet, je ferais le remplacement de tout le monde, partout...

[...] Honnêtement, j'essaie de trouver les avantages de mon poste, parce qu'il y en a pas

¹⁷ Un autre exemple clair de sa discrimination de traitement par rapport aux collègues en CDI, c'est que, payée à la journée, Jade n'est pas conviée par exemple aux réunions d'équipe : elle n'a donc pas son mot à dire sur l'analyse de la dynamique groupale des résidents ou sur l'évolution de chacun d'eux.

beaucoup... Mais bon, #j'apprends au moins#, comme je rencontre toute l'équipe et je vois les façons différentes de travailler des uns et des autres... [*je la relance sur ce point*] Parce qu'il y en a qui sont très carrés, ont des horaires très stricts, des manières assez strictes aussi de parler avec les patients... Mais...

[...] *Il y en a, des collègues, qui sont là depuis vingt ans... La question, c'est pas une critique – mais comment tu peux, après vingt ans, avoir autant de recul... ? C'est sûr que tu peux aussi ne pas te figer, même si tu te sens bien quelque part...*

Cdt 1 – TCHAT – 13/05/22

Si Jade dit ne pas vouloir être critique vis-à-vis de ses collègues, elle signifie ici que d'autres choix sont possibles, que celui de se « figer » dans une institution, et de figer de la même manière un certain style relationnel avec les usagers. Elle exprime aussi, qu'elle comprend fondamentalement pourquoi ces professionnels se comportent de cette manière : certains « sont là depuis vingt ans » ; comment pourraient-ils « après vingt ans, avoir autant de recul » qu'une jeune professionnelle, qui vient juste d'arriver et qui constate les défaillances institutionnelles ? Mais il s'agit de s'adapter, face à l'inertie institutionnelle obligeant apparemment les comportements professionnels à s'homogénéiser. Comme une infirmière qui a démissionné quelques mois plus tôt, Jade témoigne en effet avoir subi des formes de critiques ou de pressions de la part de certains membres de l'équipe qui n'apprécient pas que les « nouvelles » remettent en cause la manière dont fonctionne l'institution et dont doivent se comporter ses membres :

[*suite du précédent extrait*] Clairement, l'équipe elle est fractionnée. Moi je m'en suis pas forcément rendue compte au départ quand je suis arrivée. Et puis, Emeline m'avait prévenue [*l'infirmière qui a quitté le CTR est en lien avec elle*] – elle m'a dit de faire attention à moi. Après, je pense que c'est comme partout, mais c'est difficile de travailler avec une équipe qui est fractionnée comme ça. [...]

Il y a des personnes, sans citer de noms, parfois, les patients, elles les infantilisent... Elles leur crient un peu dessus. Et moi au contraire, j'ai une voix un peu douce – et on me l'a fait remarquer, on m'a dit « Ah, tu devrais être un peu plus cadrante... ». Mais bon, éducateur, tu fais aussi avec ce que t'es, toi. Du coup, quand on va te reprendre sur des choses, c'est pas que sur ta pratique qu'on va te critiquer, c'est un peu sur ta personnalité. Après, c'est partout pareil, je sais que c'est difficile d'être stagiaire...

L'éthos de l'éducateur-éducatrice devant être, selon les collègues de Jade, d'être « cadrant », toute la personnalité de la nouvelle arrivante doit se calibrer à ces attentes professionnelles qu'on lui enseigne – et se trouve jugée à défaut, si elle déroge à ce qui relève de la posture défendue par la culture d'équipe et le style institutionnel du CTR. Le fait que Jade évoque les critiques qui sont faites à sa voix trop « douce », juste après le passage où il semblerait qu'elle critique l'infantilisation qui est faite des usagers, nous montre bien le style différent de formation qu'elle a reçu, ou le hiatus fréquent qui s'exprime pour les éducateurs, une fois qu'ils ont quitté l'école et qu'ils se retrouvent dans la pratique. L'infantilisation que pratiquent les professionnels néanmoins (et conformément à ce qu'on évoqué plus haut) nous semble à ce stade être une répercussion directe de l'infantilisation subie par les travailleurs de terrain de la part de leurs directions.

Cette situation (équipe fractionnée, repli professionnel sur des rôles figés et rigides, infantilisation des N-1) est loin de concerner une seule institution, comme le note la jeune éducatrice. Dans un cadre de travail qui les rend de plus en plus subordonnés à des prescriptions de tâches incompatibles entre elles, et revivant eux-mêmes une infantilisation

accrue, les professionnels de terrain sont parfois tentés par une déresponsabilisation en cascade qui créent des tensions au cœur de leur travail et trouve son exutoire dans l'interaction principale qu'ils sont censés assurés : l'échange avec les usagers (Dujarier, 2006). Une grande partie d'entre eux déportent une partie de leur frustration sur les résidents, en « faisant pour » eux ou en s'insurgeant de ce que ces derniers ne les laissent pas faire – ce qui empêche de plus ces derniers de se rendre actants et participatifs dans leur traitement au sein du centre. Nous analyserons plus précisément quels sont les mécanismes interactionnels qui se mettent en œuvre dans cette tentation de « garder » les résidents, au sein du centre, dans une identité figée d'enfants ou d'adolescents en opposition.

*

II. Garder les usagers dans l'identité d'adolescents

Une équipe constituée en grande partie d'éducateurs et éducatrices visant à « faire devenir adultes » un groupe variable de pensionnaires se retrouve ainsi dans ce lieu du CTR dans une condition analogue : celle de se voir à tout moment dépossédés de leur identité d'adultes, pour se voir comparés à des adolescents esquivant les responsabilités. Il s'agit à la fois de comprendre les logiques qui président à ce processus de dénégaration de leur être-adulte, et d'expliquer conjointement ce qui fait que chaque groupe accentue ce maintien dans « l'entre-deux entre l'enfance et les responsabilités sociales » (Le Breton, 2016 : 103). En effet, les résidents des CTR ressemblent rarement aux « adulescents » décrits par certains sociologues contemporains. Ils ne sont pas des Tanguy¹⁸, contents des bénéfices offerts par le maintien au domicile parental, qui repoussent leur autonomisation économique ou affective pour maintenir une « position ludique devant le monde » et vivre dans « l'hédonisme de l'instant » (Le Breton, 2016 : 115). La vie en institution, et son relatif enfermement (dont nous avons traité au chapitre 3), fait beaucoup plus songer au traitement dont bénéficient les adultes handicapés dans des structures de type FAM ou en MAS. Ces derniers, considérés par le grand public comme de « vieux enfants », sont des personnes qui se voient régulièrement privées des rites et des repérages intergénérationnels, au nom de la préservation de leur « simplicité » ou de leur bien-être. Dans certains centres dédiés, les équipes les sauvegarde par exemple de l'enterrement de l'un de leur proche, au prétexte que cela les affecterait trop (et qu'il s'agit aussi de sauvegarder l'équipe des répercussions possibles de cette émotion). « Privées de rites, elles sont rejetées de la plupart des transactions réelles ou symboliques qui les constitueraient comme adultes. Elles sont considérées, au sens strict du terme, comme des "idiots", c'est-à-dire privées de "vie publique" » (Gomez, 2006 : 120). Le traitement de certains usagers – on a pu le voir avec l'exemple de Dimitri à Métanoïa, ou avec l'emploi de l'adjectif « précaire » au TCHAT pour désigner cette même catégorie de personnes – peut faire écho à une infantilisation semblable à celle que vivent les personnes avec des déficiences intellectuelles. Mais si les personnes handicapées psychiques sont infantilisées au nom d'une différence cognitive apparente, c'est souvent loin d'être le cas pour les usagers de drogues. Dans leur cas, c'est plutôt leur complexité caractérielle qui est invoquée par les professionnels pour justifier

¹⁸ Personnage éponyme de la comédie française d'Etienne Chatiliez (2001), ce nom a fini par désigner ordinairement en France un véritable phénomène générationnel – voir l'article de Van de Velde, Cécile. « Une génération « Tanguy » ? », *Agora débats/jeunesses*, vol. 49, no. 3, 2008, pp. 40-49.

de les considérer comme des adolescents. Il faut comprendre alors ce qui les autorise en outre à projeter la conception de cette adolescence symbolique dans le cadre du sas institutionnel que constitue le CTR, et dont les professionnels sont garants de définir les limites topographiques et morales.

Comme le souligne le chercheur et éducateur spécialisé Jean-François Gomez, en se référant à Arnold van Gennep, l'idée du schéma du rite de passage (avec séparation, marge, et agrégation) demande de tenir compte de la durée, de la temporalité spécifique de ces rites et de la durée du temps long, générationnel – pour que quelque chose comme un « changement d'état » soit envisageable (Gomez, 2006 : 144). Le rite de passage n'est pas qu'une porte, qu'on ouvrirait ou qu'on fermerait, pour se retrouver dans un autre état, sans tenir compte du précédent. Or, le parcours thérapeutique en CTR est souvent décrit par les usagers comme une étape importante de leur vie, où un changement d'état serait rendu possible via la claustration dans un espace séparé de la société ordinaire. Mais la claustration n'est jamais uniquement spatiale ; bien plutôt, en ce qui concerne cette métaphore du devenir adulte, cela pose la question du temps de l'institution et de ce qui, au sein de celle-ci, *bloque* le passage à l'âge adulte, ou *enraye* précisément le devenir qu'elle serait censée activer. Car la représentation du fait que « les toxicomanes sont des enfants » est parfois mise en œuvre et entretenue de manière bilatérale, si efficacement que certains professionnels du TCHAT (hétérodoxes par rapport à l'inertie institutionnelle) n'hésitent pas à dire qu'ils ont l'impression que les usagers « régressent » ou perdent par rapport à leurs capacités d'avant, en restant longtemps dans les murs. Ces critiques ont déjà été menées, à de multiples reprises, par des sociologues comme par celles et ceux qui travaillent comme soignants ou accompagnants dans ces milieux. L'éducateur C. Dargère écrit ainsi : « L'institution fonctionne donc pour entretenir et contenir ses pensionnaires dans un système qui ne leur permet pas de sortir de leur condition » (Dargère, 2014 : 24). Nous ne voudrions pas tant les réemployer en ce qui concerne l'institution-CTR qu'aborder plus précisément la manière dont le processus de « séparation-individuation » (décrit en psychologie comme venant rejouer à l'adolescence quelque chose de l'individuation psychique infantile – Blos, 1967 ; Winnicott, 1989) paraît entravé par certaines dynamiques inter-individuelles, qui tiennent tant de la culture d'équipe que des effets causés par les rapports de pouvoir institutionnels. Au sein du TCHAT, cela engage de mettre en évidence les rapports d'infantilisation entre soignants et soignés, les « faire pour » ou les postures d'inquiétude et d'assistance exacerbées – et ce, nonobstant les fonctions de contrôle et de gardiennage précédemment évoquées au chapitre 2. Nous allons illustrer dans cette section comment, bien plus qu'en référence à la Loi du Père, l'institution apparaît ici bel et bien comme une Institution Mère. À Métanoïa, cela s'entrevoit plus spécifiquement dans des mécanismes de délégation des rôles, et dans une certaine confusion entre ce qu'on attend des professionnels, qui se voit transposé dans ce qu'on attend des usagers. À chacun des apprentissages que nous avons repérés au chapitre 4 (« apprendre à parler » ; « apprendre à être libre » ; « apprendre à être autonome »), répond ainsi, comme par effet de miroir, une compétence professionnelle qui s'active pour « encadrer » cet apprentissage et veiller à ce qu'il ne dépasse pas un certain seuil critique. Ce seuil consacrerait en effet la réelle autonomie de l'utilisateur adulte, et ne justifierait plus la présence de ce dernier au sein du centre, où il doit être *éduqué à l'autonomie*. Ces compétences se trouveront ainsi nommées dans cette section : parler / *évaluer-critiquer* ; être libre / *(re)cadrer* ; être autonome / *sécuriser son territoire*. Cette typologie du doublet d'actions qui, à l'autonomisation, proposent en contrepartie des actions de consolidation de l'agir professionnel, se fonde clairement sur l'observation des ateliers et des interactions offertes par le premier CTR, TCHAT. Néanmoins, de la même manière que le legs

du « cadre » comme concept psychanalytique et éducatif reste présent dans l'accompagnement et les règles du jeu du centre Métanoïa, nous souhaitons montrer comment il peut se décliner dans la gestion du temps, de la spatialité, et des partitions « territoriales » et affectives qui se trouvent parfois exacerbées dans chacun de ces centres.

*Encadré 5.1_*

Distinguer « cadre » et « cadrage » en CTR

Sans nous référer directement à elle, il est impossible d'évoquer la notion de « cadre » sans mentionner l'ouvrage théorique que E. Goffman y a consacré ([1974] 1991). Reprenant à G. Bateson l'usage du terme (*frame*), Goffman approfondit dans le livre *Les cadres de l'expérience* les constats qu'il a pu porter dans ses textes antérieurs sur les moments de transformation du cadre spontané attendu par l'un ou l'autre des participants, et sur les ambiguïtés ou encore les erreurs de cadrage, qu'il désigne comme des « ruptures de cadre ». Il s'intéresse notamment à la différence entre les transformations du cadre qui ne sont pas cachées aux interactants (nommées « modalisations ») et celles qui se produisent au moins à l'insu de l'un des participants (les « fabrications ») : ce n'est pas la même chose si deux hommes « jouent » à se battre en connaissance de cause, ou s'ils jouent délibérément cette scène devant une tierce personne qui elle, pense que la lutte est réelle.

L'important à retenir de la théorisation goffmanienne c'est que, plus que le *contexte*, le cadre relève à proprement parler de la *définition primaire de la situation*. Le cadre est ce qui permet de construire et de lire une situation dans le monde social (Delcambre, 2004). « Dans nos sociétés occidentales, identifier un événement parmi d'autres, c'est faire appel [...] à un ou plusieurs cadres ou *schèmes interprétatifs* que l'on dira primaires parce que, mis en pratique, ils ne sont pas rapportés à une interprétation préalable ou "originale". Est primaire un cadre qui nous permet, dans une situation donnée, d'accorder du sens à tel ou tel de ses aspects, lequel autrement serait dépourvu de signification » (Goffman, 1991 : 30). Parmi les cadres primaires, Goffman fait ainsi la séparation entre cadres naturels et cadres sociaux – mais le cadre social d'une interaction est donc ce qui fait qu'elle *existe*, avant même de pouvoir être transformée ou mésinterprétée. Au-delà de la différence entre cadres *primaires* et cadres *transformés* (qui se divisent eux-mêmes entre les situations de modalisation et celles de fabrication), cette analyse théorique des processus de cadrage par lesquels les êtres humains mettent en sens et organisent leur expérience du monde permet avant tout de saisir que ces cadres ne relèvent pas du registre des conventions communicationnelles. Comme les rites d'interaction, ils acquièrent chez Goffman une forme d'autonomie, et deviennent indépendants des intentions individuelles : surtout, « ils constituent des objets d'analyse en tant que tels, qu'il est possible de classer, d'articuler les uns aux autres » (Sharron, 1981 – cité par Nizet, Rigaux, 2014 : 75).

Cela étant, nous ne pouvons pas limiter notre repérage notionnel à cette définition sociologique du cadrage (*framing*), car la notion de « cadre » a acquis depuis des décennies une signification singulière dans les milieux médico-sociaux, et plus généralement dans tous les espaces où l'on pratique des psychothérapies.

D'origine psychanalytique, le cadre classique d'une thérapie désigne habituellement les critères précis qui localisent et définissent l'intervention : fréquence, durée, lieu, position des personnes (*setting*), type de rapport contractuel et modalités de paiement, style d'intervention du thérapeute (échanges verbaux ou non), règle de confidentialité, règle d'abstinence (refus de répondre à la place du patient), règle de neutralité (pas de jugement, de conseils ou de directives) (Martin, 2001 : 107). Il est ce qui vient poser des limites et des repères pour le processus thérapeutique et sécuriser les deux membres de l'interaction, patient/analysant et thérapeute/analyste. Le cadre thérapeutique est souvent considéré et idéalisé par les psychiatres et psychologues comme « un espace-temps distinct de celui de la vie quotidienne », où « tout ce que l'on y vit est signifiant, chargé de sens, et utilisable pour comprendre le monde spécifique de chaque patient » (Delourme, 2003 : 29). Il est support d'un ensemble de métaphores caractéristiques : le cadre est tantôt « une scène » où vient se répéter, se rejouer quelque chose de l'enfance de l'analysant ; tantôt une « aire de jeu » (Winnicott, 1975) qui prend pour modèle le jeu de l'enfant, et où tout ce qui est raconté ou agi possède des liens avec la

réalité extérieure, mais provient en vérité de la réalité psychique interne du sujet ; tantôt encore une « enveloppe » ou un « contenant maternel » qui garantit un réceptacle d'accueil psychique pour la personne qui vient en thérapie (Anzieu, cité par Martin : 109)

Le cadre est régulièrement posé, au départ d'une thérapie, comme un protocole ou un référentiel explicite pouvant figurer le rapport naissant qui trouve ainsi une matérialité d'appui. Les équipes soignantes s'y réfèrent donc souvent explicitement pour désigner ce qui doit venir régler et assurer, garantir les rapports du patient avec les membres de l'équipe. Le cadre devient de fait souvent implicite, il est intériorisé, comme une instance psychique ou une norme à laquelle les acteurs se réfèrent, et il est intéressant qu'il ne redevienne explicite que dans les moments de rupture ou de crise du processus. Si le psychanalyste argentin José Bleger a pu montrer comment le cadre est souvent le dépositaire des fantasmes et des conflits portés par les membres de la relation analytique (Bleger, 1979), il faut donc le considérer comme un élément tout sauf neutre – mais qui impacte directement sur le processus en cours. Il est en ce sens très similaire à la définition donnée par Goffman du cadrage, et « loin d'agir uniquement en tant que contenant, il devient un contenu qui demande à être analysé » (Abella, 2015 : 29).

II. A/ Évaluer, critiquer, organiser – gestion de la parole, de la représentation et du temps des usagers

Si les résidents sont incités à prendre la parole, et à apprendre à désigner, définir leurs troubles et leurs émotions, ainsi qu'à les distinguer les unes des autres, cet apprentissage de la parole est une activité encadrée et tributaire du regard professionnel. Même à Métanoïa, les ateliers définissent un cadre très précis octroyant la prise de parole. Il y a d'abord la cérémonie du « bonjour » et du « comment ça va ? » (chapitre 4, II.A/), mais souvent au départ, le professionnel parle et les usagers écoutent. Ils doivent ensuite donner une réponse, chacun leur tour, sur « ce que [ça] leur fait » d'entendre ces observations générales énoncées par l'animateur en charge de l'atelier. Ou bien, ils doivent développer des exemples tirés de leur expérience, qui répondent au thème de l'atelier en question. La parole sert à une confirmation du langage et de la théorisation institutionnelle. Lorsque les résidents témoignent d'un autre savoir, d'un apport différent concernant tel ou tel domaine, cela vient généralement pris en compte et intégré à l'élaboration de l'argument successif de la part du professionnel.

Bien différent est le cas du TCHAT, où l'encadrement et la limitation de la parole est facilement repérable, à travers l'espace matériel où la parole des usagers se donne à voir : l'embrasure de la porte du « bureau ». Une matinée ou une après-midi typique au TCHAT se déroule schématiquement comme des discussions d'entre-soi professionnelles dans le bureau (transmissions, discussions cliniques et échanges plus informels ou anodins), qui se voient ponctuellement entrecoupées d'une demande, d'un usager frappant à la porte. Demande de rendez-vous, demande de sortie, demande des clés pour la salle de sport, demande d'un antalgique, demande de modification d'emploi du temps, demande du téléphone hors horaires pour une démarche importante, demande de quand est-ce que l'atelier commence... Les seules activités ne requérant pas de demande étant le fait de se préparer du café ou de sortir fumer dans la cour, les usagers font souvent s'écouler le temps au CTR de cette manière. Le reste du temps, la formalisation d'une demande orale (quand il ne s'agit pas d'une demande

d'autorisation écrite, pour des démarches enfreignant le règlement¹⁹) est souvent nécessaire pour effectuer un certain nombre de démarches. Les professionnels se plaignent par ailleurs souvent en retour du comportement d'un ou une usagère, qui « est tout le temps dans la demande » ou « est beaucoup dans la demande à l'autre », sans se rendre compte que ce sont eux qui font en sorte que les usagers aient besoin de se rapporter avec eux pour tout type d'activité ou de requête. La porte du bureau, régulièrement fermée, qui oblige l'usager à frapper et à se voir autoriser d'ouvrir la porte avant d'entrer, en est l'incarnation concrète. Les usagers sont ainsi invités à parler quand la nécessité les y pousse, et quand leur rapport à l'institution et à ses représentants ne pourra être que « de bonne volonté », s'ils veulent obtenir quelque chose de leur part. L'équipe esquivait ainsi au maximum tous les endroits de malentendus et de violences possibles ; mais elle néglige également en grande partie les discussions informelles, non cadrées par la dimension d'entretien, avec les résidents. On incite de même les usagers à faire des choses « pour eux », et à éviter les points de litige avec les autres résidents. Les professionnels se déchargent, la réunion de 9h passée, de la responsabilité d'observer ce que *font* les résidents : les résidents *doivent faire* ce qu'ils ont annoncé qu'ils feraient (sport, ordinateur, puzzle, « repos »...) ; s'ils y dérogent, et qu'ils en viennent à se disputer pour une activité avec un autre usager par exemple (il n'y a qu'un ordinateur, un usager ne peut pas venir s'approprier de celui-ci si quelqu'un d'autre a annoncé le matin vouloir utiliser l'appareil), ils peuvent se voir sanctionnés.

Par ailleurs, il est important d'illustrer comment la figure d'autorité que se doit d'incarner le chef de service apparaît comme la seule en mesure de mettre des limites à la parole débordante d'un usager dissipé :

[En réunion, l'équipe rebondit sur le cas Jonas, qui commence « à chauffer tout le monde » selon Hugo (Esp.) : il raconte un épisode où Nadine venait voir Jonas pour revoir un document qu'il devait envoyer à la MDPH, et où « Jonas lui a répondu, à ce qu'il paraît : "c'est bon, je veux plus parler avec vous." » Il raconte encore comment, sur le chemin du sport, « il a parlé tout du long avec Noémie, la stagiaire AS, parce que personne veut plus parler avec lui » (sic). Les autres professionnels enchaînent sur les remarques concernant son cas :]

- Il a remis Eduardo en rogne, parce qu'il regardait par-dessus son épaule.
- De toutes façons, il parle mal à tout le monde...
- Mais il fait exprès... !
- Tu crois qu'il fait exprès ? Il a eu une baisse de traitement, lui, non ? *[en s'adressant aux infirmiers]*

Anthony (IDE) – Non, je pense qu'il le fait bien [qu'il prend bien le traitement]. Il joue un peu avec... À un moment, quand il est arrivé, ça sortait plutôt comme une pulsion. Là ça sort un peu comme il a envie, avec qui il veut... On s'est dit qu'il en a peut-être profité que Maxime n'était pas là, quoi qu'en même temps, Maxime [Leprince, le chef de service] avait mis une note à un moment tu sais, où il lui avait dit qu'il allait lui enfoncer ses lunettes dans les yeux... Ça peut aller loin ça... [...] Mais c'est vrai que à un moment Maxime lui a dit, « C'est bon, on arrête de parler. »

Hugo – C'est ce que j'ai fait hier... !

Anthony – Après, je sais pas... de quelconque manière que tu tournes la phrase, il prend ça contre lui [...] il perçoit des choses... il est un peu dans l'interprétation aussi.

¹⁹ Cette formalisation écrite de la demande prenait des proportions encore plus démesurées à la CT Stella, où pour la moindre modification du planning, ou demande de sortie exceptionnelle, les résidents étaient obligés de fournir une demande écrite plusieurs jours à l'avance. Celle-ci se voyait évaluée par l'équipe en réunion, qui paraissait le document pour donner son accord ou refuser la demande, et restituait la feuille à l'usager.

Il est ici marquant de voir comment la négociation de l'autorité professionnelle dans le rapport avec Jonas s'articule autour de la reconnaissance du besoin de « parler » du résident, qui ne parle pas dans le cadre qu'on lui impose mais veut tout le temps « parler avec » les professionnels, de tout autre chose. On peut constater que face à l'indifférence ou à l'attitude excédée de l'équipe vis-à-vis de sa personne, Jonas a développé une stratégie adaptative, qui vise à suspendre parfois sa parole (« *je veux plus parler avec vous* ») ou à l'exacerber encore plus, de manière à incarner l'insupportabilité décrite par les professionnels (« *il parle mal à tout le monde* » ; « *personne veut plus parler avec lui* »). Mais cela ne semble pas perçu par l'équipe, qui préfère se rassurer sur le fait que le chef de service, Maxime, parvient lui du moins à le freiner dans ses débordements, en lui disant « C'est bon, on arrête de parler ». À la violence ressentie et réexprimée par le patient – ses chantages affectifs autour de la parole ne fonctionnant plus (même s'il semble les maîtriser presque plus que les professionnels) –, il faut donc que réponde la sanction de l'institution, incarnée par la parole du directeur, et le verdict qu'il donnera dans l'entretien bilan du 17 juin suivant. Le rapport spéculaire qu'entretiennent les professionnels à cette figure hiérarchique d'autorité est encore plus souligné par l'exclamation de Hugo, qui voudrait se hisser à cette position charismatique d'autorité vis-à-vis des usagers (« *C'est ce que j'ai fait hier !* », de dire à Jonas la même chose que Maxime, comme si le contenu d'une phrase pouvait être garant de son efficacité symbolique).

Ce rapport à la violence verbale, possible avec les usagers qui « débordent » excessivement le cadre, est en contraste total avec la philosophie de la communication non-violente pratiquée à Métanoïa... Ce n'est pas que la violence y est cependant inexistante ; mais on voit qu'elle est refoulée, ignorée, précisément parce que le cadre institutionnel ne la tolère pas plus que le TCHAT. Le centre Métanoïa développe un autre type de réponse institutionnelle – par rapport à cette manière de conserver les usagers dans un rapport de type enfantin, et de ne pas répondre à leurs demandes continuelles. De fait, l'occupation temporelle, et la saturation de la journée par des activités diverses, occupe une fonction précise de pacification et d'évitement de toutes les formes de violence qui pourraient exister dans le centre. À Métanoïa, comme dans la crèche observée par Wilfried Lignier, « l'idéologie professionnelle [...] a pour trait particulièrement saillant la dénégation de l'agressivité des enfants les uns envers les autres » (Lignier, 2019 : 222). Une dénégation qui n'est « soutenable qu'au prix d'un travail permanent de pacification – travail sans lequel la violence enfantine ressurgirait en permanence dans le quotidien de la prise en charge, ce qui invaliderait les représentations de l'enfance que véhicule l'institution et à travers lesquelles elle se définit. » (*ibidem* – je souligne). Dans le CTR, c'est pour des motifs inverses néanmoins que ce travail de pacification est produit : c'est au contraire parce qu'on soupçonne la violence possible des usagers qu'on cherche à leur imposer un cadre commun et à les gérer comme des enfants. Le cadre de pacification normatif mis en place par Métanoïa peut ainsi s'expliquer semblablement à celui d'une crèche de la petite enfance, de manière *positive*, par l'occupation temporelle et spatiale que visent à mettre en place les professionnels : W. Lignier décrit comment les auxiliaires de la crèche font en sorte que les enfants soient toujours en train de « prendre » ou de « faire » quelque chose, pour éviter leur désœuvrement, et leurs potentielles désappropriations ou agressions des autres enfants. De notre côté, les professionnels de Métanoïa font toujours « faire quelque chose » aux usagers du centre : il faut les occuper, pour

éviter les « vides » où les *cravings*, et donc la tentation de chercher à consommer (et de devenir frustré ou agressif) seraient possibles. Mais ce cadre peut aussi être explicité de manière *négative*, par les sanctions mises en place, d'un côté²⁰ comme de l'autre, quand l'agressivité se voit révélée. Cela viendra sans doute discréditer la représentation de l'enfance que se fait la crèche pour l'étude de cas rapportée par Lignier ; mais en ce qui concerne Métanoïa, le discrédit touche davantage la représentation que se fait l'institution d'elle-même (et non pas des usagers, dont on « sait » qu'ils peuvent être violents).

Nous pouvons donc rendre compte de comment nos deux institutions usent de stratégies différentes dans une même tentative de contrer cette violence potentielle des usagers : la stratégie peut être clairement décrite comme dénégative et répressive au CAST ; elle est en revanche anticipatrice et canalisatrice à Métanoïa. Arrêter la violence, la « disqualifier » pour reprendre les mots de Lignier, cela s'appelle « recadrer » en CTR. Et nous verrons que cette activité est une des composantes essentielles du travail éducatif qui y est mené, dès lors qu'il y a débordement dans l'apprentissage inculqué : on ne doit pas « trop » parler, on ne doit pas « trop » se sentir libre, on ne doit pas sembler « trop » autonome au sein du CTR, au risque de ne plus y avoir sa place. Il faut plutôt être dans la norme ou la moyenne (si l'on veut vraiment établir une différence, l'on dira dans la moyenne-basse au TCHAT *versus* dans la moyenne-haute à Métanoïa), si on veut pouvoir rester au CTR sans faire de vagues.

En vérité, l'apprentissage de la *bonne parole*²¹ comme celui de la « bonne distance » fait partie des contenus instillés par le programme de Métanoïa. Ce sont des contenus mais aussi des comportements : c'est dire qu'il ne s'agit pas uniquement d'un savoir théorique, qu'on pourrait connaître ou réciter par cœur, mais bien plus d'une attitude à incorporer, d'un savoir qui doit passer avant tout par le corps. On peut parler ici de disciplinarisation, bien sûr ; mais on pourrait considérer également cela comme l'efficace propre au rite de passage. Il s'agit d'une transformation qui passe par une adéquation ou une intuition du corps, que la relation à autrui pourra changer si on emploie les mots, ou la tonalité qui correspond le plus à ce qu'un adulte attend d'un autre adulte. Pour reprendre les mots de M. Darmon, la capacité de répondre aux attentes de la réhabilitation est en fait le signe que l'usager, aussi bien que le professionnel, « y arrivent », et que la « prise » offerte par le professionnel (un langage commun, une manière de se rapporter à soi et aux autres dans le monde) résonne suffisamment avec un état de l'usager qui accepte ces modalités d'échange et de dialogue. Si « la capacité de récupération existe aussi comme relation »²², la division du travail hospitalier dont elle est le résultat notable rend plus apparents les « progrès » effectué par les personnes

²⁰ Wilfried Lignier ne cache pas que les punitions et les sanctions existent ainsi en corrélat de la pacification au sein de la crèche : « Mais cette pacification a aussi un versant négatif, qui n'est pas de l'ordre de l'incitation, de l'organisation a priori, mais au contraire de l'ordre de la sanction, de la répression réalisée après coup. Car, comme on l'a vu, la violence surgit parfois, et même souvent, malgré toutes les précautions institutionnelles. Et il appartient alors à l'institution et à ses agents de l'arrêter, de la disqualifier. » (Lignier, 2019 : 222)

²¹ Nous choisissons de conserver l'ambivalence transparaissant derrière cette expression. L'usager doit en effet apprendre à bien employer les mots, les expressions, les définitions ; il doit ainsi faire usage de la parole si chère à la psychanalyse, mais en faire un bon usage – avoir donc une « bonne » parole. Par ailleurs, il doit en même temps apprendre la doxa institutionnelle, qu'elle soit celle conservatrice de l'obéissance et de l'abstinence (TCHAT) ou qu'elle soit celle de la gestion de conso, de l'autonomie et de l'estime de soi (Métanoïa) – il doit ainsi apprendre « la bonne parole », avec la connotation religieuse qui pèse encore de nos jours sur le terme.

²² Muriel Darmon reprend en fait originellement l'expression « comme relation » à Manuel Schotté, qui l'utilise pour désigner le rapport à la performance des coureurs, in M. Schotté, « Dans la course. La construction d'une hiérarchie en action », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°209, 2015, p. 113

se rétablissant d'un AVC que dans le cas qui nous concerne. Si les efforts fournis au sein des services de récupération post-AVC peuvent être vains (s'ils ne se poursuivent pas lors du retour au domicile du patient), dans le cas du CTR, il faut bien sûr poursuivre les efforts entrepris dans la gestion ou l'abolition de la consommation ; mais pour ce qui concerne le langage, il semble que les compétences de verbalisation attendues sont parfois opposées à celles que l'on privilégierait au dehors du centre. Il en va ainsi du « tout dire », relique de la cure analytique, et qui a trait à des formes de mise en place d'une forme de dépendance, sinon de lien « symbiotique »²³ comme le nomment les professionnels de Métanoïa, entre l'usager et le ou les professionnels.

Une autre manière d'exprimer ce désir que le résident dise tout (de son passé, de son malaise par rapport à l'absence ou à la présence de consommation, de ses tentations, de ses égarements...) serait de parler d'impératif de transparence. Cet impératif est évidemment unilatéral (TCHAT : porte du bureau des thérapeutes fermée ; Métanoïa : exemple de Charlène donné au chapitre 4, « *on n'est pas là pour parler de moi* »). Je donne ici une illustration de l'ambiguïté de cette exigence, et de la conscience professionnelle que ce qui est demandé au centre ne cadre pas avec les exigences sociales de survie au dehors de l'institution.

[Réunion des Appartements Thérapeutiques. On parle d'une usagère en A.T depuis plusieurs mois :]
Vincent Mesnard – Donc voilà, elle a pu exprimer ses quelques fragilités, et notamment son stress à l'idée que son beau-père demande la garde de ses deux filles aînées... Elle a commencé à pleurer à ce moment-là ; elle a une réelle peur qu'on lui enlève ses enfants. [...] Je l'ai invitée à en parler à Eva [sa psy], et à se confier avec le reste de l'équipe.
Réaction de Lison (stagiaire éducatrice) – *Faut qu'elle soit transparente avec nous. [...] Mais derrière, on sait bien que s'il y a toute cette transparence-là, le placement arrive vite...*

Cdt 1 – TCHAT – 12/04/2022

Ce passage rend compte de la double-contrainte dans laquelle se trouve prise la parole des usagers en addictologie : parle ; mais si tu parles, tu encours clairement des sanctions. Cette injonction paradoxale vient du fait que ces centres ne traitent pas de façon isolée avec les résidents, malgré l'illusion de bulle dans laquelle les professionnels donnent parfois l'impression de se refermer avec eux. Si la transparence est impossible, c'est parce que la vérité intime de la résidente est sujette à des pressions qui auront des conséquences directes sur sa vie, si elle en vient à « trop parler » : l'ASE risque concrètement d'être avertie par les professionnels du centre, et on lui retirera ses enfants. Comme l'écrit Marie-Sophie Devresse, pour les usagers exposés au verdict de la justice, « l'expression d'une vérité intime acquiert une importance toute relative et doit plutôt être soumise à une évaluation subtile » (2006 : 213). Le désir de pouvoir parler de soi est donc souvent mis à l'épreuve des interprétations et des reconstructions que cette vérité occasionnera sur les professionnels, qui penseront avant tout à protéger l'usager ou l'usagère – dans le cas évoqué par exemple, de l'éventuel retrait de la garde de ses enfants.

²³ Les termes de symbiose et d'« invitation symbiotique » (l'équipe parle régulièrement de « demandes symbiotiques » des usagers, en se rapportant à cette notion) viennent de l'analyse transactionnelle, et plus précisément des écrits de Jacqui et Aaron Schiff (1977) et de Quintin Holdeman (1989). Les Schiff écrivent que « la structure d'une symbiose se représente comme suit : *dans les transactions de deux personnes, les états du moi sont combinés de telle sorte qu'il n'en résulte qu'une personne entière* » (cités par Frugier, 2012 : 54). Les professionnels l'appliquent aux moments où les résidents leur demandent implicitement de résoudre leur problème à leur place.

Ainsi, les usagers doivent tout à la fois « se sentir libre » mais faire des demandes pour obtenir quelque chose ; « être eux-mêmes » mais ne pas être violents avec autrui ; « dire tout ce qu'ils veulent dire » mais faire attention aux conséquences de leurs dires : les discours contradictoires pleuvent, dans un contexte où ils se voient constamment surprotégés par rapport à leur vie ordinaire, mais également soumis à des règles strictes et à une vigilance qui peut leur coûter leur séjour, voire d'éventuelles sanctions judiciaires.

L'action des professionnels du centre est d'autant plus forte qu'ils sont les tenants, dans ces semaines et ces mois, de l'image que la personne peut détenir d'elle-même – en tant que, momentanément coupée de son réseau familial et social, ce sont les autres significatifs du centre qui infléchissent, valident ou infirment les représentations qu'elle peut avoir de soi. Quand bien même certaines personnes restent en contact avec leurs proches durant le séjour au CTR, l'image de ces derniers est biaisée par le choix du résident de s'être rendu en cure, et la plupart du temps les usagers ne peuvent que valider cette image : ils et elles doivent se montrer forts, responsables de leur choix, conscients des difficultés mais aussi des avantages que va leur offrir ce parcours de soins. Ces personnes en posture peuvent sans doute moins se confier sur leurs tentations, leurs écarts aux règles du centre, car ils imaginent que cela décevrait trop les proches qui sont loin d'eux et pour lesquels ce centre constituait « la dernière chance ». La tentation paraît forte, en CTR, avec régulièrement des familles distantes ou qui ont coupé les ponts, de substituer pour son « bien » la temporalité et la représentation que la personne donne d'elle-même dans le CTR à l'image et au temps qui étaient les siens à l'extérieur, quand elle souffrait du stigmate de la dépendance et de ses conséquences sociales. Comme dans tout rapport de « dépendance » physique ou psychique, qui excède celle en lien avec des substances, il paraît nécessaire de se figurer les personnes dépendantes dans leur quotidien, en lien avec leur réseau de proches et d'aidants, car la parenté contemporaine se trouve souvent transformée à l'aune des configurations insolites que l'expérience de la maladie lui fait inventer (Gramain, Weber, 2003).

L'aide professionnelle et la solidarité familiale autour des usagers en CTR ne sont pas nécessairement en opposition, comme le confirme les « ateliers de l'entourage » créés à Métanoïa, qui visent à faire se rencontrer les familles et les proches des usagers dans des temps dédiés avec les usagers et les professionnels²⁴. Les familles soutiennent plus souvent la démarche de soins de l'utilisateur qu'ils ne cherchent à conserver leur rôle d'aidants attitrés dans des configurations familiales où souvent, l'addiction a fini par créer des dommages sur la sincérité des relations entretenues. La plupart du temps, elles délèguent bien souvent à l'institution la charge qu'a fini par devenir pour eux la problématique de leur proche, et se délestent ainsi en grande partie de l'utilisateur, de son histoire, et de son identification au reste du réseau familial – en attendant qu'il puisse y être éventuellement réincorporé²⁵.

²⁴ À Métanoïa, ce temps est pluriannuel, avec des familles de personnes passées par le CTR. Dans d'autres institutions, ce temps s'organise pendant le séjour des résidents – pour les pensionnaires de la CT, une « journée famille » est organisée tous les deux mois, où les résidents en phase 2 (de trois-quatre mois à huit mois) doivent inviter des proches (parents, fratrie, conjoints, enfants, personnes-ressources) pour une journée de découverte de leur parcours de soins et de reprise des liens.

²⁵ Pour une bonne synthèse de cette question voir Melihan-Cheinin, Pascal. « Familles et dépendances : éléments de langage », *Psychotropes*, vol. 13, no. 3-4, 2007, pp. 217-227.

Pour de plus amples développements sur la part des familles dans le développement des addictions, aussi bien comme facteur de cause que comme partie intégrante de la thérapie, voir les deux ouvrages suivants : Angel S., et Angel P., *Les toxicomanes et leurs familles*. Armand Colin, 2003 ; Roussaux J.-P., Faoro-Kreit B., Hers D., *L'alcoolique en famille. Dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques*. De Boeck Supérieur, 2000

Cependant, cela crée une situation où *tout aussi bien les pairs que les professionnels* deviennent les dépositaires de l'identité constitutive de l'utilisateur, ou plutôt de cette identité en devenir dont l'institution se fait le premier support en termes de socialisation. Cette manière de faire participer les résidents et pairs au processus de réhabilitation identitaire d'un individu constitue un des marqueurs du rituel d'initiation groupal caractéristique du CTR – comme nous le verrons au chapitre suivant. Mais c'est sans doute pour cette raison également que les liens se font d'emblée si forts (indistinctement, de l'aversion à l'admiration) au sein du CTR, *entre usagers et avec les professionnels*. Dès l'entrée, cela se trouve marqué par le fait que les professionnels resserrent drastiquement le réseau de communications de l'utilisateur (en limitant son accès au téléphone portable, ou en l'incitant à se concentrer avant tout sur son séjour plutôt que sur les soucis qui peuvent l'occuper à l'extérieur). Ils contribuent de la sorte à créer une sorte d'environnement totalisant, qui doit venir substituer toutes les socialisations et les groupes d'appartenance antérieurs de l'utilisateur. L'équipe participe de plus au quotidien à une sorte de « conspiration » visant à anticiper « le prochain mouvement du malade afin de le défaire » (Goffman, 1973 : 352). Ses membres se comportent ainsi semblablement aux éléments d'une famille entourant une personne atteinte de trouble psychique, qui se voit décrite de la sorte par Goffman : « On l'a dit, c'est le trait distinctif de la famille que ses membres non seulement *se sentent responsables de celui d'entre eux qui est dans le besoin, mais s'identifient personnellement à sa situation*. Chaque fois que le malade est seul dans la communauté, *exposé et s'exposant à ce qui paraît une contamination de son moi ou un rabaissement de sa personnalité*, chaque fois qu'il doit rester seul à la maison, courant et lui faisant courir des dangers intentionnels ou non, *la famille connaît l'angoisse et la peur* » (*ibidem* – je souligne).

L'infantilisation vécue par les personnes atteintes de troubles psychiques, ou encore le traitement des adolescents comme êtres irascibles, impulsifs et malades nous semble être les deux coordonnées à partir desquelles pouvoir interpréter le traitement qui est réservé aux hébergés en CTR. Ou à comprendre les ressorts par lesquels l'institution et les professionnels, en visant à les protéger, les maintiennent de fait dans un limbe adolescent, où l'indépendance et l'autodétermination restent à conquérir. Le statut particulier d'entre-deux qu'on leur assigne en guise d'identité, et qui se voit corroboré par les diagnostics récurrents de personnalités psychopathiques ou *borderlines* en addictologie (Dervaux, Laqueille, 2016), se trouve de plus confirmé par la double assignation de *partie* et d'*exclu* de « réseaux collusoires » concurrents – contrairement cette fois aux profils plus typiques de la psychiatrie. Goffman décrit de fait que souvent, un nouveau réseau collusoire²⁶ se crée (*collusive relationship*), entre patients et thérapeutes d'observation analytiques, *contre la famille*. Mais que souvent, ce ne sont que les patients dits *névrosés*²⁷ qui en bénéficient, les patients destinés à l'asile étant plutôt les exclus d'une relation collusoire qui s'est opérée entre familiers et psychiatre : « Tout ceci peut se réduire à une formule. Traditionnellement, le psychotique est traité à travers une relation collusoire entre ses médecins et sa famille et finit exclu dans l'hôpital psychiatrique, alors que

²⁶ La définition de « collusoire » en français est « relatif à une entente secrète entre deux ou plusieurs personnes pour nuire à un tiers » (origine juridique) ([CNRTL – collusion](#))

²⁷ Sans revenir sur la différence constitutive entre névrose, psychose et perversion qui structure l'histoire de la psychanalyse et ses controverses (Freud [1896] 1977 ; Lacan, 1981), le sociologue peut rapidement se rendre compte que les profils psycho-sociaux entrevus dans les services psychiatriques de long cours, ou par les équipes mobiles en psychiatrie qui s'intéressent aux personnes les plus précaires socialement (à la rue ou qui n'arrivent pas à faire recours à l'hôpital), n'ont rien à voir avec les individus qui se rendent de manière mensuelle ou hebdomadaire chez un psychanalyste, un psychothérapeute ou un *coach*. Je m'appuie sur la citation qui suit de Goffman pour étayer cette séparation (qui recoupe donc aussi souvent des problématiques sociales).

le névrosé (qui y est disposé et peut se le permettre) est traité par une relation collusoire avec son analyste, contre sa famille ou son patron, et reste dans la communauté » (Goffman, *ibid.* : 356).

Ce qui caractérise l'usager en addictologie c'est qu'il se voit pris en tenailles entre deux réseaux collusoires. Le réseau collusoire qui, l'assignant à une position de déviant et d'irresponsable, le traite par une exclusion sociale (perçue comme justifiée tout autant par la médecine que par sa famille et une bonne partie de la société). Et le réseau collusoire qui, en lien avec une partie du corps médico-social (qui lui reconnaît une place de victime d'un système familial ou social, mais aussi une place légitime d'acteur de sa transformation) voudrait qu'il puisse rester dans la « communauté » tout en se soignant.

L'ambiguïté princeps de la discipline repose avant tout sur le *statut de cette communauté*. Dans le cas des Communautés Thérapeutiques ou du programme Minnesota, la communauté peut se voir réduite, pour le bien et l'acceptation plus facile de l'usager au sein d'un groupe, à la communauté des pairs, ayant expérimenté la même carrière déviante puis semblable traitement réformateur. Dans le cas du suivi ambulatoire en CSAPA, il est entendu que l'usager de substances est avant tout client et bénéficiaire de soins, dans une relation d'entente et de soutien par des professionnels, mais il reste un membre à part entière de la communauté des citoyens français (il a en théorie pleinement accès à ses droits). Dans le cadre du CTR, quelle est la communauté à laquelle on prétend qu'il continuerait d'appartenir, tout en étant mis à l'écart, pour sa protection le temps de cette posture ? Il s'agit toujours de la communauté des citoyens de la société ordinaire, mais qui se voit incarnée momentanément par des travailleurs du médico-social, citoyens à part entière, avec lesquels le lien se trouve être fortement personnalisé, du fait de l'acointance et du temps passé ensemble. À la suite de nos observations, il nous semble important de souligner la possibilité que ces professionnels viennent incarner pour les résidents les « substituts spéculaires » des modèles parentaux (Favard, 2018), à l'intérieur d'un fonctionnement institutionnel fondé sur une métaphore familiale, dont le CTR serait un des foyers possibles. Le *double-bind* (Bateson *et al.*, 1980) auquel les résidents se trouvent soumis nous semble de fait analogue à celui de la double injonction familiale qui pèse sur chaque adolescent en train de grandir et de s'émanciper, et que nous avons cité en exergue de ce chapitre : a) « Tu dois grandir à ta façon, sois autonome » ; b) Tu dois grandir à notre façon, sois fidèle à nos lois ». Il se caractérise par une demande paradoxale et/ou alternante, où l'on cherche aussi bien à rendre les personnes responsables de leurs actions qu'à les maintenir dans une sorte de cadre fourni par le CTR, à savoir un cadre institutionnel.

L'empêchement qui se produit alors provient pour la plupart du temps des professionnels, qui peuvent considérer que les usagers ne sont « pas prêts », à quitter l'espace liminaire de l'institution, pour se donner à eux-mêmes le cadre de leur propre autonomie. Dans certains cas, comme le cas de Sacha évoqué dans le chapitre 3, plus les résidents tentent d'échapper à ce *double-bind*, plus on insistera sur leur état de dépendance, en leur faisant comprendre qu'ils ne sont pas encore adaptés pour se confronter aux risques du dehors. Ce processus nous semble symptomatique d'une tentative de maintien dans cet espace liminaire du CTR, comme on maintiendrait un adolescent dans l'ambivalente certitude qu'il n'est pas encore prêt à affronter le monde des adultes et ses risques. Cela peut témoigner d'une difficulté inhérente aux professionnels, à « laisser partir » les résidents hors du CTR, alors qu'ils ont entretenu avec eux des liens durables, qui dépassent parfois la simple démarche d'accompagnement. Mais cela peut également rendre compte d'une perception de la part des équipes qui diverge des ambitions de l'autonomisation des usagers, telle qu'elle est prônée par

les nouvelles politiques du médico-social – et qui est en réalité plus attentive aux possibilités réelles qui s’offrent aux usagers du CTR, une fois qu’ils seront sortis du centre.

Pour argumenter dans ce sens, de la gestion ambiguë de la temporalité et de la représentation des usagers, nous pouvons reprendre l’ouvrage de Muriel Darmon (2021) et montrer toute l’étendue de la différence qui sépare les usagers qu’elle désigne comme « sur-adaptés à ce type particulier d’institution totale » que sont les services de rééducation post-AVC, et ceux qui, dans notre échantillon, paraissent bien adaptés au dispositif-CTR. Muriel Darmon décrit sa population en distinguant deux pôles opposés, les patients en rééducation qui « veulent sortir », face à d’autres qui « veulent rester le plus longtemps possible ». Ceux qui souhaitent « retrouver leur vie », et qui « perçoivent l’hospitalisation comme une (trop) longue scolarisation imposée » sont souvent, d’après ses observations, des hommes issus des classes populaires et des femmes, issues du même milieu, ou bien seules et en charge d’enfants (Darmon, 2021 : 190). Ceux qui à l’inverse du mal à partir font partie des classes moyennes et supérieures, et ils paraissent « à l’aise dans l’institution hospitalière, dont ils partagent les buts rééducatifs et les représentations » (*ibid.* : 191).

Dans le cas du CTR, en l’occurrence, les observations témoignent du phénomène inverse²⁸. Celles qui « veulent partir », le plus vite possible, sont les personnes qui ont déjà des ressources (sociales, culturelles et financières) à l’extérieur du centre, et qui envisagent le séjour comme une mise à l’abri, considérant avant tout que c’est par eux-mêmes qu’ils trouveront la voie de sortie de leur addiction. Quand bien même elles respectent la durée du séjour dans sa totalité, ce sont des personnes qui auront tendance à presser les choses, à considérer certaines connaissances comme déjà acquises, à s’ennuyer parfois en atelier ou à ne pas bien voir la pertinence de telle ou telle activité dans un parcours qu’elles souhaiteraient davantage personnalisé en fonctions de leurs demandes spécifiques. La résidente surnommée Sou par exemple « s’attendait à un programme un peu plus riche », elle « est un peu frustrée sur le travail de groupe, parce qu’elle a presque *trop* avancé » ; mais de fait, on précise aussi qu’à l’extérieur, « elle est bien accompagnée ». « Là elle dit : "je vois que je suis sur le chemin de la résilience." »²⁹. Monsieur Klein peut envisager directement un A.T. plutôt qu’un passage par le sas du CTR à sa sortie de maison d’arrêt parce qu’il « est plus avancé dans sa démarche de soins... C’est quelqu’un qui a un peu capitalisé quelque chose. Sa demande a l’air un peu plus sincère. »³⁰. Partager les buts rééducatifs de l’institution, son langage et ses représentations (la « résilience »), et avoir « capitalisé » sur des expériences passées en institution (ou sur ses propres socialisations antérieures...), permet ainsi d’accélérer la temporalité spécifique à la parenthèse-CTR, ou en tous les cas de se voir plus rapidement considéré comme un adulte, et traité comme tel au sein du centre.

Celles qui au contraire ont des difficultés relationnelles ou cognitives, qui ne sont pas capables d’effectuer des démarches administratives, médicales ou sociales sans se faire aider par un professionnel, qui peinent à concevoir le sens de la réhabilitation psycho-sociale qui leur est proposée – ces personnes-là sont celles qui peuvent être amenées à rester longtemps, et parfois, malgré leur bon vouloir. Cela peut être parce qu’elles ont peur de réaffronter le

²⁸ En l’occurrence, travailler sur l’échantillon de population présente à Métanoïa constituerait ici un biais décisif puisque les séjours sont fixés de manière univoque à 6 semaines (ou 3 semaines en séjour d’approfondissement). Mais nous pouvons nous appuyer aussi bien sur les résultats observés au TCHAT que sur la dimension de « temps vécu » observée à Métanoïa. Le temps ne passe pas à la même vitesse s’il est vécu comme une scolarisation lourde et imposée, ou s’il est cohérent avec les représentations et les attentes des usagers en termes de réhabilitation.

²⁹ Cdt 2 – Métanoïa - 30/09/21, réunion clinique.

³⁰ Cdt 1 – TCHAT – 15/06/21.

monde ordinaire, une fois leurs marques prises dans ce lieu, et si la crainte d'une rechute possible vient obstruer leur manière d'envisager l'avenir : si Monsieur L. dans l'étude de Darmon, dit spontanément avoir « peur de sortir », c'est au TCHAT, Andy, Sacha, donc des patients avec de notables difficultés cognitives, qui sont acculés par les professionnels à dire qu'ils « ont peur » de ce qui viendra après le CTR. À Métanoïa, les usagers travaillent tous sur leurs peurs au long du séjour, mais certains les mobilisent aussi (Keufan, Yassine) au moment d'évoquer la sortie, et ce sont souvent ceux qui sont les plus fragiles – la peur évoquée par Keufan étant pour moi paradigmatique d'un homme qui sait qu'il n'est pas « à la hauteur » des ambitions rééducatives proposées par le centre (le syntagme « peur » est évoqué en son nom 26 fois, sur les 64 occurrences contenues dans mon journal de terrain). Ce résident a pu également dire à la moitié du séjour qu'il aimerait « refaire six semaines, tout de suite »³¹ ; ou encore, à la toute fin du programme, « maintenant qu'[il en] voi[t] le bout », qu'« [il] ferai[t] bien encore trois semaines de cure, avant de sortir ». Ainsi, ceux qui ont de la difficulté à quitter le CTR ne sont pas tant les usagers qui paraissent « sur-adaptés » au sens où ils seraient des « surdoués » du CTR. Ce sont plutôt ceux qui semblent adaptés à ce dispositif dans la mesure où ils permettent d'en légitimer une certaine forme de durée *remobilisable*, d'activer la dimension *transitionnelle* propre à ces centres, *tout en la faisant durer dans le temps*. Ce sont les résidents qui permettent aux professionnels de se sentir légitimés à exercer leur métier dans un cadre où certaines personnes ressentent profondément le besoin d'un tel lieu. Ce sont des personnes qui n'ont aucune impatience à sortir, ou à « retrouver leur vie » d'avant, comme le font les patients décrits par Muriel Darmon. Sans doute, en grande partie, parce qu'il n'y a pour elles aucune vie à retrouver. Tout se trouve à construire à nouveaux frais, après l'effacement de leur existence qu'a matérialisé l'emprise de l'addiction.

On a pu voir ici que la question de la confrontation au dehors (à ses risques, à la potentielle rechute, une fois que l'institution ne peut plus contenir et pallier le manque) est ainsi abordée de manière beaucoup plus ambivalente et différenciée par les professionnels travaillant en CTR, en fonction de la représentation que les résidents parviennent à donner d'eux-mêmes au sein du programme de la postcure. La sortie semble envisagée de manière beaucoup plus nette et volontariste par les résidents issus des classes moyennes et supérieures (ceux qui « réussissent » dans le programme) que par les usagers les plus démunis, tant sur le plan cognitif que social. Mais on voit comment la question de la réhabilitation psycho-sociale comme « récupération des acquis » (contre l'idée d'une rééducation comme simple « mise à l'abri ») se pose ici de manière cruciale ; ce qui ouvre à la problématique que nous aborderons plus spécifiquement dans la dernière partie de thèse, d'une fonction différentielle de la réhabilitation offerte par les post-cures selon les profils sociaux.

II. B/ Mettre des limites, recadrer – gestion de la quotidienneté, de l'espace-temps

Au-delà de la représentation que se font les usagers d'eux-mêmes, c'est toute leur quotidienneté qui se voit prise en charge dans l'institution quasi-totale qu'est le CTR (voir chapitre 3). Cela signifie concrètement que les gestes du quotidien, et l'appréhension de leur *espace-temps* est supervisée, si ce n'est orientée par les démarches thérapeutiques que mettent

³¹ Cdt 2 – Métanoïa – 21/09/21

en place les professionnels. La configuration de nos deux CTR détermine évidemment les déplacements et les marges de manœuvre possibles. À Métanoïa, l'espace-temps est divisé de manière très claire par la succession des ateliers. La matinée, chacun des groupes est en atelier de 10h à 12h, dans trois espaces : la salle de télévision, la salle d'entretien, et un espace extérieur modulable. Entre 12h et 14h, les résidents déjeunent dans la salle commune, et se répartissent après le déjeuner entre le kiosque et le jardin, et la cuisine, pour ceux qui sont de service de vaisselle ; ils n'ont pas de raison particulière pour retourner dans leur chambre. Entre 14h et 16h et 16h et 18h, les usagers enchaînent deux ateliers. Ce n'est qu'à 18h, heure de départ des professionnels de la structure, que leurs déplacements dans l'espace peuvent se faire un peu moins fléchés, orientés par les plages horaires du programme thérapeutique. Au TCHAT les résidents ont généralement peu de déplacements. La majeure partie d'entre eux passent leur temps entre la salle commune et leur chambre, parfois la cour, et le bureau des thérapeutes lorsqu'ils en ont besoin. Ils se rendent également au bureau médical à trois moments de la journée, le matin à 7h30, le midi, et le soir à 21h pour la délivrance des traitements. Le résident qui est de cuisine ce jour-là s'y rend matin et soir pour préparer les repas ; un autre peut éventuellement se charger de préparer le café, mais souvent il s'agit du même usager : les professionnels n'aiment pas trop à ce qu'il y ait plusieurs résidents qui « traînent » dans la cuisine.

Souligner cette configuration spatio-temporelle et son déroulement quotidien au sein des centres nous permet d'aborder la question du « cadrage/recadrage », qui intervient généralement lorsqu'un résident sort des chemins tracés par cette logique organisationnelle. Si un usager n'est pas à un moment *t* de la journée à l'endroit où il devrait être, et qu'il n'a pas d'explication valable pour justifier ce déplacement, il déborde le « cadre » de ses mouvements autorisés au sein de la structure. Il faut donc le « recadrer », locution courante, au moins dans l'une de nos deux institutions. À Métanoïa, cette précaution est somme toute inutile passée la première semaine (la direction se chargeant de cette fonction de recadrage, comme nous l'avons vu dans l'étude comparée des cas de Yassine et Thibault dans le chapitre 2), car le temps où les usagers ne se voient pas encadrés par des membres de l'équipe est extrêmement limité, au moins durant la journée. Au TCHAT, il nous a paru intéressant de comptabiliser les occurrences du mot « cadre », employé dans son sens « thérapeutique », et non dans son acception relative aux PCS (Professions et Catégories Socioprofessionnelles). Dans mon journal de terrain concernant cette institution, je note 39 occurrences du mot cadre, avec souvent un rapport quasiment direct à la question de la discipline, et donc du fait de devoir « cadrer » ou « recadrer » un usager (respectivement trois occurrences pour chacun des deux verbes à l'infinitif ; deux fois « remettre un/du cadre » ; deux fois « a besoin d'être cadré » ; deux fois « dresser/poser le cadre » ; deux fois « sortir/déborder du cadre »)

Qu'est-ce que cela signifie dans la pratique ? Cadrer quelqu'un cela veut dire que c'est à lui, à elle, de s'adapter au « cadre » réglé de l'institution (pour ce qui concerne les horaires, les règles institutionnelles, ses devoirs en tant qu'hébergé, *etc.*). C'est insister sur le fait que ce n'est pas à l'institution de s'adapter à l'usager, ou de faire preuve de souplesse pour conserver intacte l'alliance avec le résident. De cette notion de cadre on peut également extrapoler l'idée d'un « cadre de vie » qu'on souhaite idéal pour les résidents, bien qu'imposé par hétéronomie : les professionnels ont fait le constat réitéré que leur rythme de vie est souvent dérégulé, leurs règles de conduite défailtantes, et il s'agit de leur fournir un autre type de cadre. Il est donc hors de question de trouver une forme de négociation sur les horaires ou les règles – puisqu'on fonde l'action sur le préjugé que les usagers vivent selon un « style de vie » toxicomaniaque, considéré similaire à celui d'adolescents sans limites. Cela rappelle effectivement un

environnement familial où l'adolescent qui vit encore au domicile parental peut bénéficier d'une grande autonomie, mais doit obéir à ses parents et respecter dans son quotidien leur rythme, du fait qu'il réside sous le même toit qu'eux (Ramos, de Singly, 2010). Par ailleurs, cette similarité des deux modèles de vie se retrouve en réunion clinique, où il est question des activités de l'usager dans des modalités discursives qui rappellent certaines conversations d'adultes-parents au sujet de ce qui est bon pour le jeune :

[L'infirmier Anthony amène le problème de la prescription du soir – où le patient A. prend le traitement à 21h, mais « c'est tard pour lui ». Il veut prendre son traitement pour mieux dormir ; il ne le prend pas parce qu'il dit que c'est trop tard ; et donc il dort mal...]

Nadine (AS) – C'est une décision qui relève du médecin.

Anthony – *[listant]* Il prend Théralène, Seresta, et Loxapac...

M. Leprince – Loxapac le matin, aussi ?

Anthony – Non, c'est celui du soir...

Melvin (ES) – *Moi je m'adapterais pas trop à ce monsieur... parce que c'est une fuite en avant. Avec Emeric vendredi, on a pris ce parti-pris, de dire non à tout ; parce que sinon c'est impossible... faut le cadrer.* Après Julie fait ce qu'elle veut [Julie Sardine, le médecin en place en 2021] ; mais tant que le médecin n'est pas là...

Nadine – C'est un monsieur qui nous a quand même avertis que si on le prenait pas ici, il sortirait boire une bouteille de vodka, et voir les autres, pour se faire hospitaliser...

M. Leprince – *[à moitié amusé, à moitié sarcastique]* Bah oui, il a bien compris comment ça se passe pour se faire hospitaliser. Faut reconnaître la capacité des personnes...

Cdt 1 – TCHAT – 09/03/21

Voilà une situation typique de réunion clinique qui révèle certains des blocages institutionnels du centre TCHAT. L'infirmier Anthony expose un problème pratique : un patient du CTR a établi avec le médecin un traitement d'hypnotique pour l'aider à s'endormir (c'est un patient qui a par ailleurs un traitement lourd d'antipsychotiques et anxiolytiques). Il rapporte que pour le patient, l'horaire de l'administration médicamenteuse ne convient pas (« c'est trop tard pour lui »), mais il n'arrive pas à formuler la question sous-jacente – à savoir, serait-il possible pour ce patient, de recevoir son somnifère plus tôt, pour qu'il fasse effet à l'heure du coucher – qu'il se voit déjà interrompu sèchement par sa collègue, assistante sociale. Celle-ci anticipe la question de la dérogation à la règle et répond, lapidaire, qu'il s'agit d'une décision « qui relève du médecin ». Cette question ne peut donc pas trouver de réponse en réunion clinique, car le médecin, en l'occurrence une jeune femme embauchée à temps partiel, ne vient jamais le mardi matin, elle est à son cabinet libéral. L'équipe laisse donc d'abord entendre que, tant que le médecin n'aura pas tranché cette question, la règle restera inchangée. Le chef de service se contente pour sa part de s'informer plus précisément sur l'ordonnance prescrite au patient, mais il laisse la ronde des employés prendre position par rapport au cas évoqué. C'est Melvin qui prend ensuite la parole, non sur la question de l'administration du médicament, mais sur ce qu'il décrit comme l'attitude générale de ce résident – cette demande est incorporée à d'autres et donne l'impression que le résident souhaite « que [l'on s'adapte] à lui », plutôt que lui, s'adapter au cadre. Il décrit comment, avec un autre éducateur, ils ont pris « ce parti-pris, de dire non à tout », et il argumente en disant que « sinon c'est impossible » [de travailler]. « *Faut le cadrer* » relève donc de la réponse spontanée de ce centre, lorsqu'un usager exprime un besoin qui déroge un tant soit peu au cadre réglé de l'institution. La remarque finale de Nadine, à mi-chemin entre l'inquiétude et l'ironie pose la résolution du problème autrement : on l'a accepté dans l'institution, donc le résident n'a qu'à se plier au cadre ; même

s'il a été capable de menacer de se faire du mal dans le cas où on ne le prendrait pas, il ne faut pas céder à ses demandes, mais au contraire, lui montrer de la fermeté. Du sarcasme de Maxime Leprince, du ton employé par Melvin, nous pouvons quant à nous déduire qu'il s'agit avant tout dans cette institution de « cadrer » les résidents assez tôt, durant leurs premiers temps dans le centre.

Nadine partage cette vision du « cadre », qui se doit d'être strict et sans dérogations, au risque de semer la confusion au sein du collectif des résidents, et de créer des précédents. Cette idée d'un cadre thérapeutique inamovible et sévère, qui pourra ainsi être « contenant » pour des usagers dispersés ou sans limites, fait partie des représentations de l'ancienne discipline d'intervention en toxicomanie, surtout celle d'orientation psychanalytique³². Elle s'adjoint d'une conception de l'autorité aujourd'hui datée, et d'une représentation simplifiée, sinon simpliste, du « bon sens » commun, que les résidents seraient en passe de reconquérir en venant dans ce centre.

Dans un autre extrait³³, c'est elle qui fait part de quelques difficultés à faire entrevoir cette vision, sa vision du cadre, à d'autres membres de l'équipe, plus récemment arrivés au TCHAT. Elle parle de l'un de ses patients favoris, Dylan, qui vient la voir régulièrement au CTR, même depuis qu'il a quitté les murs de l'institution pour un foyer psychiatrique. Elle me raconte le système de gestion d'argent qu'elle avait mis en place avec lui, ou plutôt qu'elle avait « fait pour » lui : « j'avais mis en place un système d'enveloppes, qui permettait de le limiter pour dépenser trop... ». Elle me fait par ailleurs valoir ce qu'engageait ce système d'enveloppes, en termes de « valorisation de son autonomie ». Elle déplore alors un événement passé qui a bouleversé selon elle la prise en charge de cet usager : « Mais bon, l'équipe des appartements thérapeutiques a pas fait la même chose que moi » ; « *il avait besoin d'être cadré, et là on l'a laissé complètement libre...* » Devant ma perplexité, elle raconte la rechute de Dylan, par une sorte d'esquisse de justification causale de ce pourquoi il aurait rechuté : Dylan *fonctionnait* très bien au CTR, cadré par Nadine (« ça tournait très bien avant ») ; mais dès qu'il est allé en appartement thérapeutique, l'autonomie sans « faire pour » impulsée par d'autres lui a été néfaste (je renvoie ici à l'utilisation de la notion par Velpy, 2008). Lorsque je lui demande ce qu'il est de lui au présent, dans ce foyer psychiatrique, elle me dit qu'il est actuellement en train de faire une demande de curatelle, toujours sur son conseil. Nadine a donc continué à effectuer un suivi de ce patient même au-delà de son inscription au sein du centre. Son récit témoigne de conflits patents entre collègues (similaires à ceux qui peuvent exister entre parents) au sujet de ce qui est bon pour le résident, notamment en ce qui concerne « sa » liberté et la gestion de « son » argent. Elle reviendra sur ce système des enveloppes qu'elle avait mis en place – et par lequel, concrètement, elle s'octroyait un mandat pour rationner l'argent dépensé par les résidents. D'autres s'opposent au sein de l'équipe à ces pratiques, au nom de l'autonomie des usagers, mais au prix d'un « laisser faire » qui parfois selon elle leur est nuisible : « Les autres collègues étaient pas forcément contents. [*Elle imite une voix stridente de femme*] : "Non mais c'est son argent, *il est grand*, c'est à lui de gérer !" ». Cette conception va à l'inverse de sa démarche éducative à elle, qui se caractérise par un « faire pour » et une attitude pédagogique, ou encore une modélisation de l'action qui stipule la manière dont les choses doivent être faites : « Moi je lui montre, pour les enveloppes... il se

³² Selon l'approche psychanalytique, c'est le produit même qui originellement a pu remplir une « fonction contenant », manquante dans la vie du sujet : voir Monraisin, Flora, « La toxicomanie : une transmission de soi à soi », *Champ psy*, vol. 62, no. 2, 2012, pp. 165-177 : « Le produit permet au sujet de se constituer une enveloppe suffisamment contenant, au moins temporairement. » (p. 173)

³³ Cdt 1 – TCHAT – 24/05/21

rend compte, comme ça, que les choses coûtent. » A sa façon, elle tente d'inculquer au résident un rapport différent à l'argent, un rapport parcimonieux, prudent, économe. Pour compléter ce que j'indiquais sur la présence *objective* de l'argent dans ces centres (chapitre 1, II.D/), c'est une dimension *subjective* du rapport à l'argent qui se trouve révélée ici : Nadine est l'incarnation de cet accompagnement à développer le « bon sens » des classes moyennes modestes et économes. Elle s'oppose en ce sens à l'absence de réflexion sur ce sujet de la part de ses collègues, ou qui peut être également menée à Métanoïa (« c'est leur argent » équivalent pour elle à un « c'est leur vie, après tout », donc à une forme de désengagement professionnel).

L'hystérisation des oppositions professionnelles concernant la question de la « capacité à gérer » des résidents se joue également au niveau du temps qu'on leur accorde avec leurs téléphones portables. Au TCHAT, rappelons que durant les premières semaines d'essai, l'accès au monde extérieur est complètement barré aux résidents, dans la mesure où on leur retire leur portable. Après ces deux semaines et la signature d'un contrat thérapeutique qui sanctionne leur installation dans l'établissement pour une durée d'un à trois mois, ils récupèrent l'usage de leur téléphone, sur des plages horaires strictes : entre la fin du déjeuner et 19h en semaine, et la journée complète sur les weekends et les jours fériés. Certains phénomènes ne manquaient pas d'illustrer l'infantilisation qui découlait de ce cadre rigide. Je fis rapidement le constat que se créait, après le repas, une file d'usagers venant un à un réclamer leur portable dans le bureau des thérapeutes, qui eux, prenaient leur café, depuis la petite machine à café installée privativement dans le bureau. Lorsque je m'étonnai, dans les premiers temps de ce terrain, de ce rituel imposé du portable, Yohann, un des usagers qui avait fait de la prison, me fit relativiser mon indignation : « Ça dépend du lieu, y a pas un centre qui est pareil. À Lille, c'était pas de portable, à part entre 18 et 21h chaque jour. Ici, c'est 13h30-19h en semaine... Ou 20h, ça dépend des thérapeutes... », témoignant du fait que ses socialisations institutionnelles lui permettaient quant à lui de constater la variabilité des règles d'une structure à l'autre ; et de savoir percevoir les « avantages » de certaines configurations professionnelles, selon la personne qui aurait la charge du rituel de récupération des téléphones. Mais ce qui témoigne d'une foncière lucidité et d'un esprit d'adaptation quant à ces règles imposées se voit, de la part des professionnels, potentiellement toujours suspecté d'être une manière de les flouter, de contourner les règles. On le verra par l'exemple suivant, qui concerne donc Yohann :

[14h_ Les patients viennent chercher leur portable, les uns après les autres. Yohann vient chercher son portable le dernier. À peine est-il parti qu'Emeline (IDE) souligne, entre l'ironie et la résignation, que de toutes façons lui il en a deux, apparemment (insinuant par là qu'il est le dernier parce qu'il n'en a pas forcément besoin) – Hugo relance, en précisant que oui, il en a un vieux qu'il garde comme réveil, et un smartphone pour appeler (qu'il vient donc de prendre). Mais elle s'exclame, tout de suite :]

Emeline – Oui, mais bon, il peut y avoir des échanges de cartes SIM... !

Hugo hoche la tête. Il raconte que la dernière fois, il a « rendu le mauvais », et que Yohann avait donc eu l'occasion de garder le « bon » toute une nuit durant.

Emeline – Pfff. Mais oui, et après, les collègues qui ne sont pas au courant qu'il a deux téléphones...

Hugo – [satisfait, mais quettant ma réaction] Ce sont des toxicomanes ! Ils nous auront toujours... Ils sont cent fois plus malins que nous. [il accentue par sa voix les termes ici en italique]

À d'autres moments, c'est par une réaction qui a l'air opposée que les (mêmes) professionnels se distinguent :

Pour sa sortie d'une heure, Emeline s'interroge auprès de son collègue sur le fait que Yohann ait choisi de sortir ce matin, et qu'il sera du coup « sans portable » :

Melvin – Et il est inquiet ?

Emeline – [*ne sait pas comment répondre*] Oui... je veux dire... C'est pas que j'ai envie de lui dire qu'il peut pas, mais quand même...

[J'avais noté dans mon carnet : « c'est *elle* qui est inquiète. »]

Cdt 1 – TCHAT – 04/06/21

Les deux réactions d'Emeline par rapport à Yohann semblent antithétiques. Le fait qu'il ait deux portables lui paraît automatiquement motif de soupçon. Elle ne peut pas envisager que le résident ait effectivement besoin d'un réveil (pour respecter les horaires matinaux du CTR), et se serve d'un vieux téléphone pour cela. Elle insinue immédiatement, et attend la confirmation de son collègue sur ses soupçons, que ce n'est pas tant le réceptacle qui compte que l'endroit où on entrepose la carte SIM – qui peut servir de voie d'accès et de communication avec l'extérieur du centre. Elle voudrait que ses collègues soient conscients de ce problème de contournement possible de la règle, et que l'on soit plus vigilant, avec Yohann, de manière à ce qu'il ne puisse pas communiquer avec l'extérieur, en dehors des horaires autorisés. Cette préoccupation peut sembler à tout le moins excessive : si Yohann voulait communiquer avec un dealer, pour lui fixer un rendez-vous par exemple au dehors pendant ses heures de sortie, il dispose de toute façon d'un temps quotidien suffisant pour le faire. Par ailleurs, Yohann utilise son téléphone rarement, contrairement à d'autres usagers, et il semble ne faire part que d'un seul souci : pouvoir communiquer avec ses filles, de 11 et 7 ans. Les raisons pour lesquelles il pourrait avoir besoin de son portable plutôt le soir que la journée pour communiquer avec celles-ci ne semblent pas entrer en ligne de compte dans la considération de l'éducateur sportif, qui préfère expliquer son comportement par une causalité simple, de type déterministe et stigmatisante (« Ce sont des toxicomanes »), assignant à cette population une ruse et une surnoiserie semblables à celles du renard de la fable. Ce jugement d'Hugo, fondé sur une attribution d'intelligence relationnelle qui servirait une volonté essentielle de contourner les règles imposées par les adultes rappelle curieusement les jugements portés en société sur les jeunes ou les « ados » (du type « Ah, ces gosses, *ils nous auront toujours...* ») qui inventent des jeux ou des règlements parallèles aux lois imposés par leurs aînés, précisément parce qu'ils essayent d'échapper à leur subordination.

En ce qui concerne Emeline, plutôt que d'une passion du contrôle, ses remarques témoignent d'une préoccupation, d'un souci éducatif qui semble typique des ambivalences d'une mère par rapport à son adolescent en train de s'émanciper du domicile familial. En témoigne le second extrait, qui montre à quel point en revanche, si Yohann sort sans portable, elle serait dans la tentation d'enfreindre, elle, le règlement, pour garder l'illusion de l'avoir un peu plus sous contrôle – parce qu'il pourrait être joignable.

Cette manière de cadrer les activités et la temporalité des usagers, de leur rappeler les limites que constituent les règles institutionnelles – comme un substitut des nouvelles règles familiales qui s'imposeraient à un jeune qui serait placé – se retrouve sans surprise dans le chronométrage des sorties, qui doivent être organisée en ayant été annoncée et en suivant le protocole rituel qui suit, comme s'il en allait chaque jour du respect de la parole donnée à l'institution :

16h25_ Lucy passe au bureau pour dire qu'elle sort, pour son moment de « sortie individuelle ». Elle dit à Eva :
 « Du coup, je reviens à cinq heures 25 ? [17h25]
 Eva – ...au plus tard. *Si vous revenez avant, c'est pas grave.*
 Lucy – Ouais, au plus tard. Donc à tout à l'heure...
 Eva – ...du coup, *vous savez ce que vous allez faire pendant votre sortie, Lucy ?*
 Lucy – Je vais aller faire quelques courses [*sourire, haussement de sourcils*]
 Eva – Ok, bah, bonnes courses alors, à tout à l'heure.
 Lucy – A tout à l'heure ! [*Elle quitte le seuil du bureau, et ouvre la porte de l'entrée pour sortir*]
 Yohann – [*qu'on entend de loin*] Bonne balade !
 Eva a un rire intérieur, ému.

Cdt 1 – TCHAT – 25/05/21

Ce dernier extrait nous montre comment la sortie est strictement négociée, alors même que la résidente a le droit de sortir une heure par jour, que cela a été annoncé le matin, dans la réunion de présentation de la journée, et qu'elle est pensionnaire au CTR depuis plusieurs mois, en ayant rarement eu des problèmes sur le temps de ses sorties (elle a été reprise en début de séjour, sur des consommations de cannabis lors des weekends). Le ton doux et bienveillant de la psychothérapeute ne réussit pas à masquer les ambiguïtés d'une velléité de contrôle. Rappel de la ponctualité (17h25 « au plus tard », on ne doit pas dépasser l'heure autorisée), ambivalence de la formulation « si vous revenez avant, *c'est pas grave* » (ce qui est grave, c'est d'arriver après), demande de précisions sur le contenu de sa sortie d'une heure... L'intrusion de la professionnelle est maximale, à l'endroit de la seule heure dans la journée où la résidente est laissée « sans surveillance ». Cela témoigne d'un profond inconfort, lorsque les professionnels constatent que les résidents sont tout à fait en mesure d'occuper leur temps en dehors du CTR – et l'inquiétude qui transparaît, de ne pas savoir quelles « mauvaises rencontres » ils pourraient néanmoins faire. La ritualisation de ce départ et de l'attente anxieuse du retour est matérialisée encore plus par le salut de Yohann – comme si l'absence de Lucy pendant une heure allait matérialiser un long moment de vide. Eva s'émeut, comme pourrait le faire une mère face à deux enfants qui se disent au revoir.

II. C/ Sécuriser son cadre de travail – gestion de l'espace de vie selon des territoires distincts

Les rapports spéculaires, et cette manière de conserver l'usager à la fois dans une identification à une figure adolescente et dans une forme de rapport de dépendance institutionnelle, trouvent une énième matérialité dans la conception *spatiale* du CTR TCHAT. À la fois visibles et invisibles, les soignants sont dans une hypervigilance et une évaluation constante des mouvements des usagers, même lorsqu'ils ne font rien (s'ils sont dans leur chambre, et qu'ils ne descendent pas à l'heure attendue, cela est automatiquement suspect). Ce qui s'apparente dans ce cas précis à un panoptique familial s'organise dans les autres centres observés selon une certaine division des espaces, et du travail matérialisé dans ces divers lieux. Habituellement, la distinction entre « les étages » et le rez-de-chaussée caractérise la séparation entre l'espace privé des chambres (mais toujours potentiellement soumis à inspection, à la CT et au TCHAT), et l'espace du bas, du « commun ». Mais dans cet espace

commun, on retrouve souvent les divisions du travail qui s'illustrent par exemple dans un service d'hospitalisation, ou de rééducation :

La division du travail ainsi matérialisée, entre « les étages » (médecins, infirmières, aides-soignantes) et le « plateau » (autres professionnels de la rééducation), mais aussi entre spécialités, constitue une norme centrale de la rééducation, portée par les murs et les espaces des institutions mais aussi par les discours des responsables des services qui insistent sur l'importance des « différents corps de métier de la rééducation », et sur la façon dont toutes les actions se conjuguent pour assurer la meilleure prise en charge possible du patient. (Darmon, 2021 : 136)

Bien qu'à un degré moindre, l'interdisciplinarité est aussi valorisée par les discours dans les divers lieux observés, et dans les deux CTR on peut retrouver une différenciation des espaces par « spécialités ». Ainsi, « l'espace de la tête » ou « du psychisme », et « l'espace du corps », se trouvent systématiquement séparés. À Métanoïa, les « bureaux » représentent la partie « en haut » de l'institution, et il suffit de demander aux usagers s'ils y circulent librement ou pas : il est très clair qu'ils et elles le perçoivent ces bureaux comme l'espace, non à proprement parler de « l'équipe », mais de celles et ceux qui sont « en haut », et qui interagissent avec eux en quelque sorte depuis cette hauteur-là³⁴. C'est par ailleurs l'espace du secrétariat, par lequel la plupart des professionnels passent en arrivant le matin au centre, et où se déroulent les transmissions matinales, ainsi que les échanges informels en cas d'infractions au règlement. L'espace du bas – et si on veut être plus précis encore, l'espace privilégié par les usagers du jardin ou de la salle télé – est l'espace des activités, de la rééducation à proprement parler, de la mise au travail et de la mise en mouvement des usagers. L'espace d'en haut est à l'inverse l'espace réflexif, où ils effectuent consultations médicales et entretiens psychologiques (parfois aussi les entretiens éducatifs, mais les bureaux n'ont pas cette fonction-là à la base) : ce sont aussi les espaces du secret, alors que les espaces d'en bas sont ceux de l'exposition, de la transparence et de l'expérimentation de soi.

Ce qui est certain en tous cas, c'est que, à Métanoïa comme dans les services dont parle Muriel Darmon, j'ai pu observer les professionnels « d'en haut » (en particulier le psychologue et l'infirmière) se plaindre de ce qu'il fallait régulièrement aller chercher les patients pour les faire venir dans cet espace qui ne leur était pas familier. Une autre citation de cette même page de M. Darmon, « [l]es patients sont rarement dans leur chambre et on passe pas mal de temps à les chercher », pouvant être légèrement infléchie dans le cadre de mon observation, parce que l'on pourrait plutôt dire : « les patients ne devraient pas être dans leur chambre ; [donc] on ne devrait pas avoir à les chercher. » Cela implique, cela étant, qu'ils doivent être là où ils sont directement disponibles, accessibles au regard, et en attente de la prochaine activité avec le professionnel référent de celle-ci, comme au TCHAT.

Dans ce cas particulier, l'espace du « soin psychique » et l'espace éducatif et du travail social y semblent encore plus disjoints que dans le CTR n°2. Les résidents du CTR ont un rendez-vous avec leur psychologue en moyenne une fois par semaine. Et pour la majeure partie d'entre eux, cela signifie devoir se rendre au centre d'accueil, à plus d'une demi-heure de marche ou en transports en commun. Outre que cela fait partie de leur contrat thérapeutique, cela est un héritage rémanent de l'institution : l'idée est de « distinguer le lieu de l'entretien psy », comme je l'entendis à plusieurs reprises. La démarche des psychologues

³⁴ Delphine, la nouvelle directrice, à mon avis sensible à cette séparation insidieuse qui s'était créée avec le temps, souhaitait promouvoir des travaux pour créer une sorte de petite véranda, à l'entrée des bureaux, proche également de la porte d'entrée de l'institution, qui aurait permis de constituer un « point d'accueil » à cet endroit.

m'avait été ainsi explicitée dès le premier jour dans la structure, par Capucine : « ils préfèrent délocaliser la parole, la mettre plus là...à l'accueil »³⁵.

Division du travail et des espaces selon une logique du « haut » et du « bas », « délocalisation de la parole » ... Outre la reproduction d'un dualisme corps-esprit explicite, le TCHAT met en avant une métaphore diffuse, celle d'un espace hospitalier accueillant où les résidents pourraient se sentir « comme chez eux », le travail (psychique) n'advenant qu'au-dehors. Cela a trait à la dimension totalisante de l'institution, déjà évoquée. Car comme l'écrit encore Goffman, « toute institution accapare une part du temps et des intérêts de ceux qui en font partie et leur procure une sorte d'univers spécifique *qui tend à les envelopper* » (1968 : 45). Mais en soulignant cette dernière proposition, nous voudrions mettre l'accent non pas tant sur la dimension de concentration d'une population ou sa relégation, que sur le caractère « enveloppant » de l'institution, qui la rapproche du nucléus familial. Nous pouvons développer à présent les intuitions amorcées au chapitre 3, grâce à une image récurrente qui revenait de la part des professionnels et de certains résidents : celle du CTR comme « cocon ».

Contrairement en effet aux espaces de la justice pénale, où régulièrement l'utilisateur ne connaît peu ou rien des magistrats qui vont décider de son sort (Devresse, 2006 : 176), la personnalisation extrême et la promiscuité de la vie *avec* les travailleurs sociaux et les infirmiers au sein du CTR, entretient les résidents dans une sorte de bulle. L'image du cocon éclaire ainsi une situation où les usagers ayant passé un peu de temps dans l'institution s'y attachent parfois, et réussissent à habiter ce lieu comme si effectivement il s'agissait de leur demeure principale.

Des enjeux territoriaux interviennent alors. Car les équipes sont ambivalentes jusqu'à un certain point, au sujet de ce cocon, et du fait de l'entretenir, ou bien de pousser à un certain moment les usagers à quitter ce nid trop douillet (autre image, celle de l'oisillon censé quitter le nid un jour). Le cocon intervient d'une part en opposition avec un espace (ou une dimension) de remémoration ou de confrontation au réel – qui est souvent incarné par la famille :

Discussion avec Laura, stagiaire psychologue, sur la différence entre psychologues et éducateurs :

Laura – Moi je sais que j'ai un regard sur les problématiques, un peu sur l'histoire de vie, tu vois... Après je pense que dans toute institution, chaque fonction se complète par une autre. [...] C'est le contenu de l'entretien qui fait la divergence entre le psy et l'éduc. Mais en même temps, je pense que c'est important de distinguer le lieu de l'entretien psy – *parce qu'ici c'est un petit peu leur cocon...* [elle se reprend] *pas familial... mais bon, leur maison...* »

Cdt 1 – TCHAT – 04/06/21

Entretien Yassine-Romain (jour 11)

Romain – Est-ce que c'est des moments que vous identifieriez comme du *craving* ?

Yassine – L'ennui...qui crée du *craving*. [...] je pense pas mal à ma famille aussi, *parce qu'ici on est comme dans un cocon protecteur* [il raconte le choc que lui a fait le fait que sa mère, suite à sa première overdose il y a un an, ne voulait pas le croire] Avant, je consommais, mais elle le voyait pas...

Entretien Yassine-Fabienne (jour 7)

Fabienne veut qu'on fasse un point sur les angoisses nocturnes :

³⁵ Cdt 1 – TCHAT – 24/05/21

Yassine – Je pense que c’est la solitude qui fait ça, quand je me retrouve seul... Ici, il y a moins d’angoisses, parce qu’il y a une sorte de cocon protecteur de la part de l’équipe ou des autres actients... Mais c’est l’extérieur...

Cdt 2 – Métanoïa – 17/09 et 13/09/21

On voit ici tout d’abord comment le CTR *doit constituer* un cocon par rapport au dehors. L’institution est envisagée avant tout par les résidents et les professionnels comme un lieu de mise à l’abri, préservant notamment du regard et des préoccupations de la famille, qui n’a pas toujours été bénéfique ou aidante, dans le parcours de vie de l’usager dépendant. Yassine identifie clairement Métanoïa et son équipe comme un espace de protection, un « cocon » contre les angoisses qu’il expérimente quotidiennement au domicile maternel. Patient agoraphobe, Yassine fait partie de ces usagers pour lesquels la famille est présente, voire *trop présente* dans le parcours de soins. Il en va de même par exemple pour Thibault, ou pour Bastien, dont les parents iront jusqu’à envoyer des photos du compte en banque de leur fils à Albin, son référent – parce qu’ils s’inquiètent des dépenses à distance effectuées par Bastien durant un weekend où il se trouve pourtant au CTR³⁶. Le CTR constitue dès lors pour ces jeunes un rempart, un « cocon protecteur » contre l’ingérence étouffante de la famille. Pour d’autres résidents plus âgés, comme Keufan, la protection consiste en un isolement de l’influence de certains membres de la famille, qui sont considérés comme ayant les mêmes problèmes de dépendance, mais préférant « ne pas [les] voir ». C’est bien l’idée du réseau collusoire des soignants et de l’usager *contre* la famille, qui est typique de la psychiatrie selon Goffman, qui se retrouve en jeu ici, dans cette métaphore du cocon protégeant de l’influence et de l’ingérence maléfiques des forces issues de l’extérieur. Une maison contre *la* famille, c’est également l’idée fréquente que l’on retrouve chez les adolescents en foyers ou en institution spécialisée – lorsque cet espace réussit à conjuguer les idéaux de bienveillance et de patience éducative et d’ouverture au monde que les parents biologiques n’ont pas pu ou pas réussi à donner (Bronsard, Bruneau, 2015)³⁷.

Mais ce qu’on entend dans le discours de la stagiaire du TCHAT d’autre part, c’est que les résidents doivent se confronter également à l’espace de la « parole psy », à l’espace de reviviscence de leurs traumatismes et de l’élaboration de leurs stratégies futures, pour éviter de sombrer de nouveau dans la dépendance. Il est donc clair dans l’esprit des professionnels que les hébergés en CTR ne sont pas uniquement là pour se sentir à l’abri et à l’aise. Si à Métanoïa, la durée du séjour réduit considérablement les risques d’« installation » des pensionnaires, on les incite par ailleurs, par une multitude d’ateliers, à affronter rapidement cette perspective du « dehors », de « l’extérieur ». L’idéal qu’ils tentent de réaliser se situe bien dans la perspective du projet inaugural de l’intervention en toxicomanie : il s’agit de substituer une dépendance à une autre, comme disait Claude Olievenstein (1977) cité en exergue, pour que les usagers se sentent liés à l’institution comme à une mère, et qu’ils intériorisent la peur de sortir – mais que cela puisse être précisément le cadre d’un travail sur cette peur, et d’une solution à trouver, dans d’autres modalités que celles de recourir au produit.

Au TCHAT, la durée indéfinie des séjours (souvent de 6 ou 9 à 12 mois) crée un tout autre type de réaction institutionnelle. On préfère souvent que les usagers sortent le moins possible (cela permettant de limiter les procédures qui dérogent à l’ordinaire, les tests de contrôle, les fouilles des sacs et les préoccupations superflues). Mais plus ils restent, plus ils

³⁶ Cdt 2 – Métanoïa – 07/10/21

³⁷ Voir également le dossier « Maisons d’enfance : habitants et invités » dans la revue *Enfances & Psy*, 2016/4 (n°72).

ont tendance à s'installer, et à habiter le CTR comme ce qu'il devient en apparence, à savoir leur lieu de résidence. On envisage alors sous l'effet de cette prise de conscience des moyens de les « faire sortir » de l'institution, de peur que leur séjour finisse par sembler trop confortable par rapport à l'évolution qu'on attend d'eux. De la même manière qu'on « envisage le retour en détention des patients qui semblent « "trop bien installés", qui "commencent à se prendre pour un roi", qui "pren(nent) tout pour acquis" » (Lancelevée, 2016b : 274), on considère alors les diverses alternatives qui s'offrent à eux – et parfois aussi, de les renvoyer purement et simplement dans leur milieu de provenance. C'est le cas de Jonas, de Lucas, deux trentenaires, qui de la même manière que Yassine et Bastien à Métanoïa, faisait part de la présence dans leur vie d'une mère particulièrement problématique et invasive. Nous allons voir par le prochain extrait de terrain un exemple exacerbé des dynamiques territoriales qui se jouent au sein du TCHAT par rapport à l'appropriation d'un « chez soi » de la part des résidents-« adolescents ». L'analyse du cadre intrafamilial au sein duquel les adolescents et jeunes adultes négocient un « chez moi » (distinct d'un « chez mes parents » ou d'un « chez nous ») par Elsa Ramos et François de Singly (2010) nous servira ici d'article-témoin à partir duquel mener notre réflexion.

Nous pourrions nommer ce compte-rendu d'observation « *Extension du domaine de la lutte* », en citation à l'ouvrage de Michel Houellebecq (1994). Le mardi 15 juin 2021, au cours d'une réunion institutionnelle, se trouva curieusement abordée la question de l'utilisation du frigo du CTR. Pour rappel, je me suis trouvée arrivant au TCHAT dans le « creux » de la troisième vague de l'épidémie de Covid-19, dans un moment où on commençait à lever les obligations de port de masque dans les établissements médico-sociaux, mais où certaines règles de précaution perduraient, du moins lors de mon arrivée. Dans ce centre, par exemple, à midi du premier jour de stage, on a commencé par me donner une boîte, une boîte en plexiglas, avec ce qui serait pour les semaines à venir « mon » assiette, « ma » tasse, « mes » couverts, et « mon » éponge individuelle pour laver ma vaisselle. Tout le monde avait une boîte similaire au centre, usagers et professionnels, Covid oblige. Ce qui avait par ailleurs contraint les usagers, compte tenu du manque de place appropriée dans la cuisine, à construire, dans le cadre d'un atelier exceptionnel, un petit meuble en bois dans la salle commune, qui servait de support étiqueté au dépôt de toutes les boîtes.

Ce mardi, le chef de service du pôle hébergement profite alors de la réunion institutionnelle trimestrielle, pour faire valoir qu'il allait falloir « arrêter les boîtes », ou du moins qu'il fallait que le lieu et les professionnels puissent, je le cite, « *faire en sorte de (re)trouver un semblant de vie normalisée* ». Ce qui fut surprenant, c'est qu'à partir de ce point de discussion – qui aurait pu sembler un point banal de logistique (pertinent à tout le moins, un an après le premier confinement et le début de l'épidémie) –, la discussion a commencé à glisser vers un tout autre sujet de discussion : à savoir le passage du caractère « exceptionnel » de certaines pratiques à leurs « effets pervers » pour reprendre les termes de Boudon (1977) et surtout à leur institutionnalisation néfaste pour l'un des groupes concernés au sein du centre, les professionnels. Je donne ici un extrait non exhaustif de la discussion qui prend place alors au milieu d'une trentaine de professionnels :

[Le constat fait d'abord par M. Leprince est que, grâce aux boîtes, depuis un an, il y a eu « quand même » moins d'achats de couverts. Les couverts ou les tasses de café étaient en effet régulièrement appropriés et emportés dans les chambres. Les professionnels surenchérisaient alors sur les problèmes qu'entraîne l'espace de la cuisine : il y a d'une part le problème de la perte régulière des couverts, mais aussi celui « des gens qui traînent dans la cuisine ». La direction évoque plusieurs solutions : on peut convoquer les collègues pour en parler et mener une intervention par rapport aux usagers en question,

mais on peut aussi envisager de fermer la cuisine après le repas. Je songe de mon côté que c'est un des seuls espaces de rencontre possible qui restent aux résidents, qui peuvent s'y croiser pour préparer un thé ou un café... Les diatribes commencent à croître de manière exponentielle, contre divers résidents qui « se croient tout permis » concernant l'usage de la cuisine. Cela monte en puissance jusqu'à cette phrase d'Emeric, éducateur, que je parviens à noter :]

Emeric – Les tasses qu'ils laissent, les canettes qu'ils mettent au frigo, c'est des micro-prises de territoire... Mais en fait, le CTR, c'est chez nous, et nous les thérapeutes, on a quelque chose à leur dire à partir de ça... Parce que parfois, ça commence à bien faire !

Nadine – [lapidaire] Moi les tasses qui traînent, je les mets à la poubelle.

Eva – Je trouve ça sale, moi, de laisser traîner les tasses comme ça...

Emeric – Parce que à un moment donné, son propre cappuccino, *il le mettait dans mon truc à courses...* [« il » accentué : visiblement il désigne l'usager qui pose problème en ces semaines-là dans la structure – que je reconnais à ce moment parce qu'il a l'habitude de se préparer des cappuccinos solubles]

Emeline – A un moment donné, *peut-être qu'il faut être un peu plus intransigeants pour avoir une position commune...*

[*Me sentant moi-même en ébullition, je demande, avec une fausse naïveté, pourquoi Emeric a dit qu'ils étaient « chez eux » alors qu'ils y travaillent sans y vivre – et que les usagers pourraient employer sans doute la même expression, puisque ce sont eux qui sont logés jour et nuit au CTR. Emeric se reprend alors, et devant l'assistance silencieuse, il précise que « chez nous » était sans doute un abus de langage... Nadine enchaîne : « On a tout fait pour faire en sorte que la collectivité ne prenne pas la dominante sur l'individu... » Elle se lance à son tour dans une diatribe semblable à celle d'Emeric, insistant sur le sentiment de manque de respect qu'elle ressent en ce moment au CTR de la part des résidents. Elle dit en avoir « marre des gloussements dans le collectif », ou des rires qui parfois, « ne [lui] semblaient pas naturels » :]*

Nadine – Dans le collectif, j'ai senti comme ça, une position de défense... à mon avis, il y a beaucoup d'alcool qui circule que ça ne m'étonnerait pas.

Tout au long de cet extrait, on a la matérialisation d'un groupe qui parvient à se percevoir comme homogène seulement en s'opposant à un autre, sur une question territoriale, ou plutôt sur une question d'usage et de règle sur ce territoire nécessairement partagé. Nous voyons ici un lien entre nos observations et les analyses de Ramos et de Singly sur le fait que dans le cadre familial, les adolescents doivent se plier à comment « vivent leurs parents », tout en étant dans une phase de leur existence où ils apprennent aussi bien à se distinguer et à se créer leur espace au sein de l'espace familial (un « chez soi »), qu'à se différencier symboliquement de leurs parents à l'extérieur (« chez mes parents » ne coexistant plus avec « chez nous »). Des moments communs existent alors entre parents et enfants, qui sont des temps de « co-présence » : « Ces moments communs se définissent comme un espace-temps où les membres de la famille sont co-présents. Ce qui se joue entre les deux types de « temps commun » relève de la reconnaissance » (Ramos, de Singly, 2010 : 12). Mais la réaction des professionnels au cours de cette réunion me fait penser qu'il est question dans notre cas d'une demande croisée de reconnaissance. La question de l'individuation de deux groupes est à interpréter comme une lutte pour l'appropriation d'un « chez soi » des résidents-adolescents, d'une part ; mais il se produit une crispation en retour de la part des parents-« adolescents »-pros, qui revendiquent eux aussi un « chez soi », dans un espace où eux également doivent suivre des règles précises étrangères à leur mode de vie, et où le poids du manque de reconnaissance professionnelle a fini par leur peser.

Alors que « l'intervention sur le lieu de vie de leurs publics est la marque de fabrique » des éducateurs de prévention spécialisés – aussi appelés « éducateurs de rue » (Le Goaziou,

2015, 2022 : 13) – les éducateurs que nous observons dans ce centre entendent travailler à partir d’une institution qui devient « leur » lieu de vie, lieu idiosyncrasique dont les résidents ont à apprendre les mœurs et coutumes.

La question d’une opposition groupale se trouve par ailleurs recouverte par d’autres thématiques qui font partie des préoccupations professionnelles. D’abord, le scrupule de l’hygiène (laisser trainer une tasse « c’est sale »), après une période marquée comme on l’a vue par une aseptisation contrainte par les circonstances ; mais qui avait été ici poussée à son extrême (les boîtes en plexiglas), et aurait presque pu constituer un cas d’exception institutionnalisée en règle, compte tenu du fait qu’il permettait de faire des économies d’achat de couverts. On comprendra que la règle coutumière évoquée (je vois une tasse qui traîne : je la mets à la poubelle) risque en effet de devenir coûteuse, à la longue. Puis l’argument glisse sur la défense de la dimension collective du lieu, contre les « abus » individuels de certains résidents : Jonas qui ajoute dans le panier de courses journalier (les fameux 43€ intangibles) le renouvellement de sa consommation de cappuccino en poudre, le manque de respect avec lequel certains considèrent la cuisine ou les espaces où ils laissent traîner des objets comme « leur » espace. Découle de cette plainte au sujet de l’irrespect un autre soupçon, qui rejoint la question des « micro-prises de territoires » craintes par Emeric : les usagers doivent probablement cacher quelque chose, et sans doute s’agit-il de consommation, pour paraître aussi « défensi[fs] » par rapport à l’équipe.

La scène continue, et repart de plus belle sur la thématique de l’utilisation du CTR à des fins privées :

Emeric – Je sais pas comment vous voyez la chose, mais ce truc, Amazon, pour monsieur machin, monsieur machin, les achats privés...

M. Leprince – Là, légalement on ne peut pas s’opposer... Mais maintenant je vais leur dire de se faire livrer dans un point-relai... [...] *C’est le truc de la mesure, quoi.*

Emeline – Déjà, est-ce qu’ils ont le droit d’avoir de la nourriture en chambre ? [...] Parce que maintenant, toutes les nuits il bouffe, Jonas..

[M. Leprince rappelle la loi, que la chambre est légalement un espace semi-privatif et que donc, on ne peut pas s’opposer à ce qu’ils fassent dans leur chambre.]

M. Leprince – Je pense que déjà, on pourrait se confronter au problème de l’espace collectif.

[La conversation repart sur une dynamique de dénonciation, de critique de cette territorialisation par « contamination de l’espace collectif ». Rapidement, sans que je comprenne comment la conversation « glisse » jusqu’à ce stade, on entend des phrases comme : « ...parce que la notion de territoire, effectivement, pour des personnes qui ont vécu à la rue... », et le chef de service, lapidaire, finit par acter : « Alors du coup, je serais pour qu’on interdise l’usage des équipements du collectif. »]

Au nom de la « mesure », on en arrive à une aberration qui s’exprime par le fait que les résidents n’auraient plus droit à l’usage des équipements collectifs (comme les réfrigérateurs) – alors que ce sont eux qui sont en charge, quotidiennement, de faire les repas par exemple. C’est la question de l’appropriation individuelle des équipements collectifs qui en fait cristallise toutes les tensions de la part des professionnels. Ou notamment, autre point rapporté par Emeric, le fait que les patients se sentent tellement bien au CTR qu’ils commencent par s’y faire livrer leur courrier, puis donnent cette adresse pour leurs achats en ligne. Ce qui met l’équipe en porte-à-faux, si le CTR tend à devenir un lieu-dépôt d’achats compulsifs. Mais on peut pointer que la démesure intervient du côté des professionnels à partir du moment où ils ne parviennent pas à inventer d’autre solution que celle de l’interdiction. Ils témoignent ainsi d’une perte de pouvoir sur le territoire où ils exercent. Face

à la déferlante des initiatives des résidents pour s'approprier l'espace – et témoignant ainsi de l'autonomie –, les professionnels en déduisent une perte de leur espace privé, ou de leurs règles de fonctionnement. Et au fur et à mesure de cette discussion en équipe, on en vient finalement à une décision autoritaire, prise par le chef du pôle hébergement pour « régler » ces problèmes de négociation des limites : à savoir l'interdiction de l'utilisation des réfrigérateurs pour stocker des denrées individuelles.

D'une réflexion sur la mesure, que les professionnels pourraient avoir la capacité de communiquer et de transmettre à des usagers aux problématiques comportementales connues, comment cela a-t-il pu glisser à la démesure de la toute-puissance institutionnelle, qui par peur de perdre le contrôle, interdit toute marge de manœuvre ? Car l'interdiction d'utiliser les frigos collectifs va nécessiter des interdictions en chaîne : les usagers vont être tentés de stocker les denrées individuelles qu'ils achètent lors de leurs sorties dans leurs chambres ; ce qui risque d'augmenter le problème du manque d'hygiène des espaces du CTR. Donc le chef de service anticipe, et dit que les produits frais seront interdits dans les chambres (pas de boissons fraîches, pas de yaourts), à cause de la rupture de la chaîne du froid – qui doit être légalement respectée dans ces établissements. Interdiction de denrées froides ainsi dans les chambres. Et interdiction de conserver des denrées personnelles dans les espaces du collectif. Tout est verrouillé, à nouveau sous apparent contrôle³⁸. Mais comme l'écrivait déjà Robert Castel à propos de l'insécurité : « Davantage, l'écart se creuse entre un légalisme qui se renforce et une demande de protections qui s'exacerbe. Ainsi l'exacerbation du souci sécuritaire engendre nécessairement sa propre frustration, qui nourrit le sentiment d'insécurité » (Castel, 2003 : 23)

Plus que dénoncer un phénomène tendancieux de ce centre, cet extrait nous sert à voir précisément comment derrière les choses les plus anodines (la gestion de la cuisine, du frigo), il y a des questions d'identité et d'appartenance à un groupe plus fondamentales : ce sont ici des enjeux de territoire, de qui rentre dans l'espace de qui, de qui définit l'usage du lieu, de quelles limites on pose avec l'autre ou de quelle limite on impose à l'autre, parce qu'on n'a pas été capable de négocier l'espace de travail en commun. Comme l'écrivait Goffman : « Les gestes que parfois nous nommons vides sont peut-être, en fait, les plus pleins de tous » (Goffman, 1974 : 81).

Je voudrais souligner un point dans cette démonstration des entraves qui surgissent lorsque les professionnels ne peuvent plus souhaiter qu'une chose devant ce qu'ils voient comme une invasion de leur territoire d'exercice : sécuriser, limiter, imposer une règle arbitraire. La temporalité du centre joue significativement dans les marges de négociation qui sont possibles ou non, dans l'appropriation de l'espace par les usagers. Si à Métanoïa, il y a une forme de permissivité, d'apparente marge de négociation sur les espaces collectifs, les résidents n'ont pas vraiment la tentation de s'acheter d'autres choses à manger : ils se trouvent là uniquement pendant quelques semaines, ils se voient nourris par un traiteur, et il y a souvent des restes et des denrées excédentaires dans les frigos. Si les usagers restent plutôt 6 mois (mais même parfois plus d'un an), on entendra que cela est diffère fortement d'un séjour de 6 semaines : il y a nécessairement plus de probabilités que quelque chose de l'habitation personnelle, quelque chose d'un « chez soi », se constitue dans ce lieu. Et que les problèmes

³⁸ Les résidents réagissent très mal à cette nouvelle règle, qui leur sera annoncée sans embarras par Emeline, l'après-midi même au CTR. Ils disent ne pas avoir été consultés, n'avoir eu aucune participation à cette décision prise unilatéralement en réunion par les professionnels. Ils tenteront, sans succès, individuellement et collectivement, de faire revenir le chef de service sur sa décision. M. Leprince sera par ailleurs très fâché du fait que cette nouvelle interdiction aura été divulguée par l'infirmière sans attendre qu'il l'annonce lui-même aux résidents. Cela accroîtra les tensions déjà existantes entre la direction et Emeline, qui choisira de quitter son poste à la rentrée suivante.

quotidiens, dans un centre où les gens ne restent que six semaines, ne soient pas de même nature. Néanmoins, le chef de service du TCHAT dit pour sa part avoir lui aussi des objectifs clairs, en termes de « passage » dans ce lieu, et non d'installation pérennisée. On pourrait dire que l'image stipulant que « faire sortir » d'un lieu, c'est aider les personnes à « s'en sortir », demeure un préjugé partagé aussi bien par les agents de la RATP (Régie autonome des transports parisiens) (Soutrenon, 2001) que par certains travailleurs sociaux. Plus précisément, comme en ce qui concerne les aménagements des stations de métro (où on remplace progressivement les banquettes par des fauteuils ovoïdes où il est impossible de s'allonger), il faut que les gens sortent d'eux-mêmes, ou ne puissent même pas avoir la possibilité de « s'installer ». Lors de cette réunion, Maxime Leprince conclut précisément la fin de son discours en disant que l'une de ses visées, au sein du CTR, c'est de « créer de l'inconfort ». Il cite un certain Dr. Tartare, qui lui avait que les services de soins, il fallait qu'ils soient « comme un McDonald » : que les gens soient attirés et aient envie de rester, mais que dès qu'ils ont consommé, ils soient dégoûtés et aient envie de sortir pour laisser la place à d'autres clients. Il remartèle la définition de ce qu'est pour lui un CTR :

M. Leprince – Ils sont ici pour se soigner. Je vois pas très bien l'intérêt qu'ils auraient à faire autre chose... [...] *Il faut remettre un petit peu de règle : c'est un établissement thérapeutique résidentiel, c'est pas un dispositif d'hébergement !*

[Il récapitule. Il s'agit donc d'interdire aux résidents l'usage des frigos collectifs. De vérifier en outre, en allant régulièrement en haut, qu'ils ne stockent pas de denrées froides dans leur chambre]

M. Leprince – Moi je pense que c'est parfaitement viable, comme cadre. Après, la question, c'est d'être capables de le tenir au quotidien...

Nadine – *C'est vrai que c'est important pour le référent de rentrer dans l'espace du patient...*

Le chef de service ajoute qu'il faut un sas à l'entrée pour empêcher qu'ils fassent rentrer des sucreries, ce qui évitera les grignotages intempestifs la nuit. Emeline acquiesce.

Nadine – Non, parce que *je comprendrais s'il y avait des patients anorexiques...* mais dans l'ensemble, ils sont plutôt au-dessus de leur poids que l'inverse...

[Eva commente que c'est difficile à traiter la question du plaisir que l'on se fait. Par exemple, Jonas, qui aime bien profiter de sa sortie pour aller au restaurant vietnamien, mais le problème c'est qu'après, il mange à 17h lors de sa sortie d'une heure, et il revient et le soir il ne mange rien...]

Emeric – Moi j'ai failli lui dire « Bah, retournez-y au vietnamien ; et restez-y. »

M. Leprince – *[sourire]* Faut toujours qualifier une scène...

Emeric – Bah, c'est comme dit Eduardo, *si t'es pas au courant de la connerie, tu le sais pas... Mais si on vient te dire et que là se joue un truc...*

Cdt 1 – TCHAT – 15/06/21

Les professionnels marquent la différence entre un CTR et un dispositif d'hébergement plus classique, notamment en ce qui concerne l'hébergement de précaires (type CHRS). Ici les patients ne sont pas dans un « chez eux » où ils peuvent ramener leur nourriture, éventuellement s'alcooliser, et les professionnels seraient là uniquement dans une visée éducative et préventive de leurs conduites à risque. Ici, ils sont venus dans une démarche de soins – et si c'est de soins qu'il s'agit, les limites du territoire du moi de la personne malade sont beaucoup plus poreuses, et franchissables, que s'il s'agit d'une personne dans un espace semi-privatif hébergée dans un collectif. Nadine trahit en une phrase ce qui fait l'essence de sa pensée : « c'est important pour le référent d'entrer dans l'espace du patient ». Si les patients ne doivent pas « déborder » sur le territoire du CTR, espace approprié symboliquement par le collectif soignant, les « thérapeutes » eux, doivent entrer, sont autorisés par leur mandat à

fouler le territoire des résidents – et à régler ce territoire à la mesure des normes locales. La fusion soignant-soigné et les délimitations territoriales ne s’opposent pas : elles permettent précisément de faire valoir l’asymétrie constituante de la relation entre le professionnel et le résident dépendant selon l’idéologie du TCHAT. Il faut manger « ensemble », il ne faut pas déroger aux horaires réglés reproduisant la vie au sein d’un nucléus familial qui ont été institués. La violence des propos qui sont parfois tenus par les professionnels ne doit pas surprendre ou choquer le lecteur étranger à ce monde. Elle témoigne en fait à mon sens des effets d’identification, de jalousie, et le profond désarroi quant à la bonne distance à avoir avec des usagers avec lesquels ils vivent quotidiennement. Elle témoigne de leur profonde ambivalence à eux aussi. La « perversion » de l’usager qui vient « jouer un truc » avec le professionnel parce qu’il lui dit qu’il a été manger dehors trahit bien, ce mouvement de va et vient entre transparence et sanction conséquente à la transparence attendue : on ne peut aller que dans un crescendo de la transgression au durcissement des interdictions, qui témoignent dans ce lieu de rapports très imbriqués entre dépendance symbiotique et rejet de cette dépendance.

*

Après avoir vu dans le chapitre 4 quelles sont les apprentissages ritualisés qui doivent conduire les résidents vers une mise en œuvre de leur être-adulte, nous avons analysé la manière dont les modalités d’apprentissage sont configurées par des styles institutionnels parfois opposés à leur objectif premier, qui devrait être l’autonomisation des usagers. Certains y voient sans doute les tiraillements historiques qui animent la visée du travail social et du concept d’éducation – dont l’origine étymologique, incertaine, est prise entre *educare* (apporter, informer, instruire) et *educere* (conduire hors de soi, faire éclore...) (Goguel d’Allondans, 2003 : 126). Mais les coordonnées historiques et sociales de chacun des deux centres, et leur inclusion singulière au sein d’une discipline qui s’institutionnalise, l’addictologie, font que le TCHAT et Métanoïa incarnent aux extrêmes ces différentes visions. La responsabilisation qui est globalement mise en place en CTR présente néanmoins certaines ambivalences globales, liées aussi bien à l’histoire de la discipline et de son rapport à l’« accrochage » des usagers, qu’aux compétences et aux histoires professionnelles mises en jeu. La fonction des professionnels présents, et notamment des travailleurs sociaux, étant de promouvoir l’éducabilité des résidents et leurs capacités d’évolution encore en vigueur, on comprend mieux, grâce aux observations tirées de l’ethnographie, comment la dialectique du cadre institutionnel et de l’autonomie promue contribue à retenir parfois les usagers dans une identité transitoire – d’adultes apprenants au mieux, de personnes figées dans la dépendance au pire. Pour opérer un « passage » à l’âge adulte, il faut certaines dispositions, certaines qualités, que seule la validation professionnelle, et parfois la reconnaissance groupale (comme nous allons le voir au prochain chapitre) permettent de certifier comme étant celles de « l’âge d’homme » (Leiris, 1939).

Quant à cette maturité, à laquelle on arriverait, son contenu dépend foncièrement de la philosophie institutionnelle et du rapport de croyance qu’on y entretient à ce que l’on pense qu’il est possible d’enseigner. On pourra voir dans le chapitre 6 la différence fondamentale entre Métanoïa et TCHAT sur ce point : dans le premier on peut apprendre de nouvelles « manières d’être ». La pédagogie du centre est sensiblement maïeutique, il faut réussir à

métaphoriquement faire « accoucher » les résidents des idées auxquelles le centre sensibilise peu à peu : il s'agit d'un processus éducatif démocratique élitare, fondé sur l'idée que tous (à leur niveau) peuvent réussir à penser par eux-mêmes des choses qui rendent plus fort et libèrent... Le TCHAT n'y croit pas, comme il ne croit pas tellement au fait qu'on puisse « apprendre » à devenir-adulte aux êtres majeurs dont il a la charge : il s'agit d'un processus d'encapacitation éducative et fonctionnelle : il s'agit de donner « un semblant de normalité », une apparence fonctionnelle dans les aptitudes du quotidien à des usagers autrement destinés à passer leur vie en institutions. Nous constatons en tous les cas que lorsque se concrétise cet échec du « devenir-soi », de l'engrangement de nouvelles manières d'être, le repli que nous décrivions comme « claustrophilique » (Fachinelli, 1983) est une tentation constante, aussi bien pour l'individu que pour l'institution qui lui donne accueil. Les ambitions sont susceptibles de se réduire à une conservation de l'identité passée, sous la forme du modèle d'expression que Jean-Claude Kaufmann nomme *Exit* (en écho à l'article de Hirschmann) et qui s'incarne par le fait d'« être tout simplement ce que l'on est [...] ce que la vie a fait de soi » (Kaufmann, 2004 : 228). Ces formes de retrait peuvent parfois être nécessaires dans la vie des individus ordinaires, ce d'autant plus si cette séquence de vie a été précédé par une période caractérisée par l'agitation et l'épuisement :

À des degrés moindres, le retrait touche l'ensemble des gens, selon des modalités spécifiques. Il peut par exemple être simplement moins marqué, plus ouvert au monde et aux projets d'avenir. A mesure qu'il s'assouplit en ce sens, il tend à se fixer non plus comme un positionnement global et continu, mais au contraire à des moments particuliers, *dans des sortes de parenthèse de repos, des séquences de ressourcement à l'intérieur de petites cosmogonies tangibles. La majorité de la population s'inscrit dans un tel type de retraite modéré et séquentiel. [...] Les séquences de retrait étant d'autant plus profondes que les agitations ont été précédemment épuisantes. Elles sont le contrepoint nécessaire, la respiration permettant de continuer sa course.* (Kaufmann, 2004 : 245-246)

Cette réflexion autour d'espace-temps nécessaires à une mise en suspens de la quête identitaire nous pousse d'autant plus à envisager le « passage » du CTR comme un autre type d'espace, celui d'un retrait « nécessaire », d'une « parenthèse » permettant à l'utilisateur de faire le point sur sa vie, et parfois, de vouloir la « convertir ».

Chapitre 6

Le CTR comme espace liminaire

Lieu d'initiation ou entraînement à la « vraie vie » ?

Ce qui importait vraiment, c'était de faire partie d'un système et de se libérer de cette nature
– sa nature – qui soudain le faisait de nouveau trembler de la tête aux pieds. [...]

C'était donc ce qu'on voulait de lui ? Qu'il dît oui.

En échange de tout ce qu'il savait, qu'exigeait-on d'un homme ?

En échange, on demandait à un homme – de croire.

Clarice Lispector, *Le Bâtitteur de ruines*, Paris, Gallimard, 1970, p. 220-221

But perhaps the institution carries a secret: that it is, under these surface appearances, profoundly irrational.

[Mais peut-être l'institution porte en elle un secret : qu'elle est,
sous ces apparences de surface, profondément irrationnelle.]

Lorna Rhodes, *Total Confinement. Madness and and reason in the maximum-security prison* (2004: 5)

Notre parcours au sein de l'institution CTR, dans ses nuances et ses colorations distinctes d'une institution à l'autre, se poursuit. Tout au long de cette partie, nous avons tenté de démontrer que la résultante des pratiques, des interactions et des discours portés sur lui permet de le décrire comme un *espace liminaire*, dans lequel il serait possible pour ses résidents de jouer, ou de rejouer, un passage à l'âge adulte. Ce passage adviendrait dans une société contemporaine qui a connu la progressive disparition de seuils scandant par des rites unanimes (ou fortement majoritaires) l'existence des êtres partageant une même communauté, et qui marquaient des formes de cloisonnements entre les différents âges et étapes de la vie. De fait, ces étapes ne sont plus si cloisonnées et univoques de nos jours ; ce n'est plus réellement le social mais l'individu qui décide de marquer (ou non) une séparation nette entre l'âge de la dépendance et l'âge de l'accès aux droits, à la propriété de soi, et aux responsabilités¹.

¹ Précisons encore : ce n'est pas tant que les rites de passage viennent à manquer ou à se rarifier en Occident (on pense notamment à l'ancien triptyque baptême, service militaire, mariage). Mais ils prennent désormais un sens et des formes beaucoup plus *individualisées* (Le Breton, 2002 ; Roberge, 2006, 2014). Ou encore, on constate comment certains caps à franchir (permis de conduire, baccalauréat) et certaines pratiques groupales (« bizutages » dans les entrées en grandes écoles ou en médecine, « enterrement de vie de garçon » ou « de jeune fille ») se sont dotés d'une

Nous nous sommes demandé au début de cette deuxième partie, dans quelle mesure la « sortie » de l'addiction pouvait être appréhendée dans ces institutions comme devant coïncider avec un « passage » particulier dans l'existence individuelle – qui se caractériserait par la « fin » de l'adolescence, et conséquemment le début d'une nouvelle existence d'adulte autonome et responsable de son existence. Les pratiques mises en place dans ces centres confortent chez les usagers l'intériorisation de l'addiction comme état de dépendance dont il faudrait se sevrer, non pas en changeant radicalement ou en « devenant un autre », mais plutôt *via* l'acquisition des capacités psychologiques et sociales identifiées comme caractéristiques de l'âge adulte. Mais la question de la fonction sociale qu'occupe les CTR dans ce processus de maturation individuelle demeure : dans quelle mesure ces centres que nous observons assurent-ils dès lors une fonction de reconfiguration identitaire, censée garantir la responsabilité et la maturité « adulte » de leurs résidents sortants ?

En amont du raisonnement présent, nous avons montré au chapitre 4 que la « sortie » de l'addiction est ritualisée dans les CTR comme une voie d'accès possible aux qualités requises de l'adultéité, à savoir l'autonomie et la capacité de répondre de ses actes. Dans ce cadre général, l'horizontalisation des rapports véhiculée par le centre Métanoïa est un bon exemple de l'uniformisation – plutôt que de l'écrasement ou de l'homogénéisation totalitaire – des projets de « sortie » possibles à l'horizon de la commande sociale. Cela nous a conduit à envisager ces opérations de nivellement effectuées en CTR (en tenant compte des déterminants sociaux antérieurs des usagers) comme des étapes liminaires institutionnalisées. Ces étapes que sont les divers apprentissages véhiculés par le centre sont supposées permettre progressivement au cours du séjour la *consécration* d'une transformation personnelle orientée par un « devenir adulte ». Cette dernière doit évidemment se voir validée d'une part par l'institution accueillante, mais aussi assumée et entrevue par l'utilisateur comme une identification endossable dans sa vie à l'extérieur du centre. Cette notion de consécration permet d'entrevoir les rites initiatiques du CTR au sens fort de « rites d'institution » comme les nommait Bourdieu :

Mais sait-on vraiment ce que signifie consacrer, et consacrer une différence ; comment s'opère la consécration que j'appellerai magique d'une différence et quels en sont les effets techniques ? Est-ce que le fait d'instituer socialement, par un acte de *constitution*, une différence préexistante – comme celle qui sépare les sexes – n'a d'effets que symboliques, au sens que l'on donne à ce terme lorsqu'on parle de don symbolique, c'est-à-dire nuls ? Le Latin disait : tu enseignes la nage au poisson. C'est bien ce que fait le rituel d'institution. *Il dit : cet homme est un homme – sous-entendu, ce qui ne va pas de soi, un vrai homme.* (Bourdieu, 1983 :124)

Mais on a pu constater que l'on retrouve aussi dans ces CTR d'autres sujets, moins disposés à opérer ce franchissement de cap ; et que les professionnels eux-mêmes ont parfois des réticences à laisser sortir certains résidents et notamment celles et ceux qui paraissent condamnés à demeurer des « non-adultes », parce qu'ils dévient par exemple des registres interactionnels attendus (cf. chapitre 5 I.A.). La détermination des éléments conduisant à réussir ce « passage » est – comme on l'a vu déjà en partie – conditionnée par les socialisations antérieures des usagers, mais elle est aussi fonction du moment de la vie de l'individu et de la place qu'il réussit à occuper (ou non) au sein d'un collectif donné, qui peut le reconnaître dans ses efforts de transition identitaire. Le chapitre qui va suivre est donc motivé d'un côté par

qualité initiatique qui leur donne un statut de nouveaux rites contemporains qui viendraient en remplacement des anciens rites d'inclusion sociale (Hervieu-Wane, 2012 ; Segalen, 2017 : 16).

l'analyse plus approfondie de la dimension groupale, imposée et censée être vectrice du changement individuel en CTR – et donc des implications que ces pratiques de groupe peuvent avoir au niveau de la construction d'une nouvelle identité sociale.

Dans la première section, c'est la dimension proprement initiatique de ces séjours que nous allons appréhender, en analysant comment les hommes ou les femmes mis en défaut dans leur existence d'adultes – et qui ont choisi de s'enfermer en CTR pendant plusieurs semaines ou mois – trouvent matière dans ces centres pour transformer leur expérience d'addiction en une occasion possible pour une nouvelle naissance : « Un rite de passage est en fait un choc émotionnel délibérément provoqué par la communauté afin de marquer l'avènement d'une nouvelle identité, une identité adulte. Il s'agit d'un événement paroxystique du point de vue de la socialisation émotionnelle. » (Brossard, 2013 : 39). Les ingrédients nécessaires à ce passage sont de fait tous présents au sein de nos deux CTR : la séparation d'avec le quotidien et le milieu social d'origine, la suspension temporelle qui garantit un espace-temps particulier pour le rite, le partage d'une expérience forte au sein d'un groupe de pairs, l'exposition à la perte identitaire et aux dangers de l'initiation...

Mais si ces rites sont mixtes dans de nombreuses sociétés primitives, une grande partie des anthropologues et historiens a davantage développé les rites d'initiation masculine, et a mis l'accent sur l'acquisition des caractéristiques d'une virilité nécessaire à la survie du groupe, ainsi que sur les institutions qui président à cette acquisition (Godelier, 1982 ; Mosse, 1996) – ce qui témoigne sans aucun doute de l'androcentrisme ayant biaisé grande part de l'anthropologie occidentale, et que certaines chercheuses ont clairement démontré (Weiner, 1976 ; Tabet, 1979 ; Loraux, 1981 ; Ordioni, 2011). Cela étant, le sex-ratio des usagers observés au sein des deux institutions, ainsi que certains aspects du séjour en CTR – qui me font croire qu'il s'agit souvent, au-delà de s'en sortir de la drogue, de « devenir un (meilleur) homme » – m'incitent pourtant à m'aventurer sur une analyse structurale de ce qui s'apparente à un phénomène d'initiation masculine au sein de ces centres. En considérant le CTR comme une potentielle « maison-des-hommes » (au sens, symbolique, de Welzer-Lang, 2007), nous voudrions faire valoir que l'intervention médico-sociale y trouve un lieu d'appui pour prendre en charge ceux que la *normopathie virile* décrite par Dejours (1998) a mis en crise. Ce qui ne veut pas dire qu'une initiation analogue ne soit pas fournie aux femmes usagères de drogue – nous aborderons sa spécificité dans la section I.D de ce chapitre, plus globalement consacré aux résidents masculins. En effet, en accord avec les analyses d'Anne Perriard sur la construction des figures de la dépendance problématique (2017), nos propres observations confirment que la formulation des propositions d'accompagnement fournies aux usagers des structures en addictologie se trouve incarner les étapes « d'un parcours de vie normalisé constitué des étapes formation-emploi-retraite (Kohli, 2007 ; Leisering et Behrens, 1993) et *androcentré* (Levy *et al.*, 2006) » [je souligne]. Prendre au sérieux cette question de l'androcentrisme de la construction des figures problématiques de la dépendance – comme maladie chronique avec laquelle il faut « vivre avec » (ou qu'il faudrait pouvoir « gérer »), ou bien comme étape de vie dont il faut « sortir » – nous aidera à analyser et à mieux comprendre les modèles de rétablissement qui sont proposés aujourd'hui en France (aux femmes *comme* aux hommes). Ce sont les contours que prend à l'époque contemporaine la figure de l'adultéité construite par ces différents modèles qui nous semble en jeu dans ce chapitre sur l'initiation.

Dans la seconde section en revanche, nous analyserons trois dimensions qui se retrouvent co-présentes en CTR dans cette modalité de fonctionnement par « groupes », et qui paraissent pourtant antithétiques, ou en tout cas non conciliables : la dimension coercitive et compétitive, la dimension ludique et mimétique, la dimension de détente et de relâchement

des contraintes du monde extérieur. Ces trois aspects de l'expérience du séjour se retrouvent tous en effet dans ces lieux de vie collective dont la visée demeure l'individualisation, et où on oblige des individus pourtant très différents à cohabiter ensemble pendant des périodes allant de 2 à 12 mois. Nos observations nous permettent donc d'établir un parallèle avec la notion d'*hétérotopie de crise* foucauldienne, tant pour faire valoir que ces lieux constituent pour certains individus des espaces de suspension de la vie ordinaire, que pour montrer qu'ils définissent l'espace d'une transition existentielle, d'une « crise », amenée à se résoudre différemment en fonction des sujets. En suivant les rapports analogiques que nous avons pu établir par comparaison avec des lieux d'entraînement, ou de congé pris sur le flux normal de l'expérience quotidienne, nous choisissons de prendre au mot le troisième principe des *hétérotopies* foucauliennes, qui affirme que : « L'hétérotopie a le pouvoir de juxtaposer en un seul lieu réel plusieurs espaces, plusieurs emplacements qui sont en eux-mêmes incompatibles. » (Foucault, 1967 : 1577). Cela nous permettra d'approfondir les raisons sociologiques qui font que certains et certaines franchissent ces étapes liminaires du devenir-adulte, tandis que d'autres continuent de se tenir en-deçà des attentes qu'elles circonscrivent.

Remarque – Notons ici, afin d'éviter toute mécompréhension, que j'entends placer la focale sur les résidents masculins pour démontrer que les rites de passage configurés dans les CTR traduisent sans doute encore aujourd'hui *des biais genrés* dans la manière d'aborder les différentes populations concernées par l'addiction. Ces stéréotypes de genre se poursuivent dans le monde « ordinaire » du travail – et notamment dans le milieu du travail social et de sa hiérarchie, ce qui n'est sans doute pas sans incidence sur les centres que nous observons (Bayer, 2023). Autant que possible, il nous importe en sciences sociales de nous éloigner d'une approche biologisante ou naturalisante des différences comportementales existant entre hommes et femmes. Sans négliger les différences de sexe et de genre² documentées par l'épidémiologie (Dupuy *et al.*, 2009 ; Simmat-Durand, 2009 ; Mendrek, 2014) notre travail est de renverser la perspective et de saisir, en amont et en aval de ces constats chiffrés, ce que ces données disent de notre société. Notre tâche est donc d'analyser plus précisément comment les conditions de vie, de travail, d'assignation différentielle aux tâches de *care*, mais aussi comment l'attention portée à ces inégalités par les politiques et les dispositifs de santé, contribuent à *produire et reproduire* ces différences entre sexes (Hagège *et al.*, 2017) – et conséquemment des devenir différents à la sortie de l'adolescence. Néanmoins, et parce que (conformément aux études épidémiologiques) la proportion d'usagères femmes que j'ai observée était significativement moindre que celles des hommes, j'ai préféré analyser la construction genrée des usagers comme résultat *consacré* par l'initiation. C'est là dire que j'ai choisi, à la suite d'autres anthropologues, de comprendre le genre « non pas comme un critère d'accès à l'expérience initiatique, mais comme un produit (au moins partiel) de cette expérience ». (Gobin, Hamberger, Houseman, 2021 : 7). Les hébergés en CTR ne sont en effet

² Laurence Simmat-Durand recense les études épidémiologiques en soulignant la différence entre les publications portant sur les différences *physiologiques* liées au sexe, c'est-à-dire les effets différents qu'entraîne la consommation de produits psychoactifs chez les femmes ou chez les hommes, ou les spécificités en termes de comorbidités et/ou santé mentale ; et celles portant sur les différences *de comportements ou de rôles sociaux* de genre qu'on attribue aux usagers hommes ou aux usagères femmes : en plus des problèmes exclusivement féminins qu'occasionnent la prostitution ou la maternité, les études rendent compte par exemple d'une « dépendance affective plus forte chez les femmes que les hommes, un impact plus marqué des événements négatifs de l'enfance comme origine des addictions et des différences dans l'accès et l'utilisation des traitements. Les prises de risque dans les comportements addictifs sont également décrites comme plus importantes chez les femmes que chez les hommes. » (Simmat-Durand, 2009 : 86)

pas tant construits ou produits comme hommes qu'ils ne sont *dé-construits* (comme vis-à-vis de leur âge) et incités à devenir *de meilleurs hommes*. Comprendre que le contexte initiatique change la production classique des *habitus*, dans la mesure où « les actions qui forment l'*habitus* ne sont pas du même ordre que celles qui le constitueront » dans l'espace où il se trouvera effectif, a été un des apprentissages surprenants, depuis cet angle de la recherche (Gobin *et al.*, *ibid.* : 8). Comme pour les apprentissages relatifs à l'âge adulte, il est sans doute plus pertinent de penser ce processus selon un double schéma de *renforcement* ou de *modification des dispositions sociales*. Ces résidents ne vont pas seulement grandir dans ce centre ; ils sont également amenés (parfois et dans certaines conditions) à changer leur façon d'être hommes.

*

I. Humain et homme. Devenir un membre à part entière d'une communauté de valeurs et d'idéaux

Parfois, dans sa vie sociale, un homme est en butte, de façon répétitive, à de lourdes épreuves qui ne relèvent d'aucune explication conventionnelle ; il se met alors à revoir des pans entiers de la terminologie qu'on lui a enseignée. [...]
Mais il est impossible de douter de sa terminologie fondamentale sans douter également de ses propres finalités. Celui qui rejette, dans une large mesure, les causalités qui furent les siennes est aliéné, et risque de perdre son univers. Il en a été « spirituellement dépossédé ». Pour le retrouver, il lui faut adhérer à un ensemble d'antihypothèses ou créer son propre système, tant il est vrai que son monde n'est pas seulement là, à côté ; il est aussi ce qu'on en fait.

Anselm Strauss, *Miroirs et masques*, Paris, Métailié (1992 : 41)

Le CTR constitue un espace-temps privilégié non seulement pour la responsabilisation de certaines personnes, considérées dans nos sociétés comme non-(*encore*)-adultes, mais aussi pour leur réintégration comme membre de la société. Indépendamment de la communauté d'origine ou de la communauté d'appartenance qu'un individu a pu constituer dans son adolescence (ponctuée parfois par l'incursion dans les mondes de la drogue), la société a mis en place un certain nombre de dispositifs d'intervention sociale favorisant la réintroduction dans le corps social de celles et ceux qui ont pu choisir de s'écarter un temps. Ces derniers se caractérisent par le décalage qu'ils permettent par rapport aux sources de socialisation primaires qui ont caractérisé la vie du jeune adulte – avant son entrée dans le centre. Ainsi, les usagers que j'ai rencontrés ont tous généralement eu un cercle d'amis proches où ils ont pu singulièrement s'identifier à une bande³ – qui parfois a été motrice dans les débuts de la

³ On peut trouver un exemple de cette socialisation de groupe dans les univers décrits par l'anthropologue belge Pascale Jamoulle. Mais si les jeunes hommes de classes populaires qu'elle observe dans *Des hommes sur le fil* ont eu accès à la société masculine par le biais de la bande, ils doivent se décaler de cette « famille de la rue » pour devenir des individus adultes : « « Avoir été bande » signifie, dans l'argot des cités, avoir fait partie d'une bande. L'utilisation du verbe « être » est significative, l'appartenance au groupe de pairs devenant un des constituants essentiels de l'identité sociale. Quand ils « deviennent bande », ces jeunes affirment peu leur propre personnalité. Leur

consommation : « La coke, je suis tombé dedans en même temps que mes potes... » dit Thibaud⁴. Nombre d'entre eux ont également vu ces bandes s'étioler, du fait de la logique d'emprise individuelle dans laquelle chacun s'est ensuite retrouvé – face au produit – et de l'intérêt égoïste que prenait alors selon eux la fréquentation d'autrui (être ami avec quelqu'un pour pouvoir lui demander de l'argent ou des produits) : Keufraan me répondra désabusé : « Les potes, ils sont pas toujours là dans la vie. Non : ils sont là *quand ils ont besoin de vous* ». Et puis, fréquemment, ils et elles ont connu la mort de plusieurs d'entre eux. Laurence, formatrice-usagère (qu'on décrira plus longuement dans le chapitre 8), raconte comment son premier petit ami est mort d'overdose au lycée – alors qu'elle et lui incarnaient le couple alpha de leur bande. Brice raconte que la dernière fois qu'il a replongé c'était quelques semaines après le suicide d'un de ses amis. Sami, l'usager-pair évoqué au chapitre, commente de même : « J'ai commencé à 12 ans. J'ai des potes qui sont morts, il y a bien longtemps, j'ai beaucoup de chance... »⁵.

Ce qui importe dès lors, dans la dissociation du groupe social antérieur permise par le CTR, c'est le passage de quelque chose de l'ordre de la représentation identitaire (qui passe souvent dans l'adolescence par le groupe) à l'identité sociale de l'âge adulte, construite mais assumée par l'acteur qui pense pouvoir choisir individuellement les identifications support de sa subjectivité. Cette individuation rend souvent compte, dans les milieux observés notamment par Pascale Jamoulle (2008) comme d'autres sociologues des classes populaires, d'une modification dans la représentation de la masculinité prônée. Philippe Bourgois a bien montré comment ses enquêtés – et son interlocuteur privilégié, Primo, au premier chef – refusent l'identification aux « ratés » que sont leurs pères, alcooliques devenus violents avec leurs compagnes et enfants du fait de leur impuissance à remédier à leur indignité sociale (Bourgois, 2001, 2002). « Convenir de son propre échec en tant qu'homme » semble ainsi une nécessité pour se dissocier de cette figure paternelle incarnant l'échec social dans son entièreté et pour se relégitimer minimalement aux yeux de son interlocuteur (Bourgois, 2002 : §37).

De la même manière, en faisant le choix d'entrer en CTR, les hommes que j'ai observés paraissent avoir fait le choix d'accéder à une autre appréhension d'eux-mêmes, voire parfois, à une autre catégorie sociale : Brice ne veut plus faire partie des « zonards » que sont les quelques amis qui lui restent (cf. chap. 4 II.C/). Cet autre regard porté sur soi peut les conduire aussi bien à se considérer comme faisant part d'une nouvelle communauté, celle d'*initiés* d'un autre type (Goffman, 1973a), qu'à se percevoir comme étant individuellement *sortis* d'une phase ou d'une période où ils ont, comme l'évoquait P. Jamoulle, « été bande » et suivi ses dérives. L'accès à une autre catégorie – celle d'*individus* – peut également être une des issues du séjour en CTR. Il s'agira de discerner, selon nos enquêtés et les processus de devenir auxquels on les confronte, si le résident doit quitter sa bande de jeunesse pour adopter une nouvelle communauté ou bien s'il s'agit de quitter sa bande pour devenir soi.

Nous voudrions mettre en lien cette intuition avec l'affirmation d'Anselm Strauss citée en exergue de la section. Car ce processus de changement concerne aussi bien les représentations d'un individu que ses buts existentiels. Il doit souvent perdre « un monde », et l'ensemble de croyances qui lui sont corrélées, pour embrasser une nouvelle communauté – ou un groupe d'opinions et de représentations – qui lui permettront de trouver une nouvelle

dépendance réciproque compte plus que leur autonomie ou leurs choix individuels. Ce n'est qu'en « se retirant » de l'emprise de leur « famille de la rue » qu'ils peuvent vivre comme des individus » (Jamoulle, 2008 : 90-91).

⁴ Et citation suivante : Cdt 2 – Métanoïa – 08/09/21

⁵ Cdt 2 – Métanoïa – 21/09/21

stabilité identitaire. Comment le CTR permet-il de se mettre en lien avec une communauté de valeurs et d'idéaux, que celle-ci soit l'exemple des normes sociales eu égard à la consommation de substances, ou bien qu'elle puisse incarner, pour l'individu, un système de « contre-explications » comme l'écrit Strauss, auquel il puisse plus vraisemblablement adhérer ?

Nous verrons que pour réintégrer la collectivité sociale, un usager dépendant doit concomitamment réinvestir son identité d'homme adulte, travaillant et vivant dans le monde social « ordinaire ». Il doit pour ce faire accepter de voir sa masculinité déconstruite et réédifiée à travers les étapes prescrites par le rite initiatique que constitue son passage en CTR.

I. A/ Vouloir « être un homme » ; n'être qu'humain

Pourquoi déconstruire les socialisations masculines antérieures ? Parce qu'une grande partie des résidents en CTR, on l'a dit, ont construit leur identité sociale *via* la « bande » et des groupes de socialisations adolescentes, axés autour des produits. Une autre partie d'entre eux a vécu de nombreux traumatismes dans l'enfance et l'adolescence et la construction de leur masculinité s'est faite à partir d'une image négative d'eux-mêmes et de modèles masculins à qui ils ne voulaient absolument pas ressembler. Alors, si comme le dit Castel, « il s'est établi un consensus pour faire de l'enfant par rapport à l'homme et de l'enfant dans chaque homme, la clef de son destin personnel et le principe explicatif de son histoire » (1981, *page absente*. – cité par Bonetti, de Gaulejac, 1988 : 55) ces hommes doivent souvent comprendre cet enfant intérieur et ses souffrances, avant de pouvoir le congédier.

Par ailleurs, rompre avec ses socialisations antérieures engage de fait les résidents à rompre avec une certaine idée de la masculinité – « toxique »⁶ et souvent associée dans leur cas à l'usage de psychotropes – qu'ils avaient développé dans l'imitation des modèles de leur milieu social d'origine. Ils manquent parfois de figures positives d'identification, ou la « virilité » leur a été présentée comme la seule expression de la « masculinité » possible⁷. On peut se demander donc si l'un des enjeux de déconstruction qu'opère le CTR n'est pas de leur faire abandonner la « virilité défensive » (Molinier, 2000) qu'ils ont mis en place pendant des années, pour les amener à se relever aussi bien en tant qu'humains qu'en tant qu'hommes. Il est de ce fait probable que la promotion d'autres formes de masculinité, validées par les professionnels du CTR, soit une des dimensions configurant « les rapports de pouvoir et de subordination au sein même du groupe des hommes », ainsi que les rapports de pouvoir entre le groupe social des hommes et celui des femmes – c'est-à-dire plus globalement les rapports de *genre* (Rivoal, 2017 : 141) – au sein de la structure.

⁶ L'adjectif est employé sur mes terrains de manière distanciée, professionnels comme usagers cherchant à insister sur le fait qu'il y a des « relations toxiques » plutôt que des « personnes » ou des « gens » qui le seraient. Très frileuse quant à moi vis-à-vis de l'emploi du terme « masculinité toxique », devenu très à la mode dans les revues de psychologie féminine comme dans de premières parutions étudiantes (« *La masculinité toxique est avant tout un concept utilisé en psychologie qui est devenu une expression courante pour parler des normes masculines néfastes* » : Grenier, 2019 : 24) – terme qui pathologise sans réellement chercher à comprendre –, j'évoquerai plutôt la construction sociale de la *virilité* comme norme masculine ou « masculinité hégémonique », comme fait Raewyn Connell (2014).

⁷ Au-delà des débats qui attribuent la revendication de la « virilité » aux classes dont les autres ressources (financières, culturelles, etc.) sont plus difficiles à mettre en avant, on peut considérer la virilité comme l'incarnation, la performance au sens butlerien, ou la mise en scène d'une masculinité visible, exacerbée et corporelle – et corrélée consécutivement à la démonstration de la force, ou de la violence. Pour une bonne mise en perspective de ces deux concepts, voir Rivoal, 2017.

Ce qui signifiera pour les résidents qu'ils devront se laisser guider dans un parcours de quête où pour se trouver, ils doivent d'abord accepter de s'abaisser – *via* diverses techniques de mortification (Goffman, 1968) – afin qu'ils comprennent ce que signifie *n'être qu'un homme*. Ces rites peuvent franchir les limites de la bienveillance, et les usagers devront accepter de se voir considérés comme moins que des hommes, voire de tomber dans l'infrahumain. Ils devront ensuite apprendre à se dissocier de la substance qui les a amenés à déchoir de leur identité sociale d'hommes matures : la personnification de la Drogue ou du produit de consommation comme une entité féminine, de laquelle il faut apprendre à se séparer, reconduit en effets certaines pratiques rituelles coutumières dans les sociétés traditionnelles – où on apprend aux jeunes hommes à rejeter les parties de leur être qui sont encore rattachées à la mère ou au monde féminin. Nous verrons dans notre cas comment cela inaugure une dissociation ontologique entre l'homme « malade » et l'homme « vulnérable » au sens de Jean-Louis Genard (2009, 2015). Dans un troisième temps, nous analyserons comment l'initié doit retrouver de la dignité dans le fait de pouvoir « s'en sortir ». Il peut alors « se relever », et montrer qu'il est capable de faire éclore une nouvelle identité morale, pour entrer dans une communauté de « pairs » considérés ses égaux, et censés lui révéler comment *être un homme meilleur*.

A/1) « Toucher le fond » et n'être qu'humain

Pour commencer un parcours de soins, nos usagers ont dû passer (parfois déjà à de multiples reprises) par une étape de reconnaissance, de leur dépendance et de leur fragilité. Cette étape, moins sensible à l'étape suivante de la construction du rétablissement, est appelée dans le jargon des usagers de drogues et d'alcool « toucher le fond » (en anglais « *hitting bottom* » - Antze, 1987 : 158) – terme qui se voit aisément réemployé par le milieu professionnel, comme le « déclic » devant permettre de manière décisive une initiative de soins.

Nous la retrouvons en filigrane dans les récits des usagers en début de séjour, et dans l'attitude, obéissante sinon soumise, qu'on attend des usagers qui arrivent au programme des 12 étapes. L'idée qu'il faut abdiquer devant « la maladie » ou la puissance qu'est la Drogue est omniprésente dans cet univers où la volonté intervient dans un second temps, lorsqu'on aura compris que la consommation nous en a dépossédés toute une partie de la vie :

En atelier, Keufra fait un geste métaphorique avec la table basse, pour dire qu'il était « au fond du trou » [*il place sa main en dessous de la table*], et puis « là, on en est à ce niveau-là à Méta... » [*il monte sa main à hauteur de la table*], et le travail commence le 15 [octobre – à sa sortie du centre], va falloir monter...

Cdt 2 – Métanoïa – 27/09/21

On retrouve des analyses similaires sur des forums d'usagers en ligne, dont je souligne ici les expressions marquantes :

« Je commence à *toucher le fond*, je pense être devenu accro à l'alcool je bois en cachette et je mens à mes proches tout mon argent passe dans l'alcool et souvent il m'arrive même de demander de l'argent voir à avoir un découvert bancaire, pour pouvoir acheter de l'alcool *hier j'ai failli y passer* je ne me reconnais plus je suis perdu je noie mon mal-être dans l'alcool j'ai peur de me retrouver

tout seul [...] j'ai 26 ans j'ai commencé à l'âge de 21 ans. *J'ai peur de commettre l'irréparable* » (jeune alcoolique⁸).

« Je crois savoir enfin *ce que signifie l'expression « toucher son fond* » ; « J'ai (enfin) touché le fond et je commence mon sevrage ce 23/10/2018 » (échanges sur le parcours d'une anonyme de 55 ans, alcoolique⁹)

« *Cette histoire est pour toutes les personnes qui ont eu une enfance difficile et pensent avoir touché le fond et tout perdu. Cela est mon cas. [...] Puis bien sûr avoir la motivation, la force et le courage de remonter après toute cette descente en enfer.* » (polytoxicomane qui se sevre seul, vers l'âge de 30 ans¹⁰)

« Mon mari a touché le fond... » (femme d'un consommateur de cocaïne¹¹)

« J'essaye tout pour que ça s'arrange, que j'arrive à donner l'impulsion pour remonter quand on touche le fond, mais à la place j'ai l'impression de me noyer, petit à petit, parce que je suis au fond du trou et que je ne sais pas comment remonter.... » (usager de DMXE¹²)

Ces expressions indigènes sont indistinctement produites la communauté des usagers ou réappropriées en entendant leur emploi par les professionnels ou sur ce type de forums en ligne sans qu'on puisse comprendre qui a le premier généré le syntagme. En tous les cas, la popularité du terme est bien issue des États-Unis, où l'expression « *hitting rock bottom* » a été employée régulièrement pour désigner le point le plus bas auquel est parvenu un individu et depuis lequel il ne peut que, dans la perspective de l'effort individuel et du mérite s'en dégageant, *remonter*. Mieux, il s'agit de mettre en place une stratégie pour « rebondir » (*bounce back*) – cette expression commune qui anticipait sur la « résilience », avant que celle-ci n'ait conquis le marché du développement personnel et le champ administrativo-politique (Marquis, 2018 ; Ribault, 2021). Cette omniprésence de l'expression « *toucher le fond* » ne s'explique pas tant par une éthique stoïcienne qui se transmettrait depuis l'Antiquité¹³. Je fais l'hypothèse pour ma part qu'elle a connu une popularité renouvelée depuis son utilisation par le personnage de Tyler (incarné par Brad Pitt) dans le film-culte *Fight Club* de David Fincher (1999), la même année où Eminem y consacrait d'ailleurs une chanson entière (« *Rock Bottom* »¹⁴). Une succession de films et de séries abordent le thème dans les années 2010 : que ce soit *Flight* (2012) où Denzel Washington incarne un pilote d'avion qui « *toucher le fond* » en étant responsable de la mort de plusieurs passagers après un atterrissage en catastrophe dû à

⁸ [Je touche le fond - Alcool Info Service \(alcool-info-service.fr\)](http://le-touche-le-fond-alcool-info-service.fr)

⁹ [J'ai \(enfin\) touché le fond et je commence mon sevrage ce 23/10/2018 \(page 1\) - Drogues Info Service \(drogues-info-service.fr\)](http://l'ai-enfin-touche-le-fond-et-je-commence-mon-sevrage-ce-23-10-2018-page-1-drogues-info-service.fr)

¹⁰ [Témoignage pour aider ceux qui veulent sauter le pas de l'enfer - Drogues Info Service \(drogues-info-service.fr\)](http://temoignage-pour-aider-ceux-qui-veulent-sauter-le-pas-de-l'enfer-drogues-info-service.fr)

¹¹ [Mon mari à touché le fond... - Drogues Info Service \(drogues-info-service.fr\)](http://mon-mari-a-touche-le-fond-drogues-info-service.fr)

¹² [\[DMXE\] Surdose, chutes et hospitalisation \(psychonaut.fr\)](http://dmxe-surdose-chutes-et-hospitalisation-psychonaut.fr)

¹³ Cette remarque sur le stoïcisme s'origine dans la perplexité qui a été la mienne lorsque j'ai reconnu, dans la prière de la Sérénité des AA/NA, une des célèbres pensées de l'empereur romain Marc Aurèle (l'un des derniers représentants du stoïcisme antique). « Que la force me soit donnée de supporter ce qui ne peut être changé et le courage de changer ce qui peut l'être mais aussi la sagesse de distinguer l'un de l'autre. » (Marc Aurèle, *Pensées pour moi-même*), a ainsi été décalquée en : « *Mon Dieu, Donnez-moi la sérénité/ D'accepter les choses que je ne puis changer, /Le courage de changer les choses que je peux, /Et la sagesse d'en connaître la différence* » (Prière de la Sérénité, contenue dans le [Livret Blanc](#) des Narcotiques anonymes, 1988 – qui résume les apports du *Gros Livre* (Big Book) des AA [1939], dont la 4ème édition date de 2003. Le Big Book est apparemment vendu chaque année à environ un million d'exemplaires à travers le monde, et a été traduit « en plus de 68 langues ou dialectes aussi variés que l'afrikaaner, le japonais, l'hébreu, le tibétain... » (site : <https://alcooliques-anonymes.fr/publications/#retablissementAlcool>)

¹⁴ <https://genius.com/Eminem-rock-bottom-lyrics>

son alcoolisme ; ou *Limitless* (2011) où Bradley Cooper, écrivain raté, passe par toutes les étapes de l'euphorie à la perte de tout ce qui compte pour lui du fait de son addiction à une nouvelle substance de synthèse rendant illimitées (d'où le titre) la vitesse et les possibilités de son cerveau – tous ces produits de la culture hollywoodienne témoignent de la reviviscence¹⁵ de l'engouement pour la question non du surpassement des limites humaines, mais du prix à payer pour ceux qui emploient des substances pour y recourir. Un autre exemple dont le succès mondial est bien connu est sans doute la série *Breaking Bad* (2008-2013), qui suit le parcours de Walter White, un professeur de chimie de 50 ans, surqualifié et bon père de famille, qui lorsqu'il apprend qu'il est atteint d'un cancer du poumon en phase terminale, commence à organiser un réseau de trafic de métamphétamines, afin d'assurer l'avenir financier de sa famille après sa mort. White « sombre » ainsi dans la délinquance, et doit explorer ses méandres jusqu'à en « toucher le fond », pour se relever moralement et quitter ses habits d'anti-héros. Ainsi, l'expression nourrit la valence du pôle positif et complémentaire des fantasmes associés à l'usage jugé dangereux de psychotropes et à ce qu'on imagine être les pulsions d'auto-consommation d'un individu : en effet, les drogues sont tout autant un instrument de « l'entreprenariat de la vie » qu'une des « techniques employées par l'individu qui cherche à devenir Dieu » (Ehrenberg, 1991 : 257-258). Comme l'enthousiasme maniaque poussant à la créativité et à la maximisation des performances, l'usage « contrôlé » des drogues apparaît comme un facteur d'accroissement de la personnalité et un instrument de pouvoir, dans une époque où « l'humeur est perçue comme une des clés du succès » (Martin, 2013 : 24) – car c'est précisément des psychotropes que les individus dépendent désormais pour modifier leurs humeurs. Il nous semble donc, à relire les analyses d'Emily Martin sur la maniaque-dépressivité, que l'expression « toucher le fond » marque un seuil ou une limite similaire à ce moment de bascule qui touche chez les individus qui passent de l'état maniaque à l'état dépressif (Martin, *ibidem*). Il est la marque des limites humaines infranchissables que l'individu ne doit pas dépasser, s'il veut rester dans la course avec ses semblables. Ce qui en justifie l'utilisation contemporaine à des fins professionnelles privées, pour des adeptes du coaching ou du développement personnel par exemple¹⁶. Elle consacre de fait la toute-puissance de la volonté individuelle, lorsque la personne est la seule à pouvoir prendre des décisions de manière proactive pour améliorer sa situation et « s'en sortir ». On comprend donc que l'expression « *hitting bottom* » se soit nouée aisément avec la problématique addictive – et l'association des deux termes est non seulement fréquente dans la pop culture mais est désormais entérinée dans les articles scientifiques (Chen, 2018 ; Kirouac, Witkiewitz, 2017) et dans le jargon de la discipline addictologique aux États-Unis¹⁷. De plus, cette expression témoigne de la pénétration de la culture psychologique et de la lecture individualisante qui est faite des événements et de leur vécu. Il n'y a plus d'*en soi*, dans le monde de l'unicité de l'expérience individuelle, comme le souligne M. Caiata Zufferey : « Ce

¹⁵ Ce thème n'est en effet pas « nouveau », si comme l'analysait Norman Denzin dans son ouvrage de 1991, *Hollywood Shot by Shot. Alcoholism in American Cinema*, on le ressent de la morale produite par Hollywood entre 1932 et 1989, dans tous les films où l'alcoolisme et l'excès de boisson d'un individu sont présentés comme un problème contre lequel le personnage principal, ses amis, sa famille, et son milieu doivent lutter afin de le résoudre.

¹⁶ De nombreux sites de développement personnel ou de vulgarisation psychologique aident de nos jours l'individu perdu sur le net, qui chercherait des recettes toutes faites lui inculquant comment avancer et où aller, une fois qu'il a touché le fond. Voir par exemple le site "[Toucher le fond" pour arrêter de boire de l'alcool... - Alcool et Dépendance \(alcool-et-dependance.com\)](http://alcool-et-dependance.com) ; [How to Turn Hitting Rock Bottom Into a Journey of Self-Discovery — Rock Bottom Hope](#).

¹⁷ Voir le site de l'association Newport Institute, qui détient plusieurs centres de réhabilitation à travers tout le pays, et sa présentation de ce thème : [Hitting Rock Bottom & Where to Go From Here | Newport Institute](#)

n'est pas le fait de toucher le fond par exemple, qui encourage la personne à s'en sortir, mais le fait de toucher "son fond" » (Caiata Zufferey, 2006 : 47).

Accepter de n'être qu'*un homme*, au sens de Primo Levi (et donc être *humain*) – c'est-à-dire admettre la vulnérabilité qui réside au cœur de toute existence – est une des étapes préalables, mais aussi un point de retour constant, dans la vie des usagers en parcours de soins. Cette acceptation passe par le fait de se créer un nouveau Moi en se clivant, processus qu'à la fin du chapitre 1 nous avons décrit comme analogue au processus d'« éclatement » du Moi décrit par Goffman :

Quoi qu'une personne ait fait, elle peut toujours exprimer son repentir, et, même si cela n'adoucit pas beaucoup ce qu'on lui inflige, il faut soit lui refuser créance, soit lui permettre de se créer sur place un nouveau moi. On peut soutenir que cette sorte de *rédemption* ne fait qu'exprimer l'« éclatement » du moi en interaction qui provient de son aptitude générale [à l'offenseur] à s'écarter de ce qu'il semble être devenu afin de s'en distancier ; cette aptitude résulte à son tour d'un fait d'interaction inévitable : le commentaire d'un événement ne peut être cet événement lui-même. (Goffman, 1973b : 120)

Nous soulignons ce mot de « rédemption » car il n'est pas du tout anodin, de notre point de vue, que la thématique de « toucher le fond » peut résonner avec la perspective chrétienne du « châtiment » ou du prix à payer pour le crime commis – ou du moins l'offense sociale que constitue la déviance dans nos sociétés. L'amendement individuel doit passer par ce processus où, la chute ayant été consommée – et « le fond » atteint –, l'individu promet qu'il ne peut que s'élever désormais vers le bien, le sien propre et celui des autres. Le « fond » est le point à partir duquel il pourra vouloir réintégrer l'ordre des limites humaines. C'est *via* cette approche de purification et d'auto-dégradation (voir chapitre 1) que l'utilisateur doit se rallier à une nouvelle communauté d'appartenance, qui lui permettra de se séparer de cet ancien Moi déviant. Et de trouver la voie d'accès à une réédification de son identité morale.

A/2) Éclatement du moi et dissociation du produit

Les représentations des usagers semblent de fait profondément marquées par l'image d'un Moi clivé, habité par celle qu'ils appellent généralement « l'addiction », « la maladie », « la dépendance ». Cette personnification du phénomène de l'addiction, sous une acception féminine que l'on va questionner plus bas, passe également par la personnification du produit de la dépendance – très souvent désigné par l'expression « la conso », une des expressions les plus diffuses sur mes terrains. Sans forcément chercher à les convaincre du fait qu'il s'agirait d'un modèle figuratif erroné, les professionnels des CTR conjuguent plutôt des stratégies d'action compatibles avec ces représentations – différemment des professionnels de Communautés Thérapeutiques, qui emploient plutôt l'idée de la drogue¹⁸ comme un ou plutôt une « autre » intérieure contre laquelle il faut lutter (« an *other inside* », Weinberg, 2005).

Il faut relever tout d'abord les éléments qui sont retenus comme relevant de l'influence de l'addiction sur le comportement. Les cas d'exclusion précoces à Métanoïa sont ainsi généralement mis sur le compte que la personne « [n']était pas vraiment sevrée », et que l'influence du produit a donc eu des conséquences sur son comportement à l'entrée. De même qu'au TCHAT, la baisse des traitements médicamenteux pour des patients psychotiques permet d'excuser le changement de comportement – au nom du fait que la personne ne fait

¹⁸ La particularité étant que dans les CT ou les groupes d'auto-support AA/NA, la caractérisation précise du produit est proscrite – sans doute pour contribuer à l'effet de vécu commun et au processus d'identification des usagers.

pas « exprès », que c'est à cause de la baisse de traitement qu'il est ainsi ces jours-ci. Cela concerne étonnamment surtout les professionnels qui ne connaissent que de manière éloignée les effets concrets des médicaments psychotropes, donc les travailleurs sociaux. Ces derniers peuvent parfois adopter n'importe quelle attitude envers l'usager ; à partir du moment où il est clair qu'il n'est pas responsable de ses actions mais que c'est « la maladie » qui le domine, ses réactions peuvent se voir discréditées.

En miroir, les résidents utilisent à dessein la rhétorique de la maladie, pour se requalifier moralement aux yeux des autres, en justifiant préventivement leurs offenses ou transgressions – ici, lorsqu'un usager vit un moment où il ne sait plus si rester ou partir :

Dorian – Hadi, t'as combien de jours *clean*¹⁹... ?
Hadi – 27 jours... « Bravo ! » ; « Bientôt le porte-clef orange ! »
Dorian – Et ça fait combien de temps que t'es pas retourné au shtar ?
[prison en argot, primitivement « jettard »]
Hadi – Ça fait un an et trois mois. C'est la première fois, ça va faire plus d'un an que je suis dehors...
J'ai pas envie de partir maintenant, parce que j'ai compris que ça va empirer encore les choses... Mais c'est ma tête qui est malade parfois... Donc c'est des choses que j'ai du mal parfois à réfléchir et à faire... c'est un peu un combat contre moi-même.

Cdt 3 – CT Stella – 14/02/2022

Dans le discours de Hadi, on entend la dissociation qu'il effectue entre un Hadi passé et un Hadi actuellement présent – qui analyse les pour et les contre de sa situation de résident à la CT, et qui se dit qu'il vaut mieux pour lui rester encore quelques mois dans cet environnement clos, au risque d'« empirer les choses » en sortant. Mais il justifie sa difficulté à élaborer son passé, et à discréditer le Moi qu'il a été, à travers la distanciation qu'il instaure avec sa « tête », « malade parfois ». On est loin d'un discours dualiste qui séparerait le corps, siège des pulsions malsaines, et la tête, siège de la rationalité. Les usagers sont bien conscients que l'addiction est conceptualisée aujourd'hui comme une maladie « du cerveau », après avoir été considéré comme un vice de l'âme. Mais comment peut-on mener un « combat » contre sa propre « tête » ? Comme l'exprime Hadi, cela se résout sous la forme d'un conflit interne, soi-même contre soi-même, un combat où deux parts du Moi doivent lutter entre elles pour le gouvernement du corps et l'intégrité de l'âme.

Ce vocabulaire guerrier n'intervient pas que dans les programmes « durs » de la CT, il se voit également mobilisé au CTR Métanoïa, comme en témoigne ici l'échange Keufra-Samantha sur les stratégies de *coping* (se rappeler les raisons pour lesquelles on a souffert de la consommation, marcher, faire du sport, appeler une personne ressource, etc.) :

Samantha (CESF) – Des fois, ça aide... Car si on prend le temps de s'arrêter et de réfléchir, ça peut permettre de faire intervenir la volonté... [...] Et *des fois, ça passe*... C'est très puissant le *craving*, mais parfois ça peut passer très vite.

Keufra – *Mais ça continue, la petite voix... c'est un combat sans fin...*

Cdt 2 – Métanoïa – 07/10/21

¹⁹ Selon le programme des 12 étapes, les résidents de la CT reçoivent un porte-clef coloré à chaque nouvelle étape franchie dans le maintien de l'abstinence : à chaque passage symboliquement marquant (7 jours, 30, 60 et 90 jours, puis 6 mois, 9 mois, 1 an, etc.), ils reçoivent donc un porte-clef supplémentaire.

Peu importe que l'on croie ou non à l'addiction comme pathologie neuropsychique, comme une « maladie neurodégénérative des circuits de la récompense ». Ce registre de la lutte contre une invasion *d'une autre à l'intérieur de soi* (« la petite voix » décrite par Keufraan), et cette systématique du registre guerrier, montre qu'il faut donc trouver une autre grille de lecture à la maladie pour pouvoir la combattre. Mais de la même manière, si c'est une affaire de cerveau, il faut bien que quelque chose l'ait fait dérailler de son rôle habituel de gouvernail de la pensée rationnelle. Quelque chose a dû l'ensorceler, le piéger, lui obscurcir la vue ? C'est le rôle qui se voit typiquement attribué à la consommation. Les effets sur la transmission synaptique dus à la consommation de certaines molécules sont depuis longtemps attestés scientifiquement ainsi que la dangerosité pharmacologique de certaines consommations (Nutt *et al.*, 2010) et corroborent le discours des usagers sur le fait qu'une substance empoisonne leur entendement.

Le parcours initiatique suivi par ces hommes passe ainsi symboliquement par le fait de rejeter une partie de leur ancien Moi – ou encore de considérer que leur Moi a été contaminé, « pollué » (Douglas, 2001) et dirigé vers des buts qui ne sont pas ceux de leur Moi profond. La dissociation entre la maladie et la personne, dans le cas de la psychiatrie et plus spécifiquement de l'addictologie, permet ainsi au médecin de « partager » avec son patient un ensemble de symboles et de croyances qui sont peu spécifiques au paradigme techno-scientifique. Ces croyances se fondent en fait de manière plus irrationnelle sur le clivage ontologique qui se trouve opéré par la présence supposée du mal dans le corps du malade, une vision archétypale de la possession par l'autre (Malin, démon ou instance maléfique), qui autorise la personne intervenant sur le corps possédé à lutter contre les maux qui affligent ce dernier. Elles ont été approfondies par des enquêtes dans des domaines fort éloignés du nôtre, mais qui ont pour trait commun la question de la « dépossession » ou encore du « désensorcellement » (Favret-Saada, 1977, Hontheim, 2012). Cette dissociation dont le malade est l'objet, entre *sujet possédé* par un autre, et *sujet acteur*, pouvant négocier avec un thérapeute mais aussi lutter pour sa guérison possible, demeure un leg de l'histoire de la psychiatrie, dans les « deux cadres interprétatifs concurrents en cours à l'hôpital psychiatrique », décrits par le psychiatre et anthropologue Robert Barrett. « [L]'un d'eux implique que le patient est un objet passif, une victime de la maladie mentale, l'autre [...] que le patient peut s'engager dans des actions consciemment motivées et est moralement responsable de ses actions » (Barrett, 1999 : 27).

Nous soutenons donc que les deux cadres interprétatifs décrits par Robert Barrett servent au cadre idéologique contemporain de l'addictologie, où l'usager peut exister avec *ces deux versions de lui-même* une longue partie de son parcours de soins. Cela excède ce que Fabrice Fernandez identifie comme la double-injonction caractéristique pesant sur les usagers de drogue, qui se retrouvent pris entre les valeurs socialement acceptables et dont ils doivent faire montre dans les mondes de la drogue²⁰, et la pénétration du discours médical et de la morale sociale sur leur conduite. Dans ce cas, le recours au registre émotionnel leur permet « non pas de réconcilier des discours antagonistes mais de les alterner en changeant de contexte et par la même occasion en déplaçant le cadre interprétatif » (Fernandez, 2010 : 177). Cette double-injonction participe sans doute à nourrir ce que nous identifions plutôt de notre côté comme un double référentiel (*Moi passif / Moi responsable*), intériorisé par les usagers de drogues. Selon

²⁰ L'analyse de F. Fernandez ne s'applique cependant qu'aux mondes les plus précaires des drogues illicites (crack, à la limite héroïne). Nous devons garder en tête que la multiplicité des profils rencontrés dans les structures en addictologie inclut ces profils sociaux, mais aussi de nombreux autres (usagers injecteurs socialement intégrés, jeunes fumeurs de cannabis, usagers de cocaïne ou de nouvelles drogues de synthèse aux revenus élevés...).

les cures-types et les orientations thérapeutiques dans lesquelles ils se retrouvent, on peut donc orienter le curseur plutôt vers la posture d'objet ou de sujet de l'addiction – la représentation et les discours que les usagers tiennent d'eux-mêmes alternant de fait entre ces deux pôles.

Chez les AA/NA, les usagers souffrent de la « maladie de la dépendance », mais ils doivent activement se mobiliser pour vaincre ce fléau dont ils ne sont pas responsables (l'un des mots d'ordre est ainsi « on n'est pas responsable de sa maladie mais on est responsable de son rétablissement », tel que je l'entendis à une réunion NA à l'hôpital M.²¹). À l'hôpital M. ou à Métanoïa, les usagers sont davantage rendus actifs et guidés vers une position d'acteurs sociaux co-responsables (de leur devenir) ; tout en étant confrontés à un discours médico-psychologique qui leur donne des explications étiologiques fondées sur des causes psychobiographiques dont souvent les usagers ne portent pas la charge : leur environnement familial néfaste, les abus ou traumatismes qu'ils ont vécu pendant l'enfance, leurs troubles psychiques le cas échéant. Les usagers sont donc là aussi victimes de leur histoire, ou d'une conjonction des événements de leur vie avec des déterminations biologiques et sociales défavorables (car, parfois, on analyse aussi comment les conditions de vie précaires dans lesquelles ils vivent ou les épreuves d'une expérience sociale d'exclusion et de rejet les ont conduits à se mettre en danger personnellement.) Mais ils doivent à présent être acteurs souverains des choix de leur vie, que celle-ci soit orientée par une visée d'abstinence ou par l'idée, très récente, d'une « gestion » possible de leur consommation. Je défends que ce passage à un modèle bio-psychosocial d'explication des origines de l'addiction ne change pas radicalement cette appréhension d'un Moi clivé, où le produit aurait pris la place de l'adulte moralement responsable. Dans le modèle contemporain de la gestion – soutenu à Métanoïa par exemple, contrairement à encore nombre de CTR français – on propose de fait de changer le timonier du navire : ce n'est plus l'addiction qui doit piloter et décider les actions du sujet, c'est la partie rationnelle de l'âme, celle à laquelle on se référait déjà dans le traitement moral des aliénés (Couturier, 2014)²².

Par ailleurs, la spécificité des cures en résidentiel et de la construction psychopathologique de la dépendance est ici à prendre en compte. Selon Darin Weinberg (2005), la caractérisation étiologique de l'addiction à l'alcool avait d'abord été caractérisée comme une « allergie » (*allergy*), par le Dr. William Silkworth, un des premiers médecins spécialistes dans le traitement de l'alcoolodépendance au moment de la constitution des premiers groupes d'Alcooliques Anonymes aux États-Unis. Ce diagnostic apparaît rétrospectivement comme extrêmement surprenant, car l'idée d'une allergie à l'alcool enrayait l'interprétation de la dépendance comme trouble mental, et accordant plutôt une cause physiologique aux symptômes. Weinberg souligne que les premiers groupes des AA se sont inspirés des travaux de Silkworth, mais que (comme en ce qui concerne les théories médicales liées au traitement moral), ce n'est pas du tout cette compréhension de la nature biologique de cette supposée allergie qui a alors été suivie. Cette théorie a plutôt servi au développement d'un modèle behavioriste lié à cette supposée allergie : « La théorie de l'allergie n'est donc pertinente pour la pratique thérapeutique que dans la mesure où elle légitime l'idée que les

²¹ Je ne trouve pas d'autres références attestant cette division courante chez les AA/NA de la notion de responsabilité, que dans un article de Ouest France qui donne des conseils aux familles, comme « Être assurée qu'il n'est pas responsable de sa maladie mais de son rétablissement et que le groupe des Alcooliques anonymes peut être une solution. » (voir [lien](#))

²² Pierre Janet décrivait le traitement moral inventé par Philippe Pinel comme un « traitement libéral et rationnel », dont l'objectif était « de rechercher dans l'aliéné les vestiges de l'homme raisonnable et les indications que la nature offre au médecin pour combattre la maladie » (Janet, 1857 : 776-778 – cité par Couturier, 2014)

alcooliques boivent trop parce qu'ils sont défaillants (*defective*) sur le plan psychologique ou moral, mais uniquement parce qu'ils souffrent d'une véritable maladie physique, d'un *autre en eux* (*an other inside them*). » (Weinberg, 2005 : 55 – souligné par l'auteur).

Selon Weinberg, l'histoire de la prohibition, de l'influence des groupes d'auto-support et d'autres groupes de lobbying ont permis de fait d'étendre et de diffuser l'idée que les troubles de l'alcoolisme sont de l'ordre d'un *other inside*, et non des actions imputables, criminalisables, ou que l'on pourrait juger d'après la personnalité intrinsèque de l'utilisateur. Attribuer les troubles à un autre intérieur permet ainsi de préserver l'idée et la possibilité réelle d'une inclusion de ces personnes à la communauté morale américaine.

*Encadré 6.1_*

Point historique sur la lutte et le traitement médico-social de l'alcoolisme

Revenir brièvement sur les premières politiques de santé publique concernant le traitement de l'alcoolisme (aux États-Unis et en France), permet de rendre compte des représentations clivées et manichéennes qui concernent encore cette question sociale, dont on connaît les enjeux économiques en France qui empêchent en grande partie la limitation du marketing en sa faveur (Spach, 2016). Diverses recherches témoignent de fait des ambivalences d'une lutte contre le « fléau » de l'alcoolisme tout en continuant à promouvoir l'alcool pour sa valeur sociale et symbolique, d'autant plus sur le territoire national (Rigaud, 2015 : 46).

La prise en considération de l'alcoolisme comme maladie relevant d'une prise en charge, au-delà de sa condamnation morale d'un manque de volonté, apparaît aux États-Unis à la moitié du XIX^e siècle via les ligues de tempérance, dont l'influence se parachève dans la Prohibition, de 1919 à 1933. Après cet échec d'interdiction et de pénalisation de l'alcool, la situation outre-Atlantique contribue à une redéfinition de l'alcoolisme comme la manifestation d'une emprise dont le buveur n'est pas tant coupable que victime (Loriol, 2002 : 11). La création des Alcooliques Anonymes en mai 1935, par la rencontre de Bill Wilson et du Dr. Bob Smith, sera décisive en ce sens.

Ces deux chrétiens évangélistes, membres de l'Oxford Group, proposent le groupe et l'appui de l'expérience personnelle comme clefs décisives du rétablissement de l'alcoolisme – même si les Anonymes s'appuient sur des théories scientifiques en vogue à l'époque, financées par de riches fondations : ils épousent la proposition du Dr. William Silkworth de l'« allergie » à l'alcool ; puis s'attachent à la figure du Dr. Jelinek, fondateur du Centre d'étude sur l'alcool de Yale – qui promeut l'idée que l'alcoolisme était un problème qui nécessitait la mise en place de recherches scientifiques plutôt que le rejet sociétal (Weinberg, 2005 : 57)

Pour les scientifiques, il fallait profiter de ce contexte historique, qui leur permit de transformer en un de leurs domaines de compétence une problématique qui était auparavant évaluée en termes moraux. Pour les AA, il s'agissait au départ d'être compris et aidés par des non-alcooliques autour d'eux, de pouvoir être acceptés malgré leurs actions « anormales », au sein de la société ordinaire. La médiatisation de leur mouvement dans les années 1940, et le poids d'un autre groupe de *lobbying*, le NCA (*National Council on Alcoholism*), expliquent en partie l'explosion du nombre de leurs membres. Les États américains commencent progressivement dès le milieu des années 1940 à proposer des financements distincts, concernant les problèmes d'alcool, investissent dans ce qui sont d'abord des fermes, puis des maisons et des cliniques communautaires. (*ibid.* : 61) La création du *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) en 1970, finit par institutionnaliser le concept de maladie alcoolique.

En France, « le scepticisme du corps médical vis-à-vis de l'alcoolisme-maladie est resté plus important » (Loriol, *art. cité* : 112), malgré la mise en place du Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme en 1954, et d'une loi sur « les alcooliques dangereux », qui confie leur gestion à la psychiatrie. C'est néanmoins contre cette psychiatrisation de l'alcoolisme, comme en témoigne de l'autre côté la naissance de l'intervention en toxicomanie, que naissent dans les années 1970 les centres d'hygiène alimentaire (CHA) pour assurer une approche de prévention soutenue par plusieurs intervenants sanitaires et sociaux. L'institutionnalisation d'une discipline *curative* et non seulement préventive sera néanmoins entérinée en 1983,

par le passage de l'appellation des CHA en CHAA (centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie), puis en 1999, en centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Comme leur nom l'indique, ils veillaient avant tout au soin et à l'accompagnement en ambulatoire de personnes présentant une consommation à risque ou une dépendance à l'alcool, de manière similaire à ce que faisaient les CSST dans le champ des toxicomanies (Reynaud, 2016 : 389) - avant d'être intégrés au milieu des années 2000 aux CSAPA prenant désormais en charge tout type d'« addictions ».

Dans les faits, la croyance que c'est « la conso », ou encore « la Drogue » qui a souvent agi dans la vie des résidents – ou qui *les a agis*, plus qu'ils ne peuvent en vérité agir sur elle –, est une constante des trois centres résidentiels observés. Certains extraits en témoignent :

[Romain, leur référent (ES), demande aux usagers de mon groupe ce qu'ils envisagent de suivre à la sortie, une perspective d'abstinence ou de « gestion » :]

Keufran – Eh bah, bonne question. Pour moi, c'est l'abstinence totale. Donc, pour des AGA [Ateliers de Gestion des Addictions] où vous parlez de conso limitée, de boire un ou deux verres, c'est pas possible... Du coup, moi les AGA, j'ai entendu ce que j'ai entendu – c'est-à-dire dans mon cas ce que j'avais besoin d'entendre. Moi, pour moi, « gérer ma conso » c'est pas possible.

Romain – C'est quoi, c'est elle qui vous gère ?

Keufran – Bah oui, c'est elle qui maîtrise, c'est elle qui gère le compte en banque ! [...]

Cdt 2 – Métanoïa – 11/10/21

Il est impressionnant de constater que, même après 5 semaines de séjour, Keufran reste réticent face à l'une des approches promues par le centre – à savoir la gestion de l'addiction – en faisant valoir son point de vue singulier, où « pour lui », la question de la gestion est inenvisageable. On peut faire valoir cette résistance par son origine géo-sociale, et le fait que ce déterminisme de classe implique qu'il n'adhère pas spontanément à ces « nouvelles » approches, aussi bien en termes de lexique (*craving, coping*, etc.) que de perspective de sortie de la problématique des addictions (RdRD, gestion de la consommation). Mais ce qui nous importe surtout ici est son rapport à la consommation – personnifiée comme une instance qui décide à sa place. La personnification émerge dans la bouche de Romain, mais elle ne surprend pas du tout l'usager, qui répond littéralement que c'est « elle » qui maîtrise, et qui « gère » pour lui – ses finances en l'occurrence, c'est-à-dire ses moyens concrets d'accès à l'autonomie, mais aussi de manière plus globale ce à quoi il peut prétendre, et ce qu'il peut désirer (comme étant à sa portée). Ne pas « rechuter » cela signifie donc fermer la porte à l'intrusion de ce « elle », qui dirigerait la vie de Keufran à sa place, et dominerait par rapport à l'affirmation de ses besoins ou de ses limites. Il est difficile d'expliquer l'origine de cette féminisation du produit de consommation (notamment dans le cas de l'alcool – qui est personnifié de manière féminine on l'a vu, lorsque le même usager doit faire l'exercice de la lettre au produit – chap. 4, I.C/). Reste que cette manière de genrer la consommation est constante²³, et nous suggère de faire l'hypothèse que les usagers attribuent au pôle féminin de leur représentation du monde la part de danger qu'ils ne reconnaissent pas comme résultant de leurs comportements. Cette présence d'un féminin dangereux ou intrusif, mais par ailleurs indispensable, est par ailleurs souvent vérifiée, notamment chez les hommes célibataires d'un certain âge²⁴.

²³ Les usagères femmes semblaient adopter le même type de logique, en genrant la consommation au féminin.

²⁴ Il nous semble particulièrement marquant à cet égard qu'à cette affirmation de Keufran fait suite rapidement dans son discours l'évocation de sa mère, en disant qu'il a envie d'« être bien avec tout ce qui [l']entoure,

Sans s'aventurer sur une interprétation psychanalytique qui n'appartient pas à notre champ de compétence, nous pouvons du moins corroborer les analyses qui établissent une correspondance des rites d'initiations masculins, sur le plan de l'engendrement, à une extraction différenciatrice du corps maternel, et à un affranchissement de la « dépendance nourricière » – qui peut s'opérer très différemment chez les jeunes femmes, lorsqu'elles forcent ce passage en tombant enceintes à l'adolescence par exemple (Motttrie *et al.*, 2006 : 126).

Par ailleurs, l'érotisation qui est entretenue avec la drogue sous la forme d'une femme toujours présente mais potentiellement destructrice se vérifie à de multiples reprises chez les usagers hommes :

[Lors du bilan final de Brice, Samantha lui dit qu'il a une manière très intime de parler du produit à chaque fois, comme s'il envisageait sa conso comme une femme, une compagne...]

Brice – Bah, j'y pense aussi hein [que ce soit une femme, la drogue]. *Elle est fidèle. C'est une femme très belle, très douce, très compréhensive aussi...*

Samantha – D'accord ; et que vous ne comptez pas abandonner, donc ?

Brice – ... *'fin si, quand j'aurai trouvé ma vraie femme, qui la remplacera.* Et en tous cas, je voudrais retrouver un travail, dans le secteur médico-social qui est mon secteur de prédilection²⁵...

Cdt 2 – Métanoïa – 11/10/21

Brice quant à lui dit explicitement que la drogue est son actuelle compagne de vie²⁶, qu'il aimerait voir remplacée, dans un futur hypothétique, par une « vraie femme », tout en insistant sur la fidélité et la compréhension que lui offre la brave « héroïne » qui occupait ses pensées.

On peut mettre en miroir ces extraits avec ce que rapporte P. Jamouille des amours tourmentées des hommes en situation précaire qu'elle rencontre dans l'univers de la drogue. Elle s'intéresse particulièrement au parcours de trois pères, qui ont souvent perdu la garde de leurs enfants, face à des compagnes qu'ils décrivent comme des « sorcières » ou des femmes vénales, intéressées seulement à l'argent de la pension alimentaire. Ils exposent un Moi passif, qui s'est vu entraîné dans le mal à cause de la séduction féminine, qui les aurait perdus. Pour des hommes « détruits et abandonnés » comme les décrit Jamouille, les drogues finissent par constituer un « abri », et une compagnie qui permet d'esquiver la perspective de la déception ou de la trahison amoureuse. Elle cite un de ces pères, « Red », qui lui dit :

« L'héroïne, au moins, elle ne trompe pas. Il y a tellement de temps que ça dure maintenant, avec l'héroïne. Ta came, tu en es amoureux, tu aimes l'effet, tu aimes tout. » (Jamouille, 2008 : 215)

Comme le montrent les exemples que nous venons de rapporter, il importe donc souvent, pour les professionnels des CTR, que les usagers parviennent à se dégager de cette vision d'une entité féminine qui les fascine tout en les enchaînant. Ils les mettent en garde

notamment [sa] maman », qui est le seul membre de sa famille avec qui il a conservé un lien dans les affres de l'addiction.

²⁵ Je souligne cette expression, marquante dans sa ressemblance avec le syntagme courant à Métanoïa de « produit de prédilection ». Le vocabulaire de Brice est très empreint de son attraction irrésistible pour la consommation, même après plusieurs semaines en CTR. Il se défend ainsi en disant qu'il insère son évocation dans sa dynamique de « gestion de sa consommation », mais les professionnels paraissent plutôt inquiets en ce qui concerne son effective capacité à pouvoir « gérer » à la sortie.

²⁶ « *La femme de ceux qui n'en ont pas* » comme la décrit Mano Solo en 1993, dans la chanson « Au creux de ton bras ».

également contre les dangers d'un potentiel transfert du rapport symbiotique ou amoureux à la substance à une relation de couple présentant la même « toxicité ». La reconquête d'une masculinité assurée paraît un des enjeux cachés du travail effectué en CTR autour de l'estime de soi et d'une individuation dénuée d'entraves fusionnelles avec le féminin. Cela ne passe pas tant par l'affirmation d'un masculinisme victimaire que par la capacité prônée par le centre à redevenir "maître de sa vie", à mener son existence en navigateur autonome.

A/3) Se relever – unifier la représentation du Moi pour devenir un « meilleur homme »

De cette vision d'un Moi clivé qui a perdu le contrôle de son existence, il faut à présent envisager comment le séjour en CTR doit permettre de rétablir une vision unifiée et stable de son identité d'agent, de personne capable d'agir et impliquée dans son existence, à l'usager. On a pu voir comment les représentations des résidents oscillent entre un Moi habité par une instance supérieure qui commanderait pour lui (la Drogue), un Moi rendu passif face aux aléas de l'existence qui a cherché un soulagement et une alliée dans le produit, ou encore un Moi victime, du double fléau de la drogue et de la stigmatisation qui en résulte. Tous ces qualificatifs (dirigé par autrui, passif, victime) sont radicalement opposés aux qualités morales attendues d'un homme adulte de la société contemporaine. Sans lui fournir de mode d'emploi, on verra dans les sections suivantes comment l'initiation par le groupe et l'identification aux figures professionnelles masculines est censée permettre une réorientation de son attitude face au monde, vers une masculinité qui pourrait se voir qualifiée de « positive ».

Ce travail est directement corrélé à la *responsabilisation* – qui a été développée dans le chapitre 4. Ce qu'on cherche en effet à obtenir des usagers c'est l'intériorisation progressive des règles sociales et l'abaissement des tensions produites par les injonctions contradictoires qui pèsent sur l'individu contemporain. Si l'on veut qu'ils cessent de se cacher derrière l'irresponsabilité de leurs actes, les personnages et les « part[s] d'ombre » (Fernandez, 2010 : 178) qu'ils se sont créés pour justifier les ratés de l'intervention sociale, ou encore leur situation de victime – il importe de renforcer chez eux l'idée d'un Moi qui se trouverait unifié. Comme l'écrivait Mary Douglas, citée par Fernandez (*ibid.* : 178)

La notion d'un moi passif ou d'un comité de moi au sein de l'individu, ou quelque autre idée d'un moi non responsable, serait inacceptable pour celui qui refuse de pardonner. [...] Chaque fois que les individus émettent un blâme, *en insistant sur la responsabilité complète, ils renforcent l'idée d'un moi unitaire*. Chaque fois qu'ils excusent, ils rendent plus acceptable l'idée d'un moi passif ou d'un moi multiple. (Douglas, 1999 : 161)

Un des contextes où on essaie le plus de faire assumer aux résidents la totalité de leurs actes concerne les ateliers animés par Youri, médiateur-santé-pair (MSP) à Métanoïa. Dans un atelier avec le groupe d'appro où ils parlent de la différence entre reconsommation et rechute, il se confronte avec le point de vue d'un des usagers, P.B. :

Youri – Peut-être que pour ça il faut déjà être conscient du fait qu'une reconso est pas égale à une rechute. Vous autres, vous êtes d'accord avec ça ?

P.B. – [*direct*] Moi ça marche pas... à chaque fois que je reconsomme, je rechute.

Youri essaye de le convaincre de l'inverse [il lui dit qu'il annonce de lui-même la rechute en disant cela – à la manière d'une *prophétie autoréalisatrice* (Merton, 1948)]

Youri – C'est comme si tu rebalaisais le chemin, avant que tu rechutes...

P.B. – Une fois, dans ma tête je me suis dit « c'est un faux pas », mais mon cerveau, il ne veut pas en entendre parler...

Youri – *Il y a un truc hyper fataliste chez toi. C'est comme si ton cerveau, c'était pas toi... que t'avais aucune responsabilité là-dedans...*

Sue Riz (usagère) – Mais, il y a quand même le système de la récompense²⁷...

Youri. – *Oui, mais moi ce qui me gêne, c'est que mon cerveau, c'est moi, c'est pas un être qui est indépendant de moi ! Moi ce qui m'agace c'est que quand vous dites ça, c'est comme si j'avais rien à faire là-dedans...*

Rachid (AMP) – [à P.B.] Tu contrôles pas ton cerveau ?

P.B. – Non, je contrôle pas mon cerveau.

Sou Ici (usagère) – Mais est-ce qu'il y a pas une anticipation...quelque chose de l'ordre d'une crainte et de l'anticipation d'une émotion ?

Youri – Oui, tu vois, parce que sinon, *c'est comme si ton cerveau, c'était quelque chose sur lequel t'avais pas la main...*

P.B. – Non, j'ai pas la main, et mon cerveau, il calcule très très vite... Et même déjà un mois après, il a préparé le terrain *pour que je glisse...* [...] j'en ai une tonne de truc comme ça – moi maintenant, je sais qu'il faut que je touche plus à la coke et à l'alcool...

Sue – Tu dis que c'est ton cerveau qui gère tout, qui gère l'anticipation, tout ? T'es contradictoire, parce que c'est ton cerveau qui gère *et* l'anticipation, *et* tout ce qui fait que tu rechutes quand même...

P.B. – *Maintenant* je dis...il faut de la *volonté*... Quand j'ai rechuté, c'est que j'ai pas eu de volonté de m'en sortir.

Youri – Moi je suis pas d'accord P.B., parce que *si l'alcool avait tout pouvoir sur toi, tu serais pas là, tu serais en train de picoler...* [...] Je cherche juste à attirer ton attention là-dessus, *il y a peut-être une fois où ça va changer la donne...*

Cdt 2 – Métanoïa – 21/09/21

Youri incarne le MSP aux méthodes innovantes, et à la perception de l'addiction qui y est corrélée – très différent en cela des figures moralistes de *counsellors* rencontrés parfois en CT. Il essaie surtout de faire en sorte que les usagers se départissent d'une vision clivée de leur être, où « eux » et leur « cerveau » ne coïncideraient pas. Au-delà des sources d'explication neuroscientifiques (les circuits de la récompense) ou des justifications morales (« mon cerveau, il a préparé le terrain pour que je glisse »), il voudrait surtout que les usagers récupèrent la confiance en leur pouvoir d'agir et leur responsabilité. Il est marquant de le voir ici, pour une fois, confronté à une sorte de double impuissance, face à P.B. : en tant que pair-aidant, il voudrait en effet « faire » quelque chose pour lui, l'aider à ne pas être aussi « fataliste » ; mais aussi en tant qu'ex-usager, il s'identifie sans doute à l'impossibilité amenée par P.B., en risquant de se voir reconfronté pour lui-même au système de croyances invalidantes qui l'a maintenu dans la consommation sans frein durant des années.

Ce genre de scène était inédite pour moi, et dénote un fonctionnement différent dans ce CTR, grâce notamment à la présence de personnes comme Youri dans l'équipe, de ce qui se passe au TCHAT ou à la CT. Je crois qu'à cet endroit se situe une des différences les plus importantes entre nos deux modèles institutionnels. À Métanoïa, renforcer l'idée d'un moi unitaire correspond à l'idée de les faire réunir les parties clivées de leur Moi, d'accepter leur vulnérabilité, leur partie passive et traumatisée, mais de donner les commandes – dans la majeure partie des cas – à la partie rationnelle et active de leur personnalité. Au TCHAT et à la CT il s'agit de congédier la partie passivée, dirigée par autrui. Il s'agit de la reconnaître et

²⁷ On peut constater que certains résidents de Métanoïa connaissent et convoquent (indépendamment de la structure qui ne leur donne que peu de détails là-dessus) les facteurs neurobiologiques de l'addiction (ou du moins la cause « tête d'affiche » qu'on lui attribue.

de la discréditer publiquement, de juger ce « comportement » qui correspond à la partie du Moi qu'il est nécessaire de dégrader pour qu'il y ait amendement moral. Le nouvel individu doit naître des cendres de ce Moi, toute victime qu'il puisse être, qui a dévié du droit chemin. La condamnation morale paraît atténuée au centre Métanoïa, car elle ne porte pas sur la reconsommation en tant que telle. Mais néanmoins, on peut reconnaître une forme de condamnation morale dans l'extrait ci-dessus de l'individu qui se laisse agir par « son cerveau », en disant rester l'objet d'une entité extérieure qui aurait « tout pouvoir » sur lui. Dans les deux CTR, par réunion du Moi ou par condamnation de la partie « passive » qui l'entraverait, il s'agit de reprendre la responsabilité et le « contrôle » de son existence.

Par ailleurs, le comportement moral de ce nouveau Moi qui doit émerger du parcours en CTR ne doit pas être nécessairement irréprochable. Car comme le souligne une étude américaine sur le travail identitaire des joueurs compulsifs, ces derniers font déjà un travail de justification morale de leurs actions, en ce qu'ils « étendent et redéfinissent les limites de ce que serait un comportement acceptable (*the boundaries of acceptable behavior*) » pour justifier leur appartenance à la société des gens ordinaires (Wagner et alii., 2017 : 364 – traduction personnelle). S'ils le faisaient déjà pour justifier leurs comportements dans la dépendance, nos usagers mobilisent très aisément ce savoir acquis lorsqu'ils justifient par exemple de devenir abstinent quant à l'utilisation d'une substance mais de « s'autoriser » de temps en temps, « pour le plaisir », la consommation d'une autre. Ainsi Brice, qui dit vouloir arrêter complètement l'alcool à la sortie, tout en conservant une « consommation raisonnée, espacée » d'héroïne sniffée, toutes les semaines. « Ou une fois toutes les deux semaines, au mieux », argumente-t-il, en essayant de normaliser cette décision devant son éducatrice référente²⁸.

Sortir « meilleur » que comme l'on est entré, au centre Métanoïa et au centre TCHAT, cela signifie retrouver des mesures et des calibres pour caractériser ce que sont les limites du comportement acceptable. À cet égard, la CT nous semble beaucoup plus stricte vis-à-vis de la perspective de reconsommation – s'apparentant déjà pour les professionnels de ces centres à la « rechute ». Un *counselor* de la CT Stella, que j'appellerai Blaise, me semblait être le plus virulent et intolérant sur la question, parmi les professionnels rencontrés (il considère ainsi que l'une des résidentes, polytoxicomane, qui a pris un médicament codéiné parce qu'elle avait mal à la tête lors d'un weekend de sortie en famille, « a fait une rechute grave ! »²⁹). Pour lui, la définition de l'abstinence était claire, et calquée sur son mode de vie personnel depuis qu'il était *clean* de l'héroïne, depuis plusieurs années : « je ne prends aucune substance qui puisse modifier mon comportement. » Quelle n'a pas été ma surprise dès lors, lorsque je vis qu'il était un fervent adepte du café-clope, entre chaque moment d'atelier ou de groupe de parole³⁰ ! Il devint clair pour moi que la redéfinition de ce qui est autorisable ou non, possible ou pas, pour un ancien « addict », repose fondamentalement sur ce que la société considère comme autorisé ou banal. Chacun des usagers redéfinit ensuite par rapport à ces normes bien connues ou intériorisées ce qu'il considère comme étant un comportement socialement acceptable. En retraduisant le propos de ce *counselor*, son discours est en vérité « je ne prends aucune substance qui fasse de moi un déviant » ; opinion qui dépend clairement du contexte et de la culture dans laquelle il évolue (aux États-Unis, ainsi, il serait sans doute moins évident

²⁸ Cdt 2 – Métanoïa – 12/10/21

²⁹ Cdt 3 – CT Stella – 14/02/22

³⁰ Sans émettre de considération relative à la plus grande toxicité de l'une ou de l'autre de ces substances, il m'avait paru bien vain de convaincre un ancien héroïnomanie du fait que la nicotine et la caféine – bien que de manière évidemment moins *mesurable* que l'héroïne – restent des substances qui ont une incidence conséquente au niveau physique et psychique.

pour lui de fumer). Mais la différence entre CT et CTR démontre surtout que le contrôle social intériorisé et les limites subjectivement redéfinies par les résidents sont fonction en grande partie du credo institutionnel au sein duquel ils ont développé leur nouveau Moi – ou plus globalement de ce que j’ai appelé le *style institutionnel* de chacun de ces centres.

Le contrôle de leurs pratiques sociales est ainsi d’une part assuré par le cadre moral normatif des règles d’usage (en France, on peut raisonnablement considérer qu’il est « normal » de consommer de l’alcool deux à trois fois par semaines, dans des quantités dites « modérées » ; fumer de la marijuana est socialement tolérable si cela est à des fins récréatives ou thérapeutiques, etc.), qui est sujet à des évolutions historiques. D’autre part ils sont soumis par l’institution « à faire un travail sur eux-mêmes, sur le contrôle d’eux-mêmes » (Fernandez, 2010 : 177), de leurs pulsions et de leurs débordements émotifs – travail émotionnel qui m’a l’air de calquer celui qu’on attend traditionnellement de la condition masculine, et qui n’a que très récemment évolué (Heller, 1980 ; Hochschild, 1979). De ce fait, nous soutenons que le contrôle normatif porté sur les pratiques sociales d’hommes de toutes classes et âges confondus, ainsi que le travail psychologique et moral qui est attendu d’eux, les entretiennent dans l’idée de pouvoir édifier une meilleure masculinité – de pouvoir *devenir de meilleurs hommes*.

Les résidents-hommes sont avant tout renvoyés à *la responsabilité qu’ils doivent porter de leurs actions* – du choix qu’ils ont fait, à un moment donné, en accordant une place prédominante à la consommation par rapport aux autres domaines de leur existence (vie professionnelle, vie familiale, paternité, engagement social ou politique, relations sociales, etc.). L’accent porté sur les problèmes causés par la drogue et la responsabilité qui leur en échoie était déjà une des particularités du traitement réservé aux usagers des premières Communautés Thérapeutiques – à l’inverse des programmes contre l’alcoolisme, qui faisaient d’eux des « malades » irresponsables – comme le rappelle Darin Weinberg :

Au lieu de considérer leurs problèmes comme le résultat d’un *autre* à l’intérieur d’eux-mêmes, duquel ils ne seraient *pas* considérés directement responsables, Dederich [le fondateur de Synanon] a construit les addicts comme étant au contraire extrêmement responsables des problèmes causés par leur usage de drogue. Mais surtout, bien que les addicts non-abstinents (*practicing addicts*) soient toujours perçus comme des êtres moralement défaillants, leurs défaillances sont néanmoins traitées comme des problèmes (*matters*) auxquels ils sont capables de remédier par eux-mêmes. (Weinberg, 2005 : 70-71 – trad. pers.)

On renvoie fortement la responsabilité de leurs actions aux résidents, on soumet les transgresseurs aux règles de la communauté à des « jeux » ou à des « pénalités », on les force à reconnaître leurs torts... Et ce n’est qu’après cette humiliation et ce jeu de force que les résidents se verront rassurés sur le fait qu’ils sont aimés, qu’ils sont traités équitablement, comme tous les membres de l’institution, et que – même dans le cas où ils seraient expulsés temporairement – ils resteront toujours les bienvenus s’ils font l’effort d’être droits et d’obéir aux règles communes (Weinberg, *ibid* : 71). Se voir assurés de « l’amour », de « l’équité », et du retour possible dans l’institution : y a-t-il une si grande différence entre Synanon, communauté thérapeutique d’il y a cinquante ans, et les CTR que nous avons observés ? Nous renvoyons à nos chapitres précédents pour ces thématiques spécifiques de l’amour et de l’accueil familial (*family-like*) réservé aux résidents en CTR, dont on comprend mieux à ce stade comment elles sont la monnaie d’échange attendue à la soumission des usagers entrants aux règles du jeu.

*Encadré 6.2_* *Synanon et les premières CT*

Il existait déjà des modèles de soins communautaires intra-hospitaliers avant les années 1960 – le terme même de communauté thérapeutique fut originellement employé par Maxwell Jones en Grande-Bretagne en 1953. Mais ce ne fut qu’avec les premières CT américaines, fondées dans la décennie qui suivit, que le modèle de thérapie par le groupe devint le paradigme du soin de la toxicodépendance. C’est un ancien des A.A., Charles (Chuck) Dederich, qui constatant l’inefficacité du groupe d’entraide historique avec d’autres types d’addictions, décida de créer en 1958 son propre programme thérapeutique, qui atteignit rapidement les dimensions d’une contre-société (1600 membres dès 1974 – cf. Girard, 1974). L’extension du dispositif porta à construire des maisons, des écoles, un ranch, une piscine olympique, une usine de peintures – petite ville dans la ville de Santa-Monica, dans ce qui s’apparenta bientôt à une grande famille dysfonctionnelle (Morgan, 1999).

L’initiation que proposait Dederich devait s’inclure au départ dans un programme de deux ans – mais il constitua rapidement la pensée que la société étant trop « malade », il valait mieux éviter le plus possible les sorties : « point d’issue hors de la CT, les admissions devenaient en quelque sorte définitives » (Delile, 2011 : 41). Cela le mit d’ailleurs en dissensus avec certains de ses plus proches collaborateurs et disciples, comme David Deitch, futur fondateur de *Daytop Village*.

Synanon est restée célèbre principalement pour son mode de confrontation violent, dans un cérémonial nommé « The Game ». Le Jeu en question était une séance d’expiation d’un membre, au cours de laquelle il subissait ensuite une critique intense de la part du groupe, incité à employer jusqu’à la violence verbale pour disqualifier les comportements du repentant. La pratique était désignée à l’époque par le terme « *attack therapy* ». En dehors du Jeu, les membres étaient tenus d’agir civilement les uns envers les autres, mais ils devaient s’y soumettre au moins une fois par semaine. Le principe de Synanon reposait sur une responsabilisation accrue des résidents, considérés comme devant effectuer les étapes rituelles d’une renaissance (sevrage sec à l’entrée, cérémonies de dégradation, imposition du crâne rasé à tous les membres), et d’un encadrement simili-parental sévère, pour leur éviter de replonger. Au cours du temps, l’institution mit en place des techniques de contrôle de ses membres de plus en plus coercitives, pour assurer l’ordre et la non-désertion ; elle fit l’objet de plusieurs enquêtes, notamment après la tentative d’assassinat de l’avocat Paul Morantz *via* l’envoi d’un serpent dans sa boîte aux lettres (Hillel, 2018). La paramilitarisation de l’organisation atteignit son apogée lorsque Dederich commença à exiger la vasectomie de ses membres masculins et à légiférer sur les avortements des femmes (Delile, 2011 : 36 ; Hillel, *ibid.*)

Jean-Michel Delile souligne par ailleurs que c’est ce « comportementalisme « guerrier » des CT d’origine » qui était mis en cause dans le débat existant entre les CT anglaises, plus « démocratiques » et proches de l’antipsychiatrie de Laing, et les CT américaines – qui devinrent le modèle hégémonique (Delile, *ibid.* : 37). *Daytop Village* et *Phoenix House*, qui inspirèrent directement les CT européennes, « restaient fondés sur un comportementalisme agressif, évoquant des camps de rééducation. » (*ibidem*), ce qui explique une certaine réticence de la France à se référer à cette tradition pour ses propres programmes de traitement en résidentiel. Longtemps opposée au mouvement des CT et de leurs congrès, la France connut de son côté la polémique qui opposait le modèle familialiste autoritaire du « Patriarche » et le modèle institutionnalisé par Claude Olievenstein, figure médiatique dominant l’intervention en toxicomanie pendant près de deux décennies. La législation française changea néanmoins en 1995, faisant place aux communautés thérapeutiques parmi les services pouvant être subventionnés par l’État français (van der Straten, 2008 : 35). Depuis la fusion opérée par l’addictologie, le modèle de la CT (dans une application progressive du modèle hiérarchique des *Daytop Villages*, mais avec plus de souplesse par rapport à la version originale) est davantage valorisé comme possibilité de traitement thérapeutique, notamment dans les cas les plus compliqués à traiter en ambulatoire, de la part des professionnels du secteur.

Deuxièmement, on incite les résidents à retrouver un *rapport de maîtrise* face à leur corps, à leur psyché et à leur vie – ce qui est de mon point de vue un idéal caractéristique de la domination masculine, et de sa déclinaison moderne, à travers le « culte de la performance » bien analysé par Alain Ehrenberg (1991). Le sociologue rapporte les origines de l'idéal élitiste du sport, qui consistait avant tout, dans ses débuts, à apprendre aux jeunes hommes des collèges britanniques du premier XIX^e siècle à « exercer une maîtrise sur leur propre puissance de telle sorte que soit rendue autant que possible inutile la présence d'une autorité supérieure » (Ehrenberg, 1991 : 26). Je mettrais volontiers cette idée de la domestication de sa propre puissance physique et morale en lien avec l'idéal de « gestion » promu par les centres contemporains en addictologie. Comme l'idée de mettre en échec toute référence à une « autorité supérieure », qui renvoie pour nous à la perspective de se positionner de manière active face à son addiction, et de ne pas abdiquer devant la puissance supérieure que serait La Drogue, comme on l'a vu plus haut. Le culte de la performance se décline par ailleurs chez nos usagers de manière transversale, indépendamment de leur classe sociale d'origine – de la même manière qu'il infuse toute la culture individualiste contemporaine, du manager au rappeur de banlieue. Banalement, il s'agit de se battre, et de remporter la victoire sur l'addiction – que ce soit pour prouver son aristocratie, ou bien comment on s'en est sorti par soi-même, ou encore son exceptionnalité (comme un jeune de banlieue qui arrive à « s'en tirer »). Car de nos jours « la victoire est une histoire que l'on maîtrise, la défaite un destin que l'on subit » (Ehrenberg, *ibid.* : 25).

Enfin, il semblerait que devenir un « meilleur » homme est aussi une exigence des dernières années, notamment via l'essor du mouvement dit des « nouvelles masculinités », qui a pu se constituer en parallèle du phénomène #Metoo et de l'essor d'une quatrième vague de féminisme mondial (Bertrand, 2018). En parallèle des revendications féministes, notamment en ce qui concerne la dénonciation d'un patriarcat brutal et violent (Koechlin, 2019), des hommes des sociétés occidentales prétendent « déconstruire » leur construction identitaire virile, notamment au travers de stages d'initiation particuliers – censés contribuer à une réflexivité renouvelée sur ce que signifie « être un homme », dans les années 2020. Il faut être attentif au fait que des expériences de ce type existent déjà depuis au moins la fin du XIX^e siècle : que ce soit dans le cadre de cercles de type masculiniste, destinés à la revirilisation masculine dans les communautés chrétiennes aux États-Unis ; ou bien dans leur version *hippie* ou *new-age*, dans les années 1960, dans l'idée de s'affranchir d'une masculinité associée à la guerre, en l'occurrence du Vietnam³¹. Cette initiative de se convertir à une meilleure manière d'être homme peut ainsi s'ancrer sur des bases fortement virilistes, idéologiquement situées à droite³², ou alors sur l'idée d'un « cercle d'hommes », qui discutent ensemble de la « fatigue émotionnelle » que leur procurent les injonctions normatives de la société contemporaine, *en tant qu'hommes*. Je cite ici l'article du 14 mai 2022 de Libération, où la journaliste rapporte les propos d'un de ces « initiés », d'une soixantaine d'années :

[il parle de] ce que la société - que ce soit en famille, au sein du couple ou au travail- exige du genre masculin : *être fort, résistant, ne jamais baisser la tête, ne jamais laisser couler ses larmes*, énumère ce célibataire. « *J'ai pu me confronter au regard d'autres hommes et laisser tomber mes armures*. Car j'ai pu tenir

³¹ Cf. l'article de Katia Donsoko Touré dans Libération (14/05/22), où intervient Francis Dupuis-Déri, auteur de *La crise de la masculinité. Autopsie d'un mythe tenace*. Montréal : Les Éditions remue-ménage, 2018

³² Je renvoie ici à ce qui est rapporté sur les stages de l'organisme américain *The Mankind Project* (implanté dans plusieurs pays européens, dont la France depuis 1999) par le récent rapport de la MIVILUDES (2021), l'organisme de surveillance des dérives sectaires.

d'autres hommes par la main, les regarder dans les yeux. *Je suis désormais un être humain avant d'être un homme et tout ce que cela implique. J'ai le droit de montrer mes faiblesses* », se félicite-t-il. (Donsoko Touré, 2022 – je souligne)

Être un meilleur homme au début du XXI^e siècle, c'est également être en mesure de déconstruire les postulats de la virilité et les injonctions sociales pressantes qui conditionnent les hommes à cacher leur vulnérabilité. On est *humain* avant d'être un homme. Cela est plus que compatible avec le parcours de soins des usagers hommes en addictologie, qui doivent avant toute chose reconnaître leurs faiblesses, et leur besoin d'être aidé par rapport à leur problématique de dépendance.

Ainsi, devenir responsable de ses actes, gagner la maîtrise de ses comportements, et affirmer une vulnérabilité inhérente à son appartenance au genre humain – voilà les qualifications nouvelles dont devra se doter l'initié à l'issue d'un parcours de soins où il aura grandi (moralement), et où il sera devenu un meilleur homme. Une certaine image décante ici – celle d'un parcours initiatique similaire à une quête, ou encore « l'héroïsation de l'individu qui se soustrait à sa servitude » (Ehrenberg, 1991 : 67).

I. B/ L'héroïsation du travail de soi

« Reprenant la métaphore religieuse, je dirai que tout engagement à long terme, fût-il de faible portée, inclut l'acceptation du sacrifice. Tout groupe a le droit d'exiger de ses membres certains sacrifices. Mais l'individu a des exigences comparables vis-à-vis de lui-même, qu'il soit ou non intégré à une structure ; jouant pour lui-même le rôle de public et de juge, il s'encourage à ne pas s'attarder en chemin, ni à céder à la tentation, et s'il lui faut abandonner certains projets, ne pas renoncer à sa quête. »

Anselm Strauss, *Miroirs et Masques*, Paris, Métailié (1992), p. 45

Nous analyserons à présent ce qui apparaît du rapport imaginaire que les résidents nourrissent au séjour au CTR comme passage initiatique. Pour comprendre comment une nouvelle masculinité peut émerger comme produit de cette expérience d'initiation, nous devons observer ce qui se passe pour eux, à un niveau individuel, dans la projection narrative qu'ils sont invités à se faire sur cette étape dans leur trajectoire personnelle. Nous verrons ensuite l'importance de l'écho que leur construction narrative peut rencontrer dans l'espace groupal du collectif des résidents.

Le résident en CTR doit se plier à une initiation qui consiste à lui donner accès (et à ceux qui l'initient) aux parties de son être qui étaient jusqu'à présent étouffées ou hermétiquement closes. Les rites de dégradation, la pénétration de son intimité et de son histoire par le dispositif dual de l'entretien, font partie de ces cérémonies successives censées lui permettre de s'ouvrir à l'autre, et de trouver d'autres alliances que celle qu'il a noué avec le produit psychotrope. La reconfiguration des croyances à l'aune des croyances du groupe social qui les accueillera à nouveau constitue un second temps – où l'ouverture qu'il a permise permet à l'initié d'accueillir de nouvelles connaissances, pratiques et convictions.

Comme dans tout parcours initiatique, le novice présente des résistances aux épreuves de parole et d'éclaircissement qui lui sont soumises – surtout que celles-ci sont souvent antagonistes à la résistance à laquelle l'ont préparé son *habitus* viril. L'« éthique du corps au travail » des ouvriers, constituée dès la fin du XIX^e siècle, associait en effet les caractéristiques de la force physique à l'idée de la résistance à l'effort – voir de l'indifférence au mal et à la souffrance (Pillon, 2012 : 82). Avec la fin de l'essor industriel, il semblerait que cette importance

de la résistance se soit ensuite déplacée, notamment pour les hommes issus des classes populaires, sur un registre psychologique et moral. Malgré l'engouement urbain pour les salles de sport, être fort de nos jours c'est aussi être inattaquable psychologiquement – la force n'est plus exclusivement une question de masse, de capacité physique.

On comprend dès lors que les sources de formation de l'habitus ont changé. D'où une alternance particulière de la résistance comme habitus hérité d'une éducation à la dure ou d'un apprentissage personnel qui peut être valorisé comme parcours. C'est souvent la drogue (et non plus le travail) qui les a fait « tout endurer », les a endurcis, rendus résistants à la faim, au froid, etc. Gravitant entre une valence positive et négative, cette résistance apparaît donc à la fois comme une valeur, dont ils ont fait une appropriation positive, mais aussi parfois comme un « fléau » : car le prix à payer aujourd'hui est décrit comme un rapport « anesthésié » à leurs émotions et à leur corps, où ce qu'ils vivent et ressentent a perdu de son importance au fil des années. Cette résistance les a finalement coupé du monde – c'est donc une valeur caduque, qu'ils ne peuvent faire valoir comme une force que dans un cercle limité d'interlocuteurs, dans un siècle où les émotions et la volonté d'introspection ont à l'inverse triomphé. Ici ils ne doivent pas tant résister que se laisser frapper par l'évidence : la drogue a détruit leurs vies – et elle peut la détruire encore. Leur reconstruction ne passera que par cette première étape d'acceptation – qui vient en fait du programme Minnesota des 12 étapes, comme le rappelle Guibole, lors du dernier atelier évoqué :

« Moi ça me fait penser aux NA... C'est la première étape. *On est impuissants une fois que le verre il est devant nous.* Nous, là où on peut éviter la bataille, on peut esquiver - c'est en amont. Alors que *si on est dans le combat, on a déjà perdu...* » (Cdt 2 – Métanoïa – 21/09/21)

B/ 1) Réintégrer le monde des hommes

La dimension de dégradation ne peut manquer de rappeler néanmoins la visée de tout rituel initiatique : si quelque chose est à endurer, c'est bien pour pouvoir entrer (ou revenir) dans le monde des hommes. Le rite doit servir de manière paradoxale à la formation de leur *habitus* masculin, alors que les actions qui participent de sa formation semblent au contraire les diminuer, effacer leurs qualifications viriles. Si dans le monde ouvrier, l'humiliation verbale et la désignation des novices comme "femmelettes" ou gamins étaient courantes, la réduction à la sphère domestique, au monde des enfants et des femmes, concerne en CTR les pratiques et les attitudes à incorporer. Le parcours ne commence que lorsqu'ils réalisent qu'ils ont encore des choses à apprendre, qu'ils sont encore immatures au niveau de leur parcours personnel et existentiel (voir chapitre précédent). L'initiation consiste de plus à assumer cet apprentissage des tâches qui incombent naturellement à *d'autres* – ménage de l'espace individuel et collectif ou encore préparation des repas pour tous les membres de la famille – pour avoir le droit d'accéder à nouveau au monde des privilèges masculins : « Le rappel de l'enfance ou la réduction au féminin sont des offenses, mais aussi des injonctions à prouver – un jour – qu'on appartient au monde des hommes » (Pillon, *ibid.* : 81). L'institution qui les accueille et les englobe pendant un séjour de transformation personnelle est censée les « ré-éduquer », mais elle leur délègue aussi très naturellement des tâches ménagères et/ou une partie du travail de *care* habituellement confié aux femmes.

Au TCHAT, je n'interprète pas autrement le rituel du repas – avec toute sa codification rigide : courses (avec le caddie et la calculatrice pour tenir dans le budget familial), concoction du menu de la semaine en « atelier cuisine », de manière à créer des repas « équilibrés »,

préparation sur une journée (midi et soir) du repas pour tout le CTR de la part d'un seul usager (avec l'aide parfois toute relative du ou de la professionnelle en charge), service à chacun des convives, attente de reconnaissance de la part de la cuisinière du jour... En revanche – pour des logiques évidentes de peur de la « contamination » dont le centre témoigne à plein d'égards –, chacun lave son assiette et ses couverts dans la cuisine collective à la fin des repas.

Au Méta, le repas n'est pas préparé sur place, en respect des normes HACCP plus récentes, mais apporté par un traiteur. La délégation des tâches ménagères se concentre donc sur le temps de la vaisselle – pour laquelle sont désignés quotidiennement deux usagers – et sur les temps de ménage de l'espace individuel et collectif, globalement une fois par semaine. La difficulté que représente l'épreuve de la vaisselle pour les usagers-hommes est excessivement présente, dans les plaintes que les résidents adressent en et hors ateliers. C'est un excellent exemple pour ce que je souhaite démontrer ici, car il n'apparaît pas que cette épreuve soit vécue comme autrement qu'une tâche collective à partager équitablement, du côté des usagères femmes. À l'inverse, les usagers de mon groupe, mais aussi d'autres résidents masculins que j'observais lors de mes passages à Méta, voyaient ce nettoyage des plats, verres et couverts de la collectivité comme stressant, dégradant, ou épuisant – ce qui pouvait « plomber » leur journée dès le matin, lorsqu'ils constataient sur l'emploi du temps que c'était leur tour de vaisselle.

L'état psychologique que provoque chez eux la délégation de ces tâches nous rappelle curieusement l'Indien Guayaki Chachubutawachugi, dont Pierre Clastres raconte le malheureux sort dans « L'arc et le panier » (1966). Dérogeant au système clos qui divise les hommes et les femmes en chasseurs, munis d'un arc, et porteuses, munies d'un panier, et assure dans le même temps la division sexuelle du travail et celle la société, il y a deux hommes porteurs de paniers dans le groupe visité par Clastres. L'un comme l'autre s'était attiré le *pané*, à savoir « la malchance à la chasse », et rendus incapables d'accomplir leurs fonctions genrées de producteurs et pourvoyeurs de nourriture, ils sont obligés par le groupe de passer dans l'espace des femmes, et d'en adopter les fonctions (le portage dans les déplacements d'un campement à l'autre) :

La dure loi des Guayaki ne leur laisse point d'échappatoire. Les hommes n'existent que comme chasseurs, et ils maintiennent la certitude de leur être en préservant leur arc du contact de la femme. Inversement, si un individu ne parvient plus à se réaliser comme chasseur, il cesse en même temps d'être un homme : passant de l'arc au panier, métaphoriquement *il devient une femme*. En effet, la conjonction de l'homme et de l'arc ne peut se rompre sans se transformer en son inverse et complémentaire : celle de la femme et du panier. (Clastres, 1966 : 17 – souligné par P. Clastres)

Contrairement à son homologue Krembégi, qui adopte positivement les fonctions des femmes, et qui se vit, voire est perçu, comme faisant partie de leur groupe, le veuf Chachubutawachugi vit douloureusement le fait d'avoir été rejeté dans le champ symbolique du panier. « [E]liminé du cercle des hommes sans pour autant s'intégrer à celui des femmes », l'homme au panier qui continue à être un homme constitue « par lui-même une sorte de scandale logique » (*ibid.* : 19), car il n'est « nulle part » :

à ne se situer en aucun lieu nettement repérable, il échappait au système et y introduisait un facteur de désordre : l'anormal, d'un certain point de vue, ce n'était pas l'autre, c'était lui. [...] Chachubutawachugi *voulait pathétiquement rester un homme sans être un chasseur* : il s'exposait ainsi au ridicule et donc aux moqueries, car il était le point de contact entre deux régions normalement séparées. » (*ibid.* : 19 – je souligne)

Pour ces hommes rabattus dans le champ symbolique de la consommation, qui ont perdu leur appartenance à la sphère des producteurs-travailleurs de leur groupe d'appartenance, je postule qu'il en est de même que pour l'homme au panier Guayaki. Il est difficile de rester un homme sans être un chasseur : de même pour ces hommes devenus de purs consommateurs, ils ne sont pour ainsi dire « nulle part » – ce que l'on va approfondir via la notion d'hétérotopie – et l'une des visées que l'on peut entrevoir du CTR, c'est qu'il est censé les redoter d'une masculinité qui s'acquerra par un nouvel accès au travail. Pour l'instant, dans l'espace-limite de la ré-initiation aux codes d'une masculinité positive, ces hommes doivent également travailler – mais on leur réserve les tâches subalternes qui appartiennent habituellement à un autre espace, celui de l'espace domestique, qui expose comme chez les Guayaki l'homme au ridicule social et le rend intérieurement « inquiet, nerveux, et souvent mécontent » (Clastres, *ibid.* : 18-19).

En parallèle, et comme versant complémentaire de la réintégration du travail dans leur vie, ce qui est demandé à un usager pour se relever dans l'honneur, c'est avant tout un travail de régulation interne. Cette capacité de contenance et de calibrage émotionnels constitue une nouvelle responsabilité qu'il doit acquérir au sein du centre, et qui témoignera du fait qu'il peut se doter d'autres responsabilités, pour la communauté interne au CTR, puis pour autrui, au dehors du centre. Selon Jean-Claude Kaufmann, la disgrégation de la morale de l'honneur et de la fierté collective au cours du dernier siècle (notamment chez les classes populaires) au profit de la révolution de l'identité individuelle, a creusé le manque d'estime de soi qui nourrit une demande accrue de respect et d'affirmation de soi. Car « ego est désigné seul responsable » (Kaufmann, 2004 : 221) de la faible estime d'un soi qui a au contraire été fortement ébranlé par les mutations sociales toujours plus rapides. D'où la place prédominante accordée de nos jours aux émotions et aux risques de leur débordement : « Les émotions, hier, régulaient collectivement la constitution de soi, par leur arrimage à l'institution. Aujourd'hui, elles régulent l'individu de l'intérieur. Il doit donc (nouvelle responsabilité fatigante) définir lui-même une discipline de régulation. » (*ibid.* : 222)

La socialisation spécifique et le contrôle social mis en place par le centre s'assurent donc de « mettre en harmonie les sentiments individuels avec les sentiments socialement valorisés » (Bernard, 2013 : 10). L'importance du groupe ne s'explique que par cette nécessité de créer un espace de socialisation qui puisse, par la présence de précédents initiés, guider les entrants vers les valeurs sociales et les expériences émotives (ce que A. Hochschild, 1979, décrivait comme les règles de sentiments - *feeling rules*) qu'on attend présumablement d'eux au-dehors. La tristesse doit être qualifiée, et trouver ses espaces de possibilité d'expression, notamment relatifs à la sphère de l'intime : avec le psychologue, lorsqu'on se sent en sécurité, etc. La colère doit être comprise, mais aussi modérée. La consommation selon ce modèle de gestion doit inviter à l'introspection, et s'articuler préférentiellement à de mauvais souvenirs, pour qu'on puisse ne pas être tenté d'y retourner. Comme le soulignent Fernandez et Marche (2013), c'est ici toute l'importance des formes de « façonnement » des émotions, et du « travail » de certains secteurs de la société sur les individus qui intervient : l'initiation consiste à mettre en sens autrement que par le passé certains événements ou situations sociales. Les émotions et leur contrôle donnent une image bien précise d'une société en mouvement, où le lien d'appartenance n'est plus aussi constituant pour l'identité que la question de la construction individuelle, qui peut éloigner du milieu d'origine par des resocialisations progressives comme celle-ci.

Le rappel de la vision durkheimienne des émotions peut ici nous servir de point d'appui, si on perçoit comme il le fit que les émotions sont non seulement « des *conséquences* ou des *produits* de la vie sociale » (Bernard, 2013, *ouv. cité.* : 9) mais deviennent également cause d'une nécessaire « allégeance » à une « autorité qu'ils respectent et devant laquelle ils s'inclinent spontanément » (Durkheim, [1897] : 275). Selon Durkheim, seule la société dans son entier peut « jouer ce rôle modérateur » et indiquer à l'individu comment il doit se comporter – elle est « le seul pouvoir moral supérieur à l'individu, et dont celui-ci accepte la supériorité » (*ibidem.*) Il faut bien pour autant que cette puissance morale prenne certains contours, pour qu'une certaine catégorie d'individus – anormale dans l'ordre social – se trouve en situation de pouvoir lui faire allégeance. Les contours que prend la micro-société du CTR, à échelle d'une communauté locale d'appartenance forte, nous semblent dessiner une forme parfaite pour que certains individus désaffiliés acceptent cette autorité, et *y croient* : en témoigne le sermon devant Dieu, ou la Puissance supérieure dans les groupes des AA/NA. Quand bien même les usagers de ces groupes ne sont pas croyants (au sens qu'ils ne relèvent pas d'une confession religieuse particulière) ; c'est en fait devant la communauté de leurs semblables que les Anonymes s'inclinent, devant la société réduite (qu'ils appellent « Fraternité »³³) qu'ils sont parvenus à constituer entre eux.

En cela, il nous semble que les analyses de Michel Messu sur l'adhésion des plus démunis au système d'assistance sociale (1991), rapportées par Kaufmann, décrivent un mécanisme d'allégeance similaire à celui que nous constatons dans la subjectivation des usagers en CTR. Pour obtenir un cadre qui définit les contours minimaux d'une identité et d'une estime de soi rétablies, l'individu

est contraint de suivre des consignes rigoureuses, *allant notamment dans le sens d'une discipline de vie et de la maîtrise de ses émotions* (tendant surtout à éviter les explosions de violence).

Ce type de marché entre individus et bureaucraties se retrouve dans toutes les catégories sociales et fait intervenir les institutions les plus diverses. [...] *L'individu obtient un cadrage identitaire, qui le stabilise et conforte son estime de soi. Mais il compense ces gains par un assujettissement de son expression identitaire aux disciplines instituées.* (Kaufman, 2004 : 261 – je souligne)

Cela demeure très juste, pour nos deux institutions, car la discipline, plurielle comme l'affirme Kaufmann, se décline en fonction des différents styles institutionnels observés. Pour ce qui concerne le TCHAT on discipline à rester dans le rang, à être loyal à la version de l'individu de la « vraie vie » à l'ancienne, avec un potentiel travail et une éventuelle famille. Pour Métanoïa en revanche, on discipline à l'invention de soi, à être loyal à cette capacité de tension vers l'extérieur, de projection de soi dans le monde. Dans les deux institutions, on remarque néanmoins la pénétration de ce qu'Isabelle Astier désignait il y a près de vingt ans comme une « nouvelle éducation morale » englobée sous la rhétorique de l'autonomie personnelle. Je la cite ici, pour la clarté de son propos :

Tout se passe comme si les deux premiers éléments de la moralité, discipline et attachement au groupe, avaient été englobés dans le troisième, l'autonomie personnelle. [...] Pourtant celle-ci n'est pas en contradiction avec l'idée de suivre une règle. Puisque ce sont des injonctions, prendre des initiatives, faire des choix de vie, bâtir un projet professionnel, sont autant d'actions qui se font

³³ Ce modèle communautaire témoigne encore d'un biais de genre constitutif des débuts de ces groupes d'entraide. Il n'y a pas de « Sororité » ou de Communauté de femmes concurrente à la Fraternité. Les usagères sont toutes, elles aussi, d'emblée englobées dans la Fraternité des NA/AA sans distinction de leur problématique spécifique et des problèmes qu'elles sont sujettes à rencontrer (de nombreuses femmes usagères préfèrent parfois aller en réunion non-mixte, pour éviter d'être seules, ou d'être confrontées à des propositions d'aide intéressées).

dans les règles. Si l'idéal social, c'est l'agent qui décide et agit par lui-même, ce sont des dispositifs qui incitent à exposer la subjectivité, le moi des individus, leur expérience. [...] Les règles comme les institutions ne déclinent pas, mais se transforment. La discipline et la référence au groupe n'ont pas disparu, mais sont enchâssées dans une contrainte devenue première : l'autonomie. *L'individu est toujours une question d'institution et non de subjectivité. Se conduire comme une personne n'est pas une chose personnelle. C'est une règle tout à fait impersonnelle.* (2007, p. 14-15 – je souligne)

B/ 2) Contrainte narrative et redoublement de Soi

Le travail qui est mené en CTR doit refonder les « soubassements » de l'identité psychique, car « ce n'est pas de l'individu comme intériorité dont il s'agit, mais *que l'individu puisse avoir une intériorité* » (Castel, Haroche, 2001 : 62 – je souligne). Ce que Castel et Harroche nomment les « conditions de possibilité pour qu'un individu puisse être un individu » (*ibid.*) font intervenir la paradoxale « gestion » des émotions contemporaine, où le sujet doit répondre à une double injonction de transparence et de maîtrise, qui répond au brouillage des frontières entre sphère publique et sphère privée de la vie sociale (Bernard, 2013). Nous avons déjà analysé certains des effets de cette demande de maîtrise avec l'exemple du résident Brice et du « masque » (chapitre 2, II. C/). On comprend mieux le dilemme de cet usager, en voyant que cette injonction relève encore d'un dualisme entre émotions et rationalité : être adulte, et « être un homme », cela signifie concrètement, raisonnablement, maîtriser ses émotions.

Le paradoxe de l'expression des émotions dans un idéal de transparence à soi, mais avec la maîtrise subséquente qu'entraîne ce flux expressif venu de l'intime, se retrouve dans les propos des professionnels de Méta :

Atelier bilan avec Samantha. Comme j'aborde le fait que la sortie de 4^{ème} semaine arrive vite, Keufan dit qu'il arbore une telle tête de contentement justement pour éviter de penser à la sortie...

Samantha rebondit là-dessus pour dire qu'on va parler de ça justement, des émotions qu'on peut ressentir au dehors. « Faut pas que ça soit réactionnel, les consos ; faut que ce soit dans un cadre que vous ayez choisi... »

Brice – Faut pas le subir...

Cdt 2 – Métanoïa – 07/10/21

Il faut parler, mais parler engage de choisir immédiatement un cadre d'action pour répondre à cette transparence. La consommation *ne doit pas être une réaction* au débordement émotif, quand bien même on les incite ici à parler et à répondre de leurs émotions.

Cette importance de la parole sur soi est encore plus importante au TCHAT, si on y pense, étant donné l'orientation psychanalytique qui anime depuis le départ les visées du CTR. Comme dans d'autres lieux d'orientation distincte comme la CT, on demande aux résidents de travailler à la cohérence d'une identité narrative (un Moi unifié), qui s'est d'abord vécue comme celle d'un « toxicomane », un délinquant, un homme mauvais – mais qui veut aujourd'hui s'amender, et participer à la construction d'une identité plus digne selon les valeurs sociales ordinaires. Je développe ponctuellement ici sur la CT Stella qui me semble encore plus exemplaire de ce type d'amendement analytique de soi. À la CT, les résidents doivent tout d'abord faire un « récit de vie » devant les autres résidents réunis, pour pouvoir être admis en phase 2. Comme me le spécifie le chef de service, c'est tout le travail qui est fait dans les premières semaines avec l'éducateur qui l'accueille, quand le résident arrive : « Pour

nous, ici, c'est vraiment comme un rite, qui va permettre de mieux connaître la personne, de comprendre comment la personne fonctionne... » La prise de parole en collectif et les exemples donnés sur sa propre vie sont nécessaires à la bonne intégration dans le groupe, et il arrive que les phases 2-3 n'aillent pas en réunion de « vie communautaire » (s'ils ont des rendez-vous administratifs ou autres) pour laisser l'occasion aux phases 1 d'y aller et de prendre la parole : « Comme certains ont beaucoup l'impression quand ils arrivent que c'est un espace de règlements de compte, c'est un peu impressionnant, il faut un apprentissage »³⁴. Dans l'espace plus vertical du CTR n°1, ce n'est pas aux résidents qu'est dévolue cette validation de l'amendement juste et du calibrage des *feeling rules* et des *expressives rules* de Hochschild (1979) – mais aux professionnels, qui sont détenteurs, en tant que seuls légitimes initiés, du pouvoir de validation des normes sociales.

Dans la CT, un travail supplémentaire s'adjoint en phase 2 pour les résidents, de mise en relief de leurs comportements problématiques et de propositions résolutes, « d'actes » nécessaires pour modifier ce comportement. La peur, l'apitoiement, la comparaison avec autrui, l'orgueil, sont typiquement des sentiments-comportements que l'utilisateur a à modifier pour devenir un meilleur homme. Ce qui se produit concrètement, c'est qu'on vise à les rendre responsables de leurs réactions émotives, et des comportements fautifs qui en ont découlé. Ils ne peuvent plus se dissimuler derrière ces émotions ou sentiments, qui, selon la philosophie très stricte des NA, ont servi à leur fournir un prétexte pour les bénéfices compensatoires de la consommation, et pour ne pas changer d'attitude face au monde. Il faut à l'inverse « poser des actes » en changeant, en diminuant les comportements mis en cause.

Ce redoublement du Soi dans l'expression des émotions doit donc servir d'appui à la construction imaginaire mais aussi pratique d'un nouveau Soi, qui reste conjoint à un impératif de résistance psychique et de maîtrise de soi, lié comme on l'a vu à la culture de la rue et du monde ouvrier (Bourgois, 2001 ; Pillon, 2012 : 85-86). C'est le succès à mon sens d'une telle formule sur les hommes issus des classes populaires de la méthode des 12 étapes, au-delà du principe d'une organisation horizontale, fondée sur l'entraide entre hommes d'une même condition – ce qui, dans la société patriarcale des années 1930, constituait un aspect révolutionnaire (Suissa, 2014 : 86). Comme l'explique Thierry Pillon, la place que prend l'identité narrative est fondamentale : « Le récit lui-même, et sa mise en scène, dialoguée le plus souvent, participent également à cette valorisation de soi » (2012 : 88) devant les « compères » à la mine – et devant les compagnons d'infortune dans les institutions du médico-social où ils ont échoué. Il faut montrer de la distance, mais affirmer en même temps son intégration au groupe. Le résident, tout comme le mineur ou l'ouvrier du siècle dernier, doit faire preuve d'un « dosage subtil qui révèle tout autant la capacité de résistance de chacun que son degré d'intégration » (*ibid.* : 93) – paradoxalement, il s'agit d'être pareil à ce que préconisent les professionnels, dans l'entre-deux du trop et du pas assez (cf. chap. 4) : les fortes têtes ou les pleurnicheurs n'auront pas bonne réputation au sein de la communauté créée au sein du centre.

Cette mise en récit et ce rapport distancié à son comportement comme s'il s'agissait d'observer un agent extérieur, est plutôt caractéristique de la mise en scène que constituent la plupart des rites initiatiques masculins (Gobin *et al.*, 2021 : 9). Le rapport à la représentation, et les caractéristiques théâtrales du rituel (cadre spatio-temporel autre, opposition entre une « scène » et les coulisses de l'action, la question de l'artifice, du masque, etc.) rappellent qu'en

³⁴ et précédente – [discussion avec le chef de service] Cdt 3 – CT – 14/02/22

anthropologie classique ces rituels initiatiques sont souvent décrits comme un spectacle destiné à impressionner les non-initiés, et à leur rappeler les mythes secrets et les impératifs qui président à l'ordre social (Talayesva, 1982).

La dimension de l'identification aux initiés, et à la représentation du Soi qu'ils mettent en scène, doit produire sur l'individu entré dans l'initiation des effets cathartiques au sens psychologique du terme. Pour rappeler ces effets, nous nous référons ici au texte « Personnages psychopathiques à la scène »³⁵ de Freud (1905), demeuré longtemps inédit. Freud y développe ses propres recherches sur l'identification, en voyant dans la *catharsis* d'origine aristotélicienne une manière pour le spectateur de se racheter de sa propre condition. Le plaisir éprouvé par le spectateur dans l'assimilation de son Moi aux figures héroïques qu'il voit agir sur scène lui permet de dépasser sa propre situation, dont il se trouve insatisfait :

Le spectateur vit trop peu de choses, [...] il a dû depuis longtemps étouffer – ou, mieux, déplacer – son ambition de tenir en tant que moi au centre des rouages du monde, il veut sentir, agir, tout mettre en forme comme il lui convient, bref être un héros, et le couple « auteur-acteur » lui rend cela possible en lui permettant l'*identification* à un héros. [...] C'est pourquoi sa jouissance a comme présumé l'illusion, autrement dit l'adoucissement de la souffrance par l'assurance que, premièrement, c'est un autre qui agit et souffre là sur la scène et que, deuxièmement, c'est au fond seulement un jeu d'où ne peut résulter aucun dommage pour sa sécurité personnelle. Dans de telles circonstances il peut jouir de lui-même en tant que « grand ». (Freud, [1905] 2006 : 322-323 – l'italique est dans le texte, je souligne d'un trait)

En lien direct avec « l'éclatement du moi » exposé par Goffman qui a lieu dans les échanges réparateurs, ici le sujet est invité, par l'identification cathartique avec les autrui significatifs que sont ses compagnons de séjour, à se cliver « en deux parties dont l'une peut adopter n'importe quelle attitude envers l'autre, par identification avec l'entourage. » (Goffman, 1973b : 120). Le résident a d'abord la garantie, comme dans l'illusion théâtrale, que *celui qui souffre est un autre* – au moment du récit dramatique que met en scène l'un de ses camarades. En ne coïncidant pas parfaitement avec le personnage décrit par cet autre dépendant, l'usager peut paradoxalement « s'identifier » et reconnaître le personnage qu'il a lui-même été lorsque la drogue, ou son manque, guidaient ses actions. Grâce au sentiment de sécurité qu'il développe en se trouvant doublement à distance de cette scène où son moi était en jeu (parce qu'il s'agit ici du Moi d'un autre, et redoublé par la mise en scène narrative fictionnalisée) – grâce aussi au fait qu'il est dans un cadre où l'identification ressentie ne peut pas immédiatement déboucher sur la réaction d'aller consommer – l'usager peut vivre un moment cathartique où il peut vivre pleinement et la conscience *d'avoir été* ce personnage, et la conscience *d'en être aujourd'hui détaché*. Il entrevoit alors son histoire à la fois comme un destin tragique, en écho avec sa dramatisation narrative, mais aussi comme une possible rédemption – il est déjà en-dehors de la tragédie, lorsqu'il entend et produit à son tour ce récit.

De fait, la construction héroïque que l'on attend d'un résident – ex-usager de substances plus ou moins licites – ne peut pas être celle de la narration du parcours d'un individu d'exception. L'héroïsme promu est plutôt celui d'un homme somme toute *comme les autres*, mais qui est en mesure de se singulariser par ses actions. Le récit de soi des usagers est la version sombre du récit du culte de la performance, cette « épopée idéale de l'homme ordinaire et anonyme qui, n'ayant aucun privilège de naissance, s'arrache au destin collectif

³⁵ Freud Sigmund, « Personnages psychopathiques à la scène », in *Œuvres complètes*, vol. VI, Paris, PUF, 2006, pp. 321-326.

de la masse indifférenciée de ses semblables pour se construire une histoire par lui-même. » (Ehrenberg, 1991 : 80) Comme dans les narrations du rap français contemporain, il semblerait que les risques pris au travers de la drogue, de la revente et de son monde, sont intrinsèquement liés, dans certaines trajectoires, au prix à payer d'un parcours d'exception. *L'ego trip* de Joeystarr, Akhenaton, ou plus récemment Booba, Ninho ou d'autres artistes actuels, décrivent précisément cet héroïsme de la norme – où le fait de gravir les échelons s'accompagne souvent de trahisons, d'abandons et de sacrifices nécessaires à la réhabilitation en tant qu'*homme honorable* (Hammou, 2010). En revanche, comme leurs « grands frères » de cité, que sont devenus les nouveaux médiateurs de rue observés par Isabelle Astier, « ce dont ils sont sûrs, c'est que seule "la volonté de s'en sortir" paiera. Il s'agit là d'une responsabilité sans culpabilité. On n'est pas responsables de l'origine de sa situation. Par contre, on est responsables des solutions pour faire évoluer cette situation » (2007 : 11-12). Le parcours du résident en CTR laisse souvent transparaître cette culture médiatique et sociale qui le rapproche des jeunes de banlieue, mais aussi bien des cadres dépressifs d'Ehrenberg. Se mêlent ainsi dans la représentation de sa quête de la sortie de la dépendance les deux versions de l'héroïsme : celle de l'héroïsme purement social des sociétés modernes ; mais aussi celle de l'héroïsme mythique des sociétés passées – où les héros venaient châtiés, pour avoir fait preuve d'*hybris*, cette démesure qui les avait fait un instant défier les dieux.

B/ 3) Mise à l'épreuve et conversion – dimension religieuse du passage

Toute l'ambivalence de ce passage a été précisée dans cette dernière section – s'agit-il de devenir un héros ou simplement de s'assumer comme homme ? On pourrait dire que la réponse contemporaine a déjà été donnée, par Alain Ehrenberg dans son ouvrage du début des années 1990 : « Aussi prestigieux soit-il, l'athlète n'a pas le droit d'être hors du monde ; il doit rappeler qu'il fait avant tout partie de l'espèce humaine commune, afficher qu'il n'est *rien qu'un homme*. » (1991 : 81). Le drogué, malgré son caractère de *sacer*, doit de la même manière, montrer qu'il est un athlète du rétablissement. Qu'il veut avant tout réintégrer le monde des hommes, et non pas rester dans ses limbes. Mais la grande différence d'avec l'athlète se situe sans doute dans ce redoublement de soi qui est opéré pour pouvoir se détacher de la partie anciennement « malade », dans cette catharsis que l'usager doit vivre pour revenir parmi les autres hommes. L'usager de drogues ne défie pas seulement la mort, à travers ce que les cliniciens désignent comme des conduites ordaliques (Valleur, 2005, 2009) ; il prétend parfois être celui qui a vu ou traversé la mort, mais qui a eu « la chance » d'en revenir.

Ce « retour » des limbes pourrait trouver un développement fécond à travers le concept de « conversion » – tel qu'il a été thématiqué par Muriel Darmon (nous analyserons la potentialité qu'offre cette notion en dernière partie de thèse). Dans ces épreuves, l'usager doit montrer fondamentalement son humanité : la dimension de faillibilité, l'acceptation de sa vulnérabilité par le résident, constituent la preuve que l'initié est un homme, et qu'il souhaite réintégrer la communauté des hommes. Cette communauté peut être restreinte ou imiter celle plus globale de la société « ordinaire », mais en tous les cas, comme l'écrit encore Strauss, les individus doivent être « baptisés psychologiquement » par une série d'épreuves qui les reconduisent dans le monde des hommes. Cela sanctionne ce qu'on considère comme une « conversion authentique ».

Les individus s'imposent eux-mêmes des épreuves cruciales ; s'ils en sortent vainqueurs, ils ont pour ainsi dire reçu un *baptême psychologique*, mais s'ils faillissent, il leur faut prendre une autre voie,

élaborer d'autres projets. Naturellement, l'échec n'entraîne pas toujours une transformation immédiate de la personne, mais il peut déboucher sur une préparation plus complète, menant à la victoire ou à l'échec définitifs.

Une façon de s'éprouver soi-même fortement est de s'induire volontairement en tentation. En règle générale, si l'on n'y résiste pas, ou on se soumet à nouveau à l'épreuve, ou on y cède tout à fait [...] *Une authentique conversion suppose la mort des désirs passés.* La « rechute » signifie l'échec de la résistance à la tentation ; les rechutes réitérées signifient le retour au statut antérieur ou le passage à un autre encore. (Strauss, 1992 : 102 – je souligne)

Comme exemple de ce passage par diverses épreuves et de la renaissance qui devrait s'ensuivre, nous choisirons d'analyser des extraits de l'entretien de semaine 3 entre Brice et sa référente, Samantha, au sein du CTR n° 2, Métanoïa :

[Samantha relit le projet de début de séjour, de la semaine 1, rédigé avec Romain. Elle demande à Brice ce qu'il en est par rapport à ce début de séjour :]

Brice – Ça chemine...

Samantha – Comme quoi...? [...] Déjà on peut parler de l'addiction... C'est quoi votre stratégie en ce sens ? [...]

Brice – Ben, c'est vrai que c'est des choses que j'avais déjà mises en place : consommer moins, grâce au traitement, c'était déjà le cas. [...] Je crois que je suis assez au clair sur les raisons pour lesquelles je consomme [...] Après, l'alcool, j'ai envie d'être abstinent, à part pour des moments comme des mariages ou autres... L'alcool oui, je serais fier de ne plus en consommer. [*temps de réflexion*] *Le travail... reprendre ça, aussi.* Pas de manche comme ça, plus de manche et plus d'alcool. Parce que, clairement l'alcool avait une fonction pendant la manche, d'enlever l'inhibition, la honte...

Samantha – C'est un truc que vous avez pu *mettre au travail*, le sentiment de honte ?

Brice – Oui, même hier pendant l'atelier avec Albin, je me suis surpris... Mais parfois *je me mens* - le fait de pas pouvoir mettre le doigt sur ce qui fait mal à tel moment parce que j'ai vraiment une mauvaise estime de moi...

Samantha – Mais *ce qui est bien, c'est que ça se renouvelle...*

Brice – Oui, même récemment *je me suis dit que j'aimerais bien reprendre les études..*

Après il y a toujours le traitement derrière, qui est une drogue légale... *J'aimerais bien un jour faire un sevrage à la méthadone, arrêter complètement la substitution...*

J'aimerais bien me débarrasser de la curatelle à un moment aussi... faut que je me responsabilise.

J'aimerais bien un jour tester un voyage tout seul, voir où sont mes limites un peu...

Samantha – Ah, vous êtes à la recherche de vos limites, c'est intéressant...

Cdt 2 – Métanoïa – 22/09/21

Les diverses scansions qui ponctuent cet entretien-bilan montrent que l'usager a réfléchi et a mis en place diverses stratégies par rapport à ses problèmes de consommation, dans la perspective de la sortie : il a décidé de gérer sa consommation d'héroïne et de cocaïne, et il espère mettre en place un projet d'abstinence quasi-totale vis-à-vis de l'alcool. Ce produit étant directement lié à son mode de vie à la rue, il envisage également de reprendre le travail – voire de reprendre des études dans un second temps. Le renouvellement de son existence passe par cette prise de conscience sur ses ressentis (mise au travail du sentiment de « honte », travail sur la « mauvaise estime de [s]oi »), et par les désirs qu'il se formule explicitement ici : faire un sevrage à la méthadone ; se passer de la curatelle ; pouvoir faire un voyage, etc. Ici, Brice mène un entretien assez exhaustif, où il met en relief ses points forts et ses faiblesses, les endroits qui lui sont encore douloureux ou qu'il n'envisage qu'à titre d'hypothèse, ou de désir

lointain. La répétition de toutes ces thématiques dans les divers ateliers du centre vise à insister sur l'incorporation de cette dynamique de renouvellement au sein de l'existence des usagers.

I. C/Avoir sa place. Devenir un meilleur homme dans un groupe d'égaux

La représentation que le résident initié se construit de lui-même repose en grande partie sur le reflet qu'il reçoit de son rôle et de son identité au sein du groupe des autres usagers. Reflet anticipé de ce qu'il pourra peut-être devenir dans son milieu, ou dans d'autres milieux sociaux, et qui illustre à quel point le travail mené en CTR fonctionne pour les hébergés comme une sorte de laboratoire social. Cette prochaine section s'attache à décrire la composition et le travail groupal mené dans les centres de traitement résidentiel qui doit conduire pour les résidents à envisager *leur* place, dans le groupe des résidents, dans le collectif plus grand que forment tous les acteurs présents dans le centre, ou plus généralement dans la société. L'importance portée sur le groupe comme communauté offrant à chaque individu de trouver une fonction et un rôle spécifique, ou bien sur le groupe comme modèle d'une micro-société constituant un support de l'expression individuelle, permet par ailleurs de discriminer deux perspectives thérapeutiques³⁶, voire deux micropolitiques groupales, très différentes.

Les attentes que l'on place sur la dimension groupale trouvent leur origine dans les CT, créées aux États-Unis depuis les années 1960, et exportées difficilement en France à la fin des années 1980, comme le suggèrent Marc Bourgeois et ses collègues (1987). Les auteurs, psychiatres, rappellent que les deux influences majeures sur le modèle de la CT furent d'une part les groupes d'entraides AA/NA, dont Charles Dederich importa la philosophie au sein de *Synanon* en Californie et, d'autre part, l'apport du behaviorisme. Via le mouvement des Anonymes se transmet notamment la représentation du fait que ce n'est pas la drogue qui constitue le problème, mais « *la personne* » : la CT vise à « favoriser le changement de la personne par elle-même, sans l'aide de professionnels [...] mais uniquement grâce à des pairs vivant eux-mêmes dans la Communautés. [...] *L'aide ne peut donc venir que du sujet lui-même et de ses pairs, c'est-à-dire en fait du groupe* » (Bourgeois *et al.*, 1987 : 700). Depuis, d'autres modèles thérapeutiques privilégient également le groupe : même l'orientation psychanalytique défend que la mise en place d'un groupe aide à « aménager la distance relationnelle – pour la rendre tolérable au patient » et à soutenir ses « capacités élaboratives » dans un cadre plus ample que celui de la relation duelle (Rouchon *et al.*, 2010). D'autres modèles, gestaltiste (Schultess, 2006) ou systémique (Couteron, Phan, 2015), se réfèrent à la thérapie de groupe comme étant un outil fécond sinon nécessaire dans la sortie des addictions.

³⁶ Nous ne prêterons qu'une attention distante ici aux diverses orientations thérapeutiques dont peuvent se réclamer les centres pour pratiquer des « thérapies de groupe ». Si le terme apparaît au début du ^{xx}e siècle (J. H. Pratt avec les tuberculeux, puis J.L. Moreno, dans l'entre-deux-guerres, qui crée vraiment la notion), le développement des thérapies de groupe connaît sa véritable diffusion après la seconde guerre mondiale, au sein de tous les courants théoriques, de la psychanalyse aux approches cognitivistes ou psychosociales. Les psychiatres et psychologues peuvent la définir comme suit : « La thérapie de groupe permet de mettre en présence des sujets présentant les mêmes conduites, facilitant la reconnaissance des troubles et rompant avec le déni qui les entoure » (Adès, Lejoyeux, 2004). Nous nous intéresserons pour notre part à ce qu'il y a dans ses fondements, sa mise en œuvre, et ses effets, de plus profondément *social*, et *socialisant*.

De plus, dans le modèle de la CT, l'identification à ce qui serait un groupe bon et fonctionnel permet, selon le schéma behavioriste qu'on y applique, de rejeter des habitudes de vie néfastes, déconsidérées socialement, de la forme de vie toxicomaniaque. Pour nourrir et redévelopper son amour-propre, on invite ainsi les usagers à se réengager dans des identifications collectives positives – qui les rattachent ainsi favorablement à un groupe social, une profession, une passion, voire une nouvelle communauté spirituelle ou religieuse. Ce qui donne son importance à l'identification individuelle à une catégorie identitaire, c'est l'univers de signification partagé que la personne réussit à créer avec d'autres – le Moi n'acquiert de stabilité *que celle qu'un groupe donné réussit à lui garantir* (Kaufmann, 2004 : 124). C'est en partie pour cette raison que les AA/NA ont rencontré un tel succès : l'identification collective forte qu'ils proposent autorise d'anciens usagers (dont la diversité sociale peut s'étendre à l'infini) à constituer des groupes unifiés, dont les membres se déclarent « dépendants », mais qui rend possible au quotidien une identification positive à un comportement de non-consommateur.

Ce qui s'avère de fait opérant dans le fonctionnement groupal, c'est la dynamique d'identification dans laquelle chacun des usagers, indépendamment de sa condition, peut se retrouver. Ils peuvent découvrir et ressentir au sein du centre que d'autres hommes et femmes ont partagé leur condition, leurs difficultés avec une substance, les mêmes conséquences néfastes sur leur santé, sur leur vie psychique et sociale, sur la question de l'emploi, des dettes, de l'abandon des proches... « Le groupe fonctionne comme un miroir de soi, soi parmi les autres » (Monjauze, 2008 : 163) L'apprentissage qu'il font de cette mise en commun avec autrui doit les aider par la suite, pour leur vie future – selon ce principe de la *spécularité* (que nous avons développée au chapitre précédent), ou plutôt de celle minimale que l'on peut rencontrer chez autrui – comme cela se voit exprimé par l'éducateur Romain :

Romain – Pour vous et les gens qui sont ici, vous avez au moins un point commun : le produit. *Et au dehors, c'est pareil – vous aurez toujours au moins un point commun avec les gens que vous rencontrerez...* (Cdt 2 – Métanoïa – 11/10/21)

De nombreux ateliers collectifs de Métanoïa, spécifiquement, présentent de manière explicite cet objectif, « permettre l'identification ». Les effets de l'identification collective ont déjà été bien analysés par la sociologie, à la suite notamment des travaux de George Herbert Mead, qui considérait que « L'individu qui s'identifie au groupe a l'impression de posséder une plus grande personnalité » (Mead, [1934] 1963 : 266). Ici, nous constaterons qu'elle a en outre d'autres fonctions. Dès les premiers jours présents au sein de ce CTR, ainsi, on peut distinguer grâce à un extrait d'atelier, quels sont les objectifs et les effets de la thérapie de groupe :

Fin de l'atelier sur les émotions.

Charlène – Comment ça s'est passé, cette première séance ?

Thibaud – Bien. On en a appris un peu plus aussi sur les autres du groupe, et on voit qu'on est pas seuls, quoi, on est pas seuls à galérer.

Brice – On est aussi différents.

Yassine – On partage des choses, mais on est différents dans nos manières de réagir.

Thibaud – Ce qui ressortait, des quatre je trouve, c'est qu'on est des grands angoissés, de base... [*acquiescement du groupe*]

Keufran – C'est peut-être pour ça, qu'ils ont fait un groupe d'angoissés... [*rires*]

Brice – Ouais... l'angoisse, et le manque de confiance en soi... [*acquiescement*]

Yassine – Et puis, l'entourage, qui est pas forcément aidant, pas soignant...

Le groupe permet d'une part l'interconnaissance des usagers, et une identification rassurante (« on voit qu'on est pas seuls à galérer »). Il permet aussi d'établir des distinguos entre son expérience et celles des autres (« on est différents » ; « différents dans nos manières de réagir »), mais de se rapprocher de ces nouveaux camarades, dans une vision commune qui les distingue d'autres qui n'ont pas été capables de cette comparaison-identification (« l'entourage, qui est pas forcément aidant »). Par ailleurs, le travail d'identification à l'expérience d'autrui mise en place dans le groupe de parole est encore souvent tenu pour le traitement privilégié au défaut de mentalisation (ou « alexithymie » : incapacité à lire ses émotions) qu'on attribue au malade alcoolique, ou aux toxicodépendants dont l'usage a endommagé les aptitudes cérébrales (Dufayet, Claudon, 2017). Du point de vue des professionnels, il est en outre évident que le groupe apporte certains avantages, comme le fait de provoquer une émulation de la parole entre usagers, ou de rendre certaines activités plus agréables ou ludiques – de par le fait qu'elles mettent en jeu un partage d'expériences. Dans l'autre CTR également, le TCHAT, on organise des ateliers collectifs où « on essaie de travailler en groupe » (Anthony, atelier journal), de manière à collectiviser les forces et créer de l'intelligence collective. On pourrait lister ainsi les divers objectifs, désignés ou non, du groupe tel qu'il apparaît dans nos divers CTR :

- permettre de partager autour des ressemblances et des différences entre usagers, de s'ouvrir aux autres, de communiquer – *visée socio-éducative*, qui se trouve corrélée à une des étapes de la responsabilisation ;
- promouvoir l'identification à autrui, dans une mesure où on se reconnaît mais on se distancie également de son expérience via la mise en récit – *visée cathartique*, thérapeutique ;
- favoriser le sentiment d'appartenance à une nouvelle communauté, qui n'est pas l'entourage – *visée identitaire*, de création d'un nouveau groupe d'appartenance ;
- rendre le groupe capable d'incarner une instance de validation (et de sanction) plus forte que l'injonction sociétale ou la culpabilité personnelle – *visée anticipatrice et rééducative*.

Cette dernière visée est l'un des enjeux principaux de la thérapie groupale dans les centres en résidentiel, de manière à ce le résident puisse établir de nouvelles pratiques et valeurs à partir d'un groupe où il se sent reconnu, apprécié mais aussi confronté sur ses erreurs. Que les jugements et les appréciations d'une communauté restreinte – censée être l'image du monde social – puisse lui permettre d'intérioriser les attentes de cette même société, est l'objectif princeps visé par la dynamique de groupe qui lui est proposée : il peut ainsi, comme l'écrit A. Strauss, anticiper ses propres actions dans le miroir complexe que tissent ses relations à autrui : « Si on anticipe sur la façon dont nous actes seront ressentis et feront réagir, on a l'impression de voir l'avenir dans un miroir à plusieurs faces. » (Strauss, 1992 : 37).

En effet, en écho à ce qui a été avancé aux chapitres précédents, il semblerait que le passage à l'âge adulte se marque aussi par le fait de pouvoir appartenir, et se retrouver dans les valeurs, les pratiques et les représentations d'un groupe constitué. Nous allons analyser comment se constituent les dynamiques groupales au sein des deux CTR, avant de développer les tensions qu'elles génèrent ainsi que les effets d'identification que paraît suggérer le format familialiste suscité parfois par la question de la « place » de chacun.

C/ 1) Distinction groupale et acquisition d'une « place » dans un « bon groupe »

De quelle manière se tisse dans les pratiques quotidiennes ce lien entre l'identification collective et le parcours de transformation de l'individu ? Les interrogations qui émergent d'emblée portent sur la manière dont les professionnels peuvent ou non se servir de l'entrelacement avec une dynamique groupale pour appuyer la démarche volontaire (mais individuelle) par laquelle le résident s'est rendu en CTR. Comment se concilient la volonté de « faire groupe » et l'individualisation des parcours de soins promue par le médico-social ? D'autre part, de quelle façon ce travail groupal peut-il éviter l'homologation de parcours sociaux et de problématiques de consommation extrêmement variées ?

Dans la plupart des centres résidentiels dédiés aux addictions, un principe de distinction groupale intervient généralement, pour classer les usagers entre primo-arrivants et initiés, ou confirmés. Cela est éminemment visible au sein de la CT Stella, où les groupes sont divisés explicitement en « phase accueil » (durant la période d'essai des premières semaines dans le centre), phase 1, 2 et 3. Le groupe en phase 2 acquiert plus de responsabilités logistiques au niveau de l'organisation de la vie communautaire, et doit accompagner les plus « jeunes » au sein de la CT, notamment lors des sorties. Les résidents en phase 3, en revanche, en dehors des moments de vie communautaire où ils doivent incarner la morale et les valeurs de la CT, se voient au fur et à mesure déchargés de certaines responsabilités locales, en parallèle de leur engagement toujours plus grand dans la société du « dehors » (volontariat dans une association, recherche d'emploi et d'un appartement de transition, etc.).

Dans le temps réduit du séjour à Métanoïa, cette même différenciation groupale s'établit, bien que les numéros des groupes ne correspondent pas à leur degré d'avancement dans le parcours, mais répondent plutôt aux besoins d'organisation et de gestion des emplois du temps. Il est néanmoins patent qu'une distinction subtile s'effectue entre les usagers présents depuis 5 semaines dans la structure, et ceux qui arrivent en première semaine. La logique des groupes épouse parfaitement l'objectif du programme, qui est de faire vivre une *évolution* dans la situation de chacun des usagers qui arrive au centre. Chacun est d'abord « nouveau », on pourrait dire « novice » ; puis il devient « expérimenté », au fil du temps passé dans la structure. Et il ou elle peut même éventuellement revenir à l'avenir, en « séjour d'appro » – l'approfondissement à mener étant plus envisagé comme la poursuite d'une dynamique de réflexion personnelle que comme conséquence ou réponse à une éventuelle rechute. On peut donc se demander si le CTR privilégie cette évolution apparente des individus dans un système scalaire – où la jauge de la connaissance de soi et de sa capacité à agir augmenterait, au fur et à mesure que le séjour avance –, ou alors si la question des groupes est purement logistique, et favorise l'appropriation par les plus anciens des règles de la structure et leur transmission aux nouvellement entrés (de manière sans doute plus favorable que par le biais d'un règlement ou des professionnels).

La comparaison entre les deux centres peut ici nous aider à trancher cette question. À Métanoïa en effet, le curseur semble placé sur cette distinctivité et ce particularisme accordé à chacun des contingents de 5 usagers, qui entrent régulièrement toutes les deux semaines. La mobilité et l'idée d'une progression des groupes au sein du CTR est inhérente au programme de la structure, qui prévoit de manière continuée l'alternance d'un groupe « entrant », d'un groupe « intermédiaire » et d'un groupe « avancé ». Ce dynamisme groupal, qui est caractéristique d'un programme récent d'accompagnement médico-social où on s'attache

surtout à la mobilisation et à la flexibilité des usagers, est à l'opposé de l'équilibre statique du TCHAT. Dans ce dernier, on valorise la transformation lente des individus sur un séjour de plusieurs mois et le groupe est beaucoup plus calqué sur une unité familiale, où chaque jour, un membre de la maison organise « le repas » pour l'entière communauté. On parle très peu de « groupe » à proprement parler au sein de ce CTR (30 occurrences, contre 231 à Méta dans mes carnets), où cette idée se trouve diluée dans la logique plus abstraite du « collectif », peut-être comme leg inconscient de la psychothérapie institutionnelle³⁷. Héritage boiteux en tous les cas, car il se trouve au TCHAT réduit au collectif-patients – sauf dans les moments où l'équipe se confond avec le collectif, comme dans l'épisode du frigo, repéré dans le chapitre précédent.

Cela rejoint en partie la perspective suivie dans d'autres structures en addictologie qui fonctionnent par arrivées individuelles, et non par arrivées de contingents. À l'hôpital M., comme au sein du centre TCHAT, « le groupe » vient plus généralement désigner la *dynamique groupale* qui se crée entre les usagers en présence, qui peuvent être arrivés indistinctement depuis une semaine, un mois ou un an. Mais il est d'autant plus évident que ces centres (où la durée d'hospitalisation ou de séjour est tout de même limitée) ont tendance à privilégier un *turn-over* suffisamment régulier des usagers de la structure, de manière à éviter que certaines relations finissent par créer des coalitions éventuelles contre l'équipe. « Le groupe », ou encore « le collectif » comme ils le désignent parfois dans ce cadre, est alors perçu comme le groupe complémentaire et/ou antagoniste à « l'équipe », qui constitue à elle aussi un groupe mouvant à part entière, avec ses nouveaux, ses anciens, et ses potentiels sortants.

Pour les professionnels, il faut en effet constater que les divers « groupes » d'usagers se succèdent et se ressemblent nécessairement : les professionnels sont amenés à les considérer comme une population particulière à prendre en charge, et les usagers peuvent se trouver en partie massifiés sans distinction de leurs individualités et de leurs parcours respectifs. Si au TCHAT, c'est selon une perspective qui tend à essentialiser sous la catégorie psychanalytique de la perversion des « toxicomanes » leurs comportements, nous avons vu que ce processus de réduction à une population-cible existe également dans d'autres centres. Métanoïa met également en jeu des mécanismes de massification de son public, qu'il désigne par la terminologie locale d'« actients » : de par le simple fait que sur un séjour court de six semaines, la connaissance que l'équipe aura d'un ou une usagère demeure finalement peu approfondie, et se limitera parfois aux préjugés et aux connaissances accumulées eu égard à un certain type de profil psychopathologique (« les *borderlines* », « les TDA/H », « il ou elle a vécu *des traumatismes* »). Ou encore, selon un réductionnisme sociologique surprenant, aux préjugés concernant certaines professions ou parcours spécifiques : les personnes « qui vivent à la rue » par exemple³⁸.

Cela trouve un facteur d'explication dans le fait que le domaine de juridiction des professionnels de l'addictologie se voit toujours plus pris en étau entre la promotion explicite de l'accompagnement des usagers et l'impératif de surveillance. Comme les surveillants dans

³⁷ Jean Oury parlait, lui de Collectif avec un grand C, pour désigner ce que lui et Félix Guattari pensaient en termes plus proprement politiques, ou visant la désaliénation des collectifs institués. Il fallait viser selon eux le Collectif comme « machine abstraite ». Cf. Oury, Jean. *Le Collectif. Le Séminaire de Sainte-Anne*. Champ social, 2005 et Guattari Félix. « L'an 01 des machines abstraites », *Chimères. Revue des schizoanalyses*, N°50, été 2003. pp. 95-108.

³⁸ Pour reprendre un exemple déjà évoqué, il est évident à nos yeux qu'on traite sans doute qualitativement mieux Dimitri, « qui a vécu à la rue », au sein d'un centre comme Métanoïa que dans un centre comme le TCHAT. Reste que beaucoup de SDF peuvent élire domicile pendant plusieurs mois dans un centre plus « fermé » comme ce dernier, alors que Dimitri se fait expulser rapidement de Méta (voir chapitre 2), parce qu'il n'y est pas « adapté ».

un Établissement Pénitentiaire pour Mineurs (EPM) décrits par Chantraine et Sallée (2013), les équipes que j'observe cherchent à maintenir un équilibre général en tenant compte de la « psychologie collective » et de l'ambiance que crée chaque groupe de résidents. La caractérisation groupale permet ainsi minimalement d'éviter la caractérisation psychopathologique ou stigmatisante ; elle décrit pour les professionnels la nature relationnelle du lien qu'ils parviennent à tisser. Nommer et pouvoir compter sur certains profils comme « les "calmes", les "leaders positifs", les "casse-couilles", etc. » leur permet en outre d'anticiper la dynamique de groupe et les interventions à mener (Chantraine, Sallée, 2013 : 450). Les professionnels en CTR, de même, semblent circonscrire plusieurs types de groupes, dans le flux continu des arrivées de contingents d'usagers. Je distinguerai dans ce cas plusieurs cas de figure :

- il y a le « bon groupe » - celui qui laisse un bon souvenir à l'équipe, et après lequel il est difficile de retrouver la même énergie, le même équilibre groupal : Marion commente ainsi le départ d'un groupe en mai 2021, alors que je rencontrais pour la première fois l'équipe de Méta : « Ça aurait été dommage de ne pas faire un retour sur le séjour de ces 4 personnes, pour lesquelles ça s'est finalement très bien passé.. [...] *Le départ de ce groupe-là a dû quand même pas mal impacter ceux qui sont restés.* »³⁹ Le bon groupe c'est celui qu'on regrette, et après lequel il est difficile de continuer sans. On l'a vu, avec l'attachement excessif de certains professionnels à des usagers historiques du TCHAT, cette désignation est plus individualisée dans le CTR n°1.
- les groupes d'« anciens », notamment ceux qui reviennent pour trois semaines en « appro » à Méta, ou les groupes constitués de plusieurs « piliers » du TCHAT dans un même séjour, sont sans étonnement soit très bons, soit très mauvais. « Le groupe ancien, c'est hyper difficile d'animer un truc avec eux, avec Oscar, qui se contredit tout le temps, Betty et Lulu qui sont des pipelettes mais qui s'éparpillent, Xavier qui connaît déjà tout et est rôdé... »⁴⁰ La légitimité professionnelle peut venir à manquer, ou les coalitions frontales entre résidents et professionnels peuvent naître plus facilement, lorsqu'on a affaire à des résidents bien rôdés aux règles de la maison. À l'inverse, cela peut se dérouler très facilement, dans une routine où chacun connaît déjà sa place et vient moins « tester les limites ».
- les groupes se déclinent ensuite dans un sens descendant, avec au milieu, la caractérisation du « groupe qui [ne] participe pas », le groupe « dans l'opposition » ou à l'inverse celui qui est « mou » – cas où les professionnels ont plus de difficultés à mobiliser leurs ressources et à rendre les usagers participatifs. Devant ce type de groupe, l'équipe est plutôt blasée, les professionnels s'ennuient en atelier, ou ont l'impression de devoir fournir le double d'efforts. Au TCHAT, c'est systématiquement de la sorte que le groupe est d'abord labellisé. Au mieux, il peut ensuite s'élever vers le « bon groupe », qui laisse un bon souvenir – mais on partira toujours du présupposé que le groupe d'usagers est nécessairement en opposition – sur la défensive, ou en guerre tacite – avec l'équipe. Comme en témoigne Nadine Enchanté en réunion un jour : « Moi je commence à en avoir marre des gloussements [...] oui, il y avait des rires, comme ça, qui ne me semblaient pas naturels [...] Dans le collectif, j'ai senti

³⁹ Cdt 2 – Métanoïa – 27/05/21 (première rencontre avec l'équipe du CTR)

⁴⁰ Charlène (Esp.) – Cdt 2 – Métanoïa – 10/09/21

comme ça, une position de défense... à mon avis, il y a beaucoup d'alcool qui circule que ça ne m'étonnerait pas »⁴¹.

- Enfin il y a parfois le « *groupe du tonnerre* », comme les professionnels finirent par nommer le groupe 2 (trois risques d'expulsion dans la première semaine ; un départ spontané et une exclusion au début de la deuxième), et comme ils en voient parfois – c'est-à-dire le groupe avec lequel l'ambiance dans le collectif plus vaste change instantanément, aux dires de tous. Ils arrivent et « ça a commencé à parler conso » comme disait Keufra plus haut. Les usagers intériorisent d'ailleurs le discours des soignants : « Ça a changé d'ambiance [...] c'est plutôt moins ambiance "j'ai envie de me soigner" quoi... »⁴². Sans décréter si ce genre de phénomène est suscité par la présence d'un ou deux individus dans un groupe, ou par le processus de construction sociale en bouc-émissaire d'un groupe social donné au sein de tout collectif humain, je dirais néanmoins que ce genre de groupe est celui dont l'arrivée et la gestion est la plus crainte en CTR.

Ainsi, le groupe ne vise pas tant à contredire les catégorisations qui peuvent être portées sur les résidents qu'à conforter certains positionnements ou rôles pris au sein de la micro-société du CTR, dans un équilibre local où chacun doit trouver ou se faire une certaine « place », en fonction de ses socialisations et de ses capacités antérieures. Le travail quotidien des professionnels se situe en fait à l'articulation de l'individuel et du groupal : il s'agit d'accompagner chaque usager à avoir « *sa place* dans le groupe », comme le montre cet extrait.

[Dans une réunion d'équipe qui vise à mettre à jour les thématiques d'ateliers, Marion (cheffe de service) précise qu'il y aura désormais des ateliers mêlant les trois groupes le jeudi, et des ateliers une semaine sur deux, pour un à deux groupes, animés en alternance par Ophélie et Manon (groupe prévention), pour parler notamment de ce qu'il se passe entre les groupes.]

Fabienne – Et les thèmes c'est quoi, les compétences psycho-sociales ?

Marion – Ce sera plutôt travailler sa place dans le groupe, « qui je suis dans le groupe ? » ...et plus généralement dans la société.

Cdt 2 – Métanoïa – 09/09/21

Si l'équipe travaille individuellement avec l'utilisateur sur le fait de soutenir et d'évaluer sa demande de changement tout au long du séjour (en faisant des entretiens réguliers avec lui ou elle pour voir « où il en est », analysant ce que les ateliers viennent toucher de sa problématique ou de sa personnalité, etc.), elle passe aussi grande partie de son temps à le rassurer parallèlement, à lui garantir qu'il ou elle « a sa place » dans l'institution. C'est-à-dire tout aussi bien lui témoigner du fait qu'il « progresse » ou du moins qu'on reconnaît son travail ; que lui dire qu'il a sa place dans le groupe d'utilisateurs, ou bien qu'il peut s'affirmer davantage, ou à l'inverse qu'il devrait laisser plus de place aux autres...

Dans les deux CTR, cette « place » s'estime de manière différente. À Méta, c'est sur les capacités démontrées dans les ateliers expérientiels, qui forment l'essentiel de l'emploi du temps, que s'évaluent le comportement ou le rôle pris en groupe par les usagers. Au TCHAT, comme les ateliers constituent un support moindre, c'est plutôt sur des détails de la vie quotidienne que se fondent les évaluations professionnelles : des conversations entendues, des

⁴¹ Cdt 1 – TCHAT – 15/06/21

⁴² Brice – Cdt 2 – Métanoïa – 21/09/21

moments informels, l'attitude au moment des repas, le nombre de cigarettes fumées, la manière de solliciter les professionnels dans leur bureau, *etc.* Néanmoins, dans un cas comme dans l'autre, cette observation jour après jour du comportement des résidents sert à justifier les interventions professionnelles eu égard à la « phase » où se situe l'usager, au sein d'un processus relatif au groupe : est-ce qu'il a « atterri » ou pas encore, est-ce qu'il arrive à « être dans le groupe », est-ce qu'il semble « déjà projeté sur la sortie » ?

Une des grandes ambiguïtés de la démarche addictologique est ainsi de *préparer les gens à être prêts*, pour se « projeter » par la suite dans un monde où (au dehors de l'institution comme au-dedans) on leur inculque dès le départ que « les places sont chères ». De ce fait, la question d'« avoir sa place » dans une institution – ou de la perdre – nous semblait une expression intéressante à interroger, en ce que cette perte est souvent thématifiée sur le mode d'une « impréparation » ou d'une immaturité de l'usager, par rapport à la démarche attendue. Car l'initiation prépare, *via* un modèle ponctuel d'égalisation des conditions, à une situation existentielle où les hommes naissent libres et égaux en droit, mais ne le demeurent pas de fait. Comme l'écrivait encore Thierry Pillon sur les mises à l'épreuve des jeunes ouvriers : « L'initiation de l'enfant vise l'acquisition d'un modèle de conduite dans lequel la force physique et la résistance à la douleur ont longtemps participé à l'intégration dans un groupe hiérarchisé, où les hommes s'évaluent, se distinguent et se classent. » (2012 : 81 – je souligne). C'est cette dimension, de l'intégration à un groupe *hiérarchisé* et modèle d'*inter-évaluation*, d'auto-contrôle et de distinction, qu'il nous importe de comprendre ici.

D'où proviennent la hiérarchie, la distinction et le classement en CTR ? Tout d'abord de la différenciation des groupes de la part de l'équipe, et conséquemment de la distinction qui se crée entre eux. Il nous semble que cette représentation de son groupe comme d'un « bon groupe », et de soi, à une place déterminée au sein de ce « bon groupe », sont essentielles en CTR – pour avancer dans la reconstruction d'un Moi adulte et responsable. Les professionnels en sont en partie conscients à mon sens, et ils peuvent jouer de cette logique de distinctivité qui s'opère, aussi bien entre résidents au sein d'un groupe, qu'entre divers groupes au sein du collectif. Là aussi, on ne peut s'empêcher de penser aux analyses et aux représentations qui sont données de la prison. Le principe du « donnant-donnant » rapporté par Chauvenet (1996) est également présent en CTR, au niveau informel de la gestion de l'ordre, mais aussi de la bonne avancée des divers « groupes ». On pourra ainsi fermer les yeux sur les privilèges que s'octroie un « ancien » de la structure ou un « leader positif », s'il arrive de son côté à canaliser les membres de son groupe pour qu'ils se disciplinent ou respectent davantage les professionnels. Comme l'écrivent encore Chantraine et Sallée, « le moteur de cette modalité de régulation de l'ordre quotidien réside dans la valeur morale du "respect" » (2013 : 449) qui se trouve univoquement partagée par le public de l'addictologie et par ses professionnels.

Décrivons quelque peu cette logique de distinctivité, opérée à tous les niveaux – du moins à Méta : entre groupes ; entre usagers ; dans la considération faite par les usagers des professionnels ; dans la considération faite par les professionnels des usagers. Si au TCHAT, comme nous l'avons évoqué, le « collectif » semble beaucoup plus massifié du fait de la mineure individualisation des résidents-« patients », la logique de *différenciation entre groupes* qui s'opère à Métanoïa apparaît ici comme patente :

[Atelier Interagir avec Ophélie (intervenante en prévention), où participent le groupe 3 et le groupe appro. Les membres de mon groupe ne sont pas contents, et m'en témoignent au début de l'atelier :]
Keufra. - Ce qui se dit en groupe, normalement, reste en groupe... Je suis pas chaud... [pour être « mélangés » avec les gens du groupe d'appro]

Brice – Oui, comme on a commencé à se dire des choses qui... C'est vrai que *ça peut être un frein*, par rapport au groupe d'à côté...

Thibaud – Et comme il y en a qui peuvent ne pas s'entendre avec le groupe d'à côté – on peut pas se fier...[il se reprend] euh, *se confier, avec tous les autres*.

Brice – On en parlait justement parce qu'on avait commencé à quatre...

[Ophélie intervient alors, parce qu'elle entend notre conversation, en justifiant que cette séance mixte suit une autre visée que les ateliers où les résidents sont invités à approfondir certaines thématiques en groupe restreint.]

Ophélie – Cette séance, si elle est prévue au début, *c'est justement pas pour creuser...* Et d'ailleurs, je vous le dirais en me présentant, *c'est pas mon rôle de « creuser », c'est le leur* [en désignant Coralie, ES].

[Brice et Keufra se placent ostensiblement sur des chaises à côté de la porte, sur le bord des tatamis... Les autres, du groupe d'appro, arrivent et s'installent.]

Cdt 2 – Métanoïa –17/09/21

Si la séance se déroula pourtant bien – elle consistait pour les usagers à « décrire » leur voisin de gauche ou de droite, par des caractéristiques « positives », et d'apprendre à développer par rapport à ces qualification – ce début d'atelier illustre clairement les mouvements de différenciation de groupe à groupe en passe de s'instaurer. Le prétexte de la confidentialité, érigé en principe par les professionnels à leur entrée, sert ici aux résidents à justifier leur non-participation à la communication inter-groupes. « On a commencé à quatre » (comme le rappelle Brice), et on continue à quatre. Le lapsus de Thibaud (« on ne peut pas se fier...euh, se confier ») est significatif à cet égard. De la méfiance s'est déjà instaurée entre divers usagers, membres de groupes différents. Plus surprenant, l'intervenante extérieure insiste par ailleurs elle sur un principe similaire de différenciation d'avec certains de ses collègues (« c'est pas mon rôle de creuser ; c'est *le leur* ») pour justifier une intervention plus ludique, destinée à engager la communication, plutôt qu'à creuser sur des ressentis. Cet épisode est néanmoins important à nos yeux, car il sera mobilisé de nouveau pour exprimer des rancœurs accumulées de la part des membres du groupe 3 :

[Atelier AGA. Romain leur demande quelques retours sur les ateliers faits durant ces 5 semaines :]

Keufra – Moi je trouve que, c'est un petit peu mieux.. [que ceux qu'il avait fait avant.]

Après, ça dépend aussi des personnes... *C'était pas tout le temps vous*. [...] Ça s'est même fait plus vite avec vous que ça ne s'est fait avec d'autres éducateurs à l'époque.

Après, il y a un truc qui m'a cassé, c'est qu'on mélangeait tout le temps les groupes, c'était trop...

[il raconte comment être mélangé au groupe d'appro et au groupe 2 était difficile parfois, avec les membres de son groupe ils se sentaient moins en confiance apparemment]

Keufra – On nous dit au départ « ce qui se dit dans le groupe reste dans le groupe... » et là on nous met ensemble... [...]

Romain – Est-ce que c'est pas le lieu aussi où on apprend à se connaître ?

Brice – Moi j'avais mon jugement de départ... Alors parfois ça s'est confirmé... Et parfois, oui, peut-être parfois, ça a pu être modifié...

[Keufra développe sur le premier groupe qui les a accueillis – qui eux étaient sympathiques... Puis, sur le groupe 2 : « le nouveau groupe quand ils sont arrivés, ça a commencé à parler de produit », et enfin sur le groupe d'appro :]

Keufra – Le groupe d'appro on voyait dès le départ qu'ils s'étaient mis à part à une table, et tout de suite à dire « Nous, on est les anciens ».

Romain – C'est vrai que c'est un parti pris... Mais vous pouviez aussi casser cette dynamique.

[La discussion se poursuit pour savoir « qui arrive ? » aujourd'hui, un lundi – et Romain insiste sur

le fait que maintenant que ce sont eux, les « anciens » qui doivent les accueillir... Pour le moment on ne sait rien, à part qu'« il y a trois meufs et deux gars » (Brice).]

Keufran – Non et puis je me dis, on voit bien aussi le truc du triangle, de Kartman⁴³ là (sic)... Et du coup, maintenant on l'observe, on le voit partout...

Brice – Oui, *je leur ai expliqué* [au nouveau groupe].

Keufran – *Fais gaffe, parce que, après, eux, ils [n']ont plus de boulot !*

Cdt 2 – Métanoïa – 11/10/21

On observe ici plusieurs phénomènes. Tout d'abord, la distinctivité qui s'établit d'un usager à l'autre, se prolonge aussi à l'appréciation des divers professionnels : le « C'était pas tout le temps vous » de Keufran, compliment à l'adresse de Romain, est une manière détournée de critiquer d'autres professionnels, moins avenants ou accommodants dans les échanges « donnant-donnant »⁴⁴. Keufran par ailleurs est un de ces usagers extrêmement attachés à la personnalité du professionnel référent avec lequel il se lie (comme on l'a vu dans le passage sur la lettre au produit – pages 312-313). Ces mêmes mécanismes qui visent à séparer les professionnels en « bons » et « mauvais » sont très visibles également au TCHAT – où les usagers s'efforcent d'obtenir un minimum de reconnaissance, en créant des collusions contre certains membres ou « groupes » internes à l'équipe.

D'autre part, les membres de mon groupe (du moins Keufran et Brice ; Yassine restait discret dans ces moments) cherchent délibérément à apparaître comme un « bon groupe » en critiquant d'un côté le comportement du groupe 2 (« quand ils sont arrivés, ça a commencé à parler produit », avec un *ça* impersonnel, qui les dissocie d'une quelconque responsabilité dans ce sujet de discussion), et de l'autre l'attitude de mépris (de *distinction* pourrait-on presque souligner) des « anciens » venus en séjour d'appro, qui ne voulaient pas se mélanger avec eux. Le rejet de l'autre groupe semble ici le comportement attribué au groupe d'appro, alors qu'on a bien vu, à l'extrait précédent, que les membres du groupe 3 ne voulaient pas, eux non plus, partager l'atelier avec les autres. L'éducateur rappelle que toute relation implique une dynamique sur laquelle on peut influencer – et il leur demande comment ils vont se positionner, à leur tour, vu qu'ils sont à présent les « anciens » dans la structure. À ce moment, Keufran (qui est pourtant celui avec le capital culturel le moins important) se sert d'une des grilles de compréhension psychologique transmises par le centre pour décrire comment leur position actuelle, celle de plus initiés aux savoirs véhiculés dans la structure, leur donne un pouvoir particulier : celui de pouvoir analyser les comportements des nouveaux grâce à ce prisme (de voir qui se pose en *victime*, qui en *sauveur*, etc.). La transmission anticipée de ce savoir de la part de Brice – qui leur a déjà « expliqué » Karpman, sans doute pour faire état de ses connaissances d'initié – est perçue par Keufran comme un risque, ou une transmission prématurée. Il craint surtout d'être disqualifié, et pris de haut à nouveau par des personnes

⁴³ Il parle du schéma de Karpman, évoqué au chapitre 4 (II.C/)

⁴⁴ Les professionnels font par ailleurs la même chose en miroir, en incitant ou proposant parfois une collusion de l'usager avec l'équipe *contre le groupe* : cela a pu se remarquer lors d'une négociation de la prescription médicamenteuse, entre l'infirmière de Métanoïa et un usager, Thibaud, le 15/09/21. Celle-ci lui rappelait (suite à sa demande explicite d'augmenter ses doses de neuroleptiques) que cela risquait d'accroître son absence dans les moments de vie collective où ce ne serait « même pas nous [les pros], mais le groupe qui va vous mettre à l'index ». La menace de la réprimande ou sanction par le groupe (en niant le rôle des professionnels dans ce processus de stigmatisation de l'usager déviant, ou leur possible intervention) sert à négocier avec l'usager une modification du traitement qui doit le mener à être plus participatif, à conformer son comportement à celui des autres résidents.

qui seraient pourtant (selon la chronologie initiatique des six semaines) plus « novices » que lui. Il se défend, en disant que les nouveaux arrivants n'auront « plus de boulot », si les autres groupes les avancent par rapport au contenu du programme.

Enfin, il semble que le groupe des usagers apparaisse comme l'unité à partir duquel se pense l'intégration à une communauté, quelle qu'elle soit, et la réintégration envisagée à la société ordinaire. Si l'individu « échoue » dans les épreuves à passer, il est décrit comme un être en rupture avec le groupe, sinon un traître, en tous les cas quelqu'un qui ne peut plus être intégré. Ainsi, lors de l'expulsion de Thibaud, en début de troisième semaine à Métanoïa :

Keufra – [...] ...du coup, Samantha est repartie avec lui vers 16h dans un autre hôpital, plus proche, pour qu'il ait comme moins à attendre, et sur la route, il lui a dit qu'il avait consommé, et il lui a donné sa consommation en pensant qu'il avait sa chance parce qu'il était honnête, vous voyez... *et ça a été motif de rupture.*

Romain – ...*de rupture de contrat, de rupture de séjour... Et de rupture avec le groupe.*

Cdt 2 – Métanoïa – 27/09/21

La « fin de séjour » d'un usager est souvent sémantisée comme une « rupture », qui signifie tout d'abord que le résident a rompu le contrat avec l'institution qui l'héberge, en enfreignant ses règles de base – mais qui signifie aussi que l'institution rompt, en réponse avec l'usager (au moins pendant une durée significative – d'un an à Méta et au TCHAT, contrairement à d'autres institutions, d'où on peut être « tricardé » à vie). Ce qui est marquant dans cet extrait, c'est que l'éducateur reprend le constat amer fait par Keufra, qui considère la punition un peu injuste (Thibaud a consommé, mais il en a parlé, « parce qu'il était honnête »), pour désigner l'usager déviant comme responsable de cette rupture. La rupture est signifiée en outre non seulement avec l'institution (« rupture de contrat » et « de séjour ») mais aussi « avec le groupe ». Il invite tacitement les autres membres restants à rompre, eux aussi, avec Thibaud et la conséquence de ses actes. À Méta, rompre avec un usager, c'est tout d'abord protéger le groupe. Rappelons simplement que le soir même, au moment de l'exclusion d'un autre résident, Dimitri, les cadres justifieront l'exclusion par le même motif (Marion : « Et c'est surtout au niveau du groupe, c'était trop dur.. »⁴⁵)

Sur le chemin de la rédemption collective ou du salut individuel, il n'y a point de place pour ceux qui viennent entacher le système de valeurs du groupe. L'on peut excuser une défaillance de l'individu – et de fait les CTR acceptent généralement de reprendre un résident chez eux après qu'il a été exclu pour consommation – mais dans le contexte de la protection du groupe, il importe de maintenir une dureté de façade qui prévienne d'autres transgressions. La différence entre les CTR et les CT se situe précisément à cet endroit : les secondes disposent de rituels supplémentaires pour réintégrer l'individu qui a « rechuté » au sein du séjour, par diverses « confrontations » au groupe qui servent à le mortifier, pour le faire réintégrer la communauté *durant le temps même du séjour*. À l'endroit où il y a davantage de rites ou de protocoles communautaires, l'individu peut se réamender et être *pardonné* : « Les C.T. et plus largement les systèmes de soutien communautaire apparaissent assez nettement propres à une culture [...], liés à une certaine tradition puritaine anglo-saxonne où le rejet des médecins et des professionnels semble être un avatar du rejet historique des prêtres. *L'auto-accusation et l'avilissement publics sont, plus que la confession privée, la voie prescrite pour l'assomption de l'individu par la Communauté, à la fois accusatrice et rédemptrice* » (Bourgeois et

⁴⁵ Cdt 2 – Métanoïa – 27/09/21

al., 1987 : 704 – je souligne). Dans les CTR à l'inverse, institutions qui fonctionnent davantage par contrat individuel et qui se trouvent plus avancées dans la dynamique de professionnalisation des équipes, l'équité de traitement implique un système de sanction qui fait sortir et exclut symboliquement le résident de la communauté d'accueil, avant de pouvoir *faire table rase* et le réaccueillir pour un nouveau séjour. Il n'empêche que cette dimension de mise à l'écart et du rejet de l'élément perturbateur – ou potentiellement dangereux pour le groupe – reste présente en filigranes dans l'héritage culturel de ces centres de soins :

« L'avantage du CTR c'est qu'il y a une tradition d'accueil [...] [où] l'idée, c'est quand même la réinsertion. Le but des CTR et A.T. ça serait de faire à la fois des choses individuelles et de refaire des choses plus groupales, sans pour autant faire collectif. Parce qu'on sait bien que si l'un d'eux est un peu branlant, fragile, ça risque de faire chuter tous les autres avec... » (Vincent Leprince, Cdt 1 – TCHAT – 03/06/21 – entretien informel)

Pour devenir un « meilleur homme », il importe ainsi d'exfiltrer le plus vite possible les individus qui ne sont pas *prêts* pour le parcours rituel proposé, et il importe de trouver sa place dans ce qui se voit caractérisé comme un « bon groupe » – aussi bien par les professionnels que par les résidents. Cette dimension devient en effet extrêmement importante pour certaines personnes qui apprennent dans le centre à se percevoir comme de potentielles victimes de leur socialisation (et pas seulement de leur histoire de vie). Le récit qui se forme alors en parcours de soins est que leur problème d'addiction est en partie lié au fait qu'ils et elles fréquentaient les « mauvaises personnes ». Dans l'endroit où elles vivaient, ces personnes n'ont peut-être pas eu *le choix* (ou moins de possibilités) de ces fréquentations, mais leurs ressentis aujourd'hui sont différents. Les récits d'usagers font souvent intervenir des éléments comme une trop grande générosité, l'abus d'autrui, la violence des relations sociales – ils ont trop donné à des personnes qui n'en valaient pas la peine, ils se sont laissés envahir par autrui, ou encore ils se sont fait avoir.

Devenir un meilleur homme, cela passe ainsi nécessairement par le fait de trouver une communauté de « meilleurs hommes » qui pourront nous accepter malgré nos frasques passées, mais surtout qui nous respecteront. On en trouve un modèle très concret dans ce qui se voit promu au sein des groupes d'entraide AA/NA. La réinsertion dans la communauté ordinaire étant souvent compliquée sans avoir à cacher son passé, l'usager peut en revanche considérer qu'il pourra devenir meilleur auprès d'hommes qui ont vécu le même stigmate mais aussi les mêmes situations « mauvaises », et qui seront capables de lui imposer des limites ou de le préserver des mauvaises fréquentations. Mais la déception est alors d'autant plus rude lorsqu'il se sent « trahit » par l'un des membres du groupe, qui lui apparaissait comme l'un des « bons ». Pour avoir participé à plusieurs réunions NA (lors de mon premier stage au sein de l'hôpital M.), je demeurai surprise pour ma part des réactions contrastées que je recevais, en fonction de si on me prenait pour une dépendante – ou de si j'affichais mon statut d'ethnographe. On passait alors de l'accueil chaleureux et familial à l'extrême prudence qui caractérise la défense du clan, avec une *omertà* similaire à celle présente dans les organisations mafieuses. J'ai cru saisir de ce fait qu'un certain type de fonctionnement préside parfois à l'accueil du nouveau : on inculque rapidement au novice que tous les autres sont des vendus, des traîtres potentiels, seuls ceux du collectif AA/NA sont des « bons » - et s'ils trahissent, ils méritent le rejet ou l'opprobre. Cela m'aide à comprendre la facilité avec laquelle mon groupe a accepté qu'on se débarrasse de Thibaud par exemple.

Par ailleurs, je ne saurais nier les effets intégrateurs de cette logique de groupe, puisqu'elle a porté ses fruits au-delà de l'attendu – car même l'ethnographe que j'étais en CTR,

a pu en quelques semaines, se sentir acceptée et en bénéficier. La question de ma place, et de mon association aux membres professionnels de la structure, se posait sans doute moins, dans un contexte où j'avais pu suivre toutes les activités des résidents de ce groupe, et les accompagner, vivant avec eux tous les moments qui soudent l'identification de ses membres à un collectif. Je citerai, en écho l'un de l'autre, les deux entretiens-bilans de Keufra et Brice :

Keufra – J'ai trouvé que dans le groupe, on avait une bonne équipe, une bonne dynamique – tout le monde avait des choses à dire par rapport à sa conso, revenait parfois au même terme. [Il parle de Yassine et Thibaud, de comment il avait des préjugés au départ, mais qu'il a] appris des choses. Mais voilà...n'importe quel problème en fait ; tout se rapproche. *Tout s'accordait, on avait tous quelque chose en commun*. Et on avait tous l'ennui, la solitude... On parlait tous – *comme si on était faits pour être dans ce groupe-là*, ça a bien collé. *Silvia nous a bien aussi...a bien été là quoi* – parce que ne serait-ce que de dire des choses, ça ranimait l'atelier... Elle a participé quoi, elle était pas là pour nous regarder..

Romain – *Silvia fait partie du groupe ?*

Keufra – [*se tourne vers moi, guettant ma réponse*] Bah...je sais pas quoi, **tu** me disais tout à l'heure que t'avais l'impression que mon humeur baissait... [parce qu'il va bientôt devoir quitter les lieux : il signifie que je remarque ses changements d'humeur, comme si je le comprenais, comme ses camarades] [*Franck me tutoyait à la fin du séjour*].

Cdt 2 – Métanoïa – 11/10/21

Samantha – Dites-moi, on va commencer par les généralités sur le séjour...

Brice – La première semaine a été longue, de découverte on va dire. La 2^e semaine, j'ai compris un peu le fonctionnement du CTR – et c'est allé très vite ensuite, jusqu'à cette semaine...qui m'a l'air une éternité.

C'était agréable je dirais, ouais, une bonne dynamique de groupe, avec beaucoup de partage...des émotions, en particulier avec mon groupe. Bien que Thibaud soit parti en cours de route, on a réussi à garder une bonne dynamique... Je pense que *ça aurait été beaucoup plus difficile avec un autre groupe*... Et le groupe qui nous a accueillis, c'était super... [...]*Silvia aussi, elle faisait presque partie du groupe*...

Cdt 2 – Métanoïa – 12/10/21

Au sein du séjour en CTR, nous avons pu constater que la fonction groupale permet ainsi de concilier la visée socio-éducative de la responsabilisation avec l'identification groupale et sa visée cathartique, en permettant que la validation du cheminement individuel de l'utilisateur se fasse par un groupe de pairs qui pourra témoigner des efforts entrepris dans la socialisation en cours. L'utilisateur peut ainsi évoluer en se confrontant et en se comparant à autrui, tout en se sentant lié par une nouvelle communauté de partage et de valeurs permettant de le doter d'une nouvelle identité. Avoir sa place au sein d'un groupe, se distinguer au sein de ce groupe ou distinguer « bons » et « mauvais » groupes de fréquentations – tous des processus reproductibles dans le monde social ordinaire – sont certains des apprentissages spécifiques consacrés par le fonctionnement par groupes en CTR.

C/ 2) Dynamiques familialistes et identification à des figures masculines faisant autorité

Cela étant, les visées du fonctionnement groupal ne manquent pas, on s'en doute, de susciter ou d'alimenter certaines tensions dans la collectivité, notamment en ce qui concerne

le « familialisme » rémanent dans les politiques d'action sociale françaises⁴⁶ – et ce malgré l'évolution des spécificités politiques familiales vers une dimension plus individualisante (Martin, 2011). Selon Rémi Lenoir, le familialisme institutionnel s'explique « par le fait que l'un des modes d'identification des individus sans doute le plus puissant socialement est leur appartenance à "une famille", cette appartenance étant, dans nos sociétés, "authentifiée" au sens juridique du terme par l'État » (Lenoir, 1985 : 9). Facteur plausible de certaines tendances à l'analyse des rapports soignants-soignés sous l'angle univoque des relations personnelles et affectives, et de l'infantilisation des usagers décrite dans le chapitre 5, ce biais culturel est susceptible d'expliquer également les frictions qui peuvent surgir en CTR entre l'idéal du collectif visé, et les effets de désindividualisation qu'il produit concrètement.

Il est en effet surprenant que les thérapies développées depuis les années 1970 (en parallèle de la « cure » analytique en tête-à-tête avec un thérapeute préférée dans les suivis ambulatoires) aient privilégié la dimension groupale pour venir apporter un moyen de remédier aux problèmes d'addiction. Les tendances à l'émulation interindividuelle, à la distinction symbolique, à la domination de certaines minorités ou à la désignation d'un bouc-émissaire s'y retrouvent souvent reproduites, nous l'avons vu, de manière micropolitique et sur un temps contracté. L'effet de bande, et le besoin de se distinguer, au sein du groupe des usagers comme vis-à-vis des professionnels, génère régulièrement une ambiance qui rappelle les échos d'une cour de récréation, ou bien certaines dynamiques intrafamiliales.

Par ailleurs, l'identification du groupe à une communauté de valeurs et de jugements sur le moi en construction s'effectue souvent au moyen de la comparaison « familiale », le collectif constitué au sein du centre étant souvent décrit aux résidents comme une grande « famille » (d'accueil, sinon de substitution, par rapport au groupe familial d'origine). Lors de la présentation du groupe de parole qu'il mène avec les usagers, le psychologue de Métanoïa fait d'ailleurs explicitement référence au fait que « le premier groupe qu'on a dans la vie », c'est la famille⁴⁷. Les professionnels, et en grande part les usagers, sont ainsi constamment conscients du fait que ce qui est mis au travail dans cette communauté que constitue le collectif en CTR, ce sont les relations sociales qui ont été tissées, emmêlées ou rompues, avec le noyau des proches et familiers de l'utilisateur.

Cette matrice symbolique du modèle familial et domestique est susceptible de reconduire certains oublis ou refoulements des rapports de pouvoir constituant les relations entre des catégories d'acteurs différentes et entre sujets et institution (Maroy, Van Campenhoudt, 2020 : 263). C'est lorsque cette grille interprétative se voit projetée sur les opérations professionnelles que le style des interventions prend la forme d'une *éducation a posteriori* des résidents, éducation concurrente⁴⁸ sinon de redressement du « symptôme » que constitue le plus souvent l'addiction pour les thérapeutes, et dont les causes seraient à chercher selon eux dans l'histoire familiale. Coline Cardi souligne l'importance de faire attention à la manière dont l'intervention psychothérapeutique individualise ou plutôt *familialise* des problématiques d'origine sociale : « l'entreprise thérapeutique vise bien à redresser un système familial "en désordre" au regard des normes psychologiques, au travers desquelles se lisent aussi des normes sociales et morales » (Cardi, 2015 : 17).

⁴⁶ Parlant en particulier du champ institutionnel d'inspiration chrétienne, Christian Maroy et Luc Van Campenhoudt précisent comment l'action sociale est imprégnée par une culture *familialiste*, « qui transpose le modèle domestique de la famille à différents lieux sociaux, et à la limite, à la société entière » (Maroy, Van Campenhoudt, 2020 : 262)

⁴⁷ Cdt 2 – Métanoïa – 24/09/21

⁴⁸ Sur l'ambivalence de la mise en concurrence de l'intervention sociale et des familles, voir Chauvière, 2003.

En miroir, il nous semble que les usagers individualisent *et* « familialisent » le rapport qu'ils peuvent avoir aux professionnels de l'institution. Car on ne leur présente pas que des exemples personnels pour leur vie, mais aussi un modèle d'interrelations et de communauté dans laquelle ils finissent par s'identifier. Les résidents hommes sont souvent en attente d'un double registre, reproduisant la division du travail émotionnel existant au sein de la famille : comme on l'a vu au chapitre précédent, ils attendent des professionnelles l'écoute, l'empathie, et la compréhension généralement associées à une figure maternelle (chap. 5, I.B/). Ils sont également à la recherche de figures masculines d'autorité, qui présentent une posture, un charisme ou un savoir spécifique. Cela contribue en retour à la construction de cette posture attendue chez les membres de l'équipe, et à une rivalité inter-collègues pour défendre la position d'autorité acquise. Parmi les professionnels de terrain que j'observe, les travailleurs sociaux masculins ont souvent l'habitude de se présenter soit comme des hommes d'expérience, matures, sûrs d'eux, sur lesquels les résidents peuvent compter ; soit comme des « grands frères » attentifs, plus joueurs et informels dans leurs rapports avec les usagers que leurs collègues féminines. Ces « grands frères » n'ont pas que le beau rôle, car il leur arrive souvent – comme dans le cas de Rachid à Métanoïa – d'être les professionnels privilégiés par l'équipe pour la délégation des tâches ingrates, comme emmener les usagers aux courses (aux vaccinations et test-PCR pendant la période Covid) ou aux sports en extérieur, et qui se voient réquisitionnés pour les annonces de fin de séjour, face auxquelles la réaction des usagers est imprévisible. Les psychologues hommes, le psychiatre de Méta, et les chefs de service rencontrés, pour leur part, se placent aisément dans le rôle d'une figure plus spirituelle, l'autorité dont ils font preuve se combinant assez facilement avec les compétences charismatiques que légitiment leurs professions respectives.

Une interaction montrant les différenciations et les (dis)qualifications qui s'effectuent également entre les hommes d'une équipe thérapeutique nous semble intéressante pour illustrer notre propos ici. Ce jour, en réunion clinique, l'équipe se penche sur le cas de Brice, un des usagers de mon groupe :

X – Il se comporte toujours *comme un adolescent qui cherche à devenir adulte* [pas de nom – sans doute Ludovic, le psychologue]

Marion – Il a quel âge déjà ?

Coralie – Il est tout le temps sous le kiosque, en ce moment, il s'efface un peu..

Romain – Oui, et vous avez remarqué, on dirait que ça revient tout le temps dans son discours, *cette question de « devenir un homme »*. Je lui ai demandé *c'était quoi un homme* – et il m'a dit que c'était quelqu'un qui doit porter pour deux... [...] Il a dit qu'il était pas misogyne, mais que pour lui c'était ça...

Albin – *Il s'est pas foutu de ta gueule, en entretien !*

Romain – [se justifiant] Dès que je pose une question pour approfondir, il esquivé.

Rachid – *Moi je trouve qu'il te sert un truc, là...*

Romain – Il dit qu'il a des émotions enfouies, qu'au-dessus il porte un masque, et qu'en-dessous, il y a des émotions et de la tristesse...

Rachid – Ouais, moi je trouve qu'il est pas très efficace, son masque..

Romain – [toujours plus hésitant] Oui, d'une certaine manière il nous montre sa détresse...

Cdt 2 – Métanoïa – 30/09/21

La conversation de l'équipe pourrait sembler tout à fait classique. Divers membres de l'équipe commentent, lorsque son nom est évoqué, le cas d'un usager – et décrivent comment ils et elles « le voient », ou « le sentent », par rapport au déroulé de cette semaine, ainsi que les

éléments qu'il leur aurait éventuellement confiés, en entretien ou de manière informelle. Suite à la remarque du psychologue, qui ouvre et/ou ferme souvent la discussion⁴⁹, la cheffe de service demande l'âge effectif du résident – sans doute pour calibrer la disproportion comportementale visée par la remarque (quel âge a Brice, pour continuer néanmoins à se comporter en ado ?). C'est sur cette phrase que rebondit Romain⁵⁰, référent du groupe, en parlant d'une fixation que fait Brice selon lui, sur cette question de « devenir un homme ». Ce qui se produit alors est très particulier. Albin ironise sur le contenu de cet échange avec Brice, en niant son authenticité (« Il s'est pas foutu de ta gueule en entretien ! »), suivi de près par Rachid, qui lui aussi discrédite ces propos – autant pour contester la véracité des propos de l'usager, semble-t-il, que pour disqualifier leur jeune collègue, dont ils doutent de la capacité de lecture du comportement des résidents.

Ce n'est pas la première fois que je vois que Romain, jeune professionnel, n'est pas forcément pris au sérieux par les autres membres de l'équipe. Mais ici sa disqualification est opérée par deux professionnels hommes, parmi les plus légitimes dans la structure (Albin parce qu'il est présent depuis les débuts de Métanoïa ; Rachid parce qu'il incarne une figure morale importante aux yeux des usagers, en tant que père et homme charismatique, qui connaît la vie de banlieue et la condition d'immigré de deuxième génération). Le dialogue finit par être uniquement pris en charge par des membres masculins de l'équipe – ce qui est de fait rare à Métanoïa – et s'apparente plutôt à une dégradation, et à une défense, de la part de Romain. Je soutiendrais qu'il en est ainsi précisément parce que ces trois hommes parlent de la question de la revendication de la virilité, de la part d'un quatrième, usager de drogues de surcroît – et que ce domaine apparaît d'une certaine manière comme une chasse gardée, pour les seuls initiés qui savent vraiment ce qu'est « être un homme ». Il me semble évident que, outre ce que certains d'entre eux pouvaient avoir compris, à ce moment-là, du comportement de Brice dans la structure⁵¹, cela ne justifie pas leur comportement à l'égard du jeune éducateur. Cette scène rend compte de la violence symbolique quotidienne qu'exerce l'ancienneté des professionnels – ou leur plus haut degré d'initiation – sur leurs collègues moins légitimes. On assiste clairement ici à comment deux « anciens » discréditent les propos d'un éduc' plus jeune, manquant à leurs yeux d'expérience – et de charisme ? – pour assurer son rôle en face d'un « actient » qui ment, ou qui évite de se confronter. Il me semble étonnant de constater comment la problématique de la maturité *déteint* en quelque sorte sur l'interaction entre les trois éducateurs hommes, dans un contexte où justement, il convient de montrer sa masculinité, en démontrant sa capacité à « porter pour deux » (pas tant l'homme et la femme, que le soignant et le soigné en l'occurrence). Cela se répercute dans l'interaction qui suit, dans la même réunion – où Romain évoque le fait que Keufra le compare souvent à Germain, un ancien éducateur, resté dans les mémoires :

⁴⁹ Cette particularité apparaît souvent dans mes carnets – au point que je me questionne ce qui suscite que la clôture du discours, à propos des éléments rapportés par l'équipe (« les signifiants » comme dirait la psychanalyse), soit effectuée régulièrement par le psychologue – qui est seul dans sa fonction dans cette structure. Il est possiblement question de légitimation et d'autorité charismatique, qui s'explique à l'aune de la hiérarchisation implicite des professions en CTR, mais aussi des rapports sociaux de sexe qui s'instaurent dans ce centre comme ailleurs.

⁵⁰ Personne ne répond cela étant à la cheffe de service, ce qui n'est pas rare en réunion (les éducateurs et éducatrices continuent souvent de converser sans attention particulière pour les remarques de Marion, qui est considérée éloignée du terrain, dans son bureau – et donc jugée illégitime dans ses analyses cliniques par certains ou certaines).

⁵¹ Il apparaît assez nettement, rétrospectivement, que Rachid savait déjà à ce stade que Brice consommait en cachette, lors de son séjour à Méta. Ce fait me fut révélé plus tard, lors de mon départ de l'institution.

Romain – Il m’a reparlé de Germain... [...]

Je crois qu’effectivement, on se ressemble un peu..

Rachid – *Comment tu te la pètes !...*

Il est question, ici comme ailleurs, de la légitimité dont se parent les figures d’anciens, ou de sages, seuls capables de « consacrer la différence » sur les procédures d’initiation et d’authentification (Bourdieu, 1982). Par ailleurs, dans la perspective plus straussienne des mondes sociaux, on pourrait dire qu’ici, Romain subit un « processus de non-authentification », mis en place par deux membres décrétés unanimement (car personne ne proteste au sein de l’équipe) comme « plus authentiques, ou plus représentatifs » de ce micro-monde que constitue le CTR Métanoïa (Strauss, 1978 : 275).

D’une manière similaire, il nous semble marquant que la préparation au post-liminaire, et le rituel de séparation, soient actés par Ludovic, le psychologue de la structure. Celui-ci leur avance, en semaine 6, qu’il a fait le choix de se séparer « par trois fois » des usagers, pour bien leur permettre d’intégrer la chose : une fois lors de ce dernier groupe de parole en commun, une fois lors du dernier entretien individuel, et une fois le jeudi midi (lorsque le psychologue quitte le centre, ayant fini ses heures de service hebdomadaire dans la structure). Ce mercredi qui précède la sortie, il marque l’importance, pour tout humain, d’apprendre à se séparer :

Ludovic – [...] Là, *sans vouloir vous orienter*, on est sur le départ... Et du coup, *il sera peut-être question d’au revoir, de séparation...* [Silence]

Keufan – [difficilement] C’est que ça va être dur... je dirais de quitter...je dis pas tant l’enceinte, que eux deux quoi.

Ludovic – C’est eux que vous devez regarder, pas moi...

Keufan – [la voix entrecoupée de sanglots] Oui oui... je vais pas en dire trop, parce que...

Brice – [empathique] Oh...ça monte [l’émotion], mon ptit Keufan.

Ludovic – [aux deux autres] Vous ?

Yassine – Moi je sais qu’au départ, je suis là pour moi, mais je pensais pas m’attacher autant à Keufan et à Brice. Je me souviens de la première fois, où j’ai parlé à Brice, et à Keufan, et là, aujourd’hui...On est capable de penser à comment est l’autre sans parler. *C’est un moment que je redoute un peu, les au revoir.*

Ludovic – *Ça vous en rappelle d’autres ?*

Yassine – Bah, le plus dur des au revoir, ça a été le décès de mon père...

Ludovic – C’est ce qu’on appelle la séparation définitive – l’ultime séparation. Les êtres humains n’en ont pas forcément conscience, mais à *chaque séparation, on revit les précédentes.. De quoi vous avez besoin, vous, pour bien vivre cette séparation ? [...]* *De quoi vous auriez besoin pour partir ?*

Brice – *Une poignée de mains, un regard franc, une connerie à dire, suffiront.*

[Keufan pleure]

Ludovic – *Souvent, dans ces moments-là, on a besoin de rituels... Est-ce qu’il y a d’autres choses qui vous viennent à l’esprit, en termes de rituel... ?*

Brice – Après, il y a le pot de départ à faire... mais c’est pas si important que ça quand même.

Ludovic – Et moi, ce que j’ai dit à Keufan et à Brice, c’est que je dis au revoir 3 fois, c’est presque magique... Pour m’assurer que moi je l’ai intégré, mais aussi que je suis prêt à accueillir les nouvelles personnes qui vont arriver...

Le psychologue vient signifier, qualifier, et développer l'importance d'un rituel de séparation, pour que les membres du groupe se quittent en ayant symboliquement laissé quelque chose derrière eux, dans ce moment qui marque leur sortie du centre. Le moment, qui était très émouvant, est solennisé et invite chacun des membres du groupe à se faire des adresses directes, à ne plus passer par la figure-pivot du professionnel. Ce dernier utilise néanmoins ses connaissances accumulées sur chacun d'eux, comme dans le cas de Yassine, pour servir son propos (« à chaque séparation, on revit les précédentes ») et insister sur le fait qu'il y a besoin de certains éléments pour apprendre, là aussi, à bien vivre une séparation. Il me semble important d'insister sur ce que Ludovic cherche à instaurer, comme image de masculinité douce et réconfortante – tout en montrant qu'il est clairement directif dans son approche (« sans vouloir vous orienter » : un clair euphémisme de l'orientation qu'il décide pour eux). Le « regard franc » et la « connerie » de Brice ne lui suffise pas comme élément de solution, ni les larmes de Keufan : c'est quelqu'un qui met des mots et qui « pose des actes », qui prévoit des rituels, qui les replace dans une cohérence symbolique et narrative liée aux séparations passées. Et qui se montre donc capable de passer à autre chose – puisque c'est de surcroît son métier de prendre en charge la souffrance d'autrui. Il me semble que cette figure, comme d'autres évoquées précédemment (Albin, Rachid, Youri, chacun dans un style différent) – sont essentielles au sein du collectif pour apporter, comme à la CT ou dans les groupes d'entraide, des figures d'identification possibles en mesure d'incarner les valeurs sociales, tout en défendant une masculinité qui s'articulent avec le respect et les valeurs de l'école de la rue. De nombreux résidents veulent « garder un lien » avec Ludovic, en sortant du CTR Métanoïa – ou veulent continuer l'expérience de psychothérapie qu'ils ont connue avec lui dans un autre espace. Rachid semblait d'un avis unanime conquérir les cœurs des usagers et usagères. Albin et Youri m'ont été évoqués à chaque fois que je rencontrais un usager (en dehors de l'institution) qui était passé par Métanoïa par le passé – et qui me demandait si tel ou telle travaillait encore dans la structure.

Ce fonctionnement groupal « familialiste », où l'on retrouve des figures d'identification masculine positives, contribue à donner à croire aux résidents qu'ils pourront transposer des logiques relationnelles semblables à l'extérieur du centre. Si on est capable de « se séparer », et en premier lieu de la famille possiblement « négative » qui a été la leur, mais aussi de se réconcilier avec l'image d'un groupe positif, on pourra envisager un devenir social fait de liens qui se font, se défont, se renouent, *etc.* En témoigne le dernier entretien psy de Keufan :

Ludovic – [...] et puis votre expérience, on ne peut pas vous la retirer. J'ai l'habitude de dire que *le lien, il est vivant, il se coupe, il se renoue, il se rallonge.. et donc, on a notre part de responsabilité, dans le maintien de ce lien.*

[Keufan exprime qu'il aimerait recommencer tout à zéro à la sortie, en commençant par changer de CSAPA (celui de sa ville d'origine l'ennuie, les suivis qu'il a depuis des années ne l'ont pas aidé). Ludovic lui explique que le changement partira davantage de lui que de son environnement.]

Keufan – Oui, mais j'aimerais bien repartir simplement avec des gens qui ne me connaissent pas du tout...[...] La porte [de sortie] se rapproche de jour en jour et ça me fait peur⁵².

⁵² Ce qui attend en effet Keufan à la sortie, c'est la solitude profonde de son appartement (où il sait que « sur la nappe, à côté du canapé, y aura encore le rond de la canette de bière... Bon, faut changer la nappe, vous allez me dire »), une vie sociale minée par le fait qu'il ne connaît presque personne si ce n'est d'autres buveurs, et l'ennui dû à une condition d'invalidité (Keufan touche l'AAH depuis des années par suite d'un accident du travail qui l'a amoindri physiquement).

Ludovic – Votre porte de sortie, c’est vraiment comment vous allez habiter et animer votre solitude et votre lien aux autres... [...] Vous avez changé, Keufra, donc, *c’est vous qui apportez le changement, aussi dans votre logement...*

Cdt 2 – Métanoïa – 06/10/21

Devenir adulte, c’est ainsi se reconnaître comme appartenant ou ayant appartenu à une communauté, et pouvoir envisager d’édifier de nouveaux liens. Que ce soit celle dont on hérite (la famille) et avec laquelle on peut se réconcilier ou couper à l’issue de l’initiation, ou une communauté nouvelle que les usagers se choisissent à l’intérieur des murs du centre, le parcours inclut avant toute autre dimension cette valeur du groupe, et de l’individu au sein du groupe. Les diverses fonctions que peut porter ce groupe pour les résidents constituent l’une des preuves plus évidentes du déroulement d’une cérémonie rituelle d’initiation au sein du CTR. Celle-ci doit permettre de restaurer chez l’usager la confiance en lui-même et en son existence future, et le pacifier avec une image de soi qui a été dégradée socialement par la labellisation de « toxicomane », d’« alcoolique » ou de « dépendant ». Ce groupe lui donne une appartenance identitaire, tout en lui permettant de s’individuer à partir de cette unité de base, de son vocabulaire, et des connaissances qui sont transmises en son sein. Elle lui donne à *croire* enfin en certains mythes (l’addiction comme « maladie » ou comme symptôme, résultant de son histoire personnelle, et de ses traumatismes) et en de nouvelles actions sur soi, véhicules possibles d’une identité en devenir. Ce parcours consacre de fait, dans son action sur la représentation des usagers, le rite d’institution qui permet de les réintégrer à nouveau comme des hommes, sinon de « vrais hommes » disait Bourdieu, à la société dont ils ont été exclus – « l’efficacité symbolique des rites d’institution » réside précisément en ce « pouvoir qui leur appartient d’agir sur le réel en agissant sur la représentation du réel » (Bourdieu, 1982 : 59).

I.D/ La place des femmes usagères : entre fille prodigue et mère indigne

Le choix d’aborder de manière différenciée le traitement des usagers et des usagères a été expliqué en début de chapitre. Cela étant, je voudrais revenir sur la nécessité de développer une analyse focale du traitement des femmes usagères rencontrées dans les centres thérapeutiques résidentiels, au risque sinon d’être mécomprise. Loin de vouloir leur laisser ici une portion congrue (une maigre section dans une thèse de plusieurs centaines de pages), il me semble qu’une interrogation plus aigüe sur le cas des femmes usagères était seule à même de compenser leur paradoxale *figuration* dans les centres que j’ai fréquentés – ces « maisons des hommes » où les usagères sont présentes, mais rarement protagonistes. Car les femmes ne sont pas absentes des mondes de l’usage de substance, loin s’en faut, et les programmes de traitement qui sont mis en place aujourd’hui sont loin de les faire apparaître comme « accessoires », contrairement au traitement qui leur est réservé par la justice (Barbier, 2016)⁵³.

⁵³ La thèse de Katia Barbier (« *Accessoires. L’invisibilisation des femmes dans les procédures pénales en matière de stupéfiants* », 2016), portant sur la gestion sexuée des illégalismes en matière de trafic et d’usage de stupéfiants, nous a été d’un grand appui. Biais genré du regard porté sur la délinquance féminine en fonction de la catégorie de sexe des acteurs pénaux ; maîtrise par la police (et son éthos prédominé par les normes viriles) du rythme de la chaîne pénale ; invisibilisation des femmes parmi les profils de « petits délinquants » justiciables (complicité bénéficiant

Mais – dans le cadre de l’interrogation sur les responsabilités à acquérir pour parvenir à « devenir adulte » faute d’être soi, je maintiens que la focale des rites initiatiques en présence dans ces centres, ne distinguant pas tellement population masculine et féminine, font de la spécificité du traitement des femmes une question mineure, sinon ignorée. Dans le domaine de l’addictologie, il y a un traitement spécifique des femmes addictes, notamment à l’échelon de la prévention et de la prise en charge en urgences, notamment dans les cas de grossesse (Simmat-Durand, 2002 ; Laera *et al.*, 2021). Au niveau du traitement en résidentiel, néanmoins – des facteurs d’accès, de la stigmatisation sociale qu’engage ce genre de parcours, des conditions d’amélioration d’une prise en charge spécifique –, peu de choses restent formulées aujourd’hui. Quelques acteurs de terrain ont pris conscience de l’importance des représentations, et de l’importance de créer des institutions plus propices à la prise en charge médico-sociale des publics féminins, mais la plupart de ces structures restent comme à leurs origines, pensées par des hommes et pour des hommes. La représentation même d’un parcours de soin à l’image d’une quête initiatique d’apprentissage et de découverte de soi m’en semble la preuve princeps. Mettre ainsi la focale sur les représentations des usagères de drogue, notamment parce que l’observation a pu mettre en lumière quelques pratiques différentielles mais globalement sans pouvoir en tirer de généralisations, nous permettra d’établir une vision comparative – *a minima* hypothétique – du traitement des femmes et des hommes en CTR.

Certaines données méritent d’être réévoquées statistiquement. Au niveau de la proportion de femmes chez les usagers de substance tout d’abord. Selon l’Organisation des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC)⁵⁴, les femmes constituent le tiers des usagers de drogues et un cinquième des usagers par voie injectable. En France, un rapport de l’OFDT rappelle que « hormis pour les médicaments psychotropes, les femmes se révèlent globalement beaucoup moins concernées que les hommes » (rapport n°117, 2017) par les pratiques addictives ; néanmoins, elles sont de plus en plus nombreuses à avoir fait l’usage (simple ou occasionnel) de toutes les substances connues. On peut expliquer le fait qu’elles soient moins concernées par l’addiction pour des raisons historiques et culturelles, qui continuent de faire de la consommation de substances psychoactives une activité socialement plus stigmatisante pour les femmes (Neff, 2018 ; Perrin, Reversé, 2022) mais aussi aux usages sexuellement marqués (Beck, Legleye, 2003) : les femmes sont censées avoir des comportements d’usages, dès l’adolescence, plus solitaires et discrets, dissimulés. La prévalence de l’abus et du développement de troubles chez les hommes continue d’autre part à être corroborée par la littérature épidémiologique mondiale (Somers *et al.*, 2004 ; Barrault, 2013) : les hommes abusent généralement plus, et donc ont plus de risques de développer des problèmes d’usage. Par ailleurs, les raisons pour lesquelles elles consomment diffèrent souvent de celles des hommes : « Une régularité frappante dans les discours de la causalité alcoolique est la place accordée au milieu familial et à l’habitude pour ce qui concerne l’alcoolisme des hommes, et à la dépression et aux difficultés psychologiques pour ce qui concerne l’alcoolisme des femmes » (Fainzang, 1994 : 83). Ce qui, comme l’écrit Sylvie Fainzang, est au moins à relativiser dans la mesure où les difficultés psychologiques traversées par les hommes sont en grande partie occultées dans notre société. Selon un schéma causaliste genré, les représentations socialement partagées décrètent ainsi que « [l]a cause se situe alors

d’une forme d’immunité), accélération des logiques organisationnelles de la justice... Elle analyse tous ces éléments pour expliquer les effets du genre sur les pratiques policières et parquetières envers les femmes auteures d’ILS.

⁵⁴ Voir la brochure de l’ONUDC "[WOMEN AND DRUGS](#). Drug use, drug supply and their consequences”

hors du buveur (elle lui est exogène), alors qu'elle est dans la femme, intrinsèquement fragile (elle lui est endogène) » (*ibid* : 85-86).

Au niveau de la proportion des usagères en soin ensuite. La disparité dans le *sex ratio* est plus marquée encore lorsqu'on franchit la porte des centres de soins : selon le rapport de 2019 de l'OFDT, la population féminine représente près d'un quart (23 %) du public des CSAPA et moins d'un cinquième de celui des CAARUD (18 %), ce qui correspond à environ 72 000 personnes (Mutatayi, 2018 – pour l'OFDT). Dans son article de 2018, Maïa Neff rapporte les diverses études qui confirment pourtant que les femmes plus gravement atteintes par la dépendance feraient recours en moyenne *plus tôt* que les hommes – tout en ayant beaucoup plus de difficultés qu'eux à accéder aux soins. Comme l'ont établi diverses études, le décalage de la population féminine reçue dans les centres de premiers recours en addictologie résulte d'une part des inégalités sociales de santé qui touchent davantage les femmes que les hommes (Polton, 2016). Ces inégalités se trouvent accrues dans le domaine spécifique de la « gouvernementalité » s'exerçant sur les corps (Fassin, Memmi, 2004) qui, selon certaines analyses féministes, légitime de manière encore plus drastique le contrôle sur le corps des femmes, et l'usage anormal qu'elles en auraient via leur consommation psychoactive (Boyd, 2004). Comme l'établit Natasha du Rose (2015), l'interdiction, la médicalisation et la *welfarization* sont les piliers de cette *governance* spécifique de l'usage de drogues féminin – et on comprend pourquoi, avant même de développer des formes de résistance, la plupart des femmes usagères de drogues dissimule sa consommation.

Pourquoi les femmes restent-elles sous-représentées dans les services de soin, à l'égal de la manière dont elles restent sous-représentées dans le cadre policier des interpellations pour Infraction à la Législation sur les Stupéfiants (ILS) ? – elles représentent en effet seulement 7% des infracteurs mis en cause par les forces de l'ordre pour usage de cannabis, alors qu'elles représenteraient 25% des consommateurs (Barbier, 2016 : 40). Mais dans ce cas, si *on ne les voit pas*, il faut aussi comprendre pourquoi dans celui de l'accompagnement, elles n'arrivent pas aux centres d'accueil – dans un contexte pourtant croissant de féminisation de la population usagère de drogues illicites (Beck, 2004 ; Cadet-Tairou *et al.*, 2008).

Ivana Obradovic et François Beck ont pu apporter un début de réponse à cette question dans leur article de 2013, qui s'attache à mettre en regard l'appartenance sexuée et les modes d'entrées dans le dispositif de soins CJC (Consultation Jeunes Consommateurs), destiné initialement à développer une approche de prévention et d'accueil pour les jeunes et leur rapport au cannabis. Les auteurs soulignent que les femmes viennent dans ces dispositifs avec de toutes autres orientations et attentes que leurs homologues masculins. Face à « la prédominance des orientations judiciaires et de son caractère majoritairement masculin » (48%), les femmes viennent souvent de manière spontanée, ou orientée par des professionnels de l'Éducation nationale ou de la santé (Obradovic, Beck, 2013 : 111-112.) Mais elles utilisent le dispositif pour parler souvent de l'usage d'autres substances que le cannabis ; elles se servent ainsi des dispositifs de CJC pour « "contourner" les structures spécialisées de soins aux toxicomanes, qui seraient théoriquement plus directement compétentes pour offrir une prise en charge adaptée à de tels profils » (*ibid.* : 112).

La stigmatisation qui pèse sur le parcours de « désintoxication » et l'image que véhicule encore aujourd'hui le profil du drogué ou de l'alcoolique font que les jeunes femmes esquivent souvent les institutions d'accompagnement et de soins, jusqu'au moment où elles ne peuvent plus affronter seules leur problématique. Par ailleurs, le fait d'avoir des enfants à charge et/ou un emploi à conserver pour garantir leur existence, ne leur permet pas, bien souvent, d'envisager les semaines de retrait de la vie sociale considérées nécessaires au parcours de

soins. Les femmes retardent le moment de la confrontation institutionnelle, et l'alcool ou la drogue leur sert alors souvent d'automédication lorsqu'elles sont prises dans ce cercle : « Tout se passe comme si, en pratique, les femmes ne consultaient qu'au-delà d'un certain niveau de sévérité clinique, se traduisant par des conséquences plus lourdes » (*ibid.* : 114).

Néanmoins, depuis cinq-dix ans, il semblerait que la situation française soit en passe de changer. L'enquête Ad-femina menée par l'OFDT en 2018 s'adressait aux CSAPA, CAARUD et autres services en addictologie pour accroître et promouvoir la connaissance et l'accompagnement des besoins des femmes usagères. Environ 80 structures en addictologie témoignent déjà dans cette enquête de modalités d'accueil et d'activités menées en 2017 à direction des publics féminins. La création du CTR Lucine par la Sauvegarde du Nord en 2015 – destiné à l'accueil de 5 femmes avec ou sans enfants en bas âge – ouvre probablement un cycle de spécialisation dans le traitement en résidentiel en addictologie pour les problématiques auxquelles font face les usagères, et notamment les mères. Coralie, éducatrice spécialisée à Métanoïa, marquait pour sa part, dans l'entretien que je fis avec elle, l'importance pour elle de ce format de 6 semaines de séjour – par le fait qu'il facilitait selon elle l'accès des femmes, possiblement mères, à ce dispositif : six semaines d'absence, lorsqu'il est possible de négocier la garde des enfants pendant cette période (avec le conjoint ou ex-conjoint ou un membre de la famille), n'apparaît pas aussi difficile que de devoir la négocier pendant plusieurs mois, voire un an. Les femmes que nous avons rencontrées en CT, de ce fait, avaient souvent soit des enfants qui n'étaient plus en bas âge – et donc considérés en mesure de pouvoir subvenir à leurs besoins en l'absence de leur mère – soit elles avaient perdu la garde de leurs enfants, et leur démarche de soins avait souvent pour visée de la récupérer.

D/ 1) Le traitement différentiel des usagères en CTR

Jessica est infirmière en urgences. Atteinte depuis l'enfance d'une maladie de peau, elle a passé beaucoup de temps dans les hôpitaux, et en a fait son métier – en suivant les traces d'un père lui aussi paramédical, et qui souffrait d'alcoolisme. Mère isolée de deux enfants de treize et onze ans, elle dit « tout » donner pour eux comme pour son travail, auquel elle semble très attachée. Durant les weekends et les moments de congé, elle « décompresse » en surconsommant cocaïne et nouvelles drogues de synthèse, et s'est laissée complètement dépassée par ces consommations dans les derniers temps, pour combler l'ennui qu'elle ressent quand elle n'est pas en situation d'urgence. L'équipe rapporte (ou juge) qu'elle « n'arrive plus à tenir son rôle de mère », mais s'efforce avant tout de lui apporter le calme et la tranquillité dont elle paraît manquer depuis qu'elle est petite.

Lucy est camionneuse. Issue d'un milieu populaire, elle a purgé il y a un an une peine de prison pour infraction à la loi sur les stupéfiants (cannabis plus alcool). Nous aurons peu de contacts lors de mon arrivée au TCHAT, dont elle part après quelques semaines. Adoptant les codes vestimentaires et la démarche masculine de ses collègues du centre, on la distingue néanmoins pour l'autorité naturelle dont elle semble bénéficier auprès d'eux. Elle part rejoindre sa copine à Nantes tous les weekends de « sortie » qui lui sont accordés, et lors de l'anniversaire de cette dernière, elle demandera à une des professionnelles de l'aider à choisir et à acheter une robe pour l'occasion.

Lolo vient de Verdun. Mariée depuis l'âge de 18 ans, elle a aujourd'hui la trentaine mais en paraît quarante. Elle est sous méthadone depuis des années, mais n'arrive pas à cesser ses consommations d'héroïne. Ce dont elle s'occupe, ou quelle aurait été sa formation, n'est pas vraiment clair. Très mince, au bord de la maigreur, les professionnels s'inquiètent souvent pour son état physique, tout en étant exaspérés par ses continuelles crises de larmes. Lolo consomme des quantités impressionnantes de Valium. Il s'avère qu'elle a été victime de sévères maltraitements durant son enfance. Au cours de son séjour, nous la verrons

fondamentalement pleurer, être moquée par ses camarades masculins, ou s'interroger sur ses possibilités d'avoir un enfant (sans qu'elle ne lui transmette une malformation ou une pathologie à la naissance).

Sou (Sou Ici, telle qu'elle a voulu se faire appeler) travaille en *free-lance*. Belle jeune femme d'une trentaine d'années, elle est toujours habillée en tenue ample et porte un tissu pour cacher ses cheveux. D'origine algérienne, elle découvre toute petite, à 4 ans, n'être pas la fille biologique de ses parents. À l'âge de 15 ans, on lui découvre une hernie discale, et quelques années plus tard une fibromyalgie. Elle commence donc à l'adolescence à consommer des médicaments à forte dose – et à en abuser. Cette routine continue pendant environ 20 ans – elle confie qu'un certain nombre de médecins lui auraient dit : « vous devriez être morte avec tout ce que vous consommez... » – jusqu'à enchaîner plusieurs crises où elle prend peur. Elle se fait hospitaliser pour sevrage en janvier 2021, se rend ensuite à Métanoïa et trouve sens à ce parcours de soins (« ça m'a permis de mieux me connaître, de mieux appréhender les choses.. et j'ai trouvé une partie de cette paix intérieure à laquelle j'aspire depuis tant d'années. »). Les mois passants, elle envisage alors de retourner en séjour d'approfondissement à Métanoïa, traversée par l'idée de travailler dans le social – comme cela lui a été conseillé. Au centre, tout le monde (professionnels et usagers) l'adore.

Ces quatre présentations nous permettront d'illustrer, en amont de notre propos, la diversité des profils d'usagères présentes en CTR. Nous avons exposé ci-avant les difficultés que vivent les usagères de sexe féminin à avoir accès aux dispositifs de soin. Mais nous souhaitons à présent nous demander comment elles se voient traitées, une fois qu'elles sont dans le soin, quand elles sont entrées dans les services résidentiels en addictologie.

Mis à part l'ouvrage cité de Natasha du Rose (2015), on trouve de fait peu de matériel dans la littérature sur le sujet. On sait globalement que les femmes s'en sortent mieux. Les résultats d'études *follow up* d'une recherche suédoise en témoignent (Berglund *et al.*, 1991). En effet, lors du recueil des données à la fin des années 1980, les unités de traitement pour patients hospitalisés en Suède fonctionnaient déjà dans une perspective unifiée (pas de spécialisation en fonction du produit). Ce projet SWEDATE (*Swedish Drug Abuse Treatment*) avait pour but d'étudier le traitement institutionnel des personnes dépendantes en croisant l'étude des antécédents des personnes, l'étude des programmes (1500 personnes soignées dans onze unités de traitement), et l'étude de l'issue du traitement, en ajoutant une période de suivi d'un an sur 389 de ces ex-patients. Le taux de réussite des centres varie entre 0 et 65% selon les critères utilisés. Mais une donnée apparaît comme importante : *les femmes ont plus de succès dans le traitement que les hommes*, et les jeunes que les résidents plus âgés. Des données connues ressortent en outre de l'étude : l'origine sociale des usagers est plus souvent celle de groupes sociaux démunis ; la durée du traitement a une influence positive sur le résultat : les clients ayant déjà suivi des traitements tirent plus d'avantages de l'approche enseignement/thérapie, tandis que les jeunes bénéficient davantage d'approches idéologiques.

On parle peu du traitement différentiel des consommatrices lorsqu'elles sont en soin. Pourquoi ? C'est un point aveugle qui à mon sens mérite d'être éclairé... L'enquête ethnographique que j'ai menée n'a pas pris ce sujet pour perspective principale d'observation, et je n'aurai que peu de situations à rapporter. Certaines d'entre elles me paraissent néanmoins caractéristiques pour éclairer aussi bien les ressorts du traitement différentiel de genre, en cours dans les CTR, que les motifs pour lesquels cette problématique apparaît peu étudiée.

En termes de matériaux ethnographiques je tiens à rappeler, très prosaïquement, que sur la vingtaine d'usagers que j'ai pu voir au TCHAT, je n'ai été mise en relation qu'avec deux femmes – une la première année (Lucy), et une seconde la deuxième année (Nadège). Il n'est pas anodin qu'elles aient été représentatives toutes deux d'une déviance redoublée : la première parce qu'elle s'écartait (physiquement et moralement) des normes de genre

féminines hétérosexuelles ; la seconde parce qu'elle présentait des comorbidités psychiatriques, ce qui est plus répandu chez les usagères que chez les usagers (Haropp, Marlatt, 2010 ; Barrault, 2013). J'ai entendu parler d'autres femmes au TCHAT : mais celles-ci étaient souvent en situation d'extrême précarité, et juste de passage au centre ambulatoire – entre diverses institutions où elles demandaient de temps à autre du secours. Ou encore, il y eut lors de mon séjour, quelques mères en A.T. (voir dans le chapitre 3, le cas de madame Gonzales), mais pour laquelle j'assistais uniquement aux retours de suivi, sans pouvoir observer les pratiques d'intervention.

À Métanoïa, le lecteur s'en sera rendu compte depuis le début de la thèse, c'est l'inverse qui se produit. Les femmes semblent extrêmement présentes, plus représentées en tous cas que dans les statistiques d'accueil général en addictologie. Mais si on regarde les statistiques du centre, leur taux est de 35,2% (38 femmes accueillies pour 70 hommes sur l'année 2023 – RA centre Métanoïa), ce qui est beaucoup plus que le quart habituel des structures en addictologie. Dans la sélection des entrants, se dégage l'impression qu'on essaie toujours de trouver un équilibre de représentation des sexes dans le groupe arrivant. Mais pour 5 usagers, les combinaisons ne peuvent pas être infinies : ce qui signifie, conformément au rapport d'activité, que l'équipe a tendance à privilégier les groupes représentatifs de la liste d'attente des usagers entrants et donc une à deux femmes sur cinq personnes. Et sans doute plutôt deux qu'une, car on a bien vu les risques d'abandon potentiel qui existent lorsqu'une usagère est seule femme dans un groupe (cas de Mélodie – chapitre 2). En même temps, dans les derniers temps où je fréquentais la structure, il me semble que « les groupes de femmes » (3 usagères sur 3 ou plus) étaient ceux les plus craints par les professionnels.

Pourquoi ? Il semblerait que, de la même manière que dans l'analyse différentielle des crimes adolescents d'un jeune homme et d'une bande de jeunes filles (Vuattoux, 2014b), la dangerosité des femmes n'arrive à être envisagée que lorsqu'elles agissent en collectif, et qu'elles s'entretiennent dans « l'irrationalité d'une violence sans objet légitime et sans proportion » construite médiatiquement (*ibid.* : §14). La rumeur étant la base de la circulation médiatique, on peut supposer que lorsqu'arrive un contingent d'usagères, elles risquent davantage de sortir des stéréotypes de femme-victime ou de fille-prodiges qu'on leur attribue habituellement. Le spectre de l'émulation séductrice ou de la violence des femmes entre elles, à la suite de quelques groupes passés, semble toujours présent à Méta. Plusieurs femmes qui se partagent la scène – c'est prendre le risque d'éclats de voix et de différends dramatiques dès les premières semaines dans le centre.

Néanmoins, lorsque les femmes présentes dans un groupe sont minoritaires, elles bénéficient pour la plupart d'un meilleur traitement que leurs camarades masculins. Sensible à l'interrogation que se forge Kathia Barbier dans sa thèse, sur l'existence possible « d'une forme de double peine » pour les infractrices d'ILS – à savoir une « condamnation pour le délit commis mais aussi pour le non-respect des rôles sexués attendus – condamnation pénale et morale » (*thèse citée* : 37), c'est l'inverse qui se produit pour les usagères de drogues qui choisissent de s'engager dans un parcours de soins en CTR. Le contexte change radicalement la représentation qu'on a de ces femmes. Le jugement social que suscite une femme en parcours de soins est au contraire, j'irai jusqu'à dire, une peine allégée : car une femme qui souhaite s'identifier avant tout à la catégorie de « malade », et/ou qui a besoin d'accompagnement pour sortir de l'emprise que constitue l'addiction, correspond aux attentes forgées sur l'identité sociale passive ou à secourir du dit sexe faible. Quand bien même elles

répondent de leur propre volonté à l'impératif contemporain de l'activation⁵⁵ des populations marginales (Astier, 2007 ; Perriard, 2017). Dans les représentations sociales qui transparaissent à travers celles des professionnels, une usagère qui se soigne offre l'image morale d'une personne sortant de la délinquance – elle n'est plus (si c'était son cas) une infractrice à la loi qui consomme des substances illicites. Elle rétablit en outre une identité morale de femme respectant les rôles sexuels attendus – dans la manière dont elle accepte de se plier au contrôle social accru des femmes dans les sphères de la santé et du social. On attend les femmes dans le médico-social, et non dans le milieu pénal. Alors qu'en miroir, on traite les usagers-hommes dans le médico-social un peu comme s'ils étaient dans le pénal – sur un modèle d'institution (quasi-)totale sur lequel on a précédemment débattu. De la même manière que dans les services judiciaires rattachés à la PJJ observés par Arthur Vuattoux (2014a), une division genrée s'effectue dans les représentations des usagers. Le besoin de protection et d'accompagnement des usagères est un soulagement, pour les professionnels qui en viennent souvent à effacer la violence de leurs attitudes ou de leurs actes passés, tellement cette violence paraît hors-cadre, dans un impensable érigé en tabou social (Cardi, Pruvost, 2008 ; Vuattoux, 2014b). L'usagère de drogues correspond par ailleurs parfaitement à l'idée d'une violence caractérisée par l'auto-agressivité plutôt que par l'agression faite à autrui, de par les images médiatiquement relayées, ainsi que par les études qui mettent en lien chez les femmes la consommation de substances et les violences subies, ou encore l'exposition à des rapports sexuels non consentis ou protégés (OFDT, 2017).

Ce qui ne veut pas dire qu'on ne cherche pas à les reconstruire elles aussi – en tant que « femmes », c'est-à-dire en réhaussant le calibre concernant les normes de genre socialement attendues. Le constat qui se dégage de l'opinion ou du regard professionnel porté sur elles, c'est que les femmes qui sont dans la drogue ont globalement été démisées de leurs caractéristiques sexuées. Elles sont devenues des hommes, si elles étaient du côté du trafic ; en témoigne l'image courante de « bonhomme » et la masculinisation qui est souvent donnée des femmes trafiquantes-revendeuses lorsqu'on reconnaît leur existence (Barbier, 2016 : 112). Et elles sont déchues symboliquement en tant qu'êtres genrés féminins, et donc potentiels objets du désir masculin, si elles se sont « avachies » dans la drogue, si elles ont perdu toute décence, toute attention à leur corps. Les premières rencontres avec des femmes toxicomanes à peine arrivées en sevrage ou de sevrage, de la part des professionnels, font systématiquement état de leur physique, dégradé et réduit à néant par les effets de la dépendance. On reconnaît les héroïnomanes à leur pâleur et maigreur, les alcooliques pouvant être également soit très maigres, soit de morphologie inverse, déformées par l'accointance infinie avec la bouteille – il en va d'ailleurs de même pour les hommes, sans que cette apparence physique soit toujours explicitement évoquée. Si l'équipe dépeint également physiquement les hommes, en les dégradant souvent on l'a vu à l'état d'animaux, les femmes ne sont généralement même pas comparées à des animaux – elles sont souvent réduites au dégoût, à une description infrahumaine de chose, de poubelle ou de déchet toxicomane.

La reconstruction de soi, sans l'emprise du produit, est donc à la fois une reconquête psychique et physique pour la plupart de ces femmes, et il me semble que le fait de retrouver de « l'estime de soi » communément proposé aux usagers prend chez elles les contours d'une

⁵⁵ Nous développerons cette notion dans le chapitre suivant, via les travaux d'Isabelle Astier. Mais au préalable, « on peut définir l'*activation* comme une politique publique à haut seuil pour le traitement de l'exclusion, car l'accès au système est limité par l'énoncé de devoirs, d'incitations et de contrôles (c'était déjà le cas des modes de prise en charge des toxicomanes dans les années 1970-1980). » (Trépos, 2003 : 102)

revalorisation qui touche plus essentiellement à leur être-femme. Cela rejoint les analyses de Pascal Marchand (2011) qu'on citera de nouveau plus en aval sur les télé-réalités, et notamment celles visant un *makeover*. L'auteur remarque que « les motivations des hommes et des femmes ne sont pas présentées de la même façon dans les émissions : les motivations des hommes sont plus "fonctionnelles" ("réparer les pannes dans le corps et l'esprit"), celles des femmes plus "émotionnelles et esthétiques". On répare les hommes ; on transforme les femmes » (Marchand, 2011 : 305). On le voit par exemple dans cet extrait d'atelier Interaction, où les usagers étaient invités à faire le portrait de leur voisin ou leur voisine. Sue Riz choisit alors Sou Ici, une de ses coéquipières dans le groupe d'appro, et la présente ainsi :

Sue Riz – [parlant de Sou] C'est une battante. [...] Pour moi, Sou, *c'est pas un bonhomme, c'est une femme. Une mère, une sœur*. Elle questionne, elle est créative, elle écrit, elle a de l'amour à revendre... elle est extrêmement bienveillante, *elle a quelque chose-là, j'allais dire timidité mais c'est pas ça, c'est plus intime* [située à côté d'elle, je lui suggère le mot] *oui, de la pudeur...c'est une guerrière*.

Cdt 2 – Métanoïa – 16/09

La valorisation discursive que fait Sue de sa camarade lui permet de se rattacher de nouveau avec toutes les étapes attendues de l'identité féminine (femme, sœur, mère). Elle la caractérise aussi bien par des attributs typiquement attribués au genre féminin (la créativité, la bienveillance, la pudeur – que Sou performe effectivement à plein temps au sein du centre), mais également par des attributs typiques de *l'empowerment*, qu'il soit dans une perspective féministe ou de *recovery* (une battante, une guerrière). On a vu à d'autres moments les éloges que les professionnels font du parcours de cette femme – qui en veut toujours plus dans son apprentissage et dans son parcours de développement spirituel et personnel. Par scrupule d'honnêteté intellectuelle, je m'interroge simplement sur le fait d'imaginer ce qu'il en serait si l'usagère avait été addict au crack ou à l'alcool, et pas aux médicaments opiacés... Est-ce une différence de comportement, une différence de jugement moral (selon le produit par lequel l'usagère est concernée), ou une différence de classe, qui préside au traitement différentiel des usagères en CTR ?

Je n'ai pas beaucoup d'éléments pour répondre à cette interrogation. Je dirai simplement que la perspective « imbricationniste » de Jules Falquet (2015, 2016) me paraissait toujours la plus convaincante, pour analyser les différences de traitement que pouvaient subir par exemple Lolo, héroïnomane d'une région ouvrière de l'est de la France qui voulait devenir maman mais pleurait parce qu'elle avait peur d'accoucher d'un « bébé-métha » ; Jessica, qui était infirmière aux urgences, polytoxicomane, et sœur de Polytechnicien ; ou Nadège, forte tête, à l'AAH et racisée. Par ailleurs, c'est surtout eu égard à la perspective de la sortie que les socialisations antérieures et le genre semblent les plus discriminants. La projection faite par les professionnels pour l'usager sur la perspective d'un emploi est un modèle théorique qui se confronte dans la réalité à une approche marquée par les enjeux de genre : ce qui importe pour un usager-homme, c'est qu'il retrouve du travail ; pour une femme (et je pense notamment à la manière dont l'équipe parlait de Lolo, ci-dessus), c'est qu'elle « *s'épanouisse* » en tant que femme, que ce soit par le travail, mais aussi peut-être par la projection possible dans la maternité. On veut juste qu'elles reconstruisent leur vie sans trop entacher l'image heureuse qui est faite de la femme (il ne faut pas qu'elles soient dans la séduction et la manipulation, il ne faut pas qu'elles se négligent trop). La recherche d'un emploi devient possiblement accessoire. Comme l'écrivait Jean-Claude Kaufmann, le modèle d'invention de soi (une

individuation personnelle créée de manière autonome) n'est pas à la portée de tous et toutes ; aux marges de la société, l'on recherche au contraire à rester inscrit dans « l'humanité établie », à « être comme tout le monde » (Masclat *et al.*, 2020), en payant pour s'y maintenir le prix d'une subordination aux socialisations traditionnelles, notamment en matière de genre :

Avec une division radicale des identités de genre, qui se crispent sur les marquages anciens. « Un rôle sexuel, pour celui qui le tient, c'est à la fois un domaine d'appropriation réservé, et une identité légitime reconnue. Si les groupes socialement dominés tiennent fortement à ces repères, c'est d'abord parce que leurs membres y trouvent un accès sans équivalent à la maîtrise d'un espace et à la projection dans une image de soi. » [Schwartz, 1990, p. 206⁵⁶]. Si l'homme est socialisé prioritairement par le travail [...] – *la femme l'est essentiellement par la vie de famille (tenue du logement, aspiration précoce au mariage et à la procréation)*. (Kaufmann, 2004 : 260)

Néanmoins, par rapport aux hommes – car c'est de cela dont il est question ici – comme dans certains secteurs particuliers de la précarité, il semblerait que ces femmes pouvaient bénéficier de certains avantages sociaux (Besozzi, 2020). En situation de minorité au sein de la structure, les professionnels avaient tendance à privilégier la version d'une usagère dans le cadre d'une altercation à celle d'un usager. Également dans les cas où une consommation venait à être « parlée » (dénonciation d'un usager par un autre usager), l'équipe du CTR avait (généralement) tendance à moins mettre en doute la parole d'une jeune femme, qu'ils présupposaient vulnérable, à celle d'un homme soupçonné d'accusation fallacieuse pour se couvrir. Dans certains cas extrêmes, on tolérait la manipulation psychologique et le leadership d'une usagère sur le collectif, plutôt que celle d'un homme dans un groupe potentiellement affectable. Un exemple assez conséquent de ce particularisme s'est joué au TCHAT, lorsque Nadège méprisait ouvertement, voire allait jusqu'à l'intimidation et la persécution de Lucas, un usager psychiquement instable arrivé depuis peu :

Altercation entre Nadège et Lucas, à la suite d'un moment où Nadège refusait ouvertement de communiquer avec lui. Lucas a eu l'impression que l'équipe a laissé cet épisode en suspens. C'est Romane, jeune éducatrice contractuelle (prise après stage, en CDD et sur les remplacements de poste), qui en parle dans le bureau à Emeric (ES) :

Romane – Quelque part, *on reprend Lucas par rapport à son téléphone, mais on reprend pas Nadège*, alors que là, elle est très méprisante avec lui... Je trouve ça embêtant, parce que lui il remet tout en question maintenant... Déjà il a des problèmes psys, et il est un petit peu parano... ça augmente...

Emeric – [*assez indifférent*] Comment on peut faire selon toi ?

Romane – Je sais pas... Parce qu'elle a déjà été revue par Grégory [qui est son référent] – et aussi, par Daniel [chef de service]. Mais hier, les collègues, elles disaient...qu'on attendait trop [pour la reprendre]. Après, c'est difficile, quand le chef de service est passé dessus, de revenir encore dessus...

Emeric – Moi ce que je trouve difficile aussi, c'est que comme Lucas a un profil de persécution...

Romane – Non mais, il y a des faits aussi... Si on te dit pas bonjour, si on te méprise tout le temps... Après, pendant la médiation animale, quand il me dit « Oui, elle se moque de moi, elle me regarde de travers » et tout, ça je vais pas forcément le noter, mais...

Emeric – Oui, je vois...

Romane [...] – Moi je voudrais surtout que ça vienne pas entacher son soin... Parce qu'il craint ça. [...] C'était sensé ce qu'il disait... Je pense qu'il faut être vigilants... Je trouve

⁵⁶ Kaufmann cite ici O. Schwartz, *Le Monde privé des ouvriers, hommes et femmes du nord*, Paris, PUF, 1990.

que *les autres patients se sont beaucoup adaptés à Nadège*... Nous c'est notre travail de nous adapter... Mais les patients, c'est pas évident qu'ils s'adaptent à elle... *C'est pas normal en tous cas qu'elle en fasse son souffre-douleur.*

Emeric – Pour toi c'est ça ? Elle en fait un objet de jouissance, et prend plaisir à le faire souffrir ?

Romane – Je...sais pas si c'est réfléchi, mais *on voyait bien qu'elle s'en prenait à lui personnellement*... Après, moi j'essaye d'analyser la chose comme je peux, et j'essaye juste de faire en sorte que Lucas il se sente bien dans le groupe... Je sais pas ce que t'en penses...

Emeric – Bah non... t'as bien résumé, après, faut voir les collègues... *Faut voir, matériellement, comment mettre une forme d'avertissement, quoi*...

Romane – C'est ce que disaient les collègues... mais après, c'est là où Daniel n'était pas content – parce que Melvin aurait dû lui faire un mail, si le comportement de Nadège appelait un avertissement.

Cdt 1 – TCHAT –13/05/22

L'exemple nous semble mériter d'être relevé, car il se joue ici entre les usagers l'exact opposé des normes de genre auxquelles on s'attendrait : Lucas devient peu à peu « le souffre-douleur » de Nadège, dans un collectif où les autres hommes « se sont beaucoup adaptés » à ses manières de faire, et cela n'est au départ pas remarqué – pour la même raison pour laquelle on évoquait précédemment que la violence des femmes subit un processus d'invisibilisation et d'hypervisibilité (Cardi, Pruvost, 2008). Pour nous il est clair également que Lucas ne mérite pas d'être aidé selon les professionnels hommes, car il déroge implicitement aux normes du genre masculin – ce qui est écarté derrière la psychopathologisation (il a « un profil de persécution »). Lucas est en effet un garçon timide, apeuré, à la voix fluette et mauvais en sport. Il paraît souvent désarmé et incapable de se repérer sans l'aide ou le regard d'un professionnel, qui, le méprisant, accélèrent de fait un processus de repli et de prostration de ce même résident. Alors que Nadège, tout en dérogeant aux normes de genre féminines (c'est « une toxicomane » ; comprendre : donc pas vraiment une femme), permet de garantir l'ordre au sein du collectif masculin, avec ses manières brutales et les caprices auxquels doivent répondre ses camarades, vassalisés. Il est donc assez compréhensible pour nous que les seules à s'en alerter soient les jeunes professionnelles de la structure – alertes au fait que Nadège doive être « recadrée », par rapport à la violence qu'elle fait subir, et que Lucas puisse être au contraire rassuré. Cela rejoint les analyses de K. Barbier sur le contraste sexué des acteurs pénaux dans la manière de penser les liens entre les femmes et la violence : les hommes « tendent à les présenter comme des victimes contraintes à commettre des délits [...] et ce faisant, à les déresponsabiliser » ; les femmes elles, « n'en parlent jamais comme des victimes mais bien comme des personnes responsables de leurs actes », tout en condamnant moralement certains comportements, avec une attitude qui « laisse entrevoir à la fois un certain familialisme et des représentations stéréotypées des normes de genre » (Barbier, 2016 : 428-429).

À Métanoïa aussi, les professionnels soutiennent les normes de genre féminin lorsque celles-ci leur permettent d'accroître la participation des membres du collectif, dans un jeu d'émulation et de concurrence sexuée (pour attirer les membres de l'autre sexe). Par contre, ils s'en défendent et les trouvent répréhensibles lorsque les usagères en font « trop », lorsqu'elles « sont dans la séduction » en permanence, ou qu'elles abusent des qualifications imagées de faiblesse et de vulnérabilité, par exemple lorsqu'elles « font l'enfant » ou qu'elles se plaignent continuellement. En fait – le nœud se situe là – les usagères sont invitées à reconstituer, dans le CTR, le stock des normes qui les assigne au genre féminin. Mais si les professionnels se

rendent compte qu'elles les utilisent de manière à contourner ou à manipuler le règlement en leur faveur, les avantages qu'elles avaient pour leur cause se retournent violemment contre elles - elles sont réessentialisées dans des qualificatifs typiques de la psychopathologisation faite aux femmes : l'hystérie.

Dans le bocal (bureau ES), ça discute de Lolo, qu'Assia (ME) trouve un peu instable.

Assia – Elle est comme un Orangina®, tu vois : lorsque *ça explose de tous côtés...* À la réaction d'une émotion quelconque, elle va pleurer ! Avant qu'elle arrive, les collègues ils étaient très inquiets, ils disaient comment elle va faire, c'est la seule femme... Moi je leur ai dit :

« Non, comment *ils vont faire eux...pour la supporter !* »

Nicolas (employé, ex-dépendant) – Elle arrive à ce qu'elle veut, *elle veut être le centre de l'attention...*

Cdt 2 – Métanoïa – 05/10/21

Il me semble intéressant d'évaluer le biais de discrimination (« positive » ou « négative ») que peuvent vivre les usagères, selon le profil social des soignants : ici, pour Assia, jeune femme élégante en intérim, Lolo se comporte comme « une toxicomane », c'est-à-dire qu'elle constitue une entorse à sa conception de la féminité, du maintien et de la pudeur qui devraient lui être caractéristique. En lien avec l'extrait précédent, il est intrigant de constater que ce sont souvent les professionnelles femmes qui se permettent de juger ou de critiquer le caractère autoritaire, égocentrique ou débordant de certaines résidentes. Nicolas, qui travaille dans la structure comme employé dédié aux tâches de manutention, la désigne lui par une caractérisation histrionique qui corrobore le jugement négatif d'Assia à son égard. Lolo « déborde », elle veut attirer les regards sur elle, on juge ses pleurs et ses discours insupportables, en l'essentialisant sur le registre de l'excès (« ça explose de tous côtés »).

Ce même profilage est fait de Sue Riz, évoquée plus tôt. Sue est une femme d'une cinquantaine d'années. « Alcoolodépendante », comme elle se définit, elle n'en est pas à sa première postcure, mais s'étant trouvée bien accueillie à Métanoïa, elle y est revenue à la rentrée pour un séjour d'approfondissement. Célibataire, elle est très proche de l'une de ses sœurs, et d'un neveu – dont elle dit s'occuper comme une seconde mère. Très sensible, et dotée d'une importante capacité réflexive, elle est extrêmement prolixe, lorsqu'elle s'adresse à autrui – ce qui fait que j'ai eu moi-même du mal à quitter le centre, un jour où elle s'était lancée dans une conversation avec moi, qu'elle avait beaucoup de mal à accepter de terminer. C'est sans doute parce que je restai marquée, par cet échange en groupe de parole, que je tiens à restituer les propos suivants – au-delà des dilemmes moraux dans lesquels il me semblait que se retrouvait Sue, et dans lesquels je m'identifiais par empathie avec cette femme, ils rendent compte finement de la responsabilisation spécifique qui est imposée aux usagères, par rapport à leurs émotions :

[*Les appros viennent au groupe de parole psy ; déjà présente dans la salle, je décide de rester avec eux.*]

Ludovic – [...] Est-ce que vous avez des attentes par rapport à votre groupe ?

Guibole – J'avais juste envie de découvrir de nouvelles personnes de nouveaux parcours...

Après, comme attentes, je sais pas trop - qu'on se *fighte* pas, bien sûr [anglicisme : « qu'on ne se dispute pas »], mais vu le profil du groupe, ça m'a pas l'air d'être le cas...

Sou Ici – Pareil, j'ai pas d'attentes particulières, je pense que de la bienveillance, il y en a, et ça devrait continuer, sur les deux semaines et demi qui nous restent...

P. B. [*cherche ses mots*] – Non, oui, qu'il y ait des débats... [...]

Sue [*ba fouille, parle très vite*] – Moi je pense être en osmose avec...le groupe. Je connais juste un peu moins Guibole, mais ça m'a fait penser à mon neveu, de le rencontrer, mes questionnements sur le milieu LGBT, tout ça... [...] *Moi c'est pas une attente, c'est une crainte que j'ai... C'est d'être envahissante, par le débordement de mes émotions...*

Guibole – Je crois que c'est normal... on peut trouver des trucs, juste ; P.B. parlait tout à l'heure de *mettre un téléphone ou quoi* [un chronomètre, pour mesurer le temps de parole].

Ludovic – [à Sue] Si vous deviez transformer ce que vous dites en demande, qu'est-ce que vous diriez ?

Sue – Bah, connaissant mes modalités, ça serait *qu'on me mette un stop tout de suite*...enfin non, pas tout de suite tout de suite, mais...

Ludovic – « Arrêtez-moi quand je déborde »...

Les autres, est-ce que vous êtes d'accord pour prendre cette responsabilité-là ?

P.B. – Bah...oui...mais la couper dans ses idées, alors qu'il y a plein d'émotions en jeu...c'est dur... je sais pas si moi, personnellement, je me sens capable de faire ça...

[...] Ludovic – *C'est pour ça que j'incite à ce qu'il y ait une vraie demande*, parce que là vous ne vous sentez pas forcément de répondre à tout type de demande, selon la manière dont c'est formulé.

Sue – Non, mais...*j'attends juste de vous que vous m'arrêtiez quoi, quand c'est trop... Je vous demande pas de me canaliser ou quoi...mais de me dire, à temps...*

Guibole – *C'est compliqué, de donner la responsabilité aux autres...*

Sue – *C'est pas une responsabilité immense, je vous demande pas de gérer ma temporalité et ma frustration... [elle est de plus en plus émue, a la voix qui tremble]*

Guibole – Oui, parce que sinon, il y aussi les éducateurs pour ça...

P.B. [*à moitié entre la gêne et la colère*] – Ou pas...

Guibole – Oui, mais parce que sinon, c'est aussi trop difficile pour nous. *Il y a quelque chose que tu dois aussi prendre en charge. Idéalement, faudrait que parfois tu puisses ne pas faire la demande...*

Sue [*en pleurs*] – *Il faut que j'arrive à trouver des outils quoi...et je les ai pas...*

Sou Ici – Ludovic, si vous me permettez, moi dans mon groupe, les ateliers ils duraient pas 2h mais 3h, parce que Bob qui était avec moi, il prenait beaucoup de temps... Mais tu vas y arriver Sue, t'as trois semaines, on a le temps...

Cdt 2 – Métanoïa – 15/09/21

Ce « débordement », qui conjugue l'émotivité avec un flux verbal intarissable, n'est pas typiquement féminin – mais il est beaucoup plus facilement psychopathologisé lorsque c'est une femme qui s'en fait l'incarnation. Nous avons pu voir d'autres patients, qui parlaient « trop », et « saoulaient » aussi bien résidents que professionnels. Mais cela n'arriverait jamais qu'un usager masculin prenne la parole dans le collectif, pour dire qu'il a la « crainte » d'être trop « envahissant », « par le débordement de [ses] émotions ». Sue Riz a déjà intériorisé que son trop-plein émotionnel est une offense aux normes sociales, qui veulent que chacun affiche un visage empreint d'une certaine cohérence émotive, mais sans envahir le territoire de l'autre par ses ressentis. Elle sait qu'elle parle trop, eu égard aux normes du groupe qui voudraient que le temps de parole soit équitablement partagé entre les différents membres. Elle essaie ici de faire un rite de réparation, mais se retrouve piégée par la demande du psychologue, qui veut qu'elle transforme son remords ou sa crainte, en demande explicite. Accusée parce qu'elle s'excuse, tout en « occupant » encore le temps et l'espace du collectif, on la place donc subjectivement dans une demande impossible, où elle doit demander à autrui de l'arrêter, quand elle « déborde » ; ce qui lui enlève toute la capacité d'agir qu'elle montre ici avoir, de

par son intervention. Elle est brutalement renvoyée à sa responsabilité (« [se] canaliser », « prendre en charge » la frustration qu'elle peut ressentir, « ne pas *faire la demande* » aux autres de la résoudre) aussi bien par Guibole, que par le psychologue, qui met des limites et décidera le moment venu de changer de sujet.

J'argumenterais dans le sens de Vuattoux sur le marquage d'un contraste sexué dans les manières d'appréhender les réactions des « protégés » (ou « *protégées* ») de l'institution. Les résidents, même s'ils sont renvoyés à leurs blessures psychiques, doivent surmonter leur passé – et ils ont surtout besoin du cadre institutionnel pour un bon « rappel à l'ordre » voire « une répression » (Vuattoux, 2014a : 61). En regard, les femmes seront constamment ramenées aux « difficultés intimes ou "intérieures" de leur parcours – sur leurs "blessures intimes", leur "intériorité" ou autres éléments renvoyant à une difficulté psychique supposée » (*ibid.* : 58). En revanche, je ne crois pas qu'elles soient pour autant moins responsabilisées que les hommes ; la responsabilisation et l'autocontrôle qui doit être exercé par les femmes porte essentiellement sur leurs émotions, et la gestion de leurs « débordements ». On pourrait même dire que le contrôle de la souffrance et des émotions que les femmes doivent ressentir par rapport à celle-ci constitue l'un des schémas préférentiels de gestion de la déviance émotionnelle (Vozari, 2021 ; Lancelevée, Vozari, 2023). Les femmes sont en outre *sur-responsabilisées*, si elles se présentent dotées d'une certaine fonction sociale : c'est-à-dire lorsqu'elles sont mères, comme on va le voir.

D/ 2) Le cas des usagères-mères

On a pas du tout la même place, et on ne vient pas considérée de la même façon, ainsi, lorsqu'on est une femme usagère en CTR. À un premier niveau, on pourrait globalement dire que le traitement différentiel en fonction du sexe participe à créer des conditions favorables pour les usagères, ce qui déconstruit singulièrement la vision classique des discriminations et des inégalités sociales généralement vécues par les femmes. Mais, en l'occurrence, dans le milieu de l'addictologie, cela s'inverse de nouveau en ajoutant une certaine variable : à savoir, si l'usagère en question est aussi *une mère*. On peut avoir de nombreux avantages à être une femme usagère, si l'on n'est perçue qu'en tant qu'individu – une femme avec sa trajectoire biographique et sociale faite d'erreurs de parcours, d'efforts et de résilience. Mais si l'on vient appréhendée en tant que mère, alors on est susceptible de beaucoup plus de jugements et de discriminations.

Ce constat est confirmé par de nombreuses autres chercheuses : Kathia Barbier confirme que

Le risque de jugement négatif se décuplerait d'ailleurs dès l'instant où les femmes sont mères : « la toxicomanie de la mère [étant] identifiée comme un facteur de danger pour l'enfant », la figure des femmes usagères est souvent reliée à celle de la mauvaise mère, mais aussi à celle de la mauvaise - potentielle - femme enceinte et future mère qui transmet sa dépendance au futur nourrisson et dont la toxicomanie est considérée comme source d'une éventuelle négligence ou maltraitance de ce dernier (Simmat-Durand, 2007). (Barbier, 2016 : 37)

Il me semble que ce constat partagé, qui confirme le fait qu'une femme sera mieux traitée en addictologie qu'un homme, mais qu'elle se verra sans doute moins bien traité que les autres femmes (et même parfois que les hommes) si elle est mère, permet de comprendre les hypothèses contradictoires qui existent sur le traitement des femmes – au sein du système judiciaire et pénal, mais également dans le secteur socio-sanitaire. La vieille hypothèse du

« traitement préférentiel » résultant des représentations de genre, qui privilégieraient les femmes aux yeux des juges (hypothèse initialement citée par Pollack [1950]⁵⁷) est toujours mobilisable dans certains secteurs. En CTR, il est potentiellement vrai que les usagères soient perçues « comme « des êtres psychologiquement fragiles » qu'il faut protéger, ménager et donc éloigner de la répression pénale » (Barbier, 2016 : 21). Mais lorsqu'elles ne sont plus seules – lorsqu'elles doivent, elles aussi « porter pour deux » (différemment de ce que disait l'usager Brice, de la responsabilité de « l'homme ») – l'impératif de protection échoit désormais au nouvel individu, l'enfant à naître, et les représentations qui pèsent sur la mère deviennent beaucoup plus lourdes, en tant qu'elle est considérée éminemment responsable de la naissance de cet enfant (Boulet, 2018 ; Vozari, 2015).

L'étude d'autres sociétés nous permet de nous rappeler que nos conduites sociales entourant la naissance d'un individu prennent la forme de recommandations, voire de décisions de justice concernant l'usage de certaines substances chez la mère – dont on craint l'action sur le fœtus. Dans toutes les cultures – sans qu'il s'agisse de remettre en cause les données scientifiques confirmant les risques sanitaires transmis à l'enfant – l'unité mère-fœtus et la perméabilité du corps de l'une à l'autre, ont une incidence forte sur les représentations sociale, et la responsabilisation accrue des mères en Occident (Purdy, 1990 ; Boyd, 2004).

En regard de la métaphore de l'arc et du panier, évoquée pour l'initiation masculine, il semblerait que la différence qui se fait entre les hommes et les femmes dans nos sociétés, à partir de l'exemple du CTR, concerne l'extension de leur responsabilité sociale. On attend, comme dans les sociétés archaïques, toujours potentiellement des hommes qu'ils deviennent des chasseurs et des travailleurs-producteurs de la société avancée. Pour les femmes, la seule responsabilité qu'on leur demande réellement d'assumer reste celle de faire des enfants – et c'est à l'endroit du manquement à cette responsabilité qu'on les juge plus durement. La majeure partie des études qui traitent des femmes dépendantes garde la focale sur la question de la famille – et notamment des risques potentiels que seraient en mesure de transmettre ces femmes, perçues uniquement dans leur fonction reproductrice (Simmat-Durand, 2007 : 314). Le traitement différentiel des hommes et des femmes se mesure à l'aune des possibilités sociales qu'on leur propose. Dans une société où on cherche à réhabiliter les addicts, on espère quand même sauver quelques hommes (*producteurs-consommateurs*) du lot. On a beaucoup moins intérêt à sauver des femmes consommatrices-*reproductrices*, il vaut mieux qu'elles restent à une place de victime, ou qu'elles poursuivent leur parcours et puissent se reconstruire en tant que travailleuses-productrices et non en tant que mères. Malgré le fait reconnu que la grossesse est souvent représentative d'une période d'amélioration, où les usagères réduisent parfois drastiquement leur consommation (Hecksher, 2007), on préfère surtout qu'elles *s'abstiennent de procréer* : « de multiples pressions du milieu familial mais également médical peuvent s'exercer pour que la femme renonce à sa grossesse [...] La maîtrise de la fécondité est également une norme commune dans le milieu médical et le comportement de la femme toxicomane qui ne se protège pas d'une grossesse non désirée est globalement jugé irrationnel. » (*ibid.* : 322). Leur responsabilisation est ainsi différente de celle des hommes – et globalement orientée vers un choix préférentiel qui concerne leur statut de reproductrice (devant arrêter son addiction) ou non-reproductrice (devant maîtriser sa fécondité).

Au-delà de la naissance d'un enfant, c'est tout au long de son existence qu'une femme se verra jugée, et qu'un contrôle social sera porté sur son rôle de mère, et sa capacité à le tenir. Pour certaines, comme Jessica, mère avec deux enfants à charge, la consommation pour « tenir

⁵⁷ *The Criminality of women*, Otto Pollak, Print Book, 1950 – cite par Barbier, 2016

le coup » au travail finit par la discréditer dans son rôle de mère, qui n'arrive plus à « joindre les deux bouts » et qui « se décharge » de ses enfants selon l'équipe⁵⁸. Mais si la « conciliation travail-famille » rend les jugements moraux moins sévères sur ce point à son égard (on la critique plus pour sa manière de vouloir rester dans son rôle d'infirmière au sein du CTR, plutôt que sur ses défaillances à la fonction maternelle), on est beaucoup plus sévère envers les femmes qui ne travaillent pas – et qui en plus voudraient des enfants – comme Lolo. L'ensemble des représentations pesant sur les usagères qui sont par ailleurs mères témoigne d'une participation de l'institution CTR « à la (re)production de l'ordre sexué établi », comme le fait le système pénal (Barbier, 2016 : 22), et à leur stigmatisation de femmes enfreignant les normes de genre. La situation états-unienne donne un aperçu de la « panique morale » qui se trouve déportée sur la responsabilité des mères, plutôt que sur les conditions qui les ont réduites à cet état : « Toute femme qui n'adhère pas à ces valeurs est considérée comme une menace pour la société. Si les mères célibataires ont été accusées d'assécher les ressources sociales, les mères usagères de drogues ont, elles, été considérées une fois de plus comme des destructrices de la morale, de la famille, de la société car leur drogue était forcément plus forte que leur instinct maternel » (Boyd, 2004 : 164).

Le statut à part des mères contribue à corroborer certaines analyses, qui dépassent en quelque sorte la question du traitement différentiel sous la seule perspective du genre, de l'origine ethnique ou de la classe sociale d'appartenance. Anne Perriard montre dans son article comment les catégories de personnes dépendantes de l'assistance sociale en Suisse sont construites (dans un contexte culturel particulier qu'on ne saurait ignorer) non « sur la binarité hommes-femmes, mais sur une conception qui distingue les mères des autres figures de l'adultéité » (Perriard, 2017 : 15). Les activités prescrites aux hommes et aux femmes situés hors de la parentalité convergent de manière assez homogène, alors que pour les mères, la période d'« emploi » de leur existence y est encore pensée avec des moments de retraits – devant se « concilier » avec leur rôle social de mère (qui leur évite pour ainsi dire la « conciliation » au quotidien qui échoue à la majorité des femmes qui sont mères). Puis, elles doivent rejoindre la cohorte des producteurs – alors qu'elles sont souvent bien plus âgées et que personne ne parle des conditions d'employabilité qui leur échoient – du fait qu'elles sont redevenues, je cite Perriard, des « adultes comme les autres » (*ibidem*). L'autrice montre comment les politiques sociales ne tiennent pas compte du coût symbolique que la « conciliation » qu'ils promeuvent – entre le fait d'être mère et d'exercer un métier – présente sur la trajectoire de ces femmes. Perriard souligne en outre que « *seules les femmes sont pensées en interdépendance avec les autres membres de leur famille en ce qui concerne l'emploi*, alors que les hommes sont d'abord considérés comme des adultes indépendants » (*ibid.* : 14).

En addictologie, ce n'est sans doute pas aussi vérifiable que dans ces politiques d'aide à l'emploi et d'assistance financière, mais je remarquerai un fait intéressant pour conclure. Les usagères sont d'abord perçues, comme les usagers masculins, comme des personnes indépendantes d'une famille d'origine (qui les a possiblement abandonnées). L'important, c'est donc de consolider ou de confirmer, *via* le parcours en CTR, cette indépendance, et de leur donner les moyens de trouver des solutions d'autonomie financière sans mettre en jeu leur corps et leur vie en jeu (s'affranchir de la prostitution, de la sexualité comme monnaie d'échange, *etc.*) Mais si elles ont un conjoint, un mari, ou un quelconque compagnon du moment (en outre des enfants qui les autorisent à constituer un nouveau foyer), elles seront automatiquement pensées en interdépendance avec cet homme, qui pourra se charger pour

⁵⁸ Cdt 2 – Métañoia – 22/05/22

elle de nombre de tâches auxquelles il n'est plus important qu'elles se consacrent. C'est de ce fait, parce que les femmes sont pensées en plus grande dépendance avec leur environnement social et familial, qu'elles disposent dans ces institutions d'un surcroît d'attentions ou de faveurs. Le traitement différentiel des usagères en CTR reproduit donc l'inégale répartition entre hommes et femmes qui s'effectue dans la prise en charge par le volet répressif ou le volet assistanciel et social de l'État : au sein de l'espace particulier de l'addictologie, alors que moins de femmes que d'hommes se voient accompagnés dans une perspective de réhabilitation psycho-sociale, elles se voient en même temps *mieux traitées et déresponsabilisées* des causes de leur addiction, mais *discriminées et mises en cause* lorsqu'elles ont pu concevoir, malgré leur « problématique », le désir d'avoir un enfant et de l'élever comme mères.

*

II. Se « rétablir », rétablir l'ordre des interactions. Le CTR comme hétérotopie de crise ?

Youri. — Non mais c'est bien, *prends ça comme un terrain d'entraînement* [...]
Je me dis, au-dehors, si à chaque fois qu'on se sent parasité, on part... comment on peut faire ?

Cdt 2 – Métanoïa – 29/09/21

Aborder ce chapitre en parlant de l'initiation nous incitait à concevoir le CTR comme un dispositif-limite, au-delà de l'institution totale à laquelle on pourrait classiquement le comparer. Le fait qu'il constitue un espace-temps *liminaire*, où peut se voir décidée la transformation d'un individu, nous a incitée à repenser la notion foucauldienne d'hétérotopie, plus adaptée selon nous à pouvoir décrire la complexité des opérations qui se déroulent dans ce lieu. La notion d'hétérotopie nous permet en outre de faire valoir la comparaison entre nos deux CTR sous un autre angle, au regard de la « synchronie » que chacun des deux centres entretient avec la culture de la société. Je rappelle le deuxième principe selon Foucault : « au cours de son histoire, une société peut faire fonctionner d'une façon très différente une hétérotopie qui existe et qui n'a pas cessé d'exister ; en effet, chaque hétérotopie a un fonctionnement précis et déterminé à l'intérieur de la société, et la même hétérotopie peut, selon la synchronie de la culture dans laquelle elle se trouve, avoir un fonctionnement ou un autre » (Foucault, [1967] 2004 : 16).

On pourrait comprendre, assez linéairement, que la société changeant, les hétérotopies institutionnelles changent nécessairement, s'adaptant à la culture sociale. Nous n'avons pas aujourd'hui la même conception des asiles qu'à l'âge classique, mais nous avons toujours des hétérotopies (que Foucault nommait « de déviation ») réservées aux marginaux et aux personnes atteintes de troubles psychiques : des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux de jour, des CMP et d'autres institutions encore. Ces institutions ont un « fonctionnement précis et déterminé », et elles sont pourtant très différentes de l'hétérotopie de déviation antérieure qu'était l'asile. Mais il nous semble important souligner les effets historiques que génère la

conjonction du premier principe des hétérotopies⁵⁹ au second. Si l'on part du postulat, comme évoqué précédemment, que les CTR constitueraient une nouvelle forme d'hétérotopie de crise, c'est le propos de tout le deuxième principe qui se trouve modifié. Une hétérotopie peut ainsi évoluer, et passer du statut d'hétérotopie de déviation à celle d'hétérotopie de crise, constituant « une hétérotopie qui existe et qui n'a pas cessé d'exister », mis à part qu'elle a pris une nouvelle fonction, et répond à de nouvelles normes culturelles. À l'opposé – et c'est ainsi qu'on pourrait analyser l'évolution du TCHAT – une hétérotopie précédemment « de crise », peut voir ses fonctions et son fonctionnement évoluer et elle peut, « selon la synchronie de la culture dans laquelle elle se trouve », se voir confier de nouveaux terrains de juridiction, de nouveaux partenariats – et commencer à fonctionner comme une hétérotopie de déviation.

Ce qui est certain, c'est que nos deux centres répondent au principe de l'hétérotopie : être un lieu à la marge, permettant des transformations ou des moments de suspension hors-société aux populations dont il a la charge (hétérotopie de crise), ou agissant sur ces sujets qui dévient par rapport à la norme (hétérotopie de déviation). Ils répondent également au troisième principe de l'hétérotopie, à savoir : « le pouvoir de juxtaposer en un seul lieu réel plusieurs espaces, plusieurs emplacements qui sont en eux-mêmes incompatibles. » - les centres se font ainsi lieu de repos et d'habitation ; lieu de purification ; lieu de mise à l'épreuve ; lieu de transgression de la règle sociale ; lieu de mise à l'épreuve, *etc.* Enfin, d'après le cinquième principe :

Les hétérotopies supposent toujours un système d'ouverture et de fermeture qui, à la fois, les isole et les rend pénétrables. En général, on n'accède pas à un emplacement hétérotopique comme dans un moulin. Ou bien on y est contraint, c'est le cas de la caserne, le cas de la prison, ou bien il faut se soumettre à des rites et à des purifications. (Foucault, 2004 : 18)

Ce dernier point permet précisément de distinguer de nouveau les hétérotopies de déviation et celles de crise ; et le cas du CTR nous paraît répondre à l'ambiguïté qui se situe à l'endroit de la volonté de se soumettre à des rites et à une purification (voir la section sur le sevrage, chapitre 1), doublée d'une injonction sociétale, voire d'une obligation juridique réelle (cas des P.E., chapitre 3).

Ce qui résorbe l'écart entre les deux modèles d'hétérotopies foucauldien, et permet dans un premier temps de parler de la notion d'hétérotopie sans trancher sur l'une ou l'autre, c'est l'idée de réintégration de l'individu. Celle-ci est directement visée par le modèle de crise, alors qu'elle est plus improbable dans celui de déviation ; reste que l'hétérotopie sert à *préparer* des hommes et des femmes, qualifiés d'impurs ou de déviants, dans des cérémonies censées leur redonner une place au sein de leur groupe social (ou à défaut, les qualifier comme marginaux, ou hors-société). On a pu traiter longuement dans cette thèse de comment se déroule cette préparation à la réintégration sociale que concrétise la « sortie » de l'addiction. Mais il nous reste à analyser comment la dimension groupale réactive des images et des fantasmes classiques, où cette préparation est l'enjeu-même d'un espace-temps artificiel, et créé pour des circonstances particulières. Je citerai ici le texte « Le groupe et la personne », de

⁵⁹ Je rappelle ce principe – évoqué en début de partie II –, grâce auquel Foucault décrit deux formes d'hétérotopies : *les hétérotopies de crise*, « c'est-à-dire qu'il y a des lieux privilégiés, ou sacrés, ou interdits, réservés aux individus qui se trouvent, par rapport à la société, et au milieu humain à l'intérieur duquel ils vivent, en état de crise », et *les hétérotopies de déviation* où l'« on place les individus dont le comportement est déviant par rapport à la moyenne ou à la norme exigée ». Selon Foucault, ces dernières (maisons de repos, cliniques psychiatriques, prisons) étaient en passe de remplacer les premières : « Mais ces hétérotopies de crise disparaissent aujourd'hui et elles sont remplacées, je crois, par des hétérotopies qu'on pourrait appeler de déviation... » ([1967] 2004 : 15)

Félix Guattari, écrit en avril 1968, qui parlait de la forme que prend l'existence de l'État *via* des processus dynamiques actifs, de production imaginaire qui fédère les individus :

Je crois qu'il ne faut pas concevoir la répression, ou l'existence de l'État, ou la bureaucratisation, comme quelque chose de passif, d'inerte ; il faudrait plutôt les comprendre de façon dynamique [...] Prenons par exemple l'université et l'armée : à l'université, on peut croire qu'il n'est question que de transmission de messages, de transmission du savoir bourgeois ; en fait, on sait qu'il se passe bien d'autres choses et que s'opère tout *un modelage des individus sur les images régulatrices et les fonctions clés de la société bourgeoise*. À l'armée [...] [il] ne s'agit donc pas d'un simple apprentissage aux techniques militaires, mais de la mise en place d'un *mécanisme de subordination à un ordre imaginaire*.

On pourrait prendre les mêmes exemples dans les sociétés dites primitives : *pour être membre à part entière du clan, il faut réunir un certain nombre de conditions ; il faut passer avec succès les cérémonies d'initiation*, c'est-à-dire de cooptation sociale par l'effusion avec, par exemple, une image totémique primordiale, et par le développement d'un sentiment d'appartenance au groupe. En fait, *derrière la représentation rationaliste que l'on peut se faire des phénomènes de groupe, dans les sociétés capitalistes subsistent toujours des mécanismes imaginaires sous-jacents de ce type*. (Guattari, 1974 : 162)

Quel modelage et quel « ordre imaginaire » se constitue donc, au sein de l'institution CTR ? De quels fantasmes le centre nourrit-il les usagers, qui lui permettent en retour d'avoir une fonction sociale déterminée, et de trouver de nouvelles recrues pour le parcours qu'il propose ? Le CTR constitue nécessairement un système explicatif de croyances, auquel les usagers peuvent se rattacher, d'autant qu'il les dote de son côté d'un outillage de techniques de soi qui permettent de ne pas se considérer marginal dans la société contemporaine, mais d'adopter ses codes au dehors, tout en se sentant appartenir à une autre catégorie sociale que celle d'*outsider*. En cela, deux dimensions semblent importantes à relever : le CTR s'appuie sur un besoin de préparation à la « vie ordinaire », et sur la facticité des prestations sociales, lorsqu'on a compris que cette vie n'est qu'un « jeu » (de représentations sociales du moins). Cela nous conduit à analyser directement le CTR à l'aide de deux *topoi* ou métaphores fantasmatisques : celle de la vie comme combat, et celle de la vie comme scène de théâtre.

Le CTR rappelle ainsi sous certains aspects un camp d'entraînement – un espace où des hommes, en service militaire ou en préparation pour des missions sur terrain, affrontent les obstacles, les dangers potentiels, et les peurs qui y sont corrélées. À l'autre extrême, cet artifice du redoublement de la vie, dans une quotidienneté qui se veut une préparation à la « vraie vie », nous rappelle curieusement notre société du spectacle⁶⁰, et la mise en abyme caractéristique de celle-ci qui s'incarne dans la télé-réalité. Nous allons considérer ces deux exemples d'hétérotopies, pour comprendre par les extrêmes ce qui définit plus vraisemblablement la nôtre.

II. A/ Le CTR comme camp d'entraînement : se préparer au dehors et à la « vie ordinaire »

Le CTR se caractérise, on l'a vu, par l'initiation conjointe d'hommes et de femmes dans un dispositif androcentré et réglé sur les normes caractéristiques de l'âge adulte. On l'a défini

⁶⁰ Je ne saurais ici que renvoyer le lecteur à l'ouvrage intemporel de Guy Debord [1967] (ou au film du même nom de 1973), dont les commentaires et les relectures n'épuisent toujours pas la cruelle lucidité.

comme un dispositif groupal de vivre-ensemble – dont l'ensemble des finalités nous apparaît au fur et à mesure de cette thèse – mais qui s'est vu présenté dans cette partie comme un collectif devant travailler à plusieurs « étapes », leur permettant d'avancer pas à pas vers ce qui serait la fin de la dépendance physiologique et psychique à un produit, et la modification conjointe de leurs comportements de dépendants. On a pu voir que la culture des centres en résidentiels, qui hérite de l'histoire des communautés thérapeutiques, vise particulièrement la prise de responsabilités des usagers, vis-à-vis de la vie communautaire mais aussi de tous les éléments d'infraction du règlement, et des perturbateurs qui risquent de « mettre en danger » le parcours thérapeutique de l'ensemble du groupe. Comme le rappelle encore Rudy Bracke, dans son chapitre sur l'organisation des CT :

Pour accentuer le climat de responsabilités, on parle dans la CT des concepts d'autonomie, de responsabilité partagée et d'engagement responsable. [...] Le concept « d'engagement responsable » s'adresse à tous les résidents dans la communauté. *Chacun est responsable de ce qu'il fait, voit et ressent. Cela comporte notamment le fait que, s'il voit un autre résident qui commet des fautes, il est obligé de réagir.* S'il ne le fait pas, il se trahit lui-même ainsi que les autres. S'il réagit, il gagnera le respect et la confiance qu'il a en lui et contribuera au processus d'évolution de tous les autres. » (Bracke, 2008 : 45)

Si la responsabilité partagée consiste – une spécificité de la CT – à ce que les résidents plus anciens prennent en charge progressivement les plannings de tâches, la gestion des équipes, et la coordination des réunions, cette même idée est transmise au sein de nos CTR, sur le plan de l'organisation, et du climat de vie. On attend des résidents qu'ils respectent la maison, et qu'ils prennent en charge une grande partie des tâches domestiques (cuisine, vaisselle, nettoyage). Mais on attend aussi qu'ils se montrent « responsables » par rapport au règlement, et qu'ils tâchent de le faire respecter à tous les membres du collectif. Les plus responsables sont aussi ceux qui rendront compte des manquements, ou du sentiment de défaillance, des plus faibles. De même, la cheffe de service de Méta déclarait que cela correspond à « aider autrui » et « [s']aider [soi]-même » que de déclarer ses soupçons lorsqu'il semble qu'un autre usager consomme ; comme le résident de la CT qui « se trahit lui-même ainsi que les autres » s'il tait cette connaissance : « il est obligé de réagir ». Cette vision morale est aux antipodes des règles tacites et de l'*omertà* qui règnent en prison. Elle participe néanmoins d'une représentation hiérarchique, où les plus forts (sur le plan moral) l'emportent sur les plus faibles, dans une mise en concurrence démocratique où les enjeux moraux et les valeurs transmises par le centre ont remplacé les déterminismes biologiques et statutaires, censés départager dans le monde ordinaire les riches et les pauvres, les forts et les faibles. Cette dimension d'une compétition où chacun se bat contre soi-même, quitte à laisser sur le bas-côté les plus faibles, est typique de nos sociétés individualistes où la « lutte des places »⁶¹, et l'idéal de la performance ont pris une part toujours plus croissante.

L'entraînement n'est pas une dimension qui ne vaut que pour les marginaux qui souhaitent réintégrer l'ordre social. C'est une notion qui est devenue une dimension à part entière de l'existence contemporaine, calquée sur la compétition et la justice instaurée par l'annonce « que le meilleur l'emporte » véhiculée par la culture démocratique sportive. La nécessité de se préparer, en continuation, pour une prochaine épreuve de la vie, reproduit à l'échelle individuelle la tension générée par le caractère égalitaire de la culture moderne, qui

⁶¹ Je renvoie ici à l'ouvrage du même nom de Vincent de Gaulejac, Frédéric Blondel et Isabel Taboada-Leonetti (*La lutte des places*, Paris, Desclée de Brouwer, 2014)

veut que tous puissent entrer en compétition avec tous : « Le cliché le souligne bien : le sport est l'école de la vie. Il faut le prendre au pied de la lettre. Le sport est l'école de la vie *parce que pour nous la vie est un combat [...] qui opère constamment des sélections*. Jouer le jeu social, c'est accepter cette rhétorique du combat » (Ehrenberg, 1991 : 39).

Le combat qu'est l'existence serait ainsi devenue mot d'ordre dans nos sociétés, et l'injonction à participer à la lutte, contre les autres mais avant tout contre soi-même, est de fait diffuse. À la racine, se trouve la même passion de dépasser et de transformer ses limites en puissance – ce que les usagers ont déjà expérimenté probablement avec l'expérience totale qu'est l'addiction (Fernandez, 2010). La mise en danger vital qu'ils ont pu frôler dans l'overdose, le sentiment d'« ordalie », sont des exemples de ce « jeu avec la mort » qui se trouve en lien direct avec le fantasme d'un dépassement des limites : « Avivé par « l'impunité » du jeu si l'usager survit, le pouvoir sur soi lorsqu'il est poussé jusqu'à la possibilité même de mettre fin à sa vie, se transforme en sentiment de toute-puissance » (Fernandez, *ibid.* : 66). La société capitaliste souhaite gommer la valence négative de la mort, tout en proposant la même illusion de l'illimité et du dépassement des possibilités humaines. Mais c'est alors l'imaginaire de la lutte qui revient, lorsque les usagers décident de renoncer à l'illusion de la toute-puissance offerte par la consommation contemporaine, et qu'ils se livrent, avec une morale plus ascétique, au fait de sortir de la drogue – ce qu'ils décrivent avant tout comme un combat intérieur, de soi à soi, que nous avons décrit en I.B/. Certains le rattacheront encore à l'idéal moderne d'authenticité exigeant une « exigence "virile", dramatique et épique, dominée par l'arrachement, l'antagonisme, le combats contre les normes de la quotidienneté » (Lipovetsky, 2021 : 83). D'autres, comme Lipovetsky lui-même, diront que cet idéal est désormais caduc, remplacé par la perspective plus récente qui « consiste à trouver la voie de la santé émotionnelle et de l'épanouissement subjectif en apprenant à "s'aimer soi-même" », dans une éthique désormais « déshéroïsée » (*ibidem*). C'est possible. En tous les cas, s'aimer soi-même est mis en scène comme un effort, un combat épique, dans une époque où l'authenticité est imposée comme la valeur suprême même à ceux qui n'ont rien à envier, ou à faire fructifier.

Autre dimension importante dans l'entraînement reçu en CTR, c'est le rôle constitué par les « initiateurs ». Qu'ils soient professionnels ou usagers plus âgés, on s'intéressera ici à une symbolique plus hiérarchique de cette initiation, en décrivant comment certaines figures masculines acquièrent une importance symbolique associée à leurs fonctions d'éducateurs et de guides, au-delà de la figure d'autorité qu'ils incarnent souvent (cf. I.C/2). Les *éducateurs sportifs*, Hugo au TCHAT, Albin à Méta, et Oussama à la CT, ont par exemple un statut intermédiaire intéressant. On leur attribue directement certaines tâches physiques – du fait de leur catégorisation dans une classe d'individus aux qualifications « viriles » (ce qu'on ne fait pas du tout avec Charlène, qui est pourtant elle aussi éducatrice sportive) – comme de devoir « confronter » un usager « vénère » pour Oussama (c'est-à-dire l'amener à réfléchir sur ses comportements – tout en prenant le risque de *se confronter* physiquement à lui⁶²), ou de faire descendre, et au pas de course, les résidents pour une sortie, dans le cas d'Hugo. Ce dernier continue à se voir valorisé pour ces qualifications genrées – alors que je constate qu'il est plutôt proche de la retraite, et pas toujours au meilleur de la forme. Par ailleurs, dans une interaction déjà évoquée au chapitre précédent (I.A/), le chef de service M. Leprince se trouve apprécié parce qu'il se comporte impartialement, en bon arbitre⁶³. C'est cette impartialité face aux

⁶² Cdt 3 – CT Stella – 23/02/22

⁶³ Cdt 1 – TCHAT – 03/06/21. Le chef de service est spécifiquement valorisé par un résident, Mehdi parce qu'un autre usager, Jonas, n'est pas parvenu à le mettre « dans sa poche » comme les autres éducateurs.

usagers, qui garantisse qu'ils se trouvent tous, illusoirement, à égalité, dans ce jeu social de la vie comme combat (comme le décrit plus haut Ehrenberg) qui est attendue d'un cadre en CTR. Le sport y opère de manière très marquée comme dispositif imaginaire, du vivre-ensemble fair-play, *dans et par* la compétition, et malgré cette dernière :

Bilan final de Yassine, entretien avec Romain.

Romain – Là, l'idée, c'est de faire un bilan du séjour en reprenant tout dans sa globalité... Si vous deviez me parler du séjour dans sa globalité, vous me diriez quoi ?

Yassine – Je suis satisfait. C'est ce que je cherchais, en termes d'activités et d'ateliers – je cherchais un centre avec beaucoup d'activités, centré sur la connaissance de soi ; ça correspondait bien... Je dirais qu'au départ, il y avait eu quelques difficultés, un peu de mal à s'adapter au rythme... Il y a eu un regain d'énergie au cours du séjour. Parce que j'étais arrivé quand même fatigué. *Je suis content d'avoir tenu les six semaines, de pas être parti avant...*

Romain – *Vous avez pensé à partir ?*

Yassine – *...pas vraiment. Mais des fois ça me trottait dans la tête que je pouvais partir à tout moment.*

Cdt 2 – Métanoïa – 13/10/21

Malheureusement, je n'ai pas noté pas les quelques phrases qui suivaient cette réponse. Remarquons néanmoins qu'il est ici marquant de voir comment par mimétisme⁶⁴ ou par socialisation aux valeurs du lieu, Yassine se subjective comme quelqu'un qui a « tenu » le séjour, sans « être parti avant ». C'est de plus remarqué par Romain, qui ne s'attendait pas à ce que Yassine exprime un tel désir de départ ; et se trouve de fait invalidé sur le moment même, comme si l'usager n'avait pas exprimé un réel désir mais parlait en employant un imaginaire rattaché à la difficulté des épreuves que représente le CTR. Un imaginaire qui reproduit celui qu'on peut avoir du service militaire, ou de nos jours de Koh-Lanta : Je n'ai pas été faible, j'ai réussi à rester jusqu'au bout de l'aventure... Cela vient sémantisé comme une capacité personnelle de l'individu, en oubliant que le seul moment où sa permanence dans la structure a été remise en cause, c'est quand il ne respectait pas tellement les « règles du jeu » institutionnelles, au début de son séjour. En même temps, la phrase « ça me trottait dans la tête » réactive la perception d'institution quasi-totale de Méta, qui n'est pas qu'un camp d'entraînement mais aussi un lieu où l'on peut se penser enfermé, si on ne réfléchit pas au fait que la porte est ouverte de l'intérieur, et qu'on peut toujours en sortir... Le statut du verbe « *je pouvais* » est ici ambigu (puisqu'il témoigne aussi bien de la perception de Yassine de soi-même comme acteur, mais à mon sens aussi de sa perception de la situation comme « sujet » - il pouvait être expulsé, à tout moment – comme il pourrait « rechuter », potentiellement, dehors, à tout moment...).

À un niveau individuel donc, un usager doit lutter contre soi-même, lutter pour sa place dans le collectif, et lutter pour rester – pour « tenir jusqu'au bout » l'aventure que représente le CTR. Au niveau collectif également, cet imaginaire de la lutte et de la compétition sportive influe sur les pratiques existantes. Il y a de nombreuses similarités dans la vision qui peut être faite des membres d'une équipe, dans un sport collectif, et des membres de la communauté qui se retrouve en CTR : il y aura là aussi, selon les clubs, différentes manières

⁶⁴ Je me demande si Yassine ne calque pas une phrase que pourrait avoir dit Brice, dans un atelier précédent, ou entre eux. Le fait qu'il n'ait pas vraiment pensé à « partir avant », mais qu'il l'exprime à ce moment avec autant d'aplomb est en effet surprenant, de la part de cet usager discret et plutôt apeuré à l'idée de la sortie.

d'envisager le sport, et l'esprit d'équipe. Faut-il éliminer les joueurs les plus faibles, ceux qui ralentissent ou font « perdre » les autres ? Faut-il accepter tout le monde à l'inverse, être *fair-play*, laisser jouer tout le monde ? Faut-il accepter que certains trichent pour tenir le rythme ? Mais peut-on seulement tricher, ou le sport n'est-il pas la pratique qui disqualifiera tout vaincu, en dévoilant les réelles potentialités de chacun ?

De quoi nous parle le sport comme dit Ehrenberg ? (1991 : 41) – « de la mesure de nos propres capacités dans les classements irrécusables ("On ne triche pas en sport"), de l'affrontement (qui est l'"école de la vie"), du drame humain qui fait qu'un jour on peut être tout en haut et le lendemain tout en bas ("On ne s'installe pas en sport") » (*ibid.* : 42).

Cette dernière dimension aussi est importante, elle insiste sur le caractère transitoire, tant de l'identité individuelle, que de sa localisation sur l'échelle sociale : ce n'est pas parce qu'un homme a une bonne situation, un métier, une famille, qu'il ne peut pas tout perdre du jour au lendemain à cause de la drogue – les usagers le savent bien. Mais de même, ils ont besoin de croire qu'ils peuvent « remonter la pente », que comme dans une épreuve du Tour de France, ils peuvent se dépasser, et surprendre eux-mêmes, et tous ceux qui les donnaient derniers de la course.

Mais la différence foncière de la lutte engagée dans le CTR d'avec le sport – c'est qu'il n'y a pas d'idéalisation de la « victoire collective », la lutte n'est et ne peut être qu'individuelle. Contrairement à la revanche sociale qui s'effectue dans l'hooliganisme selon Ehrenberg – en ce qu'on y exalte et sublime les deux valeurs centrales au sein de la classe ouvrière, la virilité et la victoire collective – la métaphore de la vie comme combat reprend bien plus l'idéal partagé par les classes moyennes, de la victoire par mérite et effort individuel, lorsqu'on s'attache à son devoir à accomplir. Ce que relève d'emblée un des usagers de classe populaire que je rencontre à la fin de mon séjour à Métanoïa, parmi les nouveaux entrants : Pierre se définit comme ayant « fait l'armée », avant d'avoir été agent de maîtrise en maintenance et sécurité pendant vingt ans. Il dit ne pas comprendre du tout la conception du collectif véhiculée par le CTR :

Pierre – Pour moi, le groupe c'était mes trente bonhommes... On nous met en collectif, on est censés nous soutenir les uns les autres. *Mais en même temps, on nous dit, occupez-vous d'abord de vous, et vous occupez pas des autres. C'est un non-sens total.*

Cdt 2 – Métanoïa – 06/10/21

La remarque de Pierre nous permet de souligner la contradiction foncière qui existe entre l'entreprise de réhabilitation individuelle (qui se situe dans la veine de l'évolution contemporaine de la psychiatrie) que propose le CTR, et l'entreprise de disciplinarisation collective qui ressort des institutions totales. Ce qui se trouve dévolu dans certaines institutions à une division du travail, qui permet plus facilement de traiter dans le même lieu la question de l'amélioration psychique et celle du dressage comportemental, trouve dans le fantasme du CTR comme camp d'entraînement une incarnation possible. Les résidents sont « pris en charge », ils ne doivent ni s'aider ni se soutenir. Les usagers témoignent par ailleurs de l'intériorisation d'une rhétorique où le dehors est dangereux et où il faut se préparer, s'armer ou s'outiller psychiquement, pour arriver à l'affronter :

Keufan – Non mais là, notre corps il s'est sevré du produit, *mais après ça va être dehors que le truc va reprendre...*

Romain – *Le truc ?*

Keufran – *Bah, la vie quoi...* tout ce qui est difficile à aborder, les contrariétés...

Brice – ...Oui, *c'est comme nous jeter dans le grand bain...*

Romain – Oh là là, les méchants éducs' qui là, vous jettent dans le grand bain...

Brice – Non mais...vous nous avez enseigné des choses. Vous nous avez mis...des brassards ! – vous nous avez dit « il y a une bouée, vous pouvez la prendre », « ou pas »...

Romain – Bah oui, et apprendre à nager...

Yassine – [...] Et puis, il y a eu un grain de confiance en soi. *C'est peut-être qu'on peut le faire à l'extérieur..*

Cdt 2 – Métanoïa – 11/10/21

Cette question du « dehors », de comment il les parasite durant leur séjour dans le centre, et de comment il leur apparaît de plus en plus terrifiant, à mesure que la sortie du CTR se rapproche est une constante dans les divers lieux en addictologie que j'ai observé durant ces trois ans. La magnifique intervention de Keufran (« après ça va être dehors que le truc va reprendre » ; le truc, c'est-à-dire « la vie quoi... ») permet de se rappeler que pour des usagers dépendants, c'est la vie qui attend au dehors – ainsi que « tout ce qui est difficile à aborder » dans l'existence – qui apparaissent comme un danger et qui nous autorisent rétrospectivement à présenter le parcours en CTR comme un entraînement. Un entraînement à la canalisation de ses émotions, à la gestion et à la verbalisation de ses ressentis, mais aussi à pouvoir trouver d'autres manières de résoudre des problématiques de la vie quotidienne et de ses éprouvés existentiels (souffrir, aimer, travailler, être en lien, être heureux, etc.) que *via* le recours à des produits stupéfiants. Reste que « le dehors » restera teinté pour eux d'un halo d'étrangeté, ou de dangerosité, par rapport à l'espace liminaire et protégé du CTR ; comme en témoigne la métaphore de la société comme jungle, utilisée par Keufran quelques heures plus tard :

Dernier bilan entre Romain et Keufran.

Keufran – Au début j'étais beaucoup dans la petite cabane, et puis j'y vais de moins en moins...je supporte plus d'entendre rigoler autour du produit.

Romain – Et ça vous a procuré quoi ?

Keufran – De l'énervement... Ici je sais que je suis protégé, mais au-dehors, j'aurais eu une canette, je sais pas si je la boirais... *C'est pour ça que la sortie...c'est comme si je retournais dans la jungle...*

Romain – *Et il y a quoi dans la jungle ?*

Keufran – [il rit, comprenant que l'éduc cherche à le faire relativiser]

Il y a de l'alcool partout...

Romain – C'est quoi vos objectifs ? [...]

Cdt 2 – Métanoïa – 11/10/21

Comme en témoigne la dernière remarque de Romain, on constate que les usagers en CTR se verront constamment renvoyé à la question de la performance, des « objectifs » et de l'amélioration atteignable individuellement. C'est la différence principale d'avec un entraînement sportif réel, ou de la dimension idéalisée d'une communauté d'hommes dont on évacuerait les différences de statut social pour se concentrer sur leurs avancées au sein d'un vaste jeu collectivement organisé, comme nous allons l'illustrer à présent.

II. B/ L'aventure, l'échappée belle. Le CTR comme Club Med

Dernier entretien psy.

Ludovic – Est-ce que vous auriez des questions, des demandes, avant de partir ?

Brice – Non... Je suis sûr que j'en aurai en quittant la pièce, mais non. Non, je suis content de partir. C'est la sortie qui me rend tout fou fou... Mais c'était bien, il y a un cadre, il y a des règles... j'étais bien. *C'est pas le Club Med non plus...*

Ludovic – *Haha.. Non, vous imaginez, si c'était le Club Med...*

Brice – *Oui, ça serait contre-productif...*

Cdt 2 – Métanoïa - 13/10/21

Une autre question qui se pose à l'égard de l'hétérotopie CTR concerne son degré de porosité, de mimétisme avec la vie du « dehors ». Quel type de correspondance y a-t-il de cette vie-là avec la vie ordinaire ? Ce genre de structure est-il seulement un centre d'entraînement, ou un lieu permettant de se suspendre dans un espace-temps déterminé, hors des difficultés de la vie quotidienne ? Ce questionnement sur la visée du CTR rappelle la conversation entre monsieur Leprince et deux professionnelles sur l'artificialité du cadre offert par le centre :

Nadine Enchanté (AS) – Il repart là, il devrait sortir bientôt non ? On avait dit qu'on décalerait la sortie avec des séjours chez lui, si ça se passait pas bien...

M. Leprince – *Je voudrais qu'on fasse attention à pas créer un monde artificiel, entre chez eux et ici.. Il faudrait pas qu'on donne l'impression à Mehdi qu'il peut venir se reposer au CTR, qu'il reparte être un père pendant trois jours, qu'il fasse un court séjour, qu'il soit un bon mari quatre jours de plus...*
Eva [sa référente] n'est pas d'accord ?

Eva – Si si, après je vois qu'il a mis des choses en place... Bon, il a pas suivi tes conseils de faire des séjours en semaine [et les weekends chez sa femme] [...] Mais si ça va pas, on réorganise quelque-chose...

Anthony – Avant il idéalisait un peu sa sortie, mais là, il est capable de refaire effectivement un passage chez lui et après de tirer les conséquences..

M. Leprince – La question c'est : *quel est l'objectif du dispositif, et qu'est-ce qu'on traite ?* On est en train d'aller sur une durée de séjour qui s'étend plus à ce que vivent les SDF ou les personnes sans possibilité de séjour. [...] *Moi je pense qu'il faut qu'il sorte. Quitte à ce qu'il revienne dans six semaines, ce sera l'été sa femme l'aura foutu à la porte, ses petits il y aura plus l'école, il arrivera pas à gérer...*

Nadine – Je trouve ça quand même dommageable qu'on ait jamais pris le temps de parler de ce monsieur-là, parce qu'au niveau social, j'ai quand même *coaché* toute la petite famille... [Elle parle de comment elle a réussi à changer leur prise de conscience de leur situation financière et comment elle a envoyé « Madame » à la Soupe populaire]

Cdt 1 – TCHAT – 03/06/21

Au-delà du rappel de la dimension sportive (Nadine qui a « coaché » toute la famille de Mehdi selon elle, parce qu'elle a également aidé sa femme à gérer leur budget), cet extrait permet d'interroger de plus près la visée temporelle du CTR. Attentifs à l'individualisation de la demande de soins, les professionnels ont aménagé un parcours un peu particulier pour Mehdi, qui sort régulièrement pendant deux-trois jours, pour passer du temps avec sa femme et ses deux enfants en bas âge. Mais la durée de séjour s'étend, ce qui fait penser à Maxime Leprince qu'on « est en train d'aller sur une durée de séjour » inadaptée, calquée sur les

parcours d'usagers avec difficultés d'hébergement chroniques. Le CTR doit être un dispositif transitoire, il ne peut pas palier, au long cours, les difficultés de Mehdi à être un homme inséré, « un bon mari », « un (bon) père ». Le chef de service préconise qu'il sorte, pour éviter de « créer un monde artificiel », dans cette alternance CTR/domicile. Le CTR n'est pas un hôpital de jour, il repose sur une autre sorte de contrat de durée. On n'y sort pas à la première envie pour voir les siens, et on n'y rentre pas dès la première crainte de confrontation avec l'extérieur. Cet argument nous est utile, car il donne du poids à l'hypothèse du CTR comme hétérotopie – c'est-à-dire également, selon le cinquième principe de leur définition, comme hétérochronies :

Les hétérotopies sont liées, le plus souvent, à des découpages du temps, c'est-à-dire qu'elles ouvrent sur ce qu'on pourrait appeler, par pure symétrie, des hétérochronies ; l'hétérotopie se met à fonctionner à plein lorsque les hommes se trouvent dans une sorte de *rupture absolue avec leur temps traditionnel* [...] (Foucault, [1967] 2004 : 17)

Trouver un lieu de rupture absolue avec le temps traditionnel, cela veut dire, en tant que consommateur de substances, trouver un endroit où le temps ne soit plus réglé par l'impératif et les modalités de la consommation. Mais cela signifie aussi, en tant qu'homme, devoir renoncer à l'alternance du travail et du repos, ainsi qu'aux habitudes encastrées dans un quotidien parfois partagé avec une compagne (ou un compagnon) et/ou des enfants. Plus généralement, ce temps d'une rupture avec le temps traditionnel est communément celui des *vacances*. La métaphore du tourisme a d'ailleurs déjà été proposée, pour décrire tant les voyages ou les excursions à l'étranger pour se procurer des produits de consommation, que les « tours » des institutions de soin et d'accueil qui caractérisent les déplacements des usagers de drogues (Trépos, 2003 : 96). C'est pour cette raison que l'hétérotopie village de vacances est également une référence à laquelle on peut songer, dans l'arrière-fond des représentations qui irriguent l'imaginaire du CTR. Notamment ces « villages » où se voient représentées aussi bien les vacances idéales du citoyen démocratique, que le projet utopique d'une société bien rôdée où les différences se verraient abolies. Foucault, bien avant Ehrenberg, en parlait déjà :

Il y a d'abord les hétérotopies du temps qui s'accumule à l'infini, par exemple les musées, les bibliothèques ; [...] En face de ces hétérotopies, qui sont liées à l'accumulation du temps, il y a des hétérotopies qui sont liées, au contraire, au temps dans ce qu'il a de plus futile, de plus passager, de plus précaire, et cela sur le mode de la fête. *Ce sont des hétérotopies non plus éternitaires, mais absolument chroniques*. Telles sont les foires, ces merveilleux emplacements vides au bord des villes, qui se peuplent, une ou deux fois par an, de baraques, d'étalages, d'objets hétéroclites, de lutteurs, de femmes-serpent, de diseuses de bonne aventure. Tout récemment aussi, *on a inventé une nouvelle hétérotopie chronique, ce sont les villages de vacances* ; ces villages polynésiens qui offrent trois petites semaines d'une nudité primitive et éternelle aux habitants des villes ; *et vous voyez d'ailleurs que, par les deux formes d'hétérotopies, se rejoignent celle de la fête et celle de l'éternité du temps qui s'accumule, les pailloles de Djerba sont en un sens parentes des bibliothèques et des musées*, car, en retrouvant la vie polynésienne, on abolit le temps, mais c'est tout aussi bien le temps qui se retrouve, c'est toute l'histoire de l'humanité qui remonte jusqu'à sa source comme dans une sorte de grand savoir immédiat. (Foucault, *ibid.* : 17-18— je souligne)

Consacrant une partie de son ouvrage de 1991 à ce qu'il nomme « la formule "village" », Ehrenberg développe spécifiquement les caractéristiques de l'imaginaire édifié en France par le Club Méditerranée. La genèse au tournant des années quarante de cette entreprise aujourd'hui cotée en bourse (rachetée en 2015 par le conglomérat industriel chinois Fosun), permet de comprendre l'engouement du second XX^e siècle pour les séjours groupés et le *all-*

inclusive. Séjour balnéaire (ou montagnard) proposé dans le contexte de la démocratisation des congés payés, le « Club Med » s'est rendu original par l'esprit démocratique, fondé sur la relation, qu'il promut de manière inaugurale par rapport à d'autres entreprises, dans le contexte d'émergence des vacances de masses.

Ehrenberg retrace comment sa formule a pu s'inspirer du style des auberges de jeunesse fondées en 1926 par le militant catholique Marc Sangnier, ou encore de la politique des loisirs du Front Populaire. Au Club aussi, l'accent est porté sur les corps et la jeunesse, le rapport à la nature ; la visée était avant tout « physique et morale, d'éducation et de formation du caractère »⁶⁵ ; le but étant de quitter la ville pour se régénérer. « Vie et bonheur énergiques, régénération à l'instar de tous les mouvements de jeunesse, *qui s'élèvent vertueusement contre la France du pastis* et des pêcheurs à la ligne ou celle de la « promiscuité » urbaine [...] » (Ehrenberg, 1991 : 107 – je souligne). Au Club, comme en application du programme du Front Populaire, on met en scène la démocratisation de certaines pratiques, autrefois réservées à une élite bourgeoise ; on promeut d'autre part une pédagogie de masse d'éducation populaire, qui élèvent les citoyens à travers leurs « loisirs », mais selon les idéaux démocratiques (*ibid.* : 108). Mais surtout, un point qui nous intrigue, on oublie souvent que la création du Club naît d'une expérimentation avec certains « survivants » de la Seconde Guerre mondiale :

La guerre est une étape décisive pour le futur Club Méditerranée. Gérard [Blitz – le fondateur du Club Med en 1950], qui avait fait des études pour devenir ingénieur [...] [Chargé en 1945] par le gouvernement belge de s'occuper de la réinsertion physique, psychologique et sociale d'anciens concentrationnaires, il loue un hôtel en Haute-Savoie où ces rescapés sont totalement pris en charge. « On a tout mis à leur disposition, précise-t-il. La préhistoire du Club, c'est ça. » C'est en réapprenant à vivre à ces survivants que Blitz invente en quelque sorte le créneau du Club : la relation humaine (Ehrenberg, *ibid.* : 110).

Ces divers éléments nous font immédiatement penser au fonctionnement des CTR, et notamment au format « innovant » axé sur l'aspect ludique et coopératif de l'un d'entre eux, Métanoïa. Mais pour que l'analogie ne puisse confondre notre lecteur, nous voudrions préciser ici deux points, qui sont bien à dissocier :

- On peut supposer que les premiers dispositifs de soins en résidentiel ont pu avoir – au moins dans l'imaginaire collectif de ces années 1970 – comme modèle les auberges de jeunesse – puisque l'idée était de mettre les jeunes drogués des années *beatniks* au « vert » et d'opérer une régénération de la jeunesse (bourgeoise, rappelons-le – Bergeron 1999) que le fléau de la drogue (la ville et ses dangers) avait supposément condamnée.
- Ces mêmes auberges de jeunesse ont pu être une des sources d'inspiration de l'idéal démocratique des vacances pour tous du Club Med, *dispositif de vie communautaire* que nous rapprochons beaucoup plus des CTR, dans ce que nous voulons présenter concernant l'une de leurs facettes dans cette deuxième partie de thèse : un espace hétérotopique destiné à promouvoir le « devenir adulte » de certains individus. Le paradoxe est sans doute qu'il faille passer par une case « Club Med », ou une case « colonie de vacances » pour adultes, pour apprendre à se comporter parmi ses semblables comme tel. En fait, c'est en tant qu'hétérotopie que le CTR peut garantir

⁶⁵ Cité par J.-L. parisis et M. Peraldi, « Des jardins des œuvres aux chantiers du Maréchal. Mise au vert et encadrement des masses », *Tant qu'il y aura des arbres. Pratiques et politiques de la nature, 1870-1960, Recherches*, septembre 1981, p. 185 (Ehrenberg, *ibid.* : 107)

que l'extérieur du centre est bien « le monde des adultes ». Ceux qui l'ont quitté suivent simplement un stage intensif, pour le réintégrer au plus tôt.

Ce qui s'opère *via* le Club Med et qui est semblable à l'opération menée en CTR c'est, si l'on y prête attention, le passage de « l'éducation populaire, qui vise la formation du citoyen à travers ses loisirs » à « la construction de l'individu à travers *sa relation à la consommation* » (Ehrenberg : 109). Ce que fait le CTR c'est proprement deux choses : être une école citoyenne, et être un programme caractéristique d'une forme de « rééducation comportementale » – il comporte à la fois une dimension morale et civique (réintégrer le citoyen déviant), mais aussi une dimension sanitaire et de performance individuelle (faire dévier une subjectivation d'individu en danger pour lui-même en individu « sain »).

À l'imaginaire du Club se greffent bien sûr d'autres fantasmes, comme celui de la tribu exotique où l'on viendrait être initié. Il semble important par exemple que les premiers « chefs de village » aient été incarnées par de fortes personnalités, comme Dimitri Philipoff, qui incarnait « un idéal physique, sportif et psychologique qui galvanise son entourage » dans les débuts du « Club ». Mais c'est le modèle d'égalité démocratique qui l'emporte, avec surtout cette invention de l'horizontalisation des rapports entre organisateurs et vacanciers ou « Gentils Membres » du Club (G.O et G.M dans l'idiome local du Club Med). Jouant sur, je cite Ehrenberg « les valeurs de la relation et non celle de la possession » (*ibid.* : 114), il attira à lui un public de classes moyennes, désireuses de rencontrer autrui sur la base d'une indifférenciation des conditions sociales d'origine :

Les valeurs de la relation [...] sont à l'opposé [des valeurs de la possession caractérisant la vision bourgeoise de la société qui s'exprime dans les distances sociales] : les vrais G.O. et G.M. – les Olympiens disait Henri Raymond, auquel on doit les premières études sociologiques sur le Club [...] – *deviennent visibles et existent par leurs capacités à nouer des contacts ici et maintenant, à participer, à agir, sans que leur origine de classe et leur niveau de fortune, c'est-à-dire leur généalogie (éradication du passé), et leur place dans la société (éradication du dehors des villages) y soient pour quelque chose.* (Ehrenberg, *ibid.* : 115)

Ce passage est particulièrement marquant si on pense aux valeurs idéelles du CTR, où l'éradication (partielle) de *d'où vient* quelqu'un et de *ce qu'il (a) fait* dans la société sont également au fondement des nouvelles relations possibles : c'est évidemment pour d'autres raisons mais le résultat (deux groupes de « gentils éducateurs » et « gentils usagers » qui interagissent autour d'activités ludiques) est foncièrement semblable de l'extérieur – n'en serait la fonction sociale différenciée des deux « Clubs » d'activités. Ce qui relie les deux hétérotopies – Club Med et CTR – c'est finalement la fonction qu'elles déploient par rapport à l'espace social restant, dans ce qu'elles *donnent à croire* :

Sixième principe.

Le dernier trait des hétérotopies, c'est qu'elles ont, par rapport à l'espace restant, une fonction. Celle-ci se déploie entre deux pôles extrêmes. *Ou bien elles ont pour rôle de créer un espace d'illusion qui dénonce comme plus illusoire encore tout l'espace réel, tous les emplacements à l'intérieur desquels la vie humaine est cloisonnée.* Peut-être est-ce ce rôle qu'ont joué pendant longtemps ces fameuses maisons closes dont on se trouve maintenant privé. *Ou bien, au contraire, créant un autre espace, un autre espace réel, aussi parfait, aussi méticuleux, aussi bien arrangé que le nôtre est désordonné, mal agencé et brouillon.* Ça serait l'hétérotopie non pas d'illusion mais de compensation, et je me demande si ce n'est pas un petit peu de cette manière-là qu'ont fonctionné certaines colonies. (Foucault, [1967] 2004 : 18-19)

Le CTR est-il un espace d'illusion qui dénonce « tous les emplacements à l'intérieur desquels la vie humaine est cloisonnée », en ce qu'elle exige des êtres humains de se comporter en adultes, selon un parcours précis, qui doit les rendre responsables de leur Moi avant d'être responsables pour autrui ? Est-il cet espace de perfection, de parcours initiatique clair et défini, aussi ritualisé que notre société est désormais « désordonné[e] » et dépourvue de rituels marquants ? Pour creuser ce point, nous aborderons en tout dernier point de ce chapitre la question de la représentation à travers la comparaison du CTR à un plateau de télé-réalité.

II. C/ La mise en abyme de l'existence au CTR – le CTR-« réalité »

« Mais de toute façon, la dynamique de groupe était vraiment géniale. [...] Ils ont même créé un groupe Whatsapp, ils s'envoyaient des photos chelous... »

Cdt 2 – Métanoïa – 27/05/21 (première rencontre avec l'équipe)

« C'est pour ça, quand je suis revenu, j'ai dit : "vous avez fait de mon CTR un plateau de télé-réalité : la saison est terminée, elle n'est pas reconduite, ceux qui veulent partir partent !" »

Cdt 1 – TCHAT – 17/06/21 (M. Leprince)

Au-delà de l'égalsation théoriques des conditions sociales, et de la promotion de l'image de soi qu'inaugurait le sport moderne, nous aimerions dans cette section nous intéresser à une mythologie²⁹⁷ beaucoup moins romantique de la société contemporaine – celle de la télé-réalité, et de la représentation de soi de personnes ordinaires que véhicule cette mise à nu mise en scène de l'individu contemporain. Nous partons du postulat qu'il est désormais inévitable que ce genre télévisuel soit connu ou part de la réalité culturelle de la vie de nos résidents (Lahire, 2006) et qu'il infléchit nécessairement leur acculturation à certaines modalités de discours sur soi et de rapport au regard extérieur²⁹⁸. La télé-réalité réalise en outre l'idéal du combat par rapport à soi-même et sur autrui qu'instaurait le culte de la performance, où chacun entreprend quelque chose en son seul nom : « Puisque la performance seule compte, chacun d'entre nous, tel « ce frêle athlète de la vie » dont parlait Baudelaire, doit prouver qu'il en possède l'étoffe. » (Ehrenberg, 1991, phrase conclusive). La performance est comprise dans le cadre des émissions de télé-réalité en tant que parcours d'existence, tel qu'il se voit scandé, scruté et soumis au jugement par des téléspectateurs, mais elle fonde, de la même manière que le sport de masse, le passage du « *self government* » qui concernait auparavant seule une élite sociale (les acteurs, les célébrités) à la promotion d'une personne-personnage qui doit obtenir,

²⁹⁷ Je renvoie ici à l'ouvrage de Roland Barthes, *Mythologies*, Paris, Ed. du Seuil, 1970 – pour marquer l'importance de l'efficace représentationnelle, dans cette section comme dans celle consacrée aux usagères.

²⁹⁸ La télé-réalité fait son apparition avec « *The Real World* » (chaîne américaine MTV – 1990), suivie à la fin des années 1990 par des émissions européennes : *Who Wants to Be a Millionaire* (Grande-Bretagne, 1998), *Big Brother* (Pays-Bas, 1999). En France, *Loft Story* (adaptation française de *Big Brother*) naît en 2001. Analysée par N. Nadaud-Albertini dans sa thèse de doctorat, cette télé-réalité a constitué une véritable « innovation télévisuelle » : le « dispositif expérimental » qu'elle opère réside dans la coupure avec la vie extérieure choisie par 11 candidats, surveillés 24h sur 24h par des caméras. L'autrice s'attache à montrer le changement qui s'opère dans la construction et la « forme novatrice d'écriture audiovisuelle » de ce genre de programme, à travers le schéma d'écriture audiovisuelle « personnage-personne ». Pour des développements plus amples, on pourra consulter l'ouvrage de Nathalie Nadaud-Albertini, *Avec 12 ans de télé-réalité... au-delà des critiques morales*, Ina Editions, 2013

par élimination des autres candidats, les acclamations du public triomphant.

Répétons ce qui a été évoqué plus haut sur l'analogie : le CTR n'est ni une arène où combattent des gladiateurs, ni un centre où les résidents sont filmés et exposés au fait de devoir exposer les choses advenues et leurs ressentis. Mais la télé-réalité constitue une hétérotopie qui nous semble être une matrice de compréhension stimulante, pour voir de manière comparative ce qui se produit, fantasmatiquement, dans l'univers du CTR. Cette question de la représentation s'est présentée lorsque j'essayais de comprendre l'omniprésence du vocabulaire théâtral (la scène, le masque, le jeu, jouer le jeu, faire semblant, simuler, mentir..) dans le monde de l'addictologie. Le monde de la télé-réalité, en regard, nous a paru curieux à investiguer à partir du moment où elle est, selon sa définition la plus minimaliste un espace qui « met en scène des personnes ordinaires (par opposition à des célébrités), qui agissent de leur propre volonté (ne jouent pas un rôle) dans un décor réel (par opposition à un plateau) ». (Marchand, 2011) C'est-à-dire, foncièrement comme le CTR, un espace où des personnes ordinaires ont choisi, de leur propre volonté, de s'enfermer dans un lieu et de voir ce que cela provoquerait en eux, individuellement et collectivement. Un autre aspect marquant de la télé-réalité est la façon dont l'utilisation de personnes ordinaires doit servir la diversification de la culture télévisuelle (Reiss, Wiltz, 2004). Elle permet en ce sens à l'identification d'opérer, à partir de situations banales de la vie quotidienne (quand bien même elles seraient sublimées par leur déroulement sur une île déserte ou dans une villa à Miami), auxquelles les spectateurs-acteurs sont invités à se projeter :

Ce qui se joue dans ces émissions, c'est le processus d'identification : il convient de montrer aux Français qu'ils peuvent tirer des leçons pour leur propre vie au quotidien, pour résoudre leurs problèmes. Une sorte de développement personnel collectif à valeur d'utilité publique *pour s'adapter au monde tel qu'il est*, tel qu'il est véhiculé dans les médias et les codes de l'entreprise. (Ebguy, 2008 : 127 – cité par Marchand 2011 : 321-322).

Sur ce premier point, on voit ce que le phénomène peut nous rappeler, au-delà même de la seule diffusion d'une évidente « culture confessionnelle » commune (Foucault, 2001), qui valorise les émotions authentifiables et répondant aux normes attendues. Dans les CTR l'expression des sentiments individuels est cela étant privilégiée par rapport aux révélations intimes, marqueurs de l'événementiel à rebondissements (*cliffhanger*) qui caractérise depuis une vingtaine d'années l'industrie télévisuelle.

La télévision met en abyme l'importance que le regard social est venu prendre dans l'individuation contemporaine. Ce dispositif s'est progressivement surimposé à la *figuration* – à savoir le jeu comportemental stratégique mis en place par les individus selon Goffman (1974) pour respecter les rituels ordinaires du social – et laisse entrevoir une société d'individus qui valorise davantage l'image construite, le personnage incarné, que la « face » réelle des humains qui se trouvent en dessous. Certains interprètent ainsi les injonctions à l'émotion comme un produit conjoint de la *peopolisation* de la vie politique et de la télé-réalité (Mehl, 1996 : 17). La télévision donne au quotidien une spécularité minimale (notion développée au chapitre 5), ne serait-ce parce qu'elle permet d'imaginer que l'on puisse devenir *quelqu'un*, c'est-à-dire cet individu lambda qui est parvenu à réaliser le rêve contemporain : passer à la télévision²⁹⁹. Ce constat de 1991 n'est sûrement pas caduc, qui déclare que l'individu occidental a fait passer la

²⁹⁹ Il n'est pas anodin de ce fait que la mère du protagoniste de *Requiem for a Dream* (2000) – l'un des films les plus tristement célèbre en matière de toxicomanie, réalisé par Darren Aronofsky – est elle-même une *junkie* dépendante à la télévision, qui devient "addicte" aux pilules amaigrissantes (contenant des amphétamines) que lui fournit son médecin, lorsqu'elle est invitée à participer à son émission télévisuelle favorite.

primauté de l'intériorité à l'extériorité : « Il n'existe d'identité sociale que *divulguée* dans un espace public où un autre vous regarde [...] [et elle est] d'abord lisible dans le paraître et dans l'action » (Mehl : 41). D'où l'importance pourrait-on dire, d'être regardé en train de figurer...

La série de télé-réalité qui incarne sans doute le mieux cette articulation de l'idéal héroïque de la performance avec les épreuves de l'isolement, et les contraintes de la vie en équipe dans un style entraînement de survie, c'est sans doute Koh Lanta – programme de télé-réalité adapté de *Survivor*, aux États-Unis. Mais, sans en reprendre toute la genèse, on pourrait également dire, à la suite des sociologues ayant approfondi le sujet, que le CTR doit beaucoup, sur le plan imaginaire, à la quatrième génération de productions, mettant en scène des programmes de télé-coaching. Elles en conservent « un grand nombre d'ingrédients essentiels dont notamment : l'enfermement presque complet dans un lieu contraint, l'observation d'un vécu de vie quotidienne, la captation de ce vécu et sa retransmission en quasi-direct. » (Antoine, 2010 : 66). Mais elles promeuvent également l'avènement et l'extension des champs d'application du *coaching* à de nombreux secteurs de l'existence personnelle, phénomène qui répond *via* le miroir télévisuel à l'effondrement progressif de l'État social :

Depuis une vingtaine d'années, les chaînes de télévision mettent une certaine constance à faire croire à leur public qu'elles peuvent venir en aide aux institutions de la société, qui serait défaillantes. Ce furent d'abord les reality shows, qui visaient à faire le travail de la police ou à rectifier les erreurs de la justice, c'est aujourd'hui la télé-coaching, qui prétend venir en aide à l'individu dans tous les compartiments de la vie quotidienne. D'une certaine façon, la télé-réalité participe de cette ambition car, à travers elle, la télévision se présente comme le vrai vecteur de l'autonomisation, en allant chercher ses schémas d'éducation dans des modèles tout à fait classiques. (Jost, 2008 : 222)

Cette promotion de l'autonomisation par un professionnel, « expert » ou initié, selon notre terminologie, qui vient apprendre au résident comment il pourra faire ou « mieux faire » dans sa vie, est également une des caractéristiques du CTR. L'équipe vient s'occuper peu à peu de tous les domaines de l'existence, bien au-delà de se limiter à la problématique des addictions, comme en témoigne la grille GSM d'évaluation de début de séjour à Métanoïa. Finances, travail, aménagement du domicile, bénévolat, engagement religieux ou passion sportive, liens avec la famille, relations amicales, relations avec l'autre sexe... aucun domaine n'est exclu des champs d'intervention possibles. Sur ce dernier domaine, amoureux, François Jost compare ensuite le modèle de la télé-réalité à celui de l'éducation rousseauiste décrite dans *L'Emile* [1762] – où pour amener l'enfant vers l'âge adulte, il est nécessaire de lui « apprendre à gérer sa sexualité et ses sentiments », en parant aux dangers de « l'assouvissement trop précoce des désirs, la tentation de l'ascèse ou l'indifférence, le libertinage » :

À l'ère de la télévision, *Survivor* (ou *Koh-Lanta*) prétend se substituer à *Robinson Crusoé* et bien des programmes se présentent comme des éducations sentimentales, qu'il s'agisse des séries « collège » ou de *Betty la Fea*, qui voit autour d'elle ces trois dangers incarnés par les comportements de ces proches et dont elle sait toujours se prémunir, empruntant une voie médiane. Quant à *Temptation Island*, sa promesse ressemble fort à ce principe qui guide l'éducation rousseauiste : « je le dégoutterai du libertinage, et je le rendrai sage en le rendant amoureux » [...] [elle] accrédite l'idée que la maturité sexuelle et sentimentale passe par le rite mis en place par l'émission. (Jost : 223-224)

Si l'indifférence ascétique peut être éventuellement préférée en CTR pour des raisons de gestion de l'ordre, il est évident que les relations entre résidents font intervenir également le domaine ambivalent de la séduction. Et si les relations sexuelles sont en théorie proscrites,

c'est aussi l'un des points aveugles les plus fréquents ; une grande partie du temps, on peut supposer que les professionnels « ferment les yeux » – tant qu'ils ont l'impression que les deux résidents sont consentants et qu'il n'y a pas d'échange dissimulé sous cette affection affichée. En tous les cas, comme dans *L'Émile*, ces rapports peuvent exister s'ils sont normés et « adultes » : pas de relations trop précoces (entre deux nouveaux), pas de pluri-partenariat. Cas particulier : à Métanoïa, les relations affectives homosexuelles peuvent même être affichées – et il me semble qu'elles rassurent même l'équipe professionnelle.

À la CT, les rapports hommes-femmes sont sans nul doute encore plus marqués, de par un emploi du temps différentiel, à un moment de la semaine, où les résidents sont séparés en « groupe hommes » et « groupe femmes ». Le 14 février, un de mes premiers jours dans le lieu, je note beaucoup de petites piques entre résidents de sexe opposé. Awa, l'une des jeunes usagères, arrive même en disant aux résidents hommes - « C'est la Saint-Valentin, vous devez être gentils, avec toutes les femmes ! [...] Ça va, vous avez bien dormi, les gars ? », ce à quoi deux trois résidents lui répondent « Ouais » d'une voix fausse, hypocrite. L'ambiance me paraît plus globalement celle d'une colonie de vacances pour adultes où les femmes, moins nombreuses, paraissent surjouer de leur complicité en public, tandis que les hommes passent leur temps à s'envoyer des provocations voire des insultes (« Ferme-le toi, ton clapet... » ; « Baaam ! »). Entre hommes et femmes, en revanche, l'humeur est souvent soit à la plaisanterie calquée sur les clichés de rapports de genre, sur le mode de compliments exagérés, ou parfois sincères – et des attitudes qui vont jusqu'aux « câlins » (embrassades de type *free hugs*).

Cette acceptation des relations affectives dans le cadre du CTR, souvent dans une temporalité plus courte, me paraît une autre marque du fait que le cadre de l'hétérotopie-hétérochronie qu'est le centre autorise à une autre conception du temps et de la durée dans laquelle certaines relations sont censées se tisser. Dans l'hétérotopie chronique de la télé-réalité, de même, les relations entre candidats doivent apparaître sur le mode de l'instantané et de l'éphémère. Après deux jours, deux personnes peuvent déjà être en couple – ou remettre en cause le leur, constitué depuis plusieurs mois ou années (*Temptation Island*). Comme l'écrit encore François Jost, c'est pour « colmater » le décalage entre la durée réelle de cette expérience et les rebondissements à provoquer pour maintenir les téléspectateurs accrochés que les producteurs avancent comme explication de ses effets que « la télé-réalité est un « accélérateur » de vie. » (Jost, 2008 : 226)

On pourrait lier ce modèle de l'hétérotopie chronique avec la notion de chronicisation institutionnelle, dont on a analysé en partie les déterminants (chap. 5). De la même manière, il semblerait que ces dispositifs de télé-réalité fassent reposer la clef de leur succès sur un mécanisme de manipulation dont le spectateur peut se divertir, à partir du moment où il sait que ce n'est pas lui qui est pris dans cette fictionnalisation de sa vie. Les sociologues qui travaillent dans ce domaine sont assez convaincus du fait que le spectateur moyen n'est pas dupe, peu de gens voudraient réellement « être à la place » de ceux dont on affiche les déboires et les vies transparentes. Car le dispositif des émissions est caractéristique lui aussi d'un *double bind* qui prescrit : « soyez vous-même, mais faites ce qu'on vous dit. » ; « Dans cette optique, on peut dire que la manipulation des événements, qui est le maître de la télé-réalité d'aujourd'hui, est une façon de les maintenir dans le statut d'enfant. » (*ibid.* : 225) Ce qui n'est pas présenté comme contradictoire pour le public, jeune en grande partie (18-35 ans), de ces émissions : et les participants se doivent, pour paraître attirants du point de vue social, de conserver les valeurs de la culture « jeune », définie déjà selon Parsons par un modèle qui promeut la gratuité par rapport à la valorisation de la responsabilité de l'homme adulte (Parsons, 1942 – cité par Dechavanne, Tavoillot, 2007). Les professionnels des CTR doivent

ainsi naviguer dans un dispositif contradictoire aux attentes qu'ils formulent à l'égard des usagers. Ils doivent organiser leur vie quotidienne, et sanctionner ou valider les événements se déroulant dans le cadre qu'ils leur fournissent, tout en leur demandant de s'autonomiser. Mais s'ils se comportent comme un groupe d'adolescents en colonie de vacances, en socialisant et en faisant de leurs ressemblances une force commune, l'équipe est foncièrement en détresse et c'est « l'apocalypse » :

Transmission au bocal. Maxime Leprince est très énervé, car un des professionnels a anticipé la nouvelle concernant la modification des règles portant sur les frigos (cf. l'épisode du frigo, pages 402-407).

M. Leprince – Oui, alors il va falloir que je remonte la pente, pour savoir qui en a parlé. Il dit qu'en effet, c'est lui qui devait leur annoncer ces modifications dans le règlement. « *Ils vivent un peu ça comme un rapport de pouvoir où je me suis levé un matin et j'ai décrété ça... [..] Après, ce qu'il faut, c'est pas interdire pour interdire. C'est remettre un peu l'église au milieu du village. « On vit ici ! » Ben, non, Sacha, vous ne vivez pas ici, c'est un centre de soins ici...*

[...] C'est pour ça que ce groupe-là, il faut resserrer, il fallait resserrer déjà avant, maintenant c'est trop tard. *C'est pour ça, quand je suis revenu [de congé maladie], j'ai dit « vous avez fait de mon CTR un plateau de télé-réalité, la saison est terminée, elle n'est pas reconduite, ceux qui veulent partir partent ! » [..]*

« Ben, en venant ici, on a quand même notre mot à dire sur les choses », dit Sacha.

Ben oui, mais après, ça peut créer une trop grosse installation – des rapports de familiarité entre eux, qui fait que certains vont être assignés à une position...

C'était l'apocalypse quoi, la dernière période – quand il y avait Mehdi, il y avait même des propos envers les thérapeutes qui étaient très déplacés [je questionne sur ce qui est déplacé.. il développe : il criait à une stagiaire depuis le deuxième étage – il lui a fait le coup des critiques sur sa façon de travailler, Maxime a dû le reprendre en public].

Cdt 1 – TCHAT – 17/06/21

La tension dans le bureau est ici palpable. Il faut dire que Maxime Leprince était particulièrement talentueux dans cette manière de mettre en scène les rebondissements de la vie quotidienne au CTR. Un détail formel (un membre de l'équipe et non le chef de service annonce une nouvelle décision prise en réunion) est transformé en trahison – et il faut « remonter la pente » pour découvrir qui s'en est rendu coupable. Les vécus des résidents (ils vivent un peu ça comme... ») sont interprétés sur un mode parental – ou dans une narration de type « confessionnal » (*Loft Story*). Leurs propos sont même rapportés avec des effets d'intonation qui imitent le résident en question (« On vit ici ! » étant une phrase de Sacha), et Maxime Leprince se charge, seul, de jouer le dialogue virtuel de réponse qu'il lui donnerait. L'intensité dramatique de la scène atteint son comble lorsque monsieur Leprince se sent dépossédé de « son » CTR, qui a été transformé durant son absence en « plateau de télé-réalité », c'est-à-dire en laissant se déployer le chaos qu'ont fait régner les résidents en vivant sans l'autorité du chef de service. Lui reste bloqué dans cette fiction : il se représente son retour au CTR comme la scène du « retour du personnage mystère », alors que personne ne lui demande d'incarner son rôle de directeur comme s'il en allait d'un drame. La dernière partie de sa diatribe vise presque à le justifier, au nom du respect et du bien-être des résidents (trop de familiarité entre eux porte à ce que certains soient « assignés à position », de souffredouleur, de serviteur, etc.) et de celui des professionnels (« il y avait même des propos envers les thérapeutes qui étaient très déplacés », alors qu'il parle finalement d'interactions familiales,

et de la reprise d'une stagiaire par un usager). Cette idée par ailleurs de « périodes » dans la vie du centre, ou encore de « saisons » successives du CTR que convoque Maxime, jointe à l'exagération dramatique avec laquelle cette scène nous est présentée, souligne encore l'intérêt que présente l'approfondissement de la métaphore du CTR-télé-réalité.

Par ailleurs, si la plupart des émissions de télé-réalité implique l'élimination ou l'auto-exclusion des candidats, au fur et à mesure des épisodes, la morale qui est accolée à cette compétition sans pitié est de parvenir – par défaut – au meilleur candidat. « On passe d'un mode expressif (choix du meilleur représentant) à un mode stratégique (élimination du néfaste) » (Marchand, 2011 : 310), ce qui n'est pas sans conséquence sur la subjectivation politique des spectateurs, d'autant qu'on leur légitime sans y prendre garde l'extension des dispositifs de surveillance : « Si l'on étend la surveillance, les gens seront plus « vrais » : ceux qui se conforment, comme ceux qui ne se conforment pas. Les honnêtes gens seront filmés dans leur honnêteté « vraie », tandis que les malhonnêtes seront confondus dans ce qui est leur vraie nature » (*ibid.* : 313).

L'exclusion des résidents n'a évidemment pas pris ce pli, mais la morale qui y semble corrélée nous semble plutôt tacitement reconnue, dans la majeure partie des institutions que nous avons fréquentées. La conformation et l'adaptation à l'ordre social établi – fût-il injuste, absurde ou totalitaire – est le critère de reconnaissance des « plus vrais ». Que ces plus vrais soient considérés comme « plus prêts » à la société dans laquelle nous vivons, il n'y a qu'un pas... puisque la culture dans laquelle nous baignons est donc aujourd'hui celle du vrai affiché et du faux que l'on démasque aisément. Il me semble que cette extension du contrôle social se conjugue parfaitement avec la diffusion de la culture psychologique, tel que Castel pouvait les décrire en parlant « d'un élément nouveau de la conjoncture contemporaine : la constitution de secteurs de pratiques où la psychologie se constitue en analogon du social » ([1981] 2011 : 184). Il décrivait ensuite les effets de cette montée en puissance du psychologique sur le secteur du travail et de la production, pour conclure en écrivant :

Sans doute la vie en société reste-t-elle dans une large mesure structurée par des enjeux qu'une sociologie de type durkheimien appellerait objectifs, et auxquels on oppose traditionnellement la subjectivité du psychologique. Mais, lorsque les options économiques, sociales et politiques, se trouvent hors des prises du sujet, le psychologique se trouve doté d'une réalité, sinon autonome, du moins autonomisée. Nous avons maintenant affaire à une subjectivité d'autant plus « libre » qu'elle ne gère plus que des enjeux dérisoires. La vie sociale étant d'ores et déjà désinvestie dans de nombreux secteurs des options qui dépassent la mise en scène de l'économie personnelle, *la constitution d'une sociabilité saturée par le psychologique crée le dernier théâtre où se déploie une culture relationnelle qui ne peut alors avoir d'autre finalité que sa propre reproduction* » (Castel, 2011 : 190-191).

La question de la représentation – du dédoublement de soi *via* la personne-personnage contribue à cette extension du contrôle et de ce que crée l'extension de la culture psychologique : la création de subjectivités « d'autant plus « libre[s] » qu'elle[s] ne gère[nt] plus que des enjeux dérisoire », et qui sont invitées, lorsqu'elles ont le malheur de le reconnaître, à mettre en scène cette prise de conscience, dans un microcosme qui reproduit en miniature la culture relationnelle qu'on les invitera à répéter au dehors. La réalité de la télé-réalité nous importe à cet endroit-là : où la question du dehors et du dedans s'éclipse, car c'est le monde dans sa totalité qui est devenu une scène où rendre compte de sa performance sociale et de sa productivité individuelle. Mais, objet de notre troisième partie de thèse, la question de la productivité recoupe désormais sans médiation la question du Moi, car c'est de

l'individuation qu'il s'agit de produire et de valoriser économiquement – c'est l'existence même qui devient la valeur d'accumulation de l'individu contemporain.

*

Les CTR constituent ainsi des formes d'espace liminaire concédées pour réaliser un rite de passage à l'âge adulte qui ne serait pas advenu. Métaphoriquement, on pourrait les entrevoir comme un camp d'entraînement, ou une forme de Club Med (selon les profils d'usagers et d'institution) – où se recomposer une face et réapprendre à être adulte demeure possible. Nous avons analysé comment ce parcours se trouve constitué de dégradations et de mise à l'épreuve de l'identité de l'usager, de séparation symbolique de la substance et de prise de responsabilités nouvelles données par une communauté d'appartenance. Nous espérons avoir aussi montré dans ce chapitre que c'est par la formation de dispositions à être *autre*, impactant la construction genrée des résidents (passer par des épreuves domestiques, se montrer vulnérable, se confier devant les autres, etc.), que se déroule le rite initiatique institutionnalisant la masculinité permise pour ces hommes en CTR. Ce qui rend sensible par ailleurs le fait que le séjour se joue de manière différentielle entre les usagers hommes et les usagères femmes, parce que le travail vers lequel on les oriente préférentiellement est encore de nos jours dicté par les normes de genre : travail *productif* pour les hommes, *reproductif* pour les femmes – étapes genrées de l'existence qui ont été mises en crise par la transformation psychique et physique qu'a engagé l'addiction dans la vie de l'usager. La possibilité d'être des adultes autonomes – et mûrs pour les formes de création auxquelles on les destine – doit donc être reconfigurée institutionnellement. Cette reconfiguration porte ainsi les coordonnées d'un passage symbolisant l'accès à une identité d'adulte sexué, homme ou femme, avec la responsabilisation et les attentes sociales sous-jacentes qui y correspondent : sortir du statut de *pur consommateur* pour les hommes, devenir ou non une mère pour les femmes. Cependant, c'est toujours à l'aune de la dimension de fabrication d'un adulte productif et acteur de sa vie que cette institutionnalisation se produit – elle porte beaucoup moins sur la formation des dispositions hétérosexuelles et le maintien de normes de genre codifiées.

Bien entendu, ce qui reste au cœur de cet apprentissage d'une nouvelle forme de vie reste la « sortie » possible de l'addiction. Après avoir considéré dans la première partie de thèse comment ces centres semblent destinés à orienter l'individu vers une transformation correspondant à un « devenir autre », nous comprenons sans doute ici davantage que les formes de ritualisation mises en place dans l'espace liminaire du CTR servent aux individus qui y sont hébergés à transformer *leur perception de l'addiction*. L'addiction change de statut – elle moins perçue dans la durée indéterminée d'une maladie chronique, elle devient une étape de la vie, dont on peut « se sortir », en opérant une rupture. Car si « la vie des hommes et des femmes peut, théoriquement du moins, être décrite comme une suite de changements de statuts » (Strauss, [1959] : 115), l'institution CTR se présente comme un lieu destiné à la crise biologique traversée par un individu. Pour celui ou celle qui n'est pas parvenu à opérer un changement de statut, le CTR représente une *hétérotopie de crise*, où pouvoir être aidé dans ce passage, et présenter au monde un nouveau statut identitaire. Car c'est bien de cela qu'il s'agit – de perdre, et de reconquérir, son identité.

En articulant les travaux d'Anselm Strauss sur la négociation dans l'institution médicale, et ceux du même auteur portant sur la notion d'identité, on parvient ainsi à une compréhension plus fine des enjeux du travail identitaire effectué en CTR. Si l'ordre négocié qui se construit à l'hôpital a pour visée le contrôle de la maladie, au détriment parfois de l'identité sociale de la personne malade, la personne atteinte par exemple d'une maladie chronique devra de son côté continuer à négocier ses inscriptions sociales dans les autres mondes sociaux qui constituent sa vie (Baszanger, 1986 ; Velpry, 2008). Cette dimension paradoxale, qui conduit la maladie chronique – je cite Baszanger – à « être, à la fois, et de manière répétée, rupture et continuité pour les acteurs et cela dans plusieurs « arènes » de la vie sociale » (1986 : 10), peut constituer l'un des devenirs du *rétablissement* de l'addiction. Sur deux plans la « sortie » de l'addiction s'apparente en effet au *recovery*. D'une part, elle rompt avec le paradigme de la « guérison », considérant plutôt l'*empowerment* que peut apporter l'ensemble des supports auxquels les usagers ont aujourd'hui accès (reconnaissance sociale d'un statut de malade, savoirs issus de l'expérience, reconstruction de son histoire, soutien par les pairs, pratiques d'auto-détermination) (Greacen, Jouet, 2015). De l'autre, la succession de ruptures et de continuités dans la maladie (mais aussi dans la vie de la personne) que permet d'entrevoir ce nouveau paradigme requiert souvent une alliance avec le savoir médical, et avec son *assimilation*, dans une continuité qui s'apparente à celle des « malades de longue durée » qu'observe Catherine Tourette-Turgis : « Le paradigme médical de la continuité vient ainsi complexifier le sentiment de la durée. Une grande partie du travail de soin, dans la plupart des maladies chroniques, consiste, pour le sujet qui en est affecté, à *transformer ses habitudes d'activités dans sa vie ordinaire et par ailleurs à tenter d'agir sur ses propres activités physiologiques* ». (Tourette-Turgis, 2017 : 94 – je souligne). Mais la particularité de la « sortie » de l'addiction, c'est que les « crises » et les ruptures entrevues (les reconsommations ou « rechutes » éventuelles dans le parcours) ne peuvent être perçus et décrites comme faisant partie du parcours de *rétablissement* que si la personne a été initiée à une certaine approche de celui-ci.

On apprend de ce fait aux usagers - alors qu'on les incite à comparer leurs expériences antérieures - à ne pas hiérarchiser ou comparer leurs perspectives de sortie. Chacun s'en sort seul, comme il le peut – à la hauteur de ses moyens, et de ceux qu'il se donne. Néanmoins, cette non-hiérarchisation des parcours de « sortie » (notamment entre abstinence et « gestion », au sein du centre Méta) peut exister seulement à partir du moment où il y a une reconnaissance d'une même condition humaine de vulnérabilité – telle qu'elle se trouve diffusée dans les groupes d'entraides tels que les Narcotiques Anonymes. On peut donc estimer que ce qui se met en place comme efficacité rituelle dans ces centres, c'est la valorisation d'un savoir vulnérable, ou d'un savoir faillible. Mais ce savoir ne doit pas empêcher une capacité d'action, ou comme on le nomme parfois en français, « un pouvoir d'agir » de la part des résidents et résidentes. La signification que prend le fait d'être un patient « adulte » au sein de l'institution CTR se dessine à travers cette modalité du *savoir-pouvoir-d'agir*. Cette conception quasi-socratique du savoir (« je ne sais qu'une chose, c'est que je ne sais rien »), redoublée dans les centres les plus récents par la valorisation du savoir expérientiel, étaye la conceptualisation de ces lieux de soins comme lieux initiatiques. Lieux initiatiques où différentes étapes sont envisagées, et par lesquelles l'usager entrant au centre doit passer, avant de commencer le vrai « chemin », à savoir d'affronter la question du dehors et le fait de « tenir ».

Un autre point saillant de notre observation est sans doute que le nœud de ce rite de passage se dégage de la subjectivation collective qui se trouve mise en place au sein d'un CTR. À savoir que le fait de « s'en sortir » et de rejoindre le monde des adultes ne se joue pas uniquement de manière individuelle ; passer ce cap est également possible parce qu'il y a

d'autres adultes qui l'encadrent, d'autres encore qui partagent ce processus – ce qui laisse entrevoir la possibilité de construire un passage d'un monde à l'autre. Un passage de l'ancien « Moi » (associé à l'enfance, aux traumatismes et aux violences subies) à un Moi adulte, constitué au sein de la gestation symbolique qu'a représenté son parcours de soin, mais où peut se jouer une autre « fin » que celle de l'adolescence. Cela nous interroge de nouveau sur l'existence d'un second seuil – que concrétiserait la sortie des institutions de prise en charge – pour ces personnes dont l'accès au monde des adultes semblent retardé ou mis en péril. Ce dernier chapitre posait en effet la question de la fonction sociale du dispositif CTR et de comment celle-ci se voit différemment incarnée selon le modèle de sortie et d'hétérotopie suivi. Le cadre dans lequel cette entreprise de « libération/responsabilisation » a lieu est en effet singulier selon chaque structure, et il façonne à sa manière une forme idéale de société et d'individus qui y appartiennent, sur le lieu d'expérimentation dont elle est le siège. La métaphore de représentation en miniature de la vie sociale, commune à l'imaginaire des CTR français, que nous avons décryptée, ne doit pas nous empêcher de dégager la perspective propre à chacun des CTR observés : pour l'un, être un centre où « retrouver les fonctions de la normalité », entre un centre de redressement et un centre de rééducation ; pour l'autre, être le « laboratoire » où pouvoir « expérimenter » une autre version de soi. Ces institutions constituent donc un type particulier d'hétérotopie de crise, destinée à (re)former les hébergés aux conditions d'appartenance (familiale et groupale-identitaire) de la société ordinaire. La question qui demeure à l'horizon reste néanmoins celle de l'ouverture à cette société qu'elles permettent : s'agit-il de dissoudre ce collectif-support, une fois réintégrée la « vraie vie » ? Ou bien s'agit-il plutôt de créer un collectif pérenne, avec ses initiations et ses croyances spécifiques, qui laissent néanmoins les usagers dans les limbes de l'intégration sociale ?

De ces observations surgit au moins le constat, que nous pouvons dresser ici de manière transitoire, de la coexistence contemporaine de deux représentations opposées de l'addiction³⁰⁰ : 1) une vision entrevoit la dépendance comme une maladie *qu'on ne choisit pas*, et les modes de gestion de celle-ci varient donc de l'acceptation et du « vivre avec » de la maladie chronique à la révolution du *recovery* et de la sortie minimale du stigmate des troubles psychiques. Nous décrivons cette représentation comme une *vision fataliste de l'addiction*. 2) L'autre vision considère la dépendance et l'addiction comme la solution qu'un sujet a trouvé durant sa formation d'adulte – *quelque chose que l'on choisit pour de bonnes raisons* (abus ou traumatismes durant l'enfance, exposition à la violence, accident, pressions au travail, etc.). Dans ce qu'on nommera donc *vision réactionnelle*, l'addiction est donc moins une maladie chronique qu'un ensemble de symptômes, dont on peut se défaire progressivement ou non. Mais lorsqu'on choisit de s'en défaire – comme pour les personnes qui viennent en CTR pour « s'en sortir », un certain cap est à franchir. L'addiction est en ceci différente de la maladie chronique ou psychique, dans la mesure où la personne ne doit pas seulement participer à la « construction sociale négociée de la maladie » (Baszanger, *ibid.* : 5), mais elle doit aussi participer à la construction sociale négociée du retour aux normes sociales ordinaires (ou à la « conventionnalité » dirait Caiata Zufferey, 2006). Dans ce second cas, l'utilisateur doit *renoncer un jour au statut de malade*. Il doit de ce fait croire qu'il lui est possible de réintégrer la société « ordinaire » où les personnes adultes qu'elle côtoie font des choix de consommation et/ou de

³⁰⁰ Ces deux représentations ne s'excluent pas : on peut considérer qu'au cours de sa vie, une personne adoptera plutôt l'une ou l'autre vision concernant son addiction ; mais parfois sa vision évoluera, ou elle changera en fonction du contexte, de son interlocuteur ou de sa confiance à un moment *t* de ses possibilités de « sortie ».

non-consommation, sans que cela ne vienne entraver les autres dimensions de leur vie. Il doit accepter de redevenir un usager « simple », et de quitter le monde des « dépendants ».

On pourrait en déduire que certains CTR se prêtent davantage à soutenir la vision fataliste de l'addiction – ou plutôt à accueillir les résidents qui défendent cette vision –, tandis que d'autres ont pour ambition de transformer la vision fataliste de l'addiction en vision réactionnelle, et pousser les personnes accueillies à se défaire progressivement de ces représentations, des habitudes et des croyances qu'elles engageaient. Dans tous les cas, on peut affirmer que l'une des fonctions fondamentales des CTR est d'être une hétérotopie de crise destinée à réintégrer certains individus à la société contemporaine, en les dotant d'un système de *reconnaissance* voire d'*organisation* qui permet à ces hommes et femmes de tenir dans le monde. Ce qui de l'extérieur peut s'appréhender comme un entre-deux entre un séjour d'hospitalisation pour sevrage et un foyer de vie communautaire, nous apparaît après observation comme un espace transitionnel, de transformation des *habitus* et de mise en conformation des pensées, du langage, et des actions quotidiennes des usagers avec l'ensemble de représentations qui concernent la population des adultes, « citoyens productifs normaux et ordinaires » comme les nomme Becker (2002 : 74). Le travail de production de l'individu contemporain, à travers l'individuation et la personnalisation d'un « devenir-soi », qui fait exister parfois la dimension de professionnalisation de son expérience d'usager, sera à présent abordée, dans notre troisième et dernière partie.

Troisième partie

Devenir soi : se décliner au futur.

Gestion du devenir, nouvelles approches de la réhabilitation psycho-sociale, et avenir institutionnels de nos deux CTR.

Introduction de partie – Se projeter dans « l'après » : comment retrouver son Moi ?

Les gens qui expérimentent le microdosage rapportent, pour 80% d'entre eux, que le microdosage allège leur dépression, de manière différente à celle d'un antidépresseur. Le commentaire le plus courant est « *Je suis de retour. Je me sens de nouveau moi-même.* »¹

James Fadiman, dans "How to change your mind" (2022)

Voici un œuf cru. On peut le faire cuire à volonté à la coque, brouillé, poché, ou sous forme d'omelettes variées. En dépit de tous ces traitements cet œuf est et restera un œuf. [...] la cuisson de l'œuf n'est qu'une question de degré : quels que soient ses changements d'aspects, il est toujours « dans son essence » un œuf. Les changements des individus peuvent être conceptualisés de la même façon. Une personne peut, au cours de sa vie, donner l'impression de se transformer considérablement mais on estime qu'essentiellement, elle est la même ; tout bien pesé, c'est la même personne, en dépit de quelques accidents de parcours.

Anselm Strauss, *Miroirs et masques*, Paris, Métailié (1992 : 97)

On a pu évaluer comment le CTR constitue un rite d'initiation pour des individus dépendants qui ont besoin, de manière ponctuelle ou réitérée au cours de leur existence, de ce passage par une institution prenant en charge leurs habitudes et leurs routines pour les engager à devenir autres – à modifier leurs comportements. On a vu comment ce « passage » les transforme, exigeant d'eux un changement conséquent qui passe par l'acceptation d'un devenir adulte et des formes d'autonomisation qui s'y trouve rattachées. On leur propose également de mobiliser leur réflexivité dans une confrontation à soi et aux autres, censée permettre d'affronter des thématiques déterminées, souvent restées à l'état embryonnaire dans leur développement psychosocial. Ce qui nous a permis de démontrer à diverses reprises que les pratiques des professionnels de ces institutions médico-social sont une composante fondamentale de la métamorphose subjective vécue par les usagers – métamorphose qu'on peut considérer comme l'objet spécifique du travail produit en CTR : « Lorsqu'on veut entreprendre, comme ici, une analyse empirique du soin psychiatrique, un point de départ particulièrement pertinent consiste à lire le soin en psychiatrie comme une forme de travail » Brossard, 2013 : §12).

Notre questionnement, à l'abord de cette dernière partie de thèse, concerne cette fois le *travail* propre aux résidents, qui est attendu au cours du séjour en CTR, mais qui constitue aussi la visée que les professionnels doivent leur transmettre, au-delà des murs du CTR. Soulignons qu'il ne s'agit pas de confondre le concept de travail avec celui d'emploi – quoi que le changement de statut identitaire mené en CTR puisse conduire, dans certains cas privilégiés, nous le verrons, à un travail rémunéré qui porte la marque de cette transformation d'un processus subjectif individuel en une expérience transmissible, partageable. Dans une

¹ La citation a été tirée de l'épisode 1 (LSD) de la série documentaire passée sur Netflix fin 2022. La citation exacte était : "People who microdose report, about 80%, that microdosing lifts their depression differently than an antidepressant. The most common comment is, « I'm back. I feel like *myself* »" (traduction personnelle).

époque où le travail désigne des choses de plus en plus différentes, il faut également souligner la différence forte existant entre le travail salarié rémunéré et le travail bénévole – qui concerne d’ailleurs en grande partie le secteur de la pair-aidance. Il importe donc de disséquer ce que nous entendons par « travail », selon les trois acceptions auxquelles elle peut se référer dans le cas particulier du *travail des résidents en CTR*. Au-delà de l’emploi indigène de la notion dans son acception psychologique – pour se référer de manière très abstraite aux activités de transformation subjective, à travers le syntagme de « travail (sur) » (« *travailler sur soi* », « *travailler sur sa problématique d’addiction* », « *travailler sur ses comportements* ») – c’est *via* une approche sociologique que nous souhaitons délimiter le travail caractéristique des hébergés en CTR. Ce travail ne concernera le travail salarié – et donc les notions contiguës d’emploi et de profession (activité salariée définie par un statut professionnel) – que dans la deuxième acception du terme. Dans l’ensemble des situations, le travail en CTR concerne plus généralement : 1) ce que nous avons décrit préalablement comme un « *travail de changement* » ou un « *travail de progression* » : à savoir, la *processualité* dans laquelle le résident entrant s’insère en CTR, et qui vise une transformation de son rapport à l’addiction. Ce premier aspect insiste particulièrement sur la dimension chère à l’interactionnisme symbolique du travail comme procès² ; de plus on peut considérer dans un premier temps que l’objet du travail en question est la relation (ou l’interaction) de l’usager avec la substance psychotrope ; 2) la *mobilisation* par le résident ou la résidente de ses « savoirs expérientiels » (Gardien, 2017, 2021) et donc leur *participation* plus globale au changement social et à la transformation des milieux dans lesquels ils peuvent être amenés à avoir un rôle : ce point concerne en particulier la professionnalisation de la fonction des usagers-pairs au sein des institutions, et donc la question de donner à ces derniers l’accès à un *travail (salarié ou bénévole)*, dans la mesure où *cet accès constitue une forme de rétribution* (mais devient aussi une preuve tangible pour l’individu) de son effort de réinsertion ; 3) l’activité de réflexivité produite par l’usager, en ce qu’elle s’insère non seulement dans un processus de modification de ses comportements antérieurs mais dans la création et/ou à la production d’une nouvelle *identité*. Cette dimension, que nous nommerons plus précisément « *travail de soi* », a pour objet la narration que la personne constitue de sa vie, mais aussi la manière dont elle se perçoit dans le monde. Le mot de travail nous semble important à maintenir, malgré l’alternative que constituerait le mot de transformation ou de métamorphose – car elle met en exergue la dimension d’effort contenu dans cette gestation et cet accouchement métaphorique du Moi, acte de donner naissance qui est lui aussi parfois appelé « travail »³.

Aspect processuel, possibilité de l’accès au travail comme marque d’une inclusion sociale, et apport réflexif à fournir pour obtenir une transformation (du rapport à la substance et du rapport à soi) : c’est ainsi que nous comprenons le travail tel qu’il se voit souvent nommé en CTR, au-delà de son acception psychologique d’effort de perlaboration⁴. Cette notion est

² I. Baszanger, dans son introduction aux textes d’A. Strauss, rappelle que le travail est un thème de réflexion permanent dans les ouvrages du sociologue, en soulignant que « Strauss déplacera la préoccupation de la sociologie issue de Chicago – largement amorcée par Hughes et développée entre autres par Freidson – pour les métiers et professions et le contrôle social, et secondairement pour les situations de travail des professionnels, à une *analyse du travail lui-même en termes de processus*. L’attention pourra ainsi être portée sur le travail comme constitué d’ensembles de tâches et sur les personnes qui les accomplissent *qu’elles soient professionnelles ou profanes, dans leurs relations au travail lui-même*. » (Baszanger, 1992 :12 – je souligne)

³ [TRAVAIL : Définition de TRAVAIL \(cnrtl.fr\)](https://cnrtl.fr/definition/travail)

⁴ Le substantif « perlaboration » (et le verbe associé *perlaborer*) est le néologisme inventé en 1967 par Laplanche et Pontalis pour traduire le concept freudien de *Durcharbeitung* (Roussillon, 2008 ; Sédat, 2019). Ces deux termes ont été unanimement adoptés en français pour décrire la phase terminale de l’analyse.

cependant importante si l'on veut comprendre de quel type de passage il est question dans le processus de transformation subjective attendu d'un (ex-)usager de drogues. Le verbe *durcharbeiten* employé par Freud dans son essai de 1914 (2005), signifie de fait en allemand « travailler sans s'arrêter », « bien travailler », mais aussi, au sens figuré : « se frayer un passage, un chemin » (Sédat, 2019 : 38). Ce frayage implique pour l'analyste de détacher le patient de la figure du médecin en lui évitant la répétition de son histoire au présent, projetée sur la personne de l'analyste. Il faut que le patient se remémore et répète d'abord son histoire pour qu'il puisse enfin s'en détacher. Le patient pourra dès lors s'impliquer dans sa vie, et non plus imputer ce qui lui arrive à d'autres (*ibidem* : 38). Ajoutons donc au travail cette dimension d'un frayage, ou d'un chemin à trouver *au-delà* des projections et des répétitions de socialisations antérieures que peut générer le séjour en CTR.

Nous souhaitons décrire dans cette dernière partie comment l'espace liminaire du CTR constitue également une passerelle pour les résidents et résidentes, un tremplin vers la vie active – ou *a minima*, comment se fomentent dans ces centres l'idée que le chemin *commence* à la sortie du CTR. Que ce lieu n'est qu'un dispositif catalyseur pour une prise de conscience à mettre en pratique dans la vie. Pour autant, nous n'examinerons pas tant les rites de réintégration qui conditionneraient le retour dans la cité des hébergés et hébergées (ce n'est pas la voie qu'a pris notre thèse, et si ces rites existent, nous n'y avons donc pas eu accès). Nous analyserons plutôt la *promesse* sous-jacente qui se voit donnée encore au sein du CTR – espace hétérotopique voire utopique-dystopique, où se présage l'avenir des usagers, en fonction de leur classe sociale – et des capacités qu'ils ont su mettre en œuvre au cours de l'initiation : celle de *retrouver leur Moi*.

Cette hypothèse introductive suit la compréhension que déploie Darin Weinberg du rapport aux drogues, dans un article de 1997 où il entre en discussion avec la théorie de l'addiction de Lindesmith (1938) dont il remet en cause l'approche dualiste, et avec celle du soi alcoolique (*the alcoholic self*) de Norman Denzin (1993), en rejetant l'importance et la position fondatrice du Moi (*the self*) dans le vécu de l'alcoolique. Selon l'approche praxéologique de Weinberg, la répétition de la consommation de drogues découle de son incorporation dans le « répertoire des techniques » d'un individu pour faire face à des conditions pratiques particulières (qui, lorsqu'elles se représentent de manière similaire, incitent cet individu à recourir de nouveau aux produits utilisés). Ce répertoire de techniques doit être compris en termes strictement praxéologiques :

Il ne s'agit pas d'un système stocké de connaissances symboliques, ni d'un ensemble de techniques permettant simplement d'interpréter (ou de représenter) des situations données. Mais plutôt, il s'agit d'un ensemble présymbolique de dispositions incarnées (*presymbolic set of embodied dispositions*), ou encore d'*habitus* [...]⁵. Cet *habitus* est acquis dans et pour répondre activement aux exigences perçues d'environnements pratiques particuliers. (Weinberg, 1997 : 158 – trad. pers.)

Weinberg prend l'exemple somme toute banal d'individus qui peuvent se trouver « viscéralement attirés (*viscerally drawn*) par la consommation d'alcool » que ce soit pour se détendre après une journée de travail, ou pour stimuler leur implication à une fête, « s'ils ont

⁵ D. Weinberg reprend clairement la conceptualisation bourdieusienne de l'*habitus*, le décrivant comme un « schème de perception et d'appréciation » qui joue le rôle d'une structure faiblement organisée mais spécifique à l'environnement : l'expression est tirée de l'ouvrage de P. Bourdieu et L. Wacquant introduisant la pensée bourdieusienne aux États-Unis (*An Invitation to Reflexive Sociology*, Chicago: University of Chicago Press, 1992), mais elle est déjà présente chez Bourdieu dès les années 1970 (Bourdieu, 1977 : 53), le sociologue faisant par ailleurs de la notion d'*habitus* le concept central de sa théorie des pratiques sociales (Bourdieu, 1979, 1980).

en effet trouvé la consommation d'alcool propice à l'accomplissement de tels projets dans le passé » (*ibidem*). Ce que Weinberg désigne comme des « expériences viscérales », qui découlent donc de la consommation d'une drogue dans un contexte particulier susceptible de réinciter à cette pratique, permettent de dé-spécifier et de dé-pathologiser la substance *et* l'usager en question. Elles autorisent à envisager de manière plus globale cette répétition de dispositions et de pratiques comme une exigence rencontrée par un individu, et qui finit par le dépasser, dans un contexte socio-culturel qui l'avait pourtant fait apparaître comme une solution face à une ou des situations données⁶. Quant aux « problèmes de drogues » (*drug problems*), ils apparaissent selon Weinberg, suivant Stanton Peele avant lui (1975, 1985), lorsqu'un individu ou ses autrui significatifs perçoivent que sa dépendance tacite à l'égard d'une drogue pour faire face à un aspect de sa vie finit par avoir des impacts trop négatifs, vis-à-vis de ce même aspect ou d'autres, dans la vie de la personne. Cette perception n'est souvent pas suffisante, car l'inclination à consommer continue de se produire de manière « viscérale » face à la situation qui a appelé l'exigence pratique de la drogue les premières fois. C'est là dire que cette envie de consommer « ne se manifeste pas dans l'expérience vécue comme une décision délibérée, et encore moins comme une analyse holistique des coûts et des bénéfices ». Elle est plutôt vécue par l'individu « comme *provenant d'un au-delà du moi* (*deriving from beyond the self*) et n'est en aucun cas un exercice de la volonté personnelle* (Weinberg, *ibid.* : 158). À ce stade de son raisonnement, Weinberg introduit dans une note (*) une remarque qu'il nous semble particulièrement importante à relever :

*Contrairement à la théorie du soi alcoolique de Denzin (1993), la perspective phénoménologique que j'esquisse ici suggère que le Moi n'est qu'une caractéristique possible, et non nécessaire (*a possible feature, not a necessary one*), à l'intérieur de la constellation de pensées et d'actions qui seront évoquées par les exigences perçues d'un contexte donné d'action pratique. Selon cette approche, le "Moi" (*"the self"*) n'est invoqué que lorsqu'il apparaît de manière *émique*, en tant que percept de l'agent, et non de manière *étique*, comme le centre analytique de toute l'expérience vécue tel qu'il est théorisé analytiquement par Denzin. Ainsi, selon cette approche, il est de fait sensé et cohérent de parler d'un agent qui perd son Moi (*losing his or her self*) dans un cours donné d'actions pratiques. (*ibidem* : n.b.p)

L'acuité de cette réflexion de Weinberg donne l'opportunité de concevoir le Moi de la personne dépendante *au-delà*, précisément, d'une interprétation en termes d'aliénation du sujet ou de volonté délibérée du sujet de s'intoxiquer (l'addict devant être selon cette conception dualiste soit l'objet passif de son addiction – et donc condamné à n'être qu'un simple corps agi, potentiellement irresponsable – soit le sujet acteur de ses choix – et ainsi l'esprit coupable d'avoir fomenté ces pratiques autodestructives). Selon cette approche phénoménologique, le Moi de la personne dépendante est parfois *présent* et parfois *perdu*, au cours des pratiques de consommation qui constituent son quotidien. Comme ces pratiques découlent d'une succession d'actions qui se reproduisent – de manière compulsive, indépendamment de la volonté de l'acteur, dans un certain type de situations que la personne a déjà rencontrées –, pour « sortir » de ce fonctionnement répétitif, la personne doit arrêter d'être agie par la séquence d'habitus qui « au-delà d'elle-même » (*beyond the self*) conditionne ses manières de percevoir et d'agir dans le monde. Cela peut-être l'objectif qu'on lui propose

⁶ Weinberg souligne que « de toute évidence, si la consommation d'une drogue n'a pas été vécue comme un moyen de répondre aux exigences d'un environnement pratique donné, il est peu probable qu'elle suscite à l'avenir un besoin impérieux (*craving*) ou un penchant viscéral (*visceral inclination*) pour sa consommation dans des environnements homologues. » (1997 : 158)

– produire un décalage de son environnement social, de ses expériences quotidiennes, et de l'accès aisé à des produits psychotropes – dans un séjour en centre résidentiel en addictologie.

Le CTR peut donc apparaître, en suivant cette lecture, comme un des dispositifs contemporains auxquels un individu peut s'adresser *lorsqu'il a l'impression qu'il a perdu son Moi*. Au sein de son existence en société, quiconque peut être amené à vivre à divers moments le sentiment de perdre son identité, indépendamment de l'usage de substances qui se voit encore parfois décrit et fantasmé comme un moyen d'évasion du Moi. Par exemple, on peut se perdre, ne plus se reconnaître et ne plus être « soi-même », lorsqu'on connaît et qu'on endure les symptômes d'une forte dépression. Dans ce genre de cas – comme le psychologue et chercheur en psychédéliques James Fadiman le suggère –, le microdosage de certaines drogues peut même contribuer à ce que l'individu *se retrouve* (c'est du moins ce qu'on entend dans le « *I'm back* » cité en exergue), et se sente de nouveau lui-même. Mais on peut également perdre son Moi à la suite d'une consommation incontrôlée de substances psychotropes – au sens où on ne contrôle plus les circonstances dans lesquelles on va faire recours à ces substances pour vivre une expérience ; et dans ces conditions, un séjour d'abstinence de quelques mois dans un CTR permet de se frayer un chemin à l'intérieur de son passé et de ses ressentis dans la perspective d'atteindre le Moi, de retrouver l'exercice de son libre-arbitre et de choisir, en connaissance de cause, le chemin que l'on voudra suivre à la sortie.

Que signifie *retrouver son Moi* ? La réalisation de cet espoir ne semble pouvoir se concrétiser que si l'individu s'engage dans un processus décisif de reconstitution d'une identité, qui puisse être garante aussi bien de la responsabilité individuelle que la personne s'engage à porter au présent, que d'une narration subjective de sa propre histoire – qui puisse faire le lien entre la personne qu'il a été et celle qu'il compte devenir. C'est du moins ce que lui proposent les CTR, en articulant cette promesse de retrouver leur Soi à des personnes dont la dépendance les aurait aliénés avec ce qui demeure leur mission sociale – restituer à la société des personnes assumant cette « figure de l'individu propriétaire de soi, protagoniste de son corps et de son action » (Caiata Zufferey, 2006 : 70) :

Il reste toutefois encore à mettre en évidence les conditions de cette décision opérationnalisée. Il existe en effet plusieurs facteurs qui déterminent la possibilité pour l'individu d'adopter une résolution et de la mettre en pratique. En premier lieu, il faut citer ce que François Le Poulter appelle la logique d'internalité⁷. Pour que l'individu puisse prendre l'initiative de son affranchissement, il doit s'estimer maître à bord de son existence. C'est en cherchant dans le registre personnel les causes de sa situation sociale et en s'attribuant la responsabilité que la personne peut imaginer réaliser un changement dans sa vie. Il faut donc un travail de ré-appropriation de sa propre histoire, afin d'espérer d'en modifier le cours⁸. [...] Bertrand Bergier constate aussi l'importance de la disposition expérientielle⁹. Celle-ci consiste dans la capacité à considérer le présent comme une source à laquelle on peut puiser pour avancer dans la vie. (Caiata Zufferey, *ibid.* : 41)

⁷ Le Poulter F., *Travail social, inadaptation sociale et processus cognitifs*, Paris, Editions du Centre technique national de recherche sur les handicaps et les inadaptations, 1986

⁸ De Gaulejac, V., « Simone : être sujet malgré tout », in De Gaulejac, V. & Taboada Leonetti I., *La Lutte des places : insertion et désinsertion*, 1994

⁹ Bergier, B., *Les Affranchis. Parcours de réinsertion*, Paris, Desclée de Brouwer, 1996 (les trois références en note sont citées par Caiata Zufferey : page citée).

Si l'autrice que nous citons condense ici les facteurs psychosociaux censés permettre la mise en pratique de la sortie de la dépendance, nous avons cherché de notre côté à voir comment ces éléments peuvent être promus et actualisés par le programme thérapeutique mis en œuvre au sein des CTR, pour restaurer – ou parfois fabriquer depuis le départ – le sentiment de la « propriété de soi » que paraissent n'avoir pas stabilisé certains adultes dépendants (Castel, Haroche, 2001). La variation de la mobilisation et de l'efficace de ces facteurs est sujette en effet aussi bien aux parcours de vie des individus singuliers qui arrivent en postcure qu'aux projets et aux valeurs institutionnelles auxquelles il se confrontent, en arrivant dans une institution A ou dans une institution B.

Sans remettre en cause le fait qu'il y ait besoin de s'attribuer la réalité de ses actes, et de se reconnaître l'acteur de son histoire pour parvenir à rendre actuelle une décision telle que la sortie d'une addiction, nous voudrions pour notre part développer une approche sociologique moins normative que descriptive des caractéristiques psychologiques ou sociales qui permettent à certaines personnes d'effectuer une telle opérationnalisation. La question mérite d'être reposée ici sous l'angle de la projectualité qui se voit offerte aux différents profils d'usagers. Y a-t-il un traitement différentiel des usagers en fonction du *futur* qu'on peut être amenés à leur proposer ? Comment cela se répercute-t-il sur le traitement et la « sortie » de la dépendance ? Pour reprendre la citation d'Anselm Strauss, qui apparaît en exergue de cette introduction, un œuf pourra avoir un aspect très différent, et un sort très différent, s'il se casse dans le processus, si on le transforme pour qu'il soit à la coque, ou bien au plat, ou encore, j'ajouterai, si on le laisse pourrir. C'est toujours le même œuf, mais la forme que prendra son devenir dépend de ce qu'on en fera.

Nous souhaitons montrer dans les pages qui suivent que le devenir-soi – et donc la question de la construction identitaire dans et à l'issue du passage en CTR – tient compte et réagit à des injonctions sociales différentes en fonction des socialisations antérieures mais surtout de la réaction dont l'usager a fait preuve face à la socialisation institutionnelle proposée par le CTR. C'est à cette intersection qu'on pourra comprendre comment se fabrique la (re)-constitution de ces « supports » sans lesquels l'individu ne peut exister : « pour entrer dans cette aventure du sujet, il faut d'abord être un individu doté des supports de l'indépendance » ; quand bien même si ces supports « ne sont pas donnés une fois pour toutes » (Castel, Haroche, 2001 : 29). C'est sans doute en partie pour cette raison que des individus de toutes classes sociales se voient touchés par l'addiction – et de la même manière, que *grâce à* mais aussi *indépendamment* de leur origine sociale et de leur histoire de vie, ils et elles peuvent, parfois, « s'en sortir ».

C'est la question du travail à effectuer pour opérationnaliser cette sortie qui sera au cœur du premier et du deuxième chapitre de cette partie ; en effet, le lien entre mobilisation active des usagers dans cet avenir qui les concerne et promotion de leur individuation *via* l'autonomie décisionnelle passe de manière cruciale par cette dimension du travail – comme processus, idéal d'inclusion, et production identitaire. D'une part, parce que l'individu – qui devra désormais travailler *seul* au maintien de son projet de non-consommation (abstinence ou gestion) – se verra confronté à la sortie à des univers sociaux très différents selon son profil, qui ne favoriseront pas forcément son choix, et où « [l]e type et la qualité des stratégies mises en place dépendent en grande mesure des ressources dont [il] dispose, c'est-à-dire de son capital économique, culturel, social et symbolique » (Caiata Zufferey, 2006 : 40). Dans le chapitre 7, nous aborderons ainsi spécifiquement le travail cognitif demandé pour maintenir de manière autonome les projets que le résident exprime en envisageant la sortie, alors qu'il est encore dans le « sas » qui sépare l'espace protégé du CTR du monde extérieur. Nous

analyserons en outre quels outils lui sont explicitement fournis, *via* les pratiques psychopédagogiques mises en place dans le centre, pour faire de lui un individu rationnel, réflexif et capable d'anticipation.

D'autre part, comme le montre Isabelle Astier (en analysant dans son cas la formation des médiateurs communaux), la promotion et la participation des publics cibles de l'intervention sociale passent d'ailleurs par la *professionnalisation* d'une partie de ces derniers – directement au service de la reproduction et de l'autonomisation de ce nouveau secteur de l'accompagnement social : « Cette responsabilisation généralisée est remarquable. Elle va de pair avec un souci du rapprochement avec les publics visés. De sorte que la nature des compétences recherchées chez les intervenants sociaux sont particulières. Parfois même ils sont choisis parmi les usagers » (Astier, 2007 : 11). Or, en addictologie, qui sont ces intervenants sociaux aux compétences particulières, « choisis parmi les usagers » ? Qu'on les appelle pair-aidants, *counsellors*, *case managers*, ou médiateurs-santé-pair – ce sont tous et toutes d'anciens usagers dépendants, qu'on a constitué en professionnels de leur transformation, et de la responsabilité sociale acquise en passant de l'état d'individu *dépendant* à l'état d'individu *autonome*. La question de la professionnalisation est donc au cœur d'un certain projet du « devenir soi » en CTR, aussi bien sur le plan cognitif – travailler à *se rendre autonome*, devenir un professionnel de l'autonomie –, que sur le plan de l'employabilité – *travailler* en étant autonome, pouvoir faire valoir son expertise expérientielle singulière.

Ce deuxième point sera au cœur du chapitre 8. On verra comment ces nouveaux travailleurs doivent être sensiblement proches de la morale institutionnelle dans laquelle ils ont été socialisés et donc formés à leurs nouvelles fonctions, s'ils ne veulent pas entrer en « dissonance cognitive » vis-à-vis de cette nouvelle identité prêt-à-porter mais éminemment indéterminée à laquelle on veut aujourd'hui les initier. Ils sont pris par ailleurs dans une double injonction, où le maintien de leur ancienne appartenance identitaire (à la catégorie de « toxicomanes » ou d'« alcooliques », ou de « malade » en psychiatrie) est essentiel pour garantir leur légitimité au sein des collectifs de travail. I. Astier nomme dans son cas ces connaissances tirées de l'identité acquise les « savoirs du proche », et elle explique comment la détention des « savoir et compétences indigènes », « incorporées » constitue l'un des motifs pour lesquels ces nouveaux médiateurs se voient embauchés (2007 : 11). Ces passeurs entre monde sacré et profane, ou de nos jours entre les institutions et les désaffiliés, sont-ils condamnés à être les transmetteurs de la morale de responsabilisation individuelle qui caractérise l'État social actif ? Elle montre dans son cas comment *l'on fait d'eux* :

[des] nouveaux « entrepreneurs de morale » en somme, qui ne cherchent pas systématiquement à convertir et transformer radicalement les personnes, mais plutôt à les accompagner dans l'élaboration d'un projet professionnel ou personnel, afin d'absorber certaines normes sociales. Ces jeunes professionnels ne sont pas à proprement parler porteurs d'une éthique de la responsabilité individuelle. Ils ne considèrent pas que les jeunes dont ils s'occupent soient responsables de la situation dans laquelle ils sont. Par contre, ce dont ils sont sûrs, *c'est que seule « la volonté de s'en sortir » paiera. Il s'agit là d'une responsabilité sans culpabilité.* On n'est pas responsables de l'origine de sa situation. Par contre, *on est responsables des solutions pour faire évoluer cette situation. Ils s'approprient par conséquent sans difficulté toute la rhétorique de l'autoréalisation entourant les pratiques d'accompagnement de projet.* (*ibidem.* : 11-12 – je souligne)

Me plaçant en porte-à-faux par rapport à la dernière phrase de cet extrait, je voudrais montrer au contraire toutes les tensions qui existent dans l'appropriation par les MSP de ce nouveau « rôle » de médiateur qui leur est confié – et des tensions que l'existence de cette

nouvelle profession véhicule également dans les collectifs de travail en addictologie. Je souhaite démontrer par là qu'ils sont bien conscients des apories dans lesquelles le système actuel promet une réinsertion des individus dans un monde où il n'y a parfois pas d'autre place que celle que l'on est amené à se créer – et que tous les individus ne sont pas outillés de la même manière pour faire face à ces injonctions utopiques et dystopiques de l'autonomie réalisée – que ça soit face à la drogue, ou par rapport à tout plus vaste « projet de vie ».

On remarquera enfin que l'interrogation que fait néanmoins émerger d'emblée la présentation de ce modèle de sortie *via* la professionnalisation, c'est celle de l'uniformité des parcours « réussis » mettant en exergue le caractère décisionnel et volontariste de la fin des addictions : toutes les « sorties » participent-elles à la création d'une identité « forte », se fondant sur un geste de rupture avec l'ancienne dépendance ? Quelle présentation attend-t-on socialement d'un ex-toxicomane ? Si le résident en CTR peut subjectivement se désengager de l'identité stigmatisée de « toxicomane » ou d'« alcoolique », et sortir de cette institution avec une nouvelle image de soi, quelle identité, quel récit de soi et quelle reconnaissance peut-il trouver à la sortie du centre – et pour *entrer dans quel monde* ? Nous chercherons à montrer, dans le dernier chapitre de cette thèse, que *l'identité* que les résidents peuvent construire à leur sortie se trouve elle aussi partiellement conditionnée par leurs socialisations antérieures, et par la validation institutionnelle de leur parcours de soins – qui peut venir opérer comme une *socialisation de renforcement* des habitus antérieurs des résidents, ou au contraire doit venir provoquer une *socialisation de transformation* suffisamment importante dans la vie de l'individu pour qu'elle permette des aménagements concrets dans son identité.

*

Chapitre 7

Perfectible, réflexif et actif

Devenir un agent rationnel du changement

Comme si un raisonnement faussé était la cause de mon addiction alcoolique. « Tu sais, j'aime boire autant que toi, mais il y a un moment où l'alcool abîme plus qu'il n'apporte de plaisir. » Bien sûr Marc, excellent Marc qui ne faisait jamais la morale mais appliquait avec une rigueur implacable les raisonnements coûts-bénéfices [...], pas tellement différents de ceux professés par les libéraux orthodoxes de l'Ecole de Chicago. Homo economicus qui avait traversé l'existence armé de la plus fiable des boussoles, de la règle la plus simple : en toutes circonstances, *maximiser* sa satisfaction en utilisant ses ressources de façon optimale.

Abel Quentin, *Le voyant d'Etampes* (2021), p.27

Nous avons observé deux CTR qui consacrent l'ensemble de leurs services au projet de rétablissement et de sortie des addictions d'une population d'adultes se caractérisant par la reconnaissance d'une dépendance à un ou plusieurs produits. Après avoir été sélectionnés, reçus et initiés aux règles institutionnelles, ces hommes et ces femmes passent plusieurs semaines, voire mois, dans l'établissement – l'essentiel de leurs activités se composant d'ateliers psycho-éducatifs, d'entretiens, et de moments de repos. À un moment, établi avec l'institution – soit qu'ils arrivent au terme de leur « projet thérapeutique » (CTR n°1), soit qu'ils arrivent à la fin du programme prévu par l'établissement (CTR n°2) – il est envisagé qu'ils partent, et qu'ils retournent à leur domicile et à leur entourage. Mais le séjour n'est pas tout à fait terminé. Ou pour le moins, une posture ne peut être considérée réussie que si elle produit des effets dans « l'après », c'est-à-dire à minima que le résident retourne chez lui un tant soit peu changé ; que la résidente ne sorte pas du centre avec pour première perspective l'idée d'aller consommer, et de reprendre sa routine addictive. Le CTR est censé avoir apporté une modification dans le comportement des usagers, qui ne s'engagent pas seulement à l'entrée dans le centre, mais également à la sortie – dans une perspective de prise de conscience et de transformation conséquente de leurs habitudes. Le « rétablissement » ne peut se comprendre qu'à l'aune de ce changement de point de vue, qui fait revenir l'utilisateur dans la société doté d'un Moi plus adulte – à savoir plus autonome et respectueux des normes sociales – mais aussi plus proche de ce qu'il ou elle est venue mettre au travail dans ce centre. Un Moi comme on l'a vu, capable de comprendre ses émotions et d'exprimer ses besoins, capable de mettre des limites et de prononcer des refus, capable enfin de dépasser une position de victime et de se positionner comme l'agent de ses décisions – sans avoir à en passer nécessairement par le recours à la drogue (chapitre 4). Ce parcours a donc engagé « un travail sur soi et son contexte »

– comme le désigne M. Caiata Zufferey (2006 : 46), qui débouche logiquement sur une phase de réorganisation du quotidien de l’usager et de ses habitudes. Ce sont là bien les trois phases que distingue Howard Becker lorsqu’il décrit la trajectoire de sortie d’une carrière (Becker, [1963] 2020) : la *rupture d’adhésion* avec le mode de vie déviant s’accompagne nécessairement d’une *remodulation identitaire*, qui prend source très concrètement dans une *transformation des habitudes de vie*, vers ce que Caiata Zufferey nomme « conventionnalité » : « Ces trois phases d’affranchissement ne sont pas que des stades qui marquent le changement dans un type particulier de comportement ; au contraire, elles ponctuent la transformation de la manière qu’a l’individu d’être au monde, elles constituent le squelette autour duquel se dessinent des modes de vie différents » (Caiata Zufferey, *ibid.* : 46).

Mais tout changement de mode de vie ne s’accompagne pas nécessairement de l’importance que ces centres octroient à la dimension réflexive et réfléchie de cette transformation. Comment expliquer ce poids du travail mené sur la réflexivité dans les parcours d’accompagnement en CTR ? L’autrice que nous venons de citer peut nous éclairer, dans la mesure où elle rend compte du changement de perspective effectué dans les théorisations des spécialistes du champ, depuis les théories déterministes de l’addiction (où la « *natural history* » de la pathologie portait indéfectiblement à la mort) au modèle « actionniste » contemporain, de la *sortie autodéterminée* (2006 : 35). Nous pouvons de même faire le constat que les professionnels qui travaillent de nos jours en CTR, s’ils estiment que l’usager a une chance de s’en sortir après un passage en postcure, croient également au fait *qu’il peut être l’acteur de ses choix et de ses actions* – qu’il ne fait pas qu’accepter passivement l’accompagnement et le soin institutionnel (et cela influence nécessairement leurs pratiques). Sinon sa rechute à la sortie du centre serait irrémédiable, et il n’y aurait qu’une solution : le maintenir sous contrôle institutionnel. La représentation défendue par l’addictologie française contemporaine fait donc valoir une conception du social où l’individu se trouve doté de certaines caractéristiques (qu’en sociologie nous pourrions lire comme étant d’inspiration wébérienne) : celle d’un être humain actant et moteur de ses actions, mais aussi également capable de perfectionner ses stratégies d’action grâce à la réflexion sur ses comportements antérieurs (réflexivité) et sur ses comportements futurs (anticipation). Ainsi, au sein des CTR comme dans la majeure partie des politiques sociales contemporaines, « [i]l s’agit en quelque sorte d’équiper l’individu par un double mouvement rétrospectif et prospectif de soutien particularisé » (Soulet, 2012 : 185). Toutes les questions que nous pouvons nous poser sur comment les résidents s’en sortent concrètement, et sur le mouvement identitaire qui les conduit (ou non) à (re-)devenir soi demeurent prématurées, si l’on ne s’interroge pas tout d’abord sur les dimensions spécifiques au changement autodéterminé mises en places dans ces centres – et que nous nommerons : la motivation à changer (être un agent perfectible), la prise de décision sur son avenir par rapport à ce qu’a été son passé (être un agent réflexif), et l’engagement (être l’acteur de ces transformations).

Premièrement, on a pu voir à de nombreuses reprises que l’un des éléments centraux de la réhabilitation proposée par ces structures est la motivation et les mises à l’épreuve qu’elle subit : son évaluation à l’entrée, sa réitération verbale répétée, la manière dont les professionnels l’investiguent voire la « testent » en soumettant les usagers à des épreuves (sorties en autonomie), son émulation *via* le groupe... Sans celle-ci, les dispositifs en addictologie considèrent souvent leur action vouée à l’échec. La thérapie de groupe, dont l’exemple paradigmatique reste toujours les groupes d’auto-support AA/NA, sert à soutenir l’individu dans sa résolution, *via* une identification transitoire en postcure à « une collectivité

qui possède des normes sociales, idéologiques et comportementales très définies » (Caiata Zufferey, 2006 : 27). Mais pour que celle-ci *se maintienne dans le temps*, même au-delà du séjour en CTR, un travail spécifique est requis. Une grande partie du travail thérapeutique porte donc également sur le développement de cette motivation à changer son Moi, aussi bien en rappelant les conséquences négatives de la consommation, qu'en donnant confiance à la personne en ses moyens (objectifs et subjectifs) pour faire « autrement »¹⁰. En effet, selon certains spécialistes, ce qui ferait pencher la balance du côté de la sortie serait d'une part « l'accumulation d'expériences négatives associées à des événements personnels particulièrement significatifs et dérangeants »¹¹, qui permettrait de concrétiser une prise de décision équivalente à celle qu'on a décrit comme l'atteinte du « fond » subjectif en-dessous duquel l'utilisateur sent qu'il ne peut plus aller (chap. 6). D'autre part, d'autres besoins remontent parfois à la surface dans cet espace-temps de la postcure, et la prise en compte de leur contradiction profonde avec le maintien du désir continu de consommer pousse les résidents et résidentes à envisager d'autres voies, plutôt que s'acharner à conserver les techniques neutralisant ces contradictions internes

Deuxièmement le processus de sortie est conceptualisé en addictologie comme devant s'accompagner d'une *prise de décision*, qui ne concerne pas uniquement le moment d'entrée en postcure, mais qui doit être, comme l'affirme un des leitmotivs des AA, une décision de chaque jour. « Seulement pour aujourd'hui », affirment les usagers qui ont choisi de ne plus boire d'alcool dans les groupes d'auto-support. Reste que, si cette décision a parfois pour contenu l'abstinence, nous défendons pour notre part que la conservation de cette résolution repose sur un travail de l'identité et des convictions profondes de la personne qui n'a rien d'éphémère ou de spontané. Nous développerons donc comment l'institution-CTR intervient pour pousser à cette prise de décision quotidienne en incitant les résidents à rationaliser leurs comportements à l'aune de l'« évaluation cognitive des avantages et des désavantages de la consommation » que l'individu a pu vivre par le passé (Caiata Zufferey, *ibid.* : 39). On l'invite ici à faire ce calcul des coûts-bénéfices de l'addiction sur les événements et les vécus de son passé, dans l'idée qu'il pourra, en connaissance de cause, choisir d'interrompre ou de diminuer drastiquement ses pratiques. Si on a pu évoquer l'importance du groupe dans le parcours de soin de l'utilisateur (chap. 6), on comprend ici comment il sert également de support à cette décision, verbalisée plusieurs fois devant ses pairs et les divers intervenants en addictologie.

Mais cette décision ne pourra être efficace que si le résident rend opératives les stratégies et les apprentissages mis en place dans le centre qu'on a évoqués aux chapitres précédents (chapitres 4 et 6) :

En particulier, la personne doit agir de manière à poursuivre deux objectifs : l'éloignement du réseau social lié au monde de la déviance, d'une part ; le développement de relations et activités conventionnelles, de l'autre. Pour réaliser ces deux buts, les personnes font généralement preuve d'une grande richesse d'idées et mettent en place tant des stratégies comportementales que des stratégies symboliques. *Parmi les stratégies comportementales on constate le fait de trouver des techniques de distanciation et de substitution de la pratique : on se jette dans une autre occupation comme le travail*

¹⁰ Nous donnerons des exemples concrets de ces outils fournis par l'institution CTR, que de leur côté J. Kassel et E. Wagner (1993) divisent dans leur article entre techniques de soutien, techniques d'expression et techniques d'introspection (*supportive, expressive, and insight-oriented techniques*).

¹¹ Patrick Biernacki, *Pathways from Heroin Addiction. Recovery without Treatment*, Philadelphia, Temple University Press, 1986 – cité par Caiata Zufferey, *ibid.* : 39.

ou le sport ; on fait recours à des compensations de tout genre (nourriture, alcool) ; on se retire dans des fermes isolées ; on contrôle le stimulus en évitant les anciens amis et en limitant l'accès à l'argent, etc. *Les stratégies symboliques au contraire renvoient à un travail cognitif de remémoration des conséquences négatives de la pratique et de valorisation de la rémission.* (Caiata Zufferey, 2006 : 39-40).

Troisièmement donc, le résident sortant doit *s'engager* dans un travail de poursuite des acquis du CTR dans les diverses sphères d'appartenance auxquelles il retourne en quittant les lieux. Ce qui ouvre à la question apparemment aporétique de savoir ce qu'est un « travail réussi » en CTR. Comment décrète-t-on qu'un usager a bénéficié de son séjour, mais a aussi su le convertir dans le temps, en en faisant profit ? Serait-ce uniquement parce qu'il a maintenu l'abstinence ? Ou les efforts fournis trouveraient un autre moyen d'être reconnus, quantifiés, qualifiés ? Comment quantifier le changement imperceptible, qui se produit, peut-être chaque jour en lui ou en elle ? Nous verrons que la réponse à cette question doit faire intervenir au moins deux des trois aspects du « travail » exigé en CTR, tel que nous l'avons défini plus haut : l'engagement dans une processualité active de changement, la possibilité de retrouver un accès au travail salarié, et un travail de soi qui bouscule les coordonnées passées de l'identité avec laquelle l'usager se présentait au monde.

Ce chapitre vise ainsi également à analyser les fondements théorico-cliniques et idéologiques qui soutiennent ce travail de l'identité requis pour faire durer la résolution de changement de vie exprimée par l'usager. Bien que ces ferments théoriques soient éminemment plus perceptibles et clairement mis en application à Métanoïa, nous rappellerons par divers exemples comment le TCHAT n'est pas exempt d'ateliers et de méthodes qui ont été imprégnées elles aussi par la récente orientation humaniste et expérientielle, en passe de devenir hégémonique dans ces structures du médico-social – et dont nous allons décrire l'essor plus loin. Mais ces orientations cliniques transmettent surtout de manière indirecte la vision individualiste d'un monde où chacun, chacune, peut devenir le maître de son existence – de manière à pouvoir *passer la main* à l'usager sortant, en ce qui concerne l'engagement concret dans sa vie des résolutions élaborées et prises au sein du CTR. En effet, nous montrerons *via* la mobilisation de la réflexivité et la rationalisation des comportements menées en CTR que « l'individualité moderne n'est pas de nature optionnelle (le résultat d'un choix subjectif) ou déterministe, mais tient en premier lieu à un engagement qui a valeur d'obligation » (Breviglieri, 2008 : 94). La question de la sortie du centre se conjugue donc avec l'articulation nécessaire qui doit être faite par le résident dans le passage d'un hétéro-contrôle à un auto-contrôle (Elias, 1991, 1994) ou encore à un gouvernement de soi (Ehrenberg, 1997) – pour donner suite aux analyses de R. Castel et A. Coppel, qui emploient la tripartition (hétéro-contrôle, contrôles sociétaux, auto-contrôle) pour parler des sorties de la dépendance (1991). Ce qui nous poussera à interroger le succès effectif des rétablissements post-CTR, si l'horizon proposé aux résidents est celui d'un auto-contrôle sans communauté de support, et où le « sens » que l'usager est amené à construire pour son existence, ne se départit guère d'une adhésion aux normes sociales où l'alternance chronique entre vulnérabilité et résilience sont désormais le lot commun (Genard, 2015).

I. Travailler à se rendre autonome.

Dans la deuxième partie de cette thèse, nous avons repéré comment l'autonomie se voyait prescrite comme norme dominante au sein des deux CTR, avec toutes les contradictions que cette prescription d'autonomie rencontrait confrontée aux pratiques réelles – particulièrement dans le centre TCHAT. De la même manière, nous voudrions repérer de quelle manière la processualité du changement désiré (ou décrit comme tel) par les résidents, et accompagné par les professionnels en CTR, doit se voir sémantisée et entendue comme une forme de « travail », pour qu'elle puisse se poursuivre dans l'« après »-CTR. D'après mes carnets de terrain, on peut compter au sein des deux CTR une trentaine d'occurrences de la notion de « travail » qui ne concernent pas le travail des professionnels, mais bien le travail spécifiquement attendu des usagers (sur 73 occurrences de la notion au total à Métanoïa, et 31 au TCHAT) ; pour le verbe « travailler » de même, on repère une quinzaine d'occurrences au total (sur 37 à Métanoïa, et 27 au TCHAT) qui concernent des situations aussi variées que celles-ci-dessous, mais qui ont toutes en commun le fait qu'elle ne concerne pas la réalité d'être employé et de faire les activités concernant sa profession:

Présentation de l'atelier journal

Objectif pour les patients : *travailler la relation aux autres* (Cdt 1 – TCHAT – 26/04/21)

Sacha – [...] je pense que ça serait intéressant de #faire plus le lien avec eux [les professionnels de la remédiation psycho-cognitive], # parce que par exemple, reconnaître ses émotions, comment *travailler dessus*... (Cdt 1 – 04/06/21)

Eva – Sauf qu'après tu te retrouves avec des choses bizarres, si une conso n'a pas été parlée, et que l'analyse d'urine dément... Qu'est-ce que tu fais, sachant qu'il a pas voulu la *mettre au travail* ? Est-ce que tu considères qu'il a plus sa place ici... ? (15/06/21)

Yassine – C'est un *travail qu'il faut encore que je fasse*, d'aller plus vers les animateurs quand j'en ai besoin. (Cdt 2 – Métanoïa – 14/09/21)

Fabienne (IDE) dit que c'est rare qu'elle soit allée si loin avec un groupe dans l'analyse des besoins : « C'est surtout que *vous vous mettez vraiment au travail* [...] et aussi on voit que vous avez confiance. » (Cdt 2 – 28/09/21)

Charlène (Esp.) – Est-ce que vous êtes venu pour *travailler sur vous* aussi ?

Dimitri – Bah, normal.

Charlène – C'est-à-dire ?

Dimitri – Faire en sorte d'éviter ces personnes. (Cdt 2 – 28/09/21)

Ludovic – Vous avez l'impression *de ne pas travailler*, alors qu'en fait, vous êtes dans l'observation...

Sou – Oui, c'est vrai. Je conseillerais à n'importe qui, qui vient faire ces 6 semaines, de revenir approfondir son parcours de guérison... (Cdt 2 – 29/09/21)

Rachid – Il a compris qu'il fallait qu'il gère ses finances. Reste à *travailler sur* l'estime de soi... (Cdt 2 – 30/09/21)

Brice – J’ai réussi à *travailler* un peu plus sur moi, j’ai réussi à *rester dans mes objectifs de travail* [...] C’est dur la dernière semaine... Je pense que j’ai une meilleure acceptation de moi-même, de mon entièreté. Même si du côté émotionnel ça reste assez ric-rac. *C’est un travail de longue haleine*, et en 6 semaines, c’est peut-être trop court... (Cdt 2 – 12/10/21)

Si on peut tantôt remplacer le « travail » par « effort », tantôt par « progrès », ou encore par « processus » ou « évolution », ces extraits (plus nombreux comme on le voit au CTR n°2, Métanoïa), mettent en exergue une traduction des micro-changements opérés chez les résidents durant le séjour sous un terme qui accentue leur participation active dans ce processus – où on souhaite montrer des deux côtés de la barrière soignants-soignés que les seconds ne sont pas un simple objet d’intervention des premiers mais *font ce travail*, ou encore « se mettent au travail » (5 occurrences au total). Ce qui se voit valorisé par l’emploi de ce terme de travail plutôt que d’autres notions, c’est la collaboration de l’usager à l’accompagnement psycho-social dont il est techniquement bénéficiaire – et où il est clair qu’il est à la fois l’agent principal (le travailleur) et l’objet (le produit de la force de travail déployée) du processus en cours.

Si le travail dont il est question est clairement de nature psychique ou psychologique, c’est sans doute pour cette raison également que « l’enchâssement de la discipline et de la référence au groupe » au sein de la norme d’autonomie – pour reprendre les termes d’Astier (2007 : 15) – est aussi envisagé en termes de travail (domestique cette fois) au sein de la structure (chap. 6) : de la même façon que dans les CT ou les anciennes postcures (et encore dans certains CTR ruraux), on envisage le travail de la terre et l’ergothérapie comme un des moyens principaux de la libération/responsabilisation des usagers. Ces activités bénévoles au sein d’une structure de soins laissent par ailleurs transparaître toutes les ambiguïtés de la notion de *travail*, lorsque c’est par les usagers et usagères qu’il se voit effectué.

Ce qui est visé en CTR est en effet très éloigné de la réinsertion par l’emploi que proposent d’autres structures du médico-social comme les ESAT (Beulné, Dandoy, 2009 ; Zribi, 2019). Par ailleurs, la reprise d’un emploi est toujours renvoyée par les professionnels à un avenir hypothétique, lorsque se trouvera résolu le problème de la consommation. Le message tacite est que la santé est prioritaire, par rapport au travail entendu comme une perspective de (ré)emploi : on verra plus tard pour cela, quand le « travail » ici sera terminé.

Rappelons que cette relégation du travail professionnel et salarié dans un horizon incertain où sera décrétée la fin de l’assistance fait écho à des transformations sociales plus profondes, sur la place du travail, la reconnaissance en termes d’identité sociale qu’il constituait, et les garanties de protection qu’il assurait. Dans les classes populaires, où il semble que « la figure du travailleur [ait] perdu sa centralité, comme conséquence de la rareté de l’emploi et de la précarisation », le fait de travailler n’est plus gage d’une intégration réussie et d’une ascension sociale possible (Merklen, 2012 : 103-104). Le fait qu’il soit « de plus en plus difficile de se projeter vers l’avenir comme quelqu’un qui commence une « carrière » dans le monde du travail » (*ibidem*) est une des sources d’explication de la déshérence d’une partie de la jeunesse française et du recours à l’usage de drogue, voire à son économie, pour survivre (Jamoulle, 2000 ; Althaus *et al.* 2020).

Les usagers qui arrivent en CTR ont évidemment un rapport très variable aux mondes du travail, salarié ou non. Ce paramètre est intéressant à questionner car il fait valoir que les différences entre eux ne se jouent pas uniquement à partir de la variable du genre, de l’âge ou

du capital social, mais aussi par rapport à cette question du travail, qui paraît un point aveugle de la perspective de rétablissement en CTR. Certains ont eu un emploi au-dehors, dans lequel la consommation a mis à mal l'exercice de leur profession, ou dont la perte a pu conditionner la prise de conscience de la dépendance et le déclic pour un séjour. Certains et certaines à Métanoïa ont encore un emploi – et les six semaines de postcure que représente le séjour peuvent leur permettre de le conserver, moyennant l'excuse d'un congé maladie, ou d'une intervention médicale. D'autres (les plus jeunes mais pas seulement) ne sont jamais entrés sur le marché de l'emploi – et le « travail » qu'ils et elles font en CTR peut acquérir pour eux une signification très différente, en fonction de leurs moyens et de l'orientation que les professionnels préconiseront.

Je crois néanmoins qu'on peut démontrer le caractère fortement *accessoire*, voire obsolète, de la visée de la réinsertion par l'emploi dans chacun de nos deux centres. Au TCHAT, les démarches sociales qui sont entreprises durant le séjour ont plutôt pour perspective la reconnaissance sociale d'une diminution des compétences du résident à cause des effets délétères de la consommation. On soutient certains dans la démarche de faire un dossier MDPH ; on rédige avec eux des demandes d'AAH (Allocation Adulte Handicapé). On avalise ainsi une moindre employabilité du résident, tout en lui trouvant des solutions compensatoires pour garantir son futur proche, aussi bien économiquement qu'au niveau du logement. À Métanoïa, on construit en revanche le rétablissement en prenant en compte la totalité des paramètres permettant le « mieux-être » : de ce point de vue, le rapport au travail réel (salarié, dans le monde ordinaire), ne constitue qu'une des jauges qu'il faut faire progresser, en fonction de ses capacités¹² – la définition de ce « travail » pouvant être très labile ensuite au sein du centre. Ce n'est qu'à un seul moment que je verrai une professionnelle, Samantha, présenter le dispositif des MASP (Mesures d'Accompagnement Social Personnalisées) aux résidents. Le fait qu'elle soit conseillère en économie sociale et familiale et non éducatrice spécialisée joue peut-être dans cet intérêt de sa part (comme c'est la seule CESF que j'ai rencontrée, je ne pousserai pas plus loin cette hypothèse) :

Atelier Conso-Reconso-Rechute avec Samantha. Après avoir parlé des différentes stratégies de *coping* qu'ils pourront employer à la sortie, Samantha présente aussi le dispositif des MASP, qui ne sont pas forcément contraignantes, on passe pas forcément devant un juge... ça se fait avec une CESF [la profession de Samantha] ou une AS.

Elle demande quelques précisions sur le statut et les revenus de chacun :

Keufra touche l'AAH depuis son accident, il y a plus de dix ans.

Brice et Yassine sont au RSA, mais pas en totalité, parce qu'ils ont pas la prime d'activité...

– donc ça ne monte pas au-dessus de 490€.

Au CHRS, Brice doit payer 33% de ses revenus, dont 190€ en moyenne.

Clôture de l'atelier.

Cdt 2 – Métanoïa – 07/10/2021

Lorsque je décris la perspective de l'emploi comme secondaire ou accessoire, je suis consciente de parler du point de vue *emic*, et donc du regard que semblent porter les acteurs de terrain sur le travail. Mais pourquoi cette question est aussi bien *objectivement* rendue obsolète ? La réponse, nous l'avons déjà donnée depuis les premiers chapitres : car ces centres

¹² Sur la grille de satisfaction-motivation c'est même la deuxième colonne qui porte sur le rapport au travail (juste après le rapport aux consommations), ce qui nous indique – comme nous l'avons montré en introduction – que le centre est pensé avant tout pour un public de personnes salariées ou en tous les cas en lien au monde du travail.

opèrent un tri progressif entre les inemployables chroniques (qui sont souvent dans des parcours longs de postcure, de un an ou plus), les individus « en crise biologique », qui ne doivent pas penser au travail tant qu'ils n'ont pas « travaillé sur eux » et leur problème de drogue, et les individus pour lesquels la conciliation des drogues et du travail est devenu un problème (infirmières, éducateurs, ingénieurs du son, *etc.*). Pour ces derniers, comme pour les plus jeunes, tenus à l'écart jusqu'à présent du marché de l'emploi et souvent au RSA (individus pour lesquels le CTR constitue un rite de passage quasiment spontané), le travail est envisagé et doit être repris, mais comme tous les autres aspects de l'existence : *si on a la capacité de le gérer*. Autrement, il vaut mieux ne pas l'entreprendre – ou en tous les cas déléguer à d'autres institutions d'aide sociale cette question de la (re)prise d'emploi.

Mais dire qu'en CTR la priorité reste le soin et non le travail nous semble très réducteur par rapport aux processus de transformations subjectives qui se voient mis en œuvre dans ces centres. Il serait tout autant problématique de réduire la notion de travail à l'emploi que d'omettre que derrière ce mot et sa décontextualisation psychologique (« il faut qu'il travaille tel et tel truc », « je travaille sur moi », « c'est le travail qu'on attend de vous ici », *etc.*) se cache en réalité la mise au travail d'individus sortis des circuits de la production. Ce projet est de manière étonnante à la fois biopolitique et individualiste. *Biopolitique*, parce qu'il participe – à l'autre extrême du spectre social par rapport aux classes préparatoires observées par Darmon (2015) – de la formation et de la mise au travail d'une population spécifique, en envisageant les *habitus* qu'ils vont devoir ensuite transplanter dans le monde social ordinaire, et convertir parfois (pour les plus chanceux d'entre eux) en un emploi salarié. On pourrait dire que de la même manière que tous les étudiants de MP*¹³ ne deviendront pas Polytechniciens, tous les résidents en CTR ne deviendront pas MSP au cours de leur vie. Le dispositif donne à chacun sa « chance », et inculque à tous un même bagage, véhiculant les valeurs d'une société méritocratique où chacun obtient la « place » qu'il mérite. *Individualiste*, ce projet le demeure, car il vise une transformation cognitive, comportementale et sociale que l'individu entreprend, à la mesure de ses dispositions antérieures – mais il est seul à choisir de manière active : en se décidant pour tel centre plutôt que pour tel autre ; en prenant ce qu'il trouve à prendre de chacun des séjours en postcure effectués ; en décrétant lui, ce qu'il désire comme avenir, aussi bien au niveau de ses pratiques de consommation (abstinence, gestion), que de ses fréquentations, de sa région d'habitation, de ses perspectives professionnelles... Par l'abstraction qui est faite du cadre social antérieur dans lequel sont logiquement renvoyés les usagers de passage en CTR, on maintient l'illusion d'un résident qui peut, à la sortie du centre, reprendre les rênes de sa vie et trouver toutes les solutions à ses problèmes, en se faisant l'artisan de sa vie comme il se fait l'artisan de son rétablissement.

Selon les centres, les pouvoirs publics disposent ainsi de diverses options en fonction du profil social de l'utilisateur. Dans des centres comme le TCHAT, on valorise une prise en charge qui rassure l'opinion publique, protège d'une contamination par des "sujets à risques", mais qui opère un retrait de ces individus de l'appareil productif classique. Ce qui explique ces orientations en fin de séjour en foyer psychiatrique, ou dans le circuit clos de diverses associations en addictologie. D'autres filières, comme Métanoïa, solutionnent en priorité le premier de ces quatre problèmes. Elles visent en outre à trier dans le lot ce qu'on peut appeler

¹³ Lire « M. P. étoile » : classe préparatoire maths-physique, l'étoile signifiant qu'on y déploie des enseignements plus avancés, réservés aux étudiants et étudiantes considérés les plus talentueux en première année. La comparaison des CTR avec les classes prépa est ici un peu rapide, mais elle se fonde indéniablement sur l'égalitarisme républicain et la valeur du mérite, valeur partagée par ces institutions, dissemblables au demeurant.

trivialement les pommes sur le dessus du panier, c'est-à-dire celles et ceux qui sont en fait intégrables à l'appareil productif classique – soit qu'ils reprennent une vie « sans produit », soit qu'ils fassent de leur vie « avec produit » leur pratique de travail, leur savoir expérientiel. Pour ce faire, elles testent la réaction des résidents à la panoplie de méthodes et de techniques de soi (Foucault, 2001) qu'elles proposent aux résidents pour envisager avec eux diverses stratégies de sortie – cohérentes avec le projet social de normalisation des comportements déviants des *addicts*, mais aussi avec le projet individuel que chacun envisage dans ce temps du séjour. Nous allons explorer à présent d'où viennent ces méthodes, et quelle représentation de l'homme contemporain elles cautionnent et diffusent.

I. A/ Du paternalisme médical à l'*empowerment* des usagers : le cas particulier du champ des addictions.

L'addictologie française s'est composée et formalisée au tournant du siècle, dans une perspective de recomposition du paysage institutionnel qui prenait en charge auparavant de manière séparée certaines conduites addictives (toxicomanie, alcoologie) et certains domaines d'intervention (hôpitaux et médico-social pour les drogues et l'alcool, santé publique pour le tabac ou les jeux d'argent). Mais cette fusion de l'addictologie s'est accompagnée d'un virage décisif en matière d'orientation clinique, en abandonnant le paradigme psychanalytique qui avait été la matrice la plus diffuse au cours des années 1970 en matière de soins des addictions. Un vent nouveau est porté par l'ouvrage de Miller et Rollnick (1991) – tiré du premier article écrit par Miller sur l'entretien motivationnel avec des patients alcooliques (1983) – qui donne un essor conséquent à l'approche actionniste motivationnelle¹⁴. Dans le même temps, le sida porte un coup décisif au paternalisme médical, et à l'approche psychanalytique du modèle de soin français des toxicomanies. Le même professeur en addictologie, qui me décrivait l'ouvrage de Miller et Rollnick comme ayant « tout changé » dans les stratégies et orientations cliniques¹⁵, me résume la transformation du rapport aux usagers par ces mots :

...il y a eu – je pense pas que ça soit spécifique à notre discipline – il y a eu un *shift* générationnel, très fort, *entre une approche paternaliste du soin, et aujourd'hui une approche très centrée sur le patient* – et moins sur...euh...le cadre institutionnel. Donc il y a deux générations : le cadre institutionnel, c'était comment...l'outil thérapeutique, c'était là-dessus qu'il fallait travailler, et le patient devait s'y adapter. Et euh, aujourd'hui les plus jeunes considèrent que le cadre doit s'adapter à la particularité de chacun des patients...[rire] Il y a des avantages et des inconvénients dans les deux cas, mais bon tant mieux... »

J. B. - psychiatre alcoologue, PU-PH, service universitaire de région parisienne

¹⁴ On peut définir ainsi une conception médico-psychologique qui se fonde sur deux piliers principaux pour pouvoir conduire les interactions entre thérapeute et patient : l'idée que la personne a un besoin inné d'autodétermination (Deci, Ryan, 1985), et la technique de l'entretien motivationnel pour faire émerger les besoins et les préoccupations actuelles de la personne. Pour approfondir la question, voir Tremblay, Simoneau, 2010.

¹⁵ Dans le cadre des entretiens que j'ai menés en 2021 – en préparation de mes terrains – avec plusieurs figures-clefs de l'addictologie en France (Rochet, 2021). La première édition de l'ouvrage *Motivational Interviewing : Preparing people to change addictive behaviour* de W.R. Miller et S. Rollnick n'ayant pas été traduite, le changement a sûrement été encore plus conséquent à partir de la parution de la traduction française de l'ouvrage (deuxième édition), en 2002 (Paris, Interéditions) – pour que sa lecture s'étende au-delà des seuls PU-PH.

S'agit-il uniquement d'un changement générationnel ? Pour le déterminer, il faut d'une part mettre en lumière le relatif déclin de l'approche paternaliste qui a eu lieu en France depuis quelques dizaines d'années, ainsi que les critiques qui émergent eu égard à la biomédicalisation croissante des disciplines médicales. D'autre part, c'est sans doute en nous tournant vers l'histoire de la discipline qu'on pourra comprendre l'émergence non pas tant d'un nouveau paradigme que d'un nouveau *faisceau de pratiques* en addictologie – qui remontent plutôt aux années 1960 si ce n'est encore auparavant (Marc, 2014 ; Marquis, 2017b).

La critique faite à la déshumanisation opérée par la médecine, même si elle connaît des remobilisations récentes, n'est pas nouvelle. Les progrès médicaux axés sur la technicité, ainsi que la segmentation conséquente qui a été faite des soins, le potentiel invasif des thérapies proposées, la part grandissante des préoccupations d'ordre financier et économique au détriment du bien-être des patients, sont divers aspects du problème, qui impacte particulièrement la capacité des soignants à prendre en charge correctement et même à s'accorder le temps d'une rencontre « humaine » avec leurs patients (Boudier *et al.*, 2012 : 13). Le monde de l'addictologie paraît sensiblement avoir été épargné dans les premiers temps de son institutionnalisation par ces transformations. Du fait de ses financements spécifiques jusqu'en 2003, mais aussi de l'aura dont bénéficiait cette néo-discipline (« discipline qui marche »¹⁶, face à la discipline en crise que symbolise de plus en plus la psychiatrie générale), elle a pu croire échapper aux effets d'érosion de la rencontre dus aux manques de moyens. Dès ses origines, l'intervention en toxicomanie française, créée dans les années 1970 par Claude Olievenstein, s'est distinguée de fait des logiques médicales traditionnelles. Le fondateur de l'hôpital Marmottan, premier centre destiné à prendre en charge les populations de jeunes toxicomanes (qui étaient uniquement à l'époque traités en psychiatrie), écrit divers ouvrages durant les années 1970-1990, dans le courant de la psychiatrie sociale qui passe beaucoup par la vulgarisation durant ces décennies, *via* des maisons d'édition comme Maspero. Il y explique, fort de sa popularité et de son intérêt pour ce qui se fait dans d'autres pays, aux États-Unis notamment, le travail spécifique qui était à mener avec ces publics nouveaux. Olievenstein constatait les ambivalences de la figure qu'il était conduit à incarner, dans une époque où l'offre publique étant peu diffuse, les figures paternalistes voulant « sauver par l'amour » ces jeunes en détresse constituaient le modèle le plus répandu¹⁷. Il écrit dans *Il n'y a pas de drogués heureux*, son premier livre :

J'exerce un des rares métiers où l'on est heureux lorsque vous quitte la personne à laquelle on s'est attaché : elle n'a plus besoin de vous, on peut couper le cordon ombilical. Cela se décide d'un commun accord, après que l'on ait, tous deux, perçu, par touches progressives, que l'affrontement psychothérapique n'avait plus de sens, que quelque chose de neuf avait surgi, qui était de l'ordre de l'égalité réciproque, c'est-à-dire de l'amitié. [...]

Mais cette séparation, en même temps, constitue un événement extraordinairement gratifiant pour mon narcissisme de médecin. Il y a une sorte d'ivresse à se dire que l'on a pu faire renaître des êtres piégés dans le malheur et dans la solitude, qu'on leur a permis d'être enfin eux-mêmes, c'est-à-dire des sujets véritables et non plus des objets – de leurs parents, de la société, de leur névrose ou de leur psychose –, qu'ils vont pouvoir vivre et se réaliser avec les armes que leur fournit leur époque.

¹⁶ Je rappelle que cette expression provient hypothétiquement d'une prise de parole de Michel Reynaud, dans une comparaison faite par B. S., psychiatre alcoologue au cours de l'entretien que j'ai fait avec lui (27/01/21).

¹⁷ Je renvoie ici aux paroles de Vincenzo Muccioli, reprises dans le documentaire Netflix dédié à son histoire et à celle de San Patrignano, « SanPa » (2020).

S'ils quittent la relation paternante, c'est comme des enfants que l'on a su faire grandir... (Olievenstein, 1977 : 310-311)

L'ambivalence du rôle « paternel » que l'on peut projeter sur lui mais qu'il vient également nourrir, en tant que le « Monsieur Drogue » de ces années-là, est patente (Blaise, Rossé, 2011). C. Olievenstein dit d'emblée que la spécificité de son métier vise à accepter de se détacher de la personne « à laquelle on s'est attaché » ; que c'est par un « commun accord », et par quelque chose de neuf comme « l'égalité réciproque » que le toxicomane pouvait décider de partir ; il remarque que cela « consacre une perte de pouvoir » de la part du médecin, tout en admettant qu'il y trouve une forme de gratification narcissique en ce qu'« on leur a permis d'être enfin eux-mêmes, c'est-à-dire des sujets véritables et non plus des objets ».

Tous ces éléments sont en eux-mêmes profondément contradictoires, car ils reposent sur le rapport de pouvoir asymétrique qu'entretient historiquement le médecin avec son patient – quand bien même le passage du modèle paternaliste de relation médecin-patient à une configuration où la décision médicale serait à faveur de l'utilisateur est constatée depuis une vingtaine d'années (Pierron, 2007). Il faut souligner entre autres que du fait de la forte empreinte de la psychologie dans les institutions de santé mentale, « l'identification aux figures d'autorité s'impose comme équivalente à l'identification aux figures parentales » (Deutsch, 2015), et le travail thérapeutique s'appuie en grande partie sur le « transfert » ou le remodelage de ces représentations familiales, pour aider à la constitution d'une identité subjective. Aussi et surtout pour les patients dépendants : « Le sens donné aux événements par un individu dépend fortement de son histoire mais aussi de la référence aux figures parentales premières et à leur discours » (de Timary *et al.*, 2007 : 191). Accepter ainsi pour un soignant les identifications à une figure parentale, accepter « l'image paternelle », dont Olievenstein dit qu'il « ne démêle pas toujours si elle me plaît ou si elle me fait peur, si je la sollicite ou si je l'accepte avec ironie » (*ibidem*), c'est accepter d'être, en tant que soignant, situé par l'utilisateur à une place qu'il faut en même temps l'amener à déconstruire. Contrairement à un père, qui restera toujours le père de son enfant, même s'il affirme un jour son indépendance – le médecin ou le thérapeute doit accepter une situation où il ou elle devient père ou mère d'emprunt, pendant le temps où cela semble nécessaire à l'utilisateur, pour ensuite se retirer et accepter que la relation se termine. Or, cela est notable dans le second paragraphe de cet extrait, le désir soignant peut rester pris dans l'identification à une figure parentale (que l'on a pu « faire renaître » des êtres au monde) : « c'est comme des enfants que l'on a su faire grandir... » ; toute la question est de déterminer le lien de croyance qui lie le soignant à cette expression du « c'est comme ». Je renvoie sur ce point aux éléments de réflexion abordés par le chapitre 5 de la thèse.

Héritiers de cette démarche, et s'appuyant pour certains sur un principe humaniste tiré de l'approche rogérienne des addictions (voir III. A/), les intervenants en toxicomanie ont donc également nourri – en parallèle de l'institutionnalisation de l'addictologie dans les services universitaires – une logique de prise en charge où l'utilisateur est co-auteur de la thérapie. Si l'addictologie désigne aussi une discipline universitaire avec médecins addictologues PU-PH (psychiatres ou gastro-entérologues) en blouses blanches, il y a toujours eu de manière concurrente en France (et au Québec – mais sans doute également en Belgique et en Suisse, pays moins hospitalo-centrés) une logique thérapeutique se démarquant de la logique purement médicale. « La participation des utilisateurs à leur propre prise en charge devient d'ailleurs l'un des principaux éléments de cette nouvelle philosophie d'intervention. L'utilisateur

de drogue devient un important partenaire, voire l'acteur principal, de toute action préventive » (Quirion, Bellerose, 2007 : 32-33).

Mais ces tensions du passage de l'approche paternaliste à une approche plus horizontale et participative peuvent être interprétés encore autrement. Selon les chercheurs québécois B. Quirion et C. Bellerose, c'est en grande partie le désabusement qui a porté de nombreux acteurs de l'intervention en toxicomanie des années 1970 à faire évoluer leurs pratiques d'intervention, désormais orientées par un discours critique de fond envers « l'intervention institutionnelle propre à l'État-providence » et « la portée paternaliste et moralisatrice » des interventions traditionnelles (Quirion, Bellerose, 2007 : 34). Nous verrons plus loin que ce qui fait la force de leur article est d'avoir analysé le contexte idéologique de fond qui a permis l'émergence des politiques de RdRD à la fin du siècle dernier – au-delà de l'incidence médiatique qu'ont marqué les années du sida. Investiguer « le contexte social plus large dans lequel ce nouveau modèle [de la RdRD] s'est développé, afin de mieux cerner les enjeux à la fois sociaux et politiques que ce type de stratégie implique, tant pour les utilisateurs de drogues que pour la communauté en général » (*ibid.* : 30) permet de comprendre les soubassements idéologiques des nouvelles formes de participation des usagers. Ce qu'ils décrivent comme le « virage néolibéral », c'est-à-dire « le passage vers un nouveau mode de régulation des pratiques » (*ibidem.*), se caractérise d'une part par « une critique en règle de la médiation institutionnelle mise en place sous le providentialisme » (*ibid.* : 31), à laquelle fait contrepoids la « confiance accrue dans les capacités autorégulatrices de l'individu en interaction avec son milieu immédiat » (*ibid.* : 34) :

Ce sont les acteurs locaux, et non les institutions surplombantes propres à la régulation providentialiste, qui doivent générer les règles et les pratiques auxquelles les individus accepteront de se soumettre. Le citoyen émerge alors (et c'est là le second thème réciproque de la régulation néolibérale) comme la figure centrale d'un nouveau discours social qui souhaite redonner à l'individu le contrôle sur sa propre destinée (Quirion, Bellerose, 2007 : 31)

On dispose ainsi de quelques éléments contextuels éclairant la manière dont les approches contemporaines en addictologie ont dû se faire beaucoup plus interdisciplinaires et horizontales. Elles promeuvent aujourd'hui, comme l'ensemble des interventions psychosociales, la participation directe de l'utilisateur à l'élaboration de son parcours de soin, et souhaitent avant tout promouvoir son *empowerment* individuel, ce que Yann Le Bossé caractérise comme pouvoir d'agir :

Le pouvoir d'agir s'incarne ici comme un pouvoir de surmonter ou de supprimer les obstacles à l'expression de « l'être au monde ». Il s'agit avant tout « d'être en mesure d'agir », c'est-à-dire d'avoir les moyens de se mettre en action. Or, quelle que soit l'action dont il s'agit, sa réalisation implique toujours un minimum de compatibilité avec les conditions objectives présentes dans l'environnement. Toutefois, ce pouvoir d'agir se distingue du seul pouvoir d'influence ou de domination, en ce sens qu'il ne vise pas tant le rapport de force que la conduite d'un projet signifiant [...] [et il] se distingue également de la seule question de la lutte pour l'accès aux ressources (Le Bossé, 2004 : 45).

Nous allons à présent aborder le champ de transformations scientifiques qui constitue le panorama général des changements abordés au niveau épistémologique et clinique de l'intervention en addictologie, les neurosciences cognitives, pour comprendre ensuite, de manière plus approfondie, quelques conséquences et réactions à ces transformations en termes d'orientations et d'outils employés.

I. B/ Le tournant des neurosciences cognitives

La plupart des psychiatres avec lesquels je me suis entretenue en amont de mes investigations de terrain en addictologie faisaient référence à un changement dans les paradigmes employés dans l'intervention en toxicomanie et alcoologie, dans les années 1990. Ce changement se caractérise par le déclin de l'influence de la psychanalyse (Bergeron, 1999), notamment sous l'influence de certaines critiques sociologiques féroces (Castel, 1973), et par l'émergence et le déploiement des thérapies venues du comportementalisme ou du néo-behaviorisme. Un de mes interlocuteurs souligna également l'importance des découvertes neurobiologiques, notamment en France, sous la direction de Jean-Pol Tassin qui passe à la tête de la chaire de Neuropharmacologie du Collège de France entre 1990 et 2010. Ce dernier découvre l'implication de la libération de sérotonine et de noradrénaline dans le cortex préfrontal, et contribue ainsi à la compréhension du fameux « système de la récompense » au sein des addictions.

Ce qu'on caractérise plus globalement comme le tournant des neurosciences cognitives a radicalement changé l'appréhension des mécanismes de la dépendance. Permettant de déplacer la question du rapport à un produit vers la question des mécanismes neurologiques qui génèrent un rapport de dépendance, indépendamment de la substance, les neurosciences peuvent décrire aussi bien l'addiction comme un trouble des circuits de la récompense, que comme un processus décisionnel biaisé. D'une part, elles ont produit le modèle biomédical de la dépendance ou « troubles liés à l'usage » (adopté par le DSM-5, ainsi que par la Classification internationale des maladies (CIM-11) de l'OMS), dont le contenu demeure que l'addiction est une maladie cérébrale chronique et récidivante, caractérisée par la *compulsion* à l'usage de stupéfiants malgré la connaissance de leur nocivité. Ce modèle est parfois extrémisé par certains praticiens américains, comme Alan Leshner (ancien directeur du *National Institute of Drug Abuse*) qui a décrit la consommation prolongée de produits psychotropes comme étant en mesure de débrancher, à la manière d'un « interrupteur métaphorique » (*metaphorical switch*), le cerveau des personnes les plus vulnérables (Leshner, 1997 : 46). Mais les neurosciences cognitives ont aussi contribué à montrer que le comportement des personnes dépendantes demeure lié à des processus décisionnels impliquant une forme d'*intentionnalité*. Les personnes dépendantes ont des raisons d'agir, et leurs actions suivent très logiquement les désirs et les croyances qui gouvernent leur intentionnalité. Néanmoins, pour qu'une situation d'action soit décrétée délibérée, il faut que l'agent puisse disposer de la possibilité *de ne pas faire* l'action qu'il entrevoit de faire. Quelqu'un est libre d'acheter un produit, comme il est libre - théoriquement et techniquement parlant - de trouver des raisons à ne pas l'acheter ; et donc, de se retenir d'agir. Quelqu'un est libre de fraude - il peut trouver de nombreuses raisons logiques pour le faire - comme il est en tout état de cause libre de ne pas le faire. C'est ce qui caractérise ce qu'on nomme *l'équilibre décisionnel* - cet équilibre qui, paraît-il, fait typiquement défaut à l'addict :

La situation dans laquelle se trouve le sujet dépendant est différente : d'une part, il semble agir intentionnellement sur la base des raisons et des motivations qu'il a de prendre la substance, remplissant ainsi les critères minimaux de l'action intentionnelle ; d'autre part, l'observation globale de son comportement *semble indiquer que les outils avec lesquels il peut agir sur son équilibre décisionnel sont en partie compromis*, de sorte qu'il a du mal à faire autre chose que ce que ses appétits l'incitent à faire. (De Luca *et al.*, 2022 : 49-50 – je souligne)

Ce qui ressort de cette dichotomie (l'addiction est une *maladie* neurodégénérative basée sur la compulsion ; l'addiction est un *choix* – dont il faut expliquer pourquoi il est biaisé ; cf. Henden *et al.* 2013), c'est un passage analogue à celui décrit par Jean-Louis Genard d'une vision disjonctive (du bien et du mal, de la santé et de la maladie, de la liberté et de l'aliénation) à l'idée d'un *continuum anthropologique* caractérisant de nos jours l'humain (Genard, 2009 : 31). « L'idée générale est qu'il existe un continuum entre les comportements addictifs et nos actions volontaires ; voire que les comportements addictifs sont motivés et gouvernés par des choix » (De Luca *et al.*, 2022 : 48) – mais il faut alors expliquer *pourquoi* les individus dépendants choisissent contre le bon sens, ou mieux, contre ce qui apparaît comme la santé et leur « bien ». La médicalisation du phénomène de l'addiction (en passant par sa « cérébralisation ») est l'étape centrale entre l'ancienne incompréhension et stigmatisation sociale qui caractérisait le phénomène (la drogue est un « fléau », la toxicomanie un « vice »), et sa récente explication comportementaliste (les dépendants ne sont pas *en soi* mauvais, leur cerveau est simplement biaisé) – dont le modèle résolutif passe par la (re)normalisation. Je renvoie au préambule en ce qui concerne les figures et le mouvement qui ont porté cette médicalisation de la prise en charge addictologique en France, concomitamment à l'essor international d'une conception neurobiologique de la dépendance.

Il a fallu pour cela, par une étape intermédiaire, que la figure paradigmatique de l'addiction change. Ce n'est plus l'image d'Epinal de l'opiomane du début de siècle dernier, ou bien l'alcoolique étourdi par le vice des romans naturalistes. À partir de la fin du XX^e siècle se constitue la représentation du dépendant comme de l'individu irrationnel par excellence, non responsable de son vice, mais victime d'un dérèglement cérébral qu'il ne contrôle pas. Le cas de Phineas Gage, « scène primitive des neurosciences cognitives » selon Alain Ehrenberg (2018 : 28), constitue une bonne métaphore de la perte des dimensions sociales et personnelles qui caractérise le comportement de l'addict. Relisant les analyses de Damasio dans l'ouvrage *L'Erreur de Descartes*, Ehrenberg montre que Gage le neurolésé a perdu les conventions sociales et caractéristiques considérées comme propres à l'homme : « la capacité d'anticiper l'avenir et de former des places d'action en fonction d'un environnement social complexe ; le sentiment de responsabilité vis-à-vis de soi-même et des autres et de soi-même ; la possibilité d'organiser sa survie en fonction de sa libre volonté » (Damasio, 1995 : 30-31 – cité par Ehrenberg, *ibid.*). Le nouveau Gage est considéré irrationnel car, de l'homme en pleine ascension sociale qu'il était, il devient soudain un homme asocial, grossier, instable, désinhibé :

Son comportement est devenu irrationnel, il est incapable de prendre les bonnes décisions, celles qui seraient à son avantage. Or prendre les bonnes décisions est un signe que les capacités personnelles et sociales sont présentes. Le critère de sa pathologie, en tant qu'elle renvoie à un comportement moral et social, est qu'il agit systématiquement à son propre désavantage. C'est le seul critère avancé par Damasio, et il est clair qu'il permet de caractériser un comportement *pathologique* par rapport à un comportement *amoral*, où le sujet agit à son propre avantage. Gage a perdu le sens de la cognition sociale, il ne fonctionne plus en société. Il n'est plus un acteur rationnel. L'intégration de la normativité sociale dans le raisonnement du clinicien est indispensable. (Ehrenberg, 2018 : 29 – je souligne d'un trait)

On peut détecter dans cet extrait la pénétration opérée au sein du discours scientifique de la théorie économique de l'agent rationnel – faisant d'une « bonne décision » une décision avantageuse pour l'individu. Cette théorie a notamment été introduite par certains modèles rationalistes en sciences sociales, notamment par l'économiste Gary Becker, qui a fait de

l'addiction un cas d'école du problème de la rationalité pratique¹⁸. Ces modèles rationalistes n'ont pas eu de difficultés à se diffuser au cours des trente dernières années, compte tenu du fait qu'ils s'inscrivent dans la continuité des explications naturalistes de type sociobiologique – parées désormais des nouveaux habits de l'éthologie et de la psychologie évolutionniste (Larrègue *et al.*, 2021). Que ce soit la « théorie rationnelle de l'addiction » de Becker (1996), ou à l'inverse le modèle de l'« irrationalité motivée » de Donald Davidson ([1970] 1993), ces conceptualisations de l'addiction avalisent une forme de réification de la rationalité, en postulant « comme le font les cognitivistes contemporains, qu'il n'y a pas de faculté générale de raison en dehors des modules cognitifs spécialisés légués par la sélection et l'évolution naturelle, [ou en s'insérant] dans un sens très positiviste en vue simplement de vérifier empiriquement des sortes de lois ou théorèmes de la motivation humaine » (Pharo, 2007 : 112). Le besoin du recours à la théorie d'un agent rationnel et la convocation omniprésente d'un agent pensé comme *homo economicus* part d'ailleurs du paradoxe que Philippe Pharo pointe dans les recherches contemporaines sur l'addiction : celui de la coexistence de deux discours sur le phénomène, l'un qui lit la dépendance à l'aune de dysfonctionnements cérébraux et donc d'une maladie organique (jugée au moins partiellement irréversible), l'autre qui se fonde sur le *natural recovery* (les sorties spontanées de la carrière de dépendant) pour établir qu'il y a une question de volonté et de décision personnelle dans l'arrêt (et donc potentiellement dans la poursuite) de la consommation pathologique. Pour réemployer nos propres termes, la vision fataliste et la vision réactionnelle de l'addiction sont censées *se réunir* miraculeusement dans les théories contemporaines qui cherchent à donner une explication globale du fonctionnement des addictions – parce que les chercheurs (psychologues cognitivistes, économistes ou sociologues qu'ils soient) n'arrivent pas à admettre qu'un individu puisse d'une part, agir à son désavantage, et de l'autre, qu'il puisse agir lorsqu'ils l'avaient apparemment condamné. Dans la pratique, ce paradoxe de conceptualisations opposées ne peut qu'impacter le discours d'usagers sommés de trancher là où les scientifiques eux-mêmes semblent s'y être perdus.

Il semble qu'un ensemble de représentations stéréotypées demeurent présentes dans ce secteur de l'accompagnement en addictologie, qui pourrait pourtant s'en dissocier – tant il paraît que l'addict doive incarner « l'homme irrationnel » par excellence, dans une société qui a élevé la maîtrise de soi et la rationalité au statut d'idéal (Ehrenberg, 1997, 2018, 2021). Preuve en est, les usagers sont extrêmement sensibles à cette représentation d'eux-mêmes : l'un des enquêtés de Fabrice Fernandez dans l'ouvrage *Emprises* (2010) s'efforce par exemple de « faire concorder ses actes et ses idées de façon à ne pas être en contradiction avec lui-même » en ponctuant son récit par des incises « je ne vais pas te mentir à moi-même », qui surprennent le sociologue (2010 : 146-147). Il souligne néanmoins que dans leurs pratiques quotidiennes, les usagers de drogue ne sont pas uniquement dans la « dissonance cognitive »¹⁹, mais qu'ils

¹⁸ Selon G. Becker, c'est le peu de considération accordé aux utilités futures et la corrélation établie entre bénéfices passés de la consommation et consommation actuelle qui joue dans le succès de la prise successive : le capital de consommation acquis donnerait encore une raison de consommer, et les personnes dépendantes considéreraient plutôt l'utilité marginale de la prise suivante que les bénéfices (inconnus) offerts par l'abstention (Becker, 1996 – cité par Pharo, 2007 : 112-113)

¹⁹ Pour une définition de la dissonance cognitive, je renvoie à la définition de P. Peretti-Watel cité par Fernandez « La dissonance cognitive met en scène un individu [...] qui rationalise *ex post* son comportement, en trouvant des « raisons de couverture » tandis que la rationalité cognitive suppose que l'individu croit en des raisons fortes qui justifient *ex ante* son comportement. » (Peretti-Watel, *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin, 2000 : 197)

réajustent constamment leurs comportements en fonction du retour d'information que produisent leurs actes et leurs conséquences :

Pour ma part, je suis parti du postulat qu'il était possible de saisir le sens endogène des pratiques à risques, ce qui suppose que les actions individuelles reposent sur des « raisons fortes », c'est-à-dire crédibles, convaincantes, plausibles, ou acceptables dans un certain « contexte cognitif », ce qui ne veut pas dire qu'elles soient vraies. Des informations peuvent entrer en contradiction avec ces raisons fortes, mais tout le travail de mise en cohérence consistera justement à ignorer, déformer, reformuler ces nouvelles informations de façon à éviter toute dissonance. (Fernandez, 2010 : 147)

Sans rien enlever à cette réflexion, et aux analyses discursives auxquelles elle a mené, nous voyons dans ces propos une autre acceptation de la naturalisation de la dissonance cognitive par les sciences sociales – alors qu'il nous semble qu'elles auraient tout à fait les moyens (*via* la lecture de Bateson *et al.* [1956], de Bergeron *et al.* (2018) ou d'autres encore) de raconter de quelle manière *le social les produit*... Le recours au motif du « biais cognitif » (Kahneman *et al.* 1982) – c'est-à-dire considérer que les modes d'accès à l'information sur les produits et les pratiques, ainsi que ce qu'on désigne comme leurs « fausses croyances » sont susceptibles d'altérer leurs jugements et d'infléchir leurs pratiques futures dans le sens de leur moindre bien – semble plutôt sur le terrain de l'addictologie une manière de résoudre l'opposition entre vision fataliste et vision réactionnelle de l'addiction : concrètement, selon les théories de l'addiction qui s'appuient sur cette thématique du « biais », le sujet *est atteint d'irrationalité*, mais il *peut choisir de ne plus l'être*. Précisons ici que nous décrivons ce qui ressort du discours de nos acteurs de terrain, en suspendant quant à nous le jugement et l'objectivation sur ce que devrait être « un choix rationnel ». Nous n'avons pas tant cherché à observer de quelle manière les résidents légitiment leurs actions passées à l'aune de leurs actions présentes et futures (comment ils essaient spontanément de résoudre cette présumée « dissonance cognitive »), mais plutôt le processus par lequel on essaie de leur montrer qu'ils présentent des biais dans leur manière de raisonner ; et qu'il importe avant tout qu'ils en aient conscience – pour les doter des moyens de les résoudre.

À Métanoïa, on confère précisément ce motif du biais cognitif aux décisions qui concernent le rapport aux substances. On dispense ainsi aux résidents la liste des « biais » existants, pour qu'ils puissent s'en défendre, au moment de la sortie. Ainsi, dans un atelier de « gestion » des addictions :

Samantha – Pour finir, je voulais vous parler des systèmes de pensée...

[On part sur les biais cognitifs, qui viennent listés :

- la pensée du tout ou rien : du type 'soit je veux mettre en place tous mes projets, soit je suis fichu...' ;

mode de résolution : relativiser en disant « aujourd'hui » ça ne va pas...

- le biais des injonctions : du type 'il faut que' ou 'je dois'...

- la disqualification du positif... ; mode de résolution : se dire 3 choses positives qu'on a fait dans la journée...

Les usagers réagissent.]

[je ne sais pas lequel des trois dit :] – ça me fait penser au CV social qu'on a fait...

Samantha – Autre chose, il y a parfois, au niveau des pensées, le fait d'avoir de l'anticipation anxieuse et des pensées catastrophistes... Alors que ce sont des épreuves de la vie, qu'on traverse tous...

Yassine – Il y a une psychologue, dans une autre cure, qui nous a dit « au pire, on y survit...

C'est comme s'il y avait un *filtrage mental* qui nous pousse à retenir que des éléments qui nous incitent à consommer – comme les gens ou les choses qui vont nous décevoir...dans ces

moments-là, vous ne voyez que les choses négatives des gens... *Et ça ça peut être comme vous disiez, des « excuses » qui amènent aux consos...*

Samantha – Il y a aussi tout ce qui est de l'ordre de la prophétie autoréalisatrice...

Où se met en place un raisonnement de type émotif : on prend pas le temps de s'arrêter pour comprendre que c'est vous qui alimentez ces pensées, par rapport à l'émotion...

[Elle continue sur le mode de résolution de ce dernier biais : créer un « conditionnement positif – mais aussi créer un espace par rapport à l'émotion, pour pas que ça vous impacte autant.. »] [Keufra fait visiblement la tête depuis dix minutes...]

Samantha – On trouve la réponse la plus adaptée... – *c'est-à-dire on réagit pas...*

[Elle parle aussi de l'approche SOBER (Stop – Observer – Etudier les possibilités – Réponse), qu'ils peuvent mettre en place, plutôt que d'être tout de suite dans la réaction et le recours aux produits, « où là, on se donne pas les moyens d'aller mieux ».]

Cdt 2 – Métanoïa – 07/10/23

Même si un seul atelier est prévu à Métanoïa sur cette question des biais cognitifs, il propose concrètement le listage de tous les biais connus, ici vulgarisés au public des résidents, et pour lesquels on propose en substance une stratégie fondée sur la rétention de l'action réactive (ou compulsive), pour une approche plus relativiste ou distancée – vis-à-vis de l'élément déclencheur. L'entremêlement et la confusion des registres cognitifs et moraux est néanmoins patente, chez les usagers comme pour la professionnelle elle-même (« *filtrage mental* », « *des excuses* », « *on prend pas le temps de s'arrêter* », « *on se donne pas les moyens d'aller mieux* » ...).

Les stratégies mises en place en CTR visent, nous l'avons vu dans le chapitre 4, une succession d'apprentissages caractérisant la définition contemporaine de l'adulte moral, acteur et responsable de ses choix. Il ne s'agit pas uniquement de professer une motivation ou un désir de changement, mais d'être « congruent », vocable qui revient régulièrement à Méta, on l'a dit. Si le résident en CTR est considéré comme présentant des difficultés à prendre de bonnes décisions le concernant, les professionnels vont de ce fait passer une grande partie de leur temps à tenter de réintroduire et de consolider la motivation (avec laquelle l'utilisateur entrant est théoriquement arrivé) en l'orientant vers la perspective de la « sortie » de l'addiction. Du point de vue comportementaliste, parler des biais cognitifs des décisions prises par le résident s'inscrit dans une stratégie réflexive de prise de conscience de ce que signifie la volonté. C'est-à-dire que ce qui est visé par les professionnels, et notamment derrière ce mot de « congruence », c'est mettre en lien pensée et action, et faire découler le comportement d'une dimension pragmatique simple – ou en étant quelque peu réducteurs, « si l'on veut, l'on peut ». La docteure en philosophie Mélanie Trouessin précise que ce pragmatisme s'accompagne souvent de techniques pour « augmenter [la] volonté » face aux envies, et changer la corrélation entre un stimulus externe et l'envie de consommer. Selon elle, les thérapies cognitives-comportementales (TCC) évitent entre autres l'écueil du jugement moral, en ce que « la volonté perd son aspect substantiel » pour être reconsidérée comme une capacité, « qui s'acquiert et se développe (*au sens où on désapprend un comportement nocif pour nous*) » (Trouessin, 2016 : 7 – je souligne).

Cette idée repose en vérité sur une tradition bien plus ancienne que les dites TCC, celle de l'empirisme anglo-saxon et de ses développements pour une théorie de l'action. Depuis Hume, cette tradition défend une conception de l'agir correspondant à une motion de l'âme (ou encore aux conséquences de la volition), celle-ci étant antérieurement conditionnée par une certaine représentation des passions (Hume, [1757] 1991 ; Lapidus, 2000). L'empirisme

évolue ensuite au cours des siècles en se dissociant au travers de deux grandes « modalités », « l'une consistant à obtenir mécaniquement des comportements coopératifs, sur le modèle du ressort de la montre d'Adam Smith, l'autre à faire acquérir des habitudes par voie d'exercices » (Ehrenberg, 2018 : 174). La première a évidemment pour nom contemporain l'économie comportementale (ou « expérimentale »), et son succès dans les milieux du marketing est désormais bien connue (Saulais *et al.*, 2017). Sa spécificité, rappelle Ehrenberg, est de chercher à « *changer le comportement sans avoir à changer l'esprit* » de l'individu²⁰. La seconde, plus difficile à cerner, concerne spécifiquement les populations qui nous intéressent. En effet, ce qu'il désigne par le nom d'« exercices de l'autonomie », « se sont développés depuis le début des années 1980, sous la dénomination de réhabilitation psycho-sociale et de rétablissement dans le domaine de la santé mentale. À l'inverse de la première, elle consiste en *pratiques de modification de l'esprit pour changer le comportement*. » (Ehrenberg, 2018 : 174)

Ehrenberg nous donne ici la clef de compréhension de la philosophie sous-jacente aux méthodes appliquées aujourd'hui dans les CTR français. Nous souhaitons défendre ici que bien loin de s'opposer, ces deux modalités se superposent, et sont complémentaires en addictologie²¹. Dans la société dans son ensemble, certaines recherches ont déjà initié une réflexion sur la manière dont certains domaines d'action (santé public, management dans les organisations) se trouvent de nos jours favorisés par l'économie comportementale pour gouverner les individus à leur avantage. Tandis que, dans des secteurs plus spécialisés (santé mentale, auto-support), la participation des individus se négocie moyennant cette modification des manières de penser, pour pouvoir infléchir les comportements qui font problème en société. En vérité, chacun est tenu, de manière individuelle de s'autocontrôler par les exercices de l'autonomie, au sein d'un système d'actions où biais de sélection et *nudges* sont devenus omniprésents (Bergeron *et al.*, 2018).

Dans les structures de soin en addictologie, une répartition s'opère en direction de ces deux modalités de transformation comportementale, mais sans que la division du travail cognitif attendu n'apparaisse clairement, dans un premier temps. Mais on voit bien comment, dans les ateliers de Métanoïa, les deux modalités se complètent et travaillent ensemble. Dans un atelier situé en milieu de séjour, les usagers abordent avec une éducatrice lesdites « stratégies de *coping* » :

[Début d'atelier. J'aborde le fait que la sortie autonome de la 4^{ème} semaine arrive vite, ce à quoi Keufan réagit en disant qu'il expose un tel visage de contentement justement pour éviter de penser à la sortie... Samantha rebondit sur son intervention, pour dire qu'on va parler de ça précisément, « des émotions qu'on peut ressentir au-dehors ». Une des phrases qui arrivera rapidement de la part des usagers comme de l'intervenante sera : « Faut pas que ça soit réactionnel, les consos ; faut que ce soit dans un cadre [que vous avez] choisi... »]
Brice – Faut pas les subir quoi...

²⁰ Rapport de l'Institute for Government, document fourni par D. Cameron en 2009 – cité par Ehrenberg, *ibidem*.

²¹ Je suis convaincue qu'Alain Ehrenberg, qui a travaillé longuement sur les drogues et ce qu'elles disent de l'individu contemporain, ne pourrait que valider cette affirmation. Je me permettrais néanmoins ici une critique – malgré l'admiration que je garde pour ses travaux. Dans son ouvrage (2018), on suppose seulement que ces deux modalités ne se contrarient pas. Mais dans la manière dont Ehrenberg les articule conceptuellement et formellement (sur deux chapitres distincts), on pourrait penser qu'il les oppose, que l'économie comportementale et la réhabilitation psycho-sociale sont deux choses bien différentes... Peut-être mon regret à la lecture de cet ouvrage décisif aura été de ne pouvoir approfondir la question, que j'aimerais ici poser plus clairement : le comportementalisme et le rétablissement sont-ils des modèles thérapeutiques *concurrents* ; ou sont-ils (comme je le soutiens en ce qui concerne les CTR) radicalement *complémentaires* ?

[Keufraan parle de la sortie, de comment ça l'angoisse]

Samantha [cherchant à être rassurante] – On vous en propose aussi ici, des stratégies...

Keufraan – Je suis d'accord avec tout ça, mais c'est très difficile de mettre en place tout ça, et puis après, 1, 2, 3, on se lasse vite... ! [il parle de la méditation, et de sa difficulté à appliquer les propositions de cet atelier individuellement] [...]

Samantha – Donc dites-moi vous, Keufraan, quel que soit le terme, ça peut être la relaxation, écouter de la musique, qui vous fait du bien... ? Ou d'autres choses ?

On parle ensuite des différentes stratégies des alcooliques pour éviter de penser à la boisson : boire des quantités astronomiques de Coca, ou de thé. Le jus de tomate. Keufraan dit préférer le Schweppes Tonic. Ou il évoque encore les boissons pimentées...

Cdt 2 – Métanoïa – 07/10/21

Des stratégies comportementales sont clairement ici conseillées. Elles visent la dérivation de l'attention sur une activité plus conventionnelle (écouter de la musique, se faire un bain, méditer). Ou encore les usagers peuvent continuer à ne pas changer *l'esprit* de leur consommation, tout en en changeant le contenu, comme *via* la substitution de la boisson alcoolisée par des liquides aromatisés voire s'apparentant à des produits stimulants (caféine et théine, piment...). Si les TCC postulent « que l'addiction peut être comprise comme un type de comportement qui a été appris et qui peut être désappris » (Trouessin, 2016 : 7), il s'agit comme on le voit dans cet extrait de *vouloir* supplanter à ce type de comportement un autre, plus conventionnel et respectueux des désirs concurrents de l'utilisateur (être en mesure de travailler, de sortir de chez soi sans consommer, d'avoir des phases de repos, de se divertir sans substances, etc.). Les TCC cherchent moins à provoquer ce désir de changement, « qu'à prendre en charge cette motivation, une fois qu'elle a émergé, à la faire durer » (*ibidem*). Ces thérapies ont pour objectif de rendre « agent » la personne en lui proposant d'agir sur ce qui lui arrive – en amont de la perte de contrôle.

Néanmoins, le changement de repérage émotionnel proposé par l'intervenante (« Faut pas que ce soit réactionnel les consos ») permet de faire émerger un des principes de la réhabilitation psycho-sociale proposée en addictologie : changer le schéma émotionnel-comportemental dans lequel s'inscrit la plupart des conduites addictives. Si *l'esprit avec lequel on consomme change*, on en conclut que la pratique de consommation va pouvoir elle aussi changer. Un autre aspect pris en considération semble être le calcul coût-bénéfices – on incite ainsi les résidents à lister les conséquences de ce que la consommation de substances, dans tel contexte donné, va leur apporter. Le message sous-jacent est celui-ci : si les conséquences sont plus importantes que le plaisir gagné, autant s'abstenir. On pourrait dire ici que le comportementalisme des micro-pratiques de la vie quotidienne doit se mettre au service d'une vision d'ensemble de transformation de l'esprit avec lequel on est entré dans la consommation dépendante. L'économie comportementale sert en fait la visée de rétablissement. Plus encore, les professionnels transmettent aux résidents des « stratégies symboliques » et des « stratégies comportementales » (Caiata Zufferey, 2016 : 39). Les stratégies symboliques sont des stratégies *d'anticipation-projection* (du futur, par rapport au passé) tandis que les stratégies comportementales sont des stratégies de *mise en application* au présent de cette planification rationnelle orientée vers le bien.

Le maître-mot de cette perspective thérapeutique est le verbe « gérer ». On l'observe dans les deux entretiens-bilan qui suivent, fait par Romain avec Keufraan puis Yassine :

Romain (ES) – Sinon, encore, par rapport à l'évolution des consos...?

Keufra – Bah, je suis bien, j'arrive à prendre du recul... – je sais comment gérer ce que je vais devoir gérer...

Romain – Comment vous allez gérer, par rapport à la sortie ?

Keufra – Bah, déjà, je vais téléphoner à Romain tous les jours où il est là... *[il dit ça en se tournant vers moi – rires de nous trois, Romain fait semblant de noter à l'ordinateur]*. Non, mais voir mon médecin addictologue déjà. Pour mon genou aussi... Aller voir aussi mon médecin-traitant pour faire mon bilan sanguin complet, mes gammas et les transaminases aussi. [...] Sinon quoi ? La SPA, trouver un chien... passer le permis [...] Après, il y a une piscine pas loin de chez moi... [...] Et je veux surtout éviter tous les trucs où il y a des anciens buveurs, et des buveurs...

Romain – Ok. Axe connaissance de soi... Comment vous gérez vos émotions ?

Keufra *[embêté par rapport à la question...]* – Je pleure.

Romain – *[hésitant]* Sur quelles émotions... *[on perçoit que lui aussi comprend qu'avec Keufra, c'est une question un peu délicate de lui demander comment il « gère »]* Ok...vous pleurez quand vous avez un accès de tristesse... Mais la colère, comment vous la gérer ?

Cdt 2 – Métanoïa – 11/10/23

Romain – C'est quoi votre projet à mettre en place, vis-à-vis de l'addiction ?

Yassine – Gérer ma consommation de cathinones. Gérer la conso de GHB. Du coup, de continuer dans la lancée de la continuation du sevrage...

Ici j'ai compris que mes déclencheurs c'est : l'ennui ; certaines fréquentations ; les soirées ; ça peut être aussi la colère, une situation conflictuelle avec ma mère ; ça peut être le fait d'être anxieux aussi, le fait d'être angoissé...

Romain – Qu'est-ce que vous pouvez faire pour éviter de consommer ?

Yassine – Téléphoner à un ami ; aller marcher ; cuisiner un gâteau au chocolat...

Romain – Comment vous sentez l'évolution de votre rapport au produit ?

Yassine – Concernant les cathinones, j'ai pas de gros *cravings*, ça n'a pas trop changé... Pour le GHB j'en ai eu, ici aussi... Mais je le diabolise moins, j'arrive à me mettre à distance. [...] Là, en faisant les courses à Leclerc, j'avais pas peur du rayon alcool, j'avais pas d'envie...

Romain – Ils arrivent quand du coup, les *cravings* ?

Yassine – En général, quand je suis seul et que je m'ennuie...

Romain – Vous faites un super bon repérage... Vous le faisiez déjà avant ?

Yassine – Je ne crois pas...

Romain – Quels objectifs vous voudriez mettre en place, par rapport aux addictions ?

Yassine reprend la liste qu'il a déjà faite à plusieurs reprises : consommer uniquement pour des moments festifs, ne plus consommer seul...

Romain – Si on tourne ça de manière positive, ça donnerait... ?

Yassine – Consommer avec des...consommer en étant entouré.

Romain – De qui ?

Yassine – Bah...d'amis proches. Et puis, appliquer aussi vraiment les principes de la RDR – les mettre vraiment en pratique, pas que les avoir en tête.

Cdt 2 – Métanoïa – 13/10/23

Indépendamment du choix concernant le statut de la consommation une fois sortis du centre (abstinence ou gestion), l'important pour les professionnels de Méta est de donner aux résidents le mode d'emploi pour gérer au mieux les conditions du maintien de cette résolution.

Pour Keufraan qui souhaite maintenir l'abstinence, Romain fait lister l'ensemble des activités qu'il va mettre en place pour se préoccuper de sa santé et de son bien-être (visites médicales spécialisées et généralistes, sport) ainsi que pour se tenir éloigné de la tentation de boire (faire du bénévolat, s'occuper d'un animal). Il a plus de mal à le faire travailler sur l'axe émotionnel, et à lui suggérer ces exercices de l'autonomie appliqués dans le centre (CNV, méditation) pour transformer l'expérience des émotions négatives. Pour Yassine qui a choisi en revanche une perspective de gestion de ses consommations, Romain lui demande d'articuler, à l'aide des « outils » fournis par le centre, sa motivation (et ses limites éventuelles) : « déclencheurs », stratégies de *coping* « pour éviter de consommer », repérage des *cravings*, tourner de manière « positive » les propositions qu'on se donne d'un cadre choisi de consommation... Globalement, il s'agit donc comme le dit justement Keufraan de prévoir et de « gérer [ce qu'on va] devoir gérer », avec pour finalité le maintien de la résolution prise au temps *t* de sortie du CTR. Lorsque la prévention et la gestion s'avèrent difficile à tenir le sujet écarté de la consommation, on passe alors à des stratégies plus comportementales, de dérivation ou de retrait, voire à une consommation mais en appliquant au mieux la réduction des risques.

Pour revenir ainsi sur l'absence apparente de distinction entre les deux modalités de travail cognitif évoquées par Ehrenberg au sein du CTR, on peut raisonnablement indexer la première, comportementaliste, à la seconde, celle du *recovery*. Au demeurant, on pourrait d'ailleurs diviser selon un même principe de classement les « stratégies comportementales » et « symboliques » évoquées plus haut par Maria Caiata Zufferey (2006 : 39-40), les stratégies comportementales appartenant à la première modalité (trouver des dérivatifs, des contournements ou des solutions de substitution correspondant à cette idée de « changer le comportement sans changer l'esprit »), tandis que les stratégies symboliques seraient rangées du côté des méthodes du rétablissement (penser aux conséquences négatives de la consommation, et abandonner la lutte à armes égales contre la Drogue, étant considérées comme des étapes importantes dans le changement d'esprit qui doit intervenir pour arrêter d'être un addict). À la manière dont la sociologue rappelle que les étapes de la sortie de l'addiction ne peuvent s'organiser selon une séquence linéaire, ces deux modalités de transformation comportementale peuvent s'encadrer, se superposer ou s'alterner en postcure. Le principe fondamental qui les régit demeure dans les deux cas cette maxime : « L'évolution se fait *par essai et erreur* » (Caiata Zufferey, *ibidem*). Je souligne cette locution traduite de l'anglais (*try-and-error*) qui me semble particulièrement intéressante pour comprendre l'hétérodoxie clinique qui règne aujourd'hui dans la plupart des milieux de l'addictologie française. Aussi bien les professionnels que les usagers *essayent*, ils donnent à voir ou à expérimenter différents ateliers, ils testent sur eux-mêmes différentes techniques, et indexent aux besoins de la situation la modalité comportementale à fournir sur le moment. Prévenir en amont les *cravings* en évitant les situations qui risquent d'être compliquées à soutenir ; repenser aux conséquences négatives de la consommation dans le moment où on est sur le point de céder ; faire dériver sur d'autres occupations et passions potentielles son besoin de dépense d'énergie, ou au contraire d'évasion de l'esprit. Dans le parcours de rétablissement, le recours au comportementalisme est fréquent et suivi, s'il est nécessaire de contraindre ou de limiter certaines tendances. Cela semble néanmoins toujours rattaché à une certaine évaluation en amont de la motivation voire, à un niveau métacognitif, à la capacité à se représenter ses propres représentations, et à agir sur elles (Sperber, 1996 : 111). Si cette capacité est bien présente, on peut se dire qu'il n'y a pas besoin de recourir à la contrainte, mais à l'auto-persuasion, au fait de déjouer les *biais cognitifs*, et se comporter en acteur rationnel. Si la motivation, la cognition ou les ressources psychiques et culturelles sont en revanche faibles ou

défaillantes, on peut se raccrocher à l'idée qu'un certain type de « conversion » des habitudes de pensée, donc de transformation contrainte de la cognition est à envisager.

I. C/ Gestion de soi et nouvelles formes de sociabilités

Robert Castel annonçait déjà l'essor des techniques de développement personnel et de ses conséquences subjectives lorsqu'il décrivait ce « vaste marché des biens de santé en train de remplacer ce marché des biens de salut dont Max Weber faisait l'essence de la religion » ([1981] 2011 : 175). Ses analyses paraissent renouvelées dans la critique que font Bastien Quirion et Charles Bellerose au discours d'émancipation de l'*empowerment* dans le champ de la réduction des risques. Non pas pour ce qu'elle porte sincèrement de revendication émancipatoire de la part des usagers de drogue eux-mêmes ; mais vis-à-vis des glissements sémantiques qui contaminent souvent cette rhétorique et qui se font le reflet, au nom du bien des usagers, de l'idéologie dominante. L'analyse de ces auteurs permettent ainsi de considérer « ces stratégies particulières comme l'expression clinique d'une nouvelle façon de concevoir la nature des rapports qui unissent les individus en société » (Quirion, Bellerose, 2007 : 47). Cette nature est évidemment reconstruite, sur la base d'une vision hobbesienne où les humains doivent avant tout être gouvernés pour leur bien, car sinon ils se consumeraient dans leurs passions (économie comportementale). Soit, sur la base de cette culture psychologique dont parlait Robert Castel (qui se décline à la manière d'un néo-rousseauisme contemporain), les humains seraient fondamentalement bons – mais c'est le social qui les pervertirait, et notamment les institutions sociales historiquement constituées. Il s'agirait donc de « reconstruire » la nature par des techniques psychologiques, et travailler les individus à l'intérieur du groupe « pour en faire jaillir le modèle d'une sociabilité vivable ». B. Quirion et C. Bellerose parlent notamment de « cette croyance dans la capacité de l'interaction locale à générer une saine régulation des rapports sociaux » (2007 : 34), qui se trouve portée par de nombreuses propositions pour un renouveau paradigmatique aussi bien dans le champ de l'addictologie que singulièrement au sein des sciences sociales (Bellerose, 2003).

Bien qu'il soit difficile de prouver par l'ethnographie les croyances véhiculées par des sujets, je voudrais illustrer par divers extraits qu'on retrouve des croyances de cet ordre sur nos terrains. La configuration relationnelle que promeut le centre Métanoïa paraît de fait avoir pour visée une régulation des rapports sociaux qui suit une appréhension partant avant tout du « bien » individuel, de la maximisation de son intérêt et de la réduction des risques encourus dans une société « aliénée ». Le rapport à soi, ainsi qu'aux autres peut de la sorte être maîtrisé, géré, sous contrôle :

[Atelier sur les stratégies de *coping* :]²²

Yassine – Dans l'axe connaissance de soi, je dirais *anticiper les conséquences de la consommation...* Et financièrement aussi. *Si je consomme, je vais avoir un plaisir immédiat, mais quand il n'y en aura plus, je vais être anxieux, je vais avoir les mains qui tremblent, je risque*

²² Dans cet extrait de terrain assez long, je soulignerai d'un trait les « stratégies comportementales » employées par les usagers, je mettrai en italique *les « stratégies symboliques » des calculs bénéfices-risques de la consommation*, et je surlignerai en gras tout ce qui dénote cette croyance en la capacité individuelle à générer une régulation saine vis-à-vis des facteurs de perturbation internes et externes.

d'être mal... C'est le fait que ça me fasse peur qui permet de réfléchir à si je veux vraiment consommer ou pas... Des fois ça aide.

Samantha – Des fois ça aide... *Si on prend le temps de s'arrêter et de réfléchir, ça peut permettre de faire intervenir la volonté...*

Yassine – Après, dans l'axe relations sociales, ça peut être passer un coup de fil... J'ai un pote qui est au courant de ma consommation, qui consomme pas...

Brice – Une personne-ressource, quoi...

Samantha – Et des fois, ça passe... C'est très puissant le *craving*, mais parfois ça peut passer très vite.

[Samantha axe aussi son propos sur le fait de dire que parfois c'est aussi « se faire plaisir » qui peut être une stratégie dans le fait de résister au craving. Quand c'est passé, on peut se faire plaisir, avec l'argent pas dépensé dans les consos par exemple (comme une récompense...)]

Brice – Pour l'héroïne moi souvent, j'avais des stratégies : quand j'étais en manque, souvent, je partais à la fraîche, et je montais en fumant des clopes et des pétards. Je me faisais une ascension en haut de la montagne, et après, quand j'étais là-haut, ça allait mieux d'un coup. J'avais des courbatures de fatigue, qui me faisaient du bien...

Samantha – C'est vrai que la marche, ça peut être aussi une stratégie, sauf pour vous peut-être Keufraan...

Keufraan – Mais si, la marche ça peut être une stratégie, quand j'aurai retrouvé un chien et puis quand le genou...

[Autre stratégie : passer un coup de fil au CSAPA, ou à Métanoïa. On parle d'autres stratégies encore, les films... Samantha parle d'une pair-aidante, invitée par Richard, qui était dans l'alcool depuis des années.]

Samantha – A un moment elle racontait que dans son parcours, tous les jours, elle avait trouvé ce truc d'aller au cinéma. Elle s'est reconstruit avec ça, à travers la vie des autres...

Yassine – Moi je rajouterai s'éloigner des amis consommateurs...

Keufraan – Oui, faire le tri...

Yassine raconte l'histoire d'un « pote » qu'il « ne pouvait plus vraiment aider ». Ses parents ont demandé à ce qu'il soit interné en HDT, parce qu'il voulait pas aller en addicto...

Yassine – Là, j'évite de prendre trop de nouvelles, récemment, parce que je pense à moi avant tout...

Keufraan – *De l'aider comme tu l'as fait, c'est bien, mais le fais plus...*

Yassine – Oui, *je suis là, mais je vais plus chez lui... On se voit à l'extérieur, dans un bar, neutre.*

Samantha – Ça, ça revient aux stratégies de coping, ou à des stratégies d'évitement

Brice – **Moi [quand j'ai arrêté l'héro] ça me rendait presque fort, d'être dehors avec des consommateurs... ça peut être des petits défis qu'on se lance...**

Cdt 2 – Métanoïa – 07/10/2021

On a expliqué plus haut comment les stratégies d'anticipation des conséquences de la consommation (prévision ou calcul bénéfice-risques) alternaient avec des stratégies d'évitement, d'occupation du temps, ou de récompense compensatoire. Ce qui nous intéresse ici c'est la sociabilité et le rapport à soi que ces nouvelles stratégies occasionnent. « S'éloigner des amis consommateurs » fait en effet à la fois partie d'une stratégie symbolique (*quand je vais voir X, on finit généralement par consommer ; cette fois-là, ça s'est très mal fini...*), et d'une stratégie comportementale (*si j'esquive la rencontre avec X, ou si je trouve une activité substitutive à ce rendez-vous, j'évite la conso*). Il faut donc « faire le tri », quitte à s'éloigner de certains amis qui constituent désormais – le paradigme selon lequel on envisage la consommation ayant changé

– « de mauvaises fréquentations » (si on désire rester abstinent), ou à tout le moins des personnes qui n'ont pas choisi le même cadre de gestion, et qui risque d'entraîner l'individu hors des limites qu'il s'est fixé. On peut choisir de ne plus aider les autres qui vont mal ; ou alors de les voir, en s'exposant, mais dans un cadre un peu plus contrôlé que le domicile de l'un ou de l'autre (« un lieu neutre » propose Yassine). Un troisième choix peut être celui suggéré par Brice : avoir radicalement « changé l'esprit » dans lequel on fréquente ces personnes (pas pour consommer, mais pour leur amitié, ou pour « se défier ») devrait permettre de s'exposer, mais en sentant que son soi a changé, que l'on est différent. Le CTR propose donc différentes stratégies, qui se traduisent pour les résidents en termes de socialisations et de changements possibles parmi lesquelles ils sont invités à « choisir » – ce choix apparaissant dans les élaborations théoriques de l'addiction précédemment citées et les politiques publiques qui s'en inspirent comme la preuve que les individus sont bien « des agents en mesure d'acquiescer, par leurs interactions dans le milieu, des compétences de façon spontanée » (Quirion, Bellerose : 37). La visée est de réduire au maximum l'hétéro-contrôle. Un « appel à Métanoïa » est toujours envisagé comme une stratégie comportementale de soutien – mais si l'on y prend garde, pour les individus qui paraissent les moins pourvus de contrôles sociaux alternatifs et/ou moins disposés à faire preuve d'auto-contrôle. Ce qui ne signifie pas que les professionnels abandonnent les résidents, une fois sortis du centre. Mais que leur mission s'arrête théoriquement à la sortie, et qu'ils s'adaptent, compte tenu aussi de leur manque de moyens, à l'idéologie de l'autonomisation, qui prône l'auto-régulation des individus plutôt que le maintien de formes de soutien institutionnel.

Nous pouvons dès lors esquisser une réflexion plus ample sur les conséquences en termes de subjectivation qu'opèrent ces nouvelles techniques de soi. On peut en effet considérer que le contexte qui informe les nouvelles orientations thérapeutiques de l'addictologie, désormais au croisement de la psychiatrie et de la santé publique, est celui d'une reconfiguration relationnelle de l'individu à son environnement. Cette reconfiguration est faite à partir de la théorie de l'agent rationnel qui fait de lui un *homo economicus* intéressé substantiellement à l'accroissement de son bien-être, et à la réduction des « méfaits » (comme disent les Québécois) qu'il provoque ou que le social a provoqué dans sa vie. La visée comportementale proposée en addictologie est curieuse de ce fait, car elle fait le pari qu'on peut retrouver une vie « ordinaire » en perdant toute la spontanéité caractérisée par ce que Kaufmann appelle les « habitudes incorporées »²³ (2004). Car ces habitudes de vie doivent soit être calquées sur la structure anticipatrice-projective de l'individu contemporain, qui calcule les coûts et les intérêts d'une action à son échelle individuelle : ainsi les comportements « anodins » et les habitudes du passé (« mauvaises habitudes ») doivent être remplacés par une stratégie comportementale orientant l'individu vers un cap (dont les coordonnées sont situées entre le minimum de la réduction des risques et l'optimum de la maximisation de son bien-être et du bien-être social). Soit ces habitudes doivent être la réaction mécanique à la structure biopolitique-pastorale²⁴ de l'économie comportementale contemporaine (établissant

²³ Jean-Claude Kaufmann relativise l'importance que prend l'identité comme moteur de nos actions, en revenant sur la partie impulsée par la socialisation antérieure de l'individu ; « En-dessous de ses capacités imaginatives et réflexives, l'homme se construit basiquement comme un être d'habitudes [Kaufmann, 1997 ; Lahire, 1998] Pourquoi repasser les torchons, ou pourquoi au contraire ne pas les repasser ? L'intériorisation d'une évidence, structurée sous forme d'habitude, permet de déclencher l'action sans se poser de questions, en évitant d'accentuer la charge mentale. » [réponse habituelle des enquêtés] : « Parce que c'est comme ça ! » (Kaufmann, 2004 : 175).

²⁴ Je combine ici les concepts foucaldien de *biopolitique* (ce qu'il définit par « l'organisation du pouvoir sur la vie », et qui se dissèque entre les disciplines s'exerçant sur les corps et les formes de gouvernement des populations –

à une échelle collective la norme des comportements individuels) : il faut ainsi que les populations incorporent d'autres schèmes que ceux apportés jusqu'à présent par un *socius* défaillant (empli de « biais ») – quelques « coups de coude » (traduction française de *nudge*) leur seront donnés, pour qu'ils continuent à faire leurs activités « comme ça », sans y penser, mais dans une visée qui les dépasse et émerge des politiques publiques en matière de santé (politiques économiques drastiques de réduction du tabagisme, prévention anti-drogues dans les écoles, médiatisation d'opérations de santé publique, telle que le *dry january*, etc.). Sauf que cette visée est tout sauf « naturelle », elle est sociale. D'une part parce qu'elle est socialement construite et divulguée ; de l'autre parce qu'elle correspond aux représentations véhiculées par les politiques publiques par un État qui, attentif à certaines questions de santé et à en faire porter la responsabilité aux conduites individuelles, « tenterait de faire oublier combien ces conduites lui rapportent » (Moatti, Peretti-Watel, 2009 : 50). La double-hélice de Kaufmann se trouve être bien mise à mal : la partie intériorisée, « naturelle » du social, se trouvant être remplacée par la médiation des nouvelles techniques comportementales ; et la partie réflexive se trouvant toujours plus soumise à la définition d'une structure claire de procession et de narration interne.

Ce modèle qui conjugue économie comportementale et morale de l'individu économique-rationnel rappelle la mise en place dans les organisations du travail de ce que la sociologue Danièle Linhart désigne comme la « sur-humanisation managériale » dans son ouvrage *La comédie humaine du travail* (2015). Linhart montre bien comment ses protagonistes ne sont parfois eux-mêmes pas conscients du fait qu'ils promeuvent essentiellement un modèle managérial qui « attaque en règle la professionnalité » (2015 : 39), découpe le matériel humain et le déshumanise radicalement, au nom du fait d'appliquer des politiques du travail plus « humaines ». Les trois axes qu'elle analyse sont : la *transformation des salariés* en agents indifférenciés, déconnectés de leurs pratiques, qualités, et spécificités professionnelles, chez lesquels les *managers* s'appliquent à « produire de l'amnésie et cultiver en eux les qualités jugées idoines » ; en conséquence, la *reconnaissance des seules qualités humaines* des salariés, « comme l'aptitude au bonheur, le besoin de se découvrir, la capacité de se faire confiance, d'être loyal, l'esprit du sacrifice » (ce qui par ailleurs les fragilise, en les rendant interchangeables) ; enfin, l'*application de politiques humaines*, visant à « aider les salariés à trouver du sens à leur travail, et à trouver la voie du bonheur » (tous les extraits – Linhart, *ibid.* : 39). Danièle Linhart s'accorderait avec Quirion et Bellerose pour définir cette politique prétendument humaniste comme la façade souriante offerte par le tournant néolibéral des entreprises contemporaines. Elle montre en effet comment « dans cette nouvelle optique humaniste, la "précarité est un facteur de stimulation" en tant qu'elle rencontre la dimension d'instabilité qui "embrasse toute la richesse de l'émotionnel". Il en va de même pour le changement permanent » (2015 : 42) – un changement, ajouterons-nous, qui est d'ailleurs mis en lien avec la capacité de modulation du cerveau humain à l'infini (la fameuse « plasticité cérébrale » devant être appliquée aux attitudes professionnelles).

Deux éléments restent à souligner pour comprendre la pertinence d'un tel recours à la sociologie critique du travail pour analyser les dynamiques contemporaines de nos deux institutions. L'un concerne les professionnels, l'autre les usagers ; commençons par ces derniers. Ceux-ci sont effectivement transformés au sein d'une institution qui ne tient pas compte de leurs socialisations ou qualifications antérieures, pour se concentrer sur leur

Foucault, 1976 : 183) et de *pouvoir pastoral* (« Si l'État est la forme politique d'un pouvoir centralisé et centralisateur, appelons pastoral le pouvoir individualisateur », pouvoir que l'État a fini par absorber – Foucault, 1986 : 6).

identité de « dépendants », et leur permettre de la déconstruire à leur tour. On leur offre ainsi l'opportunité d'apparaître sans stigmatisme dans un contexte social accueillant, qui reconnaît leurs seules qualités humaines, les pousse à les développer, et à pouvoir orienter leur vie en fonction de ces qualités humaines sous-jacentes. On leur propose ensuite un avenir dessiné sous la forme d'un « projet », qui épouse les politiques d'aide sociale décidées bien en amont de leur existence individuelle. Par ailleurs, comme pour les habitants des HLM observés par Denis Merklen (2012), le projet que l'on propose à l'usager de CTR ressemble très peu à la proposition d'un avenir maîtrisé, à la manière dont le salarié s'inscrit à minima socialement par son emploi rétribué, et peut ainsi prévoir ce qui se passera le lendemain. L'usager qui sort de parcours de soins, sans emploi et sans soutiens, demeure pris dans la quête sans fin qui est celle du « chasseur » urbain des quartiers dominés par la précarité, ou de la vie dominée par la recherche du produit : « Il est actif car il ne maîtrise pas la reproduction des ressources dont dépend sa survie. [...] Il doit s'activer pour avoir accès à l'aide [...] et il doit s'activer pour se maintenir à flot sur un marché du travail fragmenté et instable dont il ne contrôle pas l'évolution. [...] L'individu se trouve ainsi contraint à une répétition sans fin de la même quête » (Merklen, 2012 : 110)²⁵.

Pour les professionnels d'autre part, comment s'exercent les politiques humanistes au sein des équipes de travailleurs du médico-social ? L'adaptation nécessaire de l'entreprise que constitue l'institution de soins peut être un bon exemple. La flexibilité demandée aux employés, la délégation des missions au nom de l'horizontalisation des fonctions, la politique du changement permanent décrite par Linhart... Tout cela constituant selon elle une légitimation *ex ante* de l'argument de l'accélération temporelle, de la compétition, de l'adaptation... Par ailleurs l'argumentaire de la compréhension et du partage des mêmes sentiments humains doit in fine générer un consensus au sein des équipes – en esquivant la confrontation et le conflit au sein des organisations salariales (Linhart, 2015 : 43-44). Nous y reviendrons ; car cela nous semble fondamental pour comprendre la comparaison entre le fonctionnement institutionnel de nos deux CTR.

*

²⁵ Si D. Merklen parle d'individuation « négative », Robert Castel évoquait pour sa part le processus de constitution d'une individualité « négative » (in Castel, Haroche, 2001 : 117).

II. Les outils paradoxaux de l'autonomie : contrat, contribution, contrôle de la contingence

L'intervention sur autrui classique qui veut transformer les individus procède par affiliation institutionnelle. Sans doute avons-nous de moins en moins affaire avec cette forme d'intervention et de plus en plus avec ce que l'on peut appeler du travail avec autrui. Ce dernier se donne pour mission d'équiper les personnes afin qu'elles puissent se construire elles-mêmes de façon singulière.

Isabelle Astier, Nicolas Duvoux,
La société biographique : une injonction à vivre dignement (2006 : 26)

Ce qui apparaît, au travers des stratégies symboliques et comportementales mises en application au CTR, c'est la « recomposition profonde de la fonction-sujet » que Robert Castel annonçait il y a près de quarante ans, et à laquelle le comportementalisme et son « modèle pédagogique de renforcement de la normalité » commençait à apporter ses réponses. Il ne s'agit plus d'aller chercher les causes des symptômes psychiques ressentis, mais de « réduire ses écarts par rapport à une norme-moyenne », de traiter « la distance des comportements par rapport à la moyenne » et ainsi d'avoir sa place dans une société d'individus devenue post-disciplinaire (et précédentes – Castel, 1981 : 209). Dans cette section, nous choisissons de prendre le « travail avec autrui » que constitue l'accompagnement en CTR comme l'un des multiples dispositifs d'un État social actif, visant la participation et la responsabilisation de l'utilisateur aux dispositifs d'aide dont il serait techniquement le bénéficiaire²⁶. Les CTR que nous avons observés n'ont pas eu la même vitesse d'intégration de ces nouvelles logiques d'action publique et de prise en charge médico-sociale de la déviance et du mal-être. Mais ils rendent compte tous deux (même si de manière différente pour ces raisons) d'une individualisation des parcours de soin, et d'une autonomisation forcée des usagers, qui témoignent du fait que l'individuation qui n'est plus une option – comme le disait Marc Breviglieri, cité en introduction : c'est un engagement obligatoire, et comme tel, il nécessite ses *instruments*. On entrevoit le pont qu'il serait possible de faire ici avec la sociologie politique critique des instruments²⁷. Celle-ci autorise à tisser des liens clairs qui partent des caractéristiques des instruments d'action publique et de leur puissante transformation des pratiques professionnelles avec, d'une part, les nouvelles formes de gouvernementalités produites par les décideurs, et de l'autre, la « symbolique performative » associée à ces instruments qui s'est abattue sur les acteurs de terrain (Chauvière, 2012 : 128).

Le CTR fournit donc des « moyens » ou des « outils » (locutions employées réciproquement au TCHAT et à Méta) pour apprêter l'utilisateur sortant et le préparer à sa vie future, celle qui devrait commencer une fois les portes du CTR derrière soi. Nous analyserons ici les instruments qui sont offerts au résident et présentés comme des supports réutilisables dans les diverses dimensions de son existence future, et notamment le travail, les relations

²⁶ I. Astier et N. Duvoux listent l'ensemble de ces dispositifs et actions d'insertion qui ont pour commun l'individualisation et l'autonomisation des parcours d'accompagnement, qui se constituent sur une base contractuelle – qui implique l'utilisateur « comme coproducteur du service » dans une contrepartie qui prend souvent la forme d'un nouveau « récit de soi » (2006 : 26-27).

²⁷ P. Lascombes et P. Le Galès, dans l'ouvrage *Gouverner par les instruments*, choisissent de dépasser l'approche fonctionnaliste s'intéressant aux objectifs des politiques publiques pour envisager comme les IAP (instruments d'action publique) sont loin d'être neutres mais produisent des effets spécifiques, parfois indépendants des objectifs poursuivis. Ils constituent donc « des institutions au sens sociologique du terme » (2005 : 15).

sociales, et la gestion de sa quotidienneté. Cela peut paraître une initiative étonnante, lorsqu'on sait que la plupart des usagers dépendants sont arrivés dans ce centre en ayant conservé durablement à leurs côtés, pendant une période décisive de leur vie, cette « béquille » que constituait le produit. Il ne s'agira pas de poser à nouveaux frais la question philosophique du *pharmakon*, et de la dépendance constitutive de l'homme à ses productions auxiliaires (Stiegler, 2007). Mais plutôt de pointer que les personnes se rendant en CTR ont précisément rencontré des difficultés à réaliser cet engagement obligatoire de l'individuation contemporaine sans une médiation les soutenant dans leur intégration sociale.

Car comme l'ont montré Alain Ehrenberg et d'autres chercheurs ou praticiens à sa suite, les drogues sont plutôt synonymes d'un adjuvant supposé nécessaire (et qui le devient pour la personne dépendante) pour s'insérer en société (Ehrenberg, 1991, 1996 ; Fontaine, 2008 ; Hautefeuille, 2009). Le « mieux-être » que procurent les drogues leur vient du fait qu'elles sont génératrices de liens sociaux, ou de connexion du soi de l'individu au reste du monde. Le « mal-être » qu'elles procurent, de la même façon, vient du fait qu'elles perdent parfois ce pouvoir de création et de partage, ou qu'elles redoublent un problème d'intégration sociale – qui ne peut que temporairement se voir compensé et/ou contenu par l'usage de substances psychotropes. Les drogues sont toujours *sociales*, leur usage, leur représentation, et leur contexte, et leurs effets (Peretti-Watel *et al.*, 2007).

Le grand paradoxe, c'est sans doute que, au moment où il faut les quitter, on enseigne finalement à ceux qui sont restés trop longtemps à leurs côtés une stratégie, dont le but n'est pas autre que celui qui dirigeait leur usage de drogues : il faut toujours dormir, travailler, être performant, faire la fête – vivre, en somme. Mais tout cela, il faut le faire sans substances. Ou dans une gestion contrôlée (par soi-même), pour garantir le respect des normes sociales et la cohérence de ses actions. Afin d'établir un ensemble d'éléments empiriques suffisamment consistants sur lequel établir les caractéristiques du « devenir soi » promu en CTR, nous désirons d'abord introduire et détailler ce à quoi on engage les résidents, et quelle est la spécificité des outils qui leurs sont fournis.

II. A/ Les instruments de l'action publique en addictologie : contrat et projet

Nous nous attacherons d'abord aux deux objets qui ont radicalement changé les termes des rapports entre salariés et directions dans le monde du travail, et qui ont par ailleurs transformé l'appréhension des missions de l'action sociale et le travail de ses acteurs : le contrat et le projet.

Le contrat d'une part, marque l'avènement de l'inversion de la dette sociale. Bien loin du contrat social rousseauiste, ou même d'un contrat de tutelle qui consacrerait l'inégalité entre les deux parties contractantes, cette référence idéologique fait concrètement écho de nos jours à la sphère professionnelle, au contrat d'embauche. Le sujet de l'assistance, souvent soumis à des rapports de domination structurant son existence, doit en plus contractualiser le rapport d'assistance – mériter de la recevoir, et s'engager à pouvoir un jour s'en passer :

Cette irruption du contrat, comme référence majeure dans le champ de l'action sociale et du travail social, n'est pas le fruit du hasard. Elle correspond à la transformation d'un contexte sociopolitique marqué par l'impossibilité de la société d'assumer la dette sociale à l'égard de ses membres qui ne

trouvent plus à exercer leur contribution dans le cadre du travail.

Cette situation réclame alors une re-légitimation de la relation d'assistance sur un mode inédit que constitue précisément le contrat. (Dartiguenave, 2010 : 125)

Une autre interprétation peut être donnée de l'extension de la signification du mot contrat, dans le domaine du soin. Ce contrat témoigne premièrement, on s'en doute, de l'extension de la sphère d'influence du droit à d'autres sphères de la vie sociale. La particularité du contrat stipulé dans une relation d'aide ou d'assistance, c'est qu'il est *synallagmatique* – c'est-à-dire que « les contractants s'engagent réciproquement les uns envers les autres » (article 1106 du Code Civil²⁸), semblablement mais avec une nuance importante par rapport aux relations de la sphère du travail. Le « contrat symbolique qui lie patient et soignant par un ensemble d'obligations » est même, selon Livia Velpy, une manière possible de définir le thérapeutique, du point de vue des professionnels du soin (2008 : 140). Cela permet de convertir des actions et interactions du quotidien, somme toute banales (discuter avec quelqu'un, poser des questions sur l'état de santé, lui conseiller d'agir de telle ou telle manière, lui proposer de faire quelque chose ensemble), en une action symbolique qui mobilise la personne malade et lui donne à croire en l'efficacité de cette relation particulière, « qui colore toutes les interactions, même les plus anodines » (*ibid.* : 141). La discussion devient un « entretien individuel », le questionnaire un « diagnostic », les conseils des « prescriptions médicales ». S'il n'y a pas de contrat et de consentement du patient à ce jeu de rôles soignant-soigné, rien ne légitimerait la position de pouvoir que s'arrogent certaines personnes au nom de leurs connaissances pour en « soigner » ou en « guérir » d'autres. Surtout, dans la psychiatrie du siècle passé, l'intervention avait une durée très arbitraire – elle relevait essentiellement du pouvoir décisionnaire du médecin, qui pouvait tout aussi bien interrompre brutalement une thérapie, que décider de continuer avec le même patient pendant dix ou vingt ans. Un autre risque était donc la chronicisation des patients dans des prises en charge à la durée illimitée.

Le contrat a ainsi accompagné la démocratisation du soin et la prise en considération des patients comme des êtres dotés de droits, et non comme des marginaux que le pouvoir médical était en mesure d'interner et de soigner malgré leur volonté. Dans le secteur de l'intervention en toxicomanie, le geste d'Olievenstein de désigner désormais les sujets volontaires et consentants de ses soins par le terme de « clients », résonne singulièrement avec cette évolution historique. Par analogie, le contrat thérapeutique pourrait être davantage apparenté à un contrat stipulant les engagements et les limites d'une prestation de service, plutôt qu'un contrat où le bénéficiaire devrait en premier lieu « travailler ». La relation de soins en addictologie, on l'entrevoit, est au carrefour de plusieurs représentations imagées : la relation de pouvoir soignant-soigné, mais aussi la relation de service prestataire-client ou encore (comme on l'a évoquée plus haut) la relation d'intervention du travail social.

L'imaginaire de l'univers de la santé – et notamment de la santé mentale – converge lui aussi de manière concentrique autour de cette notion indélogeable de « contrat », qui stipule la réunion de « deux parties en présence sur la base d'un accord et d'obligations réciproques tenues dans un strict rapport d'équivalence » (Dartiguenave, 2010 : 125). Pour la maladie psychique, cela est d'autant plus important que le contrat s'établit dans un moment qui se situe hors de la crise, où le sujet atteint de troubles psychiques est momentanément (ou considéré comme tel) en mesure de contracter avec le psychiatre, qui pourra se fonder sur l'« alliance

²⁸ [Article 1106 - Code civil - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](http://legifrance.gouv.fr)

thérapeutique »²⁹ établie alors pour justifier les interventions effectuées sur le patient. Cela renvoie en grande partie aux débuts de l'aliénisme et à la méthode du « traitement moral » employée par Pinel – où il s'agit de contracter avec la « partie saine » du malade. On peut saisir de ce fait l'importance de l'héritage de l'aliénisme dans la clinique contemporaine des addictions, lorsqu'on voit notamment comment le « contrat thérapeutique » se voit présenter selon un processus de double contrôle, par la cheffe de service puis par la directrice, au CTR Métanoïa (cf. chapitre 2, I.C/). Cela ouvre en outre l'abîme de l'interrogation portant sur les personnes qui ne sont pas en mesure de contracter verbalement un engagement. Ce que pointait déjà Gilles Deleuze, dans sa préface à l'ouvrage de Félix Guattari, *Psychanalyse et transversalité* (1972), en rappelant comment le contrat s'était implanté en psychiatrie *via* la psychanalyse – en faisant abstraction de la psychose (ou plus globalement, de tout ce qui échappe à la normativité du contrat) :

S'il est vrai que l'ancien asile était régi par la loi répressive, en tant que les fous étaient jugés « incapables » et par là même exclus des relations contractuelles unissant des êtres supposés raisonnables, *le coup freudien fut de montrer que, dans les familles bourgeoises et à la frontière des asiles, un large groupe de gens nommés névrosés pouvaient être introduits dans un contrat particulier qui les ramenait par des moyens originaux aux normes de la médecine traditionnelle (le contrat psychanalytique comme cas particulier de la relation contractuelle médicale-libérale)*. L'abandon de l'hypnose fut une étape importante dans cette voie. *Il ne nous semble pas qu'on ait encore analysé le rôle et les effets de ce modèle du contrat dans lequel s'est coulée la psychanalyse* ; une des principales conséquences en fut que la psychose restait à l'horizon de la psychanalyse, comme la véritable source de son matériel clinique, et pourtant en était exclue comme hors du champ contractuel. (Deleuze, 1972 : page X de la préface – je souligne)

On comprend d'autant mieux à cet égard pourquoi le contrat est un des outils privilégiés d'une théorisation comportementaliste des conduites humaines, où rien ne doit être laissé à l'irrationnel ou au contradictoire. Personne ne peut s'opposer à la logique imparable du « donnant-donnant » ou de la relation « gagnant-gagnant », comme l'affirme Dartiguenave qui montre comment ces slogans n'en « entraînent pas moins des effets réels sur la manière de concevoir la contractualisation des financements, des objectifs et même la relation à l'usager » (Dartiguenave, *ibid.* : 125). Les objectifs concernent en effet aussi bien les personnels et les établissements (avec l'introduction des CPOM depuis 1996³⁰), que la figure même de l'usager-bénéficiaire, censée désormais « s'engager à hauteur du bénéfice qu'il reçoit de la relation contractuelle, quelles que soient par ailleurs les conditions sociales qui la définissent » (*ibidem*). La formalisation de cet engagement, au-delà de l'institution, a été nommé « projet » par les politiques publiques – il est censé garantir la production de résultats à la hauteur de cet engagement contractuel dans un devenir qui concerne en réalité toute l'existence du sujet de soins. Néanmoins, il est porté et investi par nos acteurs de manière assez différentes en fonction des situations.

La notion est omniprésente dans le discours des cadres. À Métanoïa par exemple, un « projet de soin » est formalisé dès l'entrée de l'usager dans la structure, et inscrit dans son dossier personnalisé. Puis il est fréquemment évoqué lors des ateliers, même dans sa dimension plurielle (« projet de gestion », « projet d'abstinence », « projet de logement », « projet professionnel »), même si les opérationnels de terrain l'emploient dans le sens plus générique de « plan », « stratégie », voire « perspective de vie » :

²⁹ Cf. définition donnée en note dans le chapitre 2 - [page](#)

³⁰ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Atelier AGA.

Coralie (ES) – Ici, on va partir d’une approche expérientielle pour vous accompagner vers vos projets, *quels qu’ils soient* - l’abstinence, la RDD (réduction des dommages), la régulation des addictions... *C’est pour ça aussi qu’ici on vous appelle « actients » (...)* C’est vous qui avez vos expériences, qui connaissez l’effet des produits sur vous. D’où ce truc-là, d’approche expérientielle.

Cdt 2 – Métanoïa – 08/09/21

[S’adressant à Jonas, qui lui évoque ses mille et une perspective post-CTR, d’abord la CT à laquelle il vient de candidater, puis divers projets professionnels plus ou moins réalistes]

Capucine [le coupant] – Oui, si vous tenez ici, c’est que votre projet est cohérent !

Jonas – Ah, merci, ça fait plaisir d’entendre ça. C’est vrai, ça me fait vraiment du bien... !

Capucine – Après, faut que ça continue à évoluer...

Cdt 1 – TCHAT – 24/05/21

Même si les professionnelles reprennent ici le terme de projet, on sent néanmoins l’écart qui se loge entre l’emploi quotidien des professionnels de terrain (le « projet » est un horizon, un objectif auquel ramener les résidents) et l’acception des politiques publiques, envisageant le projet dans le *continuum* d’un devenir qui sera toujours imputable à l’être abstrait et acteur de sa vie qu’est « l’usager ». Pour les éducateurs, au-delà de l’efficacité réelle que cette formalisation d’un projet produira (théoriquement, poursuivre l’engagement contractuel pris au CTR au-delà du moment de la sortie), ce qui compte c’est que les projets formulés soient en accord avec ce que le résident veut et peut mettre en place dans sa vie. Néanmoins, on constate que le projet *responsabilise* encore plus *l’individu* que ne le fait le contrat (« C’est pour ça qu’on vous appelle « actients »). Il « rend possible l’identification de l’individu à travers un "faire" digne de rencontrer un intérêt dans la société » :

Pour cela, le travailleur social ne se contente plus de situer son patient dans une classe de bénéficiaire, mais prétend conduire avec lui une action conjointe et personnalisée. Cela s’effectue au prix d’une *attention pour un ensemble d’éléments personnels, allant de la confiance en soi à l’assurance de détenir les ressources individuelles nécessaires pour pouvoir affronter les arêtes vives du marché de l’emploi*. [...] C’est là qu’il faut voir la contribution du travail de proximité qui, pour un temps, peut ne pas exiger que la personne réponde de soi au titre d’individu autonome, et prend ainsi en charge le rapiècement de son étoffe individuelle. (et préc. – Breviglieri, 2008 : 98-99)

Bien que le développement de ces « éléments personnels » de la personnalité ait toujours été au cœur des pratiques du travail social, on peut dire que la standardisation du « contrat » et du « projet thérapeutique » dans les structures d’accompagnement, quel que soit leur domaine de spécialisation, marquent l’adéquation de l’intervention sociale à la recherche des moyens nécessaires en vue de fins déterminées. Les routines et les techniques de soi dispensées à Métanoïa doivent ainsi servir « pour la suite » (Fabienne, l’infirmière, leur parle d’un « entraînement *pour la suite* » dès le premier jour au centre³¹). La multiplication des projets (comme la saturation de l’emploi du temps) sert délibérément la scansion d’un « temps programmable » (Dartiguenave, 2010 : 125) – permettant de lutter contre « l’inertie » qui est

³¹ Cdt 2 – Métanoïa – 07/09/21

considérée comme l’apanage des personnes atteintes de troubles psychiques (Blum, Neuberg, 2019 : 108), ou au pôle opposé contre l’angoisse ou le stress de certains résidents. Mais cet idéal du projet rappelle parfois douloureusement aux résidents « l’échec » de leurs tentatives antérieures à répondre aux injonctions sociales et à leur intériorisation – comme le montre l’emploi du terme par Brice, déjà évoqué au chapitre 4, lorsqu’il dit sa difficulté à « passer » du côté du monde des adultes :

Brice – J’ai des qualités, mais faut que j’arrive à me le dire, parce que j’ai vraiment tendance à ne pas m’aimer [...], à me faire que des reproches. Que je me torture plus avec tous les effets négatifs, et le sac de casseroles que je me trimbale. *Il faut que je pense aux qualités que j’ai, et qui me permettront de me transformer.*

Pour les « choix de mes projets de vie », j’ai toujours eu du mal à *me projeter dans la vie, ça a toujours été le début du cauchemar, se projeter* – on m’a toujours pressé dans la vie, et me projeter dans le monde des adultes...

Cdt 2 – Métanoïa – 22/09/21

L’injonction au « projet » précède donc les usagers entrés au CTR, et il nous faut constater comment elle entretient l’individu contemporain – et notamment les plus défavorisés – dans une anxiété chronique où « [le] seul moyen de maîtriser le présent c’est d’être à l’affût d’un contrat, d’une subvention, d’une occasion » (Merklen, 2012 : 110). Comme le souligne Denis Merklen, si l’individuation que le sujet poursuit réussit à se constituer, bon gré mal gré, elle reste souvent une forme d’individuation « négative ». En effet, d’après Marc-Henry Soulet cette fois, « pour qu’émerge l’idée même de projet », il faut que l’individu puisse disposer d’une identité sociale *positive*, qu’il se sente l’auteur, ou le « sujet » de ces actions – ce qui explique sur notre terrain l’impératif conjoint que reçoivent les travailleurs sociaux de l’outiller en conséquence, « pour qu’il devienne capable d’une maîtrise relationnelle de lui-même permettant la gestion des tensions entre les attentes des autres vis-à-vis de lui et les siennes propres à son égard » (Soulet, 2009 : 96).

Enfin, dans cette conception qui tend à poser le projet comme fin en soi, un ultérieur problème est à soulever. J.-Y. Dartiguenave insiste sur la manière dont tout écueil ou rupture dans ce « *continuum* » du projet peut se voir perçu comme résultant de l’inadéquation des moyens à la fin poursuivie – c’est-à-dire fondamentalement, de l’incompatibilité de l’offre et de la demande, au détriment souvent du sujet considéré comme fautif (Dartiguenave, *ibid.* : 125). Nous l’avons observé avec précision au sein du chapitre 2, à partir du cas de Dimitri. Car la dynamique groupale a toujours pour finalité la perspective égocentrée du « projet » individuel, ce qui explique la tendance à la désignation d’un bouc émissaire sous les traits de celui qui « n’a rien à faire ici » parce qu’il « ne travaille pas » ou pas vraiment. L’individualisation des parcours n’empêche pas la mise en compétition des individus, bien au contraire. Et en CTR comme dans les organisations du travail, la structure n’a souvent « pas d’autre choix » que de renvoyer l’individu à sa propre désadaptation.

II. B/ La question de la contribution au collectif et de la participation

Nous avons déjà abordé au chapitre 2 comme au 6 la question de la contribution aux règles de vie et aux espaces collectifs des résidents, dans ce centre qu’ils habitent pendant plusieurs semaines ou mois. Nos analyses concernaient le travail domestique contractualisé

d'une part comme contrepartie à l'hébergement et aux soins gratuits (pris en charge par la Sécurité Sociale) dont bénéficient les usagers, dans le premier cas ; et comme contrepartie symbolique à leur initiation en tant qu'hommes dans le second, où la délégation des tâches domestiques était vécue comme une inversion de leurs privilèges de genre. Mais la contribution des usagers ne se limite pas aux règlements intérieurs et à cette délégation du travail ménager ; elle peut être analysée comme la part de travail médical que les bénéficiaires du soin ont à fournir au sein de l'ordre négocié du CTR. Reprenant la théorie d'Anselm Strauss du travail au sein de l'organisation hospitalière, L. Velpry rappelle en effet que : « Les activités réalisées dans le cadre médical sont considérées comme un travail auquel participent tous les protagonistes, patients compris. Ces derniers occupent une place dans la division et l'organisation du travail médical, place qui est plus ou moins identifiée et reconnue par les professionnels, mais qui est essentielle pour son fonctionnement » (Velpry, 2008 : 133).

Nous avons évoqué que la dimension du « travail » est un thème récurrent convoqué sur ces terrains, et nous avons annoncé vouloir analyser le travail spécifique exigé des résidents en CTR comme un processus actif, mobilisant la contribution à la vie quotidienne et la réflexivité des usagers dans la transformation identitaire visée par ces centres. Ici, nous voudrions réfléchir à la pertinence de la notion de *travail addictologique* pour désigner cette activité, qui pourrait être mise en parallèle avec le travail psychiatrique attendu des patients en CMP décrits par Livia Velpry, ou avec le travail de rééducation des patients observés par Muriel Darmon dans les services de réhabilitation post-AVC (2021). Rappelons les termes du « travail psychiatrique » et mettons-les en comparaison avec le travail requis en CTR :

Avec la notion de travail psychiatrique, les patients sont inclus dans l'analyse non pas en ayant une marge d'action, mais comme *participants à une activité commune*. C'est particulièrement pertinent dans un cadre de travail ouvert comme celui du CMP, où *le patient doit nécessairement donner un accord minimal de participation*. Le patient a en effet toujours *la possibilité de rompre sa participation au travail* en ne venant plus au CMP, ce qui est moins, voire pas du tout le cas lors d'une hospitalisation. (Velpry, 2008 : 136 – je souligne)

Cette même distinction se retrouve entre l'hospitalisation en service d'addictologie lors d'un sevrage, et le travail de plus long cours – mais volontaire et participatif – qui devient possible en CSAPA (services ambulatoires) et CTR. Les usagers en CTR participent à une activité commune qui les rassemble dans un espace résidentiel avec des professionnels embauchés et dédiés à cette activité : construire un projet de sortie de la dépendance. Ils doivent donner leur consentement aux ateliers et aux règles proposées par le centre, et sont libres, à tout moment de rompre leur engagement et de quitter le centre. Même s'il peut sembler tout à fait retors dans le cadre d'une dépendance grave à une substance, de dire à quelqu'un qu'il est libre d'arrêter sa participation au travail mené en postcure (lorsqu'il courrait en cas de sortie brutale des risques conséquents de rechute et d'overdose), l'important est ici de souligner que le travail est possible uniquement parce que la contrainte n'est pas obligatoire. Les résidents doivent *consentir* à cette activité commune qu'on leur propose ; tout comme les professionnels se retrouvent de fait désœuvrés et démunis si les usagers n'acceptent pas de « travailler ».

De plus, le travail addictologique comprend « ce que doivent faire » et « ce que font » les résidents. Si on se prête à une analyse détaillée, « l'attention pourra ainsi être portée sur le travail comme constitué d'ensembles de tâches et sur les personnes qui les accomplissent qu'elles soient professionnelles ou profanes, dans leurs relations au travail lui-même. » (Baszanger, 1992 : 12). Nous détaillerons ici ce qui distingue ces deux ensembles, en listant au

fur et à mesure les ensembles de tâches repérés. « Ce que doivent faire » les hébergés, leurs « devoirs » pourrait-on dire, s'articulent entre (1) le respect des règles de l'établissement et (2) la répartition des tâches domestiques quotidiennes auxquelles la structure veut les rendre participatifs. Si à Métanoïa comme au TCHAT, la direction salarie une fois par semaine une employée de nettoyage, cette délégation des tâches ménagères est plus visible encore dans la vie en Communauté Thérapeutique, par le fait qu'on y trouve une répartition des tâches quotidienne à remplir quotidiennement pour l'entretien et l'organisation de l'espace de vie (des parfois plus de trente résidents). Ces derniers disposent même d'un groupe spécifique, le « groupe de vie quotidienne », une heure par semaine, pour que les « chefs de secteur » fassent un rapport sur le déroulement de la semaine précédente, que les différents autour du non-respect des tâches attribuées puissent être gérés, ou encore que les personnes demandant un « remplacement » ponctuel dans la semaine puissent le faire. Les responsabilités sont confiées en fonction d'une hiérarchie fondée sur l'ancienneté dans la structure : « Chaque sous-groupe a une responsabilité dont il doit rendre compte au responsable final de l'organisation communautaire (un ancien résident). Ainsi, les résidents plus anciens dans le programme auront plutôt une fonction ou une position d'organisation et de coordination ; ils seront responsables des jeunes résidents qui auront un travail davantage orienté vers l'exécution. » (Bracke, 2008 : 47). La contribution aux règles de vie résidentielle occupe donc une partie non-négligeable du temps passé dans l'institution. Obéissance aux règles communes et participation à la vie quotidienne font partie du « travail » attendu, et on peut interpréter qu'elles constituent tant une garantie de leur bonne volonté de participer au travail addictologique qu'un contre-don concret de leur prise en charge sociale.

« Ce que font » d'autre part les usagers concerne d'un côté (3) leur participation au processus de soins et d'accompagnement, pour lequel ils ont minimalement comme les patients en CMP donné leur accord ; et de l'autre (4), ce que nous avons nommé « travail de soi », à savoir le déploiement d'une réflexivité qui est exigée comme « retour » aux professionnels, comme un autre type de contre-don, cette fois-ci plus symbolique (en ce qu'ils témoignent par ce qu'on a coutume de nommer dans l'univers managérial leur *feedback* de l'efficacité des ateliers et/ou du travail des professionnels). Il n'est pas rare ainsi qu'à la fin des ateliers à Métanoïa, les éducateurs proposent un temps pour « des retours », sur lesquels on distingue clairement les usagers habitués à répondre à ce type de questionnaire de satisfaction, et ceux que cette demande met un tant soit peu sur le qui-vive (comme s'il pouvait s'agir encore d'une évaluation). De même, le dernier groupe de Brice, Yassine et Keufraan avec le psychologue se conclura sur les paroles de ce dernier : « Merci pour votre engagement, pour votre authenticité... Et je vous le dis parce que vous le savez pas assez, mais c'est fou combien vous donnez et combien *ça nous aide*... »³².

Ce à quoi les usagers et usagères contribuent, de surcroît, c'est (5) à la production d'une activité de « *care* » auprès de leurs camarades de séjour – dimension qui nous semble moins mise en évidence par les travaux sociologiques portant sur ce domaine. Sans développer nécessairement cette liste déjà longue, les compliments, les encouragements ou les tentatives de remonter le moral d'un membre de son groupe ne sont pas rares en ateliers, et bien qu'elles interviennent sous le regard d'un professionnel, elles surgissent de manière spontanée – sans que ce dernier n'incite à ces commentaires. L'équipe les remarque néanmoins, et les prend souvent en compte comme un signe visible des progrès du résident (il est en mesure de

³² Cdt 2 – Métanoïa – 13/10/21

s'intéresser à autrui et de démontrer de l'empathie) dans le processus général du travail mené en CTR.

*Encadré 7. 1_*

Histoire et fonctionnement des Communautés Thérapeutiques en France

Les Communautés Thérapeutiques (CT), institutions d'origine anglo-saxonne, se fondent sur les 12 étapes des Alcooliques et Narcotiques Anonymes (AA/NA) ou « modèle Minnesota », un programme thérapeutique qui s'est diffusé dans de nombreux autres pays d'Europe dans les années 1970-1980, mais dont l'entrée est relativement récente en France. Ce modèle conçu par le Dr. Anderson, psychiatre à l'hôpital Saint-Paul du Minnesota au début des années 1950, consiste en un programme intégrant les méthodes thérapeutiques classiques de l'institution médicale et les pratiques développées par les groupes d'auto-support. Il constitue le modèle le plus répandu aux États-Unis, en ce qui concerne le traitement des addictions – son champ d'application s'étant étendu aux drogues, et à tous les comportements susceptibles d'entraîner une dépendance (Peele, Brodsky, 1975). Sa force a été de pouvoir s'adapter en grande partie aux spécificités culturelles, sociales des pays où il s'est implanté (Hervé/Pedowska, 2011 : 27), mais aussi de permettre des coûts minimes : Kelly *et al.* (2020) soulignent que les programmes basés sur les 12 étapes constituent un gain d'argent important par rapport à d'autres modèles thérapeutiques, et qu'ils sont souvent considérés comme permettant d'accroître de manière plus significative le nombre de jours d'abstinence – composante jugée indispensable à l'entrée dans l'institution de soins et la démarche de rétablissement.

Dans les CT contemporaines (une dizaine entre métropole française et outre-mer), l'accent est porté sur l'abstinence et sur la transformation des comportements problématiques de la personne dans un contexte communautaire qui constitue la clé de voûte du traitement, impliquant une prise de responsabilité graduelle des usagers dans la structure (Van der Straten/Broekaert, 2008 ; Delile, 2011). Les principes du programme appliqué en CT découlent de l'application stricte de l'abstinence. Elle doit être maintenue, consolidée et renforcée dans le temps grâce au guide existentiel qui constituent les 12 étapes et elle apparaît comme la condition *sine qua non* pour retrouver libre arbitre et maîtrise minimale de son existence. En plus de ce pilier central de l'abstinence, le programme long des CT (minimum 1 an) propose de développer la réflexivité individuelle sur la base de séances de « confrontation » dans un emploi du temps scandé par différents « groupes de parole ». Tout le travail déployé en CT vise directement les « comportements » des membres de la communauté, dans la vie quotidienne, et dans ce que ces comportements révèlent apparemment de leurs attitudes passées face à autrui. Cet imposant travail sur soi, la tolérance des humiliations en vue de réformer le comportement, l'obligation de confesser ses erreurs devant les autres, et enfin la forte empreinte spirituelle du mouvement AA/NA ont fait que l'accueil des CT en France s'est fait d'abord très mitigé, compte tenu de son héritage laïque et républicain (Granier, 2020 : 66). Le modèle CT ne parvient à s'implanter qu'à partir des années 1990, où *via* l'initiative de Kate Barry se voit créé l'un des premiers centres appliquant le programme Minnesota en France (l'association APTE) (Demange, 2011 : 74). L'épidémie du sida, le développement des traitements de substitution, ont également permis d'ouvrir le champ de l'hébergement en toxicomanie : le terme apparaît pour la première fois dans un texte officiel et les premières CT sont inaugurées à l'issue du plan gouvernemental de 1993. Leur réelle émergence advient depuis les années 2000 (Castagné, 2006 ; Demange, 2011 : 78), la fusion opérée par l'addictologie ayant redonné de la valeur à ce modèle thérapeutique de la part des professionnels du secteur, notamment dans les cas les plus compliqués à traiter en ambulatoire.

Quelle visée est accordée à ce travail ? Si la dimension de la contribution aux règles de vie résidentielle s'articule aussi bien au travail addictologique pour lequel les usagers viennent dans la structure, c'est que le CTR doit permettre avant tout une autonomisation des résidents. Ces cinq ensembles de tâches (respecter les règles ; faire les tâches domestiques ; participer au processus de travail d'autres acteurs ; déployer sa réflexivité ; prendre soin et recevoir du soin

d'autrui) peuvent être considérées comme les apprentissages qui doivent non seulement participer à l'abandon de l'addiction, mais permettre à l'individu de s'orienter seul dans l'existence. L'autonomie est mise au travail – indépendamment du fait qu'elle soit postulée comme une capacité initiale des résidents ou non – dans ce que je décrirais comme un *dispositif de vivre-ensemble* devant garantir la préservation de cette autonomie acquise. Le maintien de l'autonomie est le versant complémentaire du maintien de la motivation évoqué dans la première section. D'où les débats sempiternels en réunion d'équipe sur ce qui constitue ou non – et pour chaque usager cela peut varier, en fonction de sa problématique – le critère d'une autonomie *durable*. Je rappellerai simplement ici un extrait précédemment évoqué de la réunion institutionnelle du TCHAT, du mercredi 15/06/2022 [cf. chapitre 2, page 164] :

Grégory (ES) – On pourrait avoir la possibilité qu'un patient *aille faire les courses seul... ?*
Parce que je réfléchis un peu, *ce côté assisté quand ils passent sur les apparts, après, c'est dur...*
Quand quelqu'un est vraiment autonome, est-ce qu'on pourrait pas lui filer 43 €, allez-y...
Vincent Leprince (chef de service) – [...] Ou alors est-ce qu'on pose quelque chose comme une dimension socio-éducative...
Eduardo (psychologue) – Le patient il va acheter la nourriture pour le collectif, il prépare à manger pour les autres, et *ça lui donne un petit savoir-faire à utilité sociale*. Alors que, l'autre option [le fait de le laisser sortir *seul* faire les courses] c'est l'inviter à la transgression.
[...] Grégory – *Faut qu'on arrive aussi à leur laisser une certaine autonomie...*
Eduardo – [qui bute sur le mot] ...ce mot qui me révolte ! *C'est une habileté à partir d'une hétéronomie*. Et je fais l'hypothèse qu'elle est modeste, mais qu'elle est accumulative.
Grégory – On est jamais « autonomes ». Mais on gagne en autonomie dans des domaines...

Cdt 1 – TCHAT – 15/06/21

Le différend porte ici sur ce qui permet de garantir *durablement* l'autonomie des résidents, ou, pour ne pas déplaire à Eduardo, les « habiletés accumulatives » qu'ils acquerraient durant le séjour en CTR. Selon Grégory (éducateur qu'on classe parmi les « Modernes » de l'équipe), il s'agit de desserrer progressivement l'étau institutionnel, le filet de sécurité qui maintient les usagers (et les professionnels) hors de l'exposition aux risques de reconsommation. Il s'agit de préparer les usagers à la sortie, et à la solitude décisionnelle à laquelle ils seront confrontés dans un dispositif plus autonomisant comme l'AT, voire dans leur retour à domicile, sans autre suivi que les rendez-vous hebdomadaires au CSAPA. Selon Eduardo, sans qu'on puisse véritablement expliquer autrement son intervention que par sa résistance à toute modification au sein du service, la contribution du résident aux repas quotidien est déjà le signe de sa progression, de son expérience accumulative au sein du centre. Mais il ne dit guère comment cela assurerait son maintien dans le temps, et pourquoi le passage à l'étape successive est aussi difficile. (Je rappelle juste que les psychologues « Anciens » du centre considèrent souvent que cela tient à la trop grande « précarité » psychique des sujets auxquels ils sont confrontés.)

Ce dernier extrait nous rappelle que l'autonomie est possible, mais dans le cadre hétéronome des règles idiosyncrasiques du collectif établi. À Méta, le cadre pourrait être décrit comme plus souple, mais la totale autonomie des résidents n'y règne pas pour autant. Comme en témoignent ces deux extraits, qui montrent que cette autonomie doit au contraire s'affirmer de manière progressive – il ne faut surtout pas que les résidents s'hasardent à « brûler les étapes », comme on le dirait oralement :

[Réunion clinique ; on parle de Nathan, un usager abstinent durant 3-4 ans, qui a repris ses consommations il y a deux mois, à cause de ce que les professionnels qualifient de « remarques par rapport à son poids ».]

Lydie (nouvelle directrice en 2022) – [prudente] Mais bon, il a organisé hier matin une réunion avec tous les actients, pour leur proposer un repas thématique...

Albin (ES) – [ton entre blasé et acide] Au-delà de ça, le gars il est à peine arrivé, et il a déjà proposé un concert, un atelier-alimentation. Ça fait trois jours qu'il est là quoi...

Cdt 2 – Métanoïa – 22/05/22

Frédéric (nouveau directeur en 2023) a proposé à un actient qu'il vienne animer un atelier-théâtre à Métanoïa, après son séjour, étant donné son engouement pour l'atelier.

Ludovic (psycho). – L'aspect positif, c'est que ça lui donne la permission

Albin (ES). – [enthousiaste] Oui, il y a vraiment un truc qui s'est noué en lui du lien compétences en addicto - compétences en théâtre...

Marion (cheffe de service). – Mais il faut leur rappeler qu'à un moment donné, s'ils font partie comme de l'équipe élargie, il ne sera plus possible de se soigner à Méta...

Nono (nouveau MSP). – Vous vous questionniez beaucoup quand j'étais là, sur le fait que c'était pas possible de revenir une fois tous les ans, recharger ses batteries... Pour pas développer un cycle annuel de « quand je vais pas bien, je viens à Méta... »

Fabienne. – [lapidaire] Là, ce qu'il fait avec nous, c'est clairement des séjours séquentiels...

Albin. – Mais c'est pour ça qu'on ne doit pas penser à sa place, fantasmer à sa place...

Pause midi. Albin et Coralie critiquent ouvertement Frédéric, et m'incluent dans la discussion. Ils commentent qu'il est beaucoup trop dans la proposition par rapport à des actients encore vulnérables... Il aurait pu proposer à Sandro (l'usager dont on parlait en réunion) ce genre de projets à la toute fin de son séjour, mais en tant que tel, en première semaine, à ce moment-là c'est abuser de son pouvoir charismatique. « Il a pas capté plein de trucs », affirment-ils.

Retour sur terrain – Métanoïa – 11/09/2023

La contribution des usagers à la vie du collectif, et même au remodelage du programme d'activités, est ainsi envisageable en CTR. Au TCHAT également, on accepte que les usagers proposent des activités collectives sur les temps libres, hors ateliers réguliers – mais l'inertie institutionnelle et les temporalités d'attente auxquelles ils sont confrontés les découragent souvent avant concrétisation. À Méta en revanche, on voit comment l'autonomie – bien que postulée comme étant un attribut fructifiable des « actients » – doit d'abord être éprouvée dans une marge d'action évolutive, qui ne permet pas de « tout faire » ou « tout proposer » dès la première semaine de séjour. Nathan est déjà perçu négativement par l'équipe (il finira expulsé), parce qu'il semble trop accéléré, trop *high* par rapport à l'introversion ou au retrait usuels des usagers entrants. Quant à l'exemple de Sandro, c'est Frédéric, tout juste nommé directeur de la structure, qui fait mauvaise figure auprès de ses employés – car son enthousiasme risque de mettre en difficulté l'usager et le travail des professionnels avec lui. Il ne s'agit pas de « fantasmer à la place » des usagers, ou de paraître leur imposer des choses, dans les nouvelles logiques du travail collaboratif mené en addictologie. L'efficacité du travail addictologique ne paraît devenir effective que si les résidents décident eux-mêmes de certaines actions, sans qu'on ait à « faire pour » eux ou à leur « faire faire ». Nous avons vu que la triade proposée par Livia Velprey pour le travail psychiatrique (2008) intervenait en CTR notamment lorsqu'il s'agit de distinguer certains « bons résidents », celles et ceux auxquelles on « laisse

faire » parce qu'ils donnent déjà suffisamment de gages de leur autonomie (cf. chapitre 2 II.A/). Nous analysons à présent que l'une des spécificités de ce travail, est sans doute en partie de passer du « faire faire » au « laisser faire », dans le temps admis par les professionnels pour juger l'efficacité et la pertinence de cette nouvelle modalité d'agir pour l'utilisateur. Certains n'auront pas le temps d'incorporer cette nouvelle modalité, mais les professionnels s'efforceront de le rendre « actifs » le plus possible dans les ateliers et la vie quotidienne ; le « faire faire » reste l'étape intermédiaire à laquelle ils se résolvent pour ne plus « faire pour » eux. C'est ainsi que la notion de *participation*³³ qui est devenu un mot d'ordre des structures en santé mentale (Boucher, 2015 ; Heijboer, 2021), se divise dans les pratiques selon deux types de profils d'utilisateurs – que nous développerons plus loin (voir III. B/).

Ainsi, les deux instruments que constituent le projet individuel et la participation à la vie collective, sont fondamentaux du point de vue des équipes en CTR pour la poursuite de l'autonomie (ou des « habiletés accumulatives », selon comment ils préfèrent les nommer) au-delà des murs du centre. La conversion de l'autonomie fonctionnelle en autonomie décisionnelle (processus par lequel nous définissons la *responsabilisation* au chapitre 4) ne peut advenir que si elle est accompagnée, dans le temps de la sortie, d'une composante cognitive et réflexive par laquelle la personne *décide de reproduire ou de modifier* certaines actions de son quotidien, sans qu'on ait besoin de les lui présenter ou de lui montrer comment faire. En effet, si on reprend « la capacité d'autonomie attribuée à la personne », en la définissant « comme la capacité à prendre les bonnes décisions » (Velpry, 2008 : 156), nous allons constater qu'un troisième pan du travail en CTR part du principe que les résidents ont du mal, de par leur vie de consommateurs, à prendre de bonnes décisions. C'est cela qu'il s'agit de transformer, comme nous allons le voir dans la prochaine sous-section, consacrée au développement de la réflexivité à travers la mise en place de routines et l'anticipation.

II. C/ Routines et anticipation : le contrôle de la contingence

Jusqu'à présent, nous avons été attentive aux stratégies et aux moyens mis en œuvre pour doter l'utilisateur sortant d'une autonomie capable de perdurer au-delà de sa sortie du centre. Pour employer les termes d'Eve Chiapello (1996), nous nous sommes intéressée aux « moyens du contrôle », aux « processus de contrôle » et à l'agent du contrôle (« qui » exerce le contrôle)³⁴. Si nous nous intéressons en revanche à l'objet du contrôle (ce sur quoi il s'exerce) dont l'apprentissage se voit inculquer en CTR, il nous semble réducteur de dire simplement ici « le comportement de l'utilisateur ». Nous pensons que les stratégies d'anticipation du futur, d'occupation et de dérivation dans le présent, et de remémoration des conséquences négatives passées visent en priorité le rapport au temps de l'utilisateur, et particulièrement sa perception de

³³ La participation est « un processus selon lequel les personnes sont en mesure d'être impliquées de manière active et véritable dans la définition de points les concernant, dans la prise de décisions sur des facteurs affectant leur vie, dans la formulation et la mise en œuvre de politiques, dans la planification, le développement et la prestation de services ainsi que dans le processus d'action visant à un changement. » (Organisation mondiale de la santé, 2000) ; voir l'article en ligne : http://www.s2d-ccvs.fr/datas/doc_pdf/Participation%20.pdf

³⁴ Si Eve Chiapello décrit évidemment les mécanismes de contrôle organisationnels, la reprise par Castel et Coppel (1991) de la tripartition (contrôles administratifs – contrôles sociaux – autocontrôle) de Dalton (1971) et Hopwood (1974) constitue un précédent qui autorise décidément l'analogie du sujet dépendant avec une entreprise et son contrôle de gestion.

la contingence, et de sa liberté face à elle. Il s'agit donc de changer ce schéma perceptif, où l'utilisateur sait ce qu'il veut au présent mais ignore de quoi demain sera fait – au moyen des méthodes que nous allons développer ci-après. Le travail à fournir concerne donc également cette manière de s'assurer de l'opérationnalité des actions rationnellement planifiées, comme le démontre l'extrait suivant :

Discussion informelle entre Romain (ES) et Guibole :

Romain – Vous avez pas l'impression d'avoir le choix de vous faire du bien, dans votre vie ?

Guibole – Ben, en fait, l'addiction, c'est un peu le manque de choix... Je l'ai théoriquement, mais psychologiquement j'ai l'impression que c'est pas le cas.

Romain – Ici, vous avez le recul...

Guibole – Ouais, mais après, on est dedans, et très vite, on replonge. C'est pour ça que la responsabilisation, d'une certaine manière, mettre des trucs en place et les placarder...

[...] Romain – Pour vous, c'est des trucs qui marchent pas, et vous avez l'impression que continuer des trucs qui marchent pas, ça va marcher...?

Guibole – Bah, faut que j'essaye de mettre en place des routines. Et puis à un moment, faut que je me dise « go », alors que ça fait des dizaines de fois que j'ai l'idée... Je me disais, juste 1 truc, de faire juste une chose par jour, même ça, c'est compliqué.

Romain – Même ça ?

Guibole – Même ça... Bah, oui, même si c'est un peu un aveu de faiblesse...

Ce genre d'atelier, quand même, ça me donne des idées.

Cdt 2 – Métanoïa – 29/09/21

Guibole donne ici une bonne illustration du haut degré de conscience de leurs comportements qu'ont certains usagers, malgré le fait que cette hyper-conscience dans les moments où la consommation est absente n'empêche en rien le fait de « replonger ». Il met en relief que le choix de son bien-être, il peut l'avoir « théoriquement », mais que dans le moment où il est « dedans », c'est-à-dire dans un *continuum* d'habitudes où l'addiction prend toute la place, « psychologiquement » le choix n'existe plus pour lui. Il souligne que de ce fait, la responsabilisation au sens de « mettre des trucs en place et les placarder » en amont de la situation d'emprise psychologique ne « marche » pas forcément, à l'instant *t* où cette situation se représente. Mais il admet spontanément qu'il a eu plusieurs fois des idées de choses à faire « juste une chose par jour », pour dériver son attention de la consommation et ainsi se constituer progressivement des « routines » différentes de celle de l'addiction.

Ces réflexions et ces tentatives sur le long terme nous rappellent ce que Anselm Strauss et ses collègues décrivent comme « l'interaction entre contrôle et contingence », qui fait que la gestion de la maladie s'apparente beaucoup plus à une navigation sur un fleuve capricieux qu'aux moyens de contrôle mis en œuvre dans les « processus industriels » (Strauss *et al.*, [1985] 1992 : 160) : « En tout état de cause, l'interaction entre contrôle et contingence défie l'idée même de gestion de la maladie (et de la trajectoire) en soi. Le terme de « gestion » ne traduit d'ailleurs pas totalement la complexité de ce type de travail, de ses retombées médicales, et de son retentissement sur tous ceux qui s'y emploient. » (*ibid.* : 161)

C'est pour cette raison que l'article de Strauss *et al.* rajoute ensuite deux verbes « mettre en forme » et « ressentir », pour caractériser de manière plus exhaustive avec le premier terme « gérer » toutes les dimensions qui s'entrecroisent dans le travail sur la trajectoire de la maladie (*ibidem*). En tout état de cause, ce travail exhaustif est entrepris dans nos deux CTR. Mais il nous semble que la « mise en forme » et les « ressentis » influençant les trajectoires

appartiennent en grande partie à l'équipe professionnelle, au sein de l'équipe du TCHAT – comme dans les équipes hospitalières évoquées par Strauss d'ailleurs (« il faut bien reconnaître que les membres de l'équipe peuvent être profondément affectés par leur travail sur certaines trajectoires particulières », *ibidem.*). Alors qu'au sein de Métanoïa, le travail de gestion, de mise en forme et de ressenti, est progressivement délégué aux usagers qui seront eux-seuls en charge de la navigation sur le fleuve de leur existence, une fois les portes franchies. Le contrôle doit passer *de l'institution à l'individu*. La même idée est en réalité impliquée dans le travail des professionnels du TCHAT ; le problème étant que les habitudes sédimentées les empêchent en grande partie de parvenir à ce résultat (cf. chapitre 5). Mais la résistance peut également venir des usagers – qui admettent parfois avoir du mal à se donner ce cadre de l'autonomie que l'institution rêve pour eux :

Entretien Romain-Yassine

Romain – Comment vous vivez Méta en ce moment ?

Yassine – Il y a beaucoup de bienveillance, tout le monde respecte un peu l'intimité de l'autre... C'est la première cure que je fais de manière volontaire, seul...[...] C'est pas encore solide solide cette sobriété.

Romain – Qu'est-ce qui vous manque pour que ça soit solide ?

Yassine – *Le cadre...* le fait d'avoir des ateliers programmés, *de savoir ce qu'il va se passer, ça permet de se projeter. Et d'organiser en fonction ma semaine.* C'est un peu métro boulot dodo, mais quand même...

Romain – Vous n'arrivez pas forcément à vous cadrer tout seul ?

Yassine – *J'ai toujours eu du mal à faire des choses tout seul,* à organiser mes journées...

Ici c'est comme un cocon protecteur, où on est un peu tous là pour la même chose...

Cdt 2 – Métanoïa – 17/09/21

Dans cet extrait, on voit comment la dimension du « ressentir » doit être investie, par une question ouverte de la part de l'éducateur qui pousse Yassine à développer, mais aussi, très rapidement, à « mettre en forme » les éléments dont il aurait besoin pour rendre sa « sobriété » plus « solide » : « le cadre », qu'il développe, n'est plus celui de l'institution : il correspond à ce qu'il a compris qu'il va devoir faire à la sortie pour « gérer » (« savoir ce qu'il va se passer », « organiser en fonction [s]a semaine »). Romain souligne lui aussi par sa question le fait que « se cadrer » est une activité que l'usager sera amené à devoir faire de lui-même, sans le « cocon protecteur » et l'emploi du temps scandé du CTR.

Toutefois, les ressentis comme la mise en forme de l'expérience de l'addiction semblent être parfois mis au second plan. Preuve en est, à Métanoïa, ils sont progressivement indexés sous l'impératif de gestion, qui doit viser dans un premier temps à un fonctionnement par *essai et erreur*, pour ajuster le plus possibles les comportements par rapport à l'objectif à atteindre. Les ressentis doivent s'aligner de manière *cohérente* sur des techniques de gestion émotionnelle, et de dérivation des sentiments négatifs vers des stratégies comportementales compensatoires (*coping*). La mise en forme doit prendre les dimensions d'une programmation temporelle et organisationnelle, qui doit s'efforcer en amont d'éviter les accrocs et les dérives possibles – et éventuellement se réajuster, en fonction des difficultés rencontrées. La planification des « sorties autonomes » au sein du CTR Métanoïa, évoquées au chapitre 2, sont un exemple de cet entraînement à la gestion et au contrôle des contingences, qui devrait se voir appliquer

ensuite à la sortie du centre³⁵.

C/ 1) Prévoir les hasards malencontreux : l'enjeu de la planification des sorties

Nous avons pu constater en amont que la présentation des règles du centre suscite un moment de flottements et de doutes en ce qui concerne l'espace-temps des « sorties » (cf. chapitre 2 I.C/). Celles-ci doivent mettre à l'épreuve l'usager, la confiance qu'il a pu établir avec l'équipe, mais aussi la confiance en soi qu'il a pu développer grâce aux différents outils de développement personnel fournis par l'institution. L'usager est admis à sortir pendant deux heures en 4^{ème} semaine de séjour, puis sur une journée complète en 5^{ème} semaine. Le CTR prévoyait par le passé une sortie en autonomie du samedi matin au dimanche soir, mais l'équipe se rendant compte que cela générerait davantage de difficultés eu égard à la problématique de passer une nuit dehors (tout le monde ne disposant pas de parents ou d'amis en région parisienne), et de vouloir revenir au centre le lendemain, elle fut suspendue. Par ailleurs, la consommation pendant cette sortie ne constitue pas à elle seule un motif suffisant d'expulsion et donc – comme le centre s'engage à ne pas faire de tests à l'entrée – rien n'empêcherait *théoriquement* le résident de consommer, puis de revenir en dissimulant sa consommation. Tout ce dispositif repose donc sur la confiance, l'évaluation des conditions de confiance qui ont été créées en amont de ces sorties, et de ce qu'elles sont censées permettre en termes de travail sur soi et d'auto-contrôle.

On ne peut nier d'une part que la confiance accordée aux usagers par les professionnels lors de cette sortie se fonde sur le pari de l'extension du « cadre » hors des murs du centre – donc sur une forme de contrôle social intériorisé, censé générer un auto-contrôle. Saisir cela, de manière radicale, c'est dire que l'absence de tests fait elle aussi partie d'un agencement collectif où le contrôle est en jeu – autant ou d'autant plus dirons-nous que dans un système où il n'est pas délégué à l'appareillage technoscientifique des tests urinaires. Les coordonnées que formalise Métanoïa sont à proprement parler *moins répressives*, moins obligeantes ; mais elles incarnent parfaitement l'évolution de la notion de contrôle – du contrôle-vérification (dans son acception latine) au contrôle-maîtrise (le *control* cybernétique, fondé sur un système de *trial-and-error*) (Wiener, 1952 ; Bateson, [1971]). C'est donc moins sur l'intériorisation de la règle que se joue cette mise à l'épreuve qu'est la sortie, que sur *l'apprentissage de nouvelles règles* – ce que certains ont appelé un apprentissage en double boucle (Argyris, Schön, 1978), c'est-à-dire un type d'apprentissage induisant un changement des valeurs, des stratégies et des paradigmes sur lesquels s'organisait antérieurement l'action. L'espoir c'est qu'en changeant les paradigmes de base – je ne sors plus pour me procurer du produit, mais pour « me promener », ou pour « voir des amis qui ne consomment pas » – on change également les actions, les comportements quotidiens. La discipline institutionnelle vise à mettre en place une autre planification que celle régie par le fait de se procurer du produit – et elle fonctionne donc en mettant en place des « exercices de l'autonomie » visant à *changer l'esprit* pour changer le comportement (Ehrenberg, 2018 – voir plus haut I.B/).

Dans l'observation de terrain, il apparaît néanmoins qu'il y a une réelle différence dans la puissance d'exposition et la facilité de se procurer certains produits par rapport à d'autres pour les usagers ; et que parallèlement il y a une disparité tangible dans la manière de considérer les risques d'exposition d'un usager ou de tel autre, pour les professionnels. Ces

³⁵ Nous reprenons ici certains de nos développements précédemment rédigés dans la division 3.1 de notre article « Connaître les règles du jeu » (Rochet, 2023).

derniers établissent une différence significative entre les cas planifiés et les cas accidentels, et cela conditionne leur jugement moral à l'égard du comportement du résident. Il y a un monde de nuances possibles entre un cas où le résident sortant a clairement commandé à l'avance des produits (profitant de la sortie pour se les faire livrer) – et a donc *planifié* sa sortie de manière à délibérément sortir du cadre – ; et un cas où la personne sortie « *cède* » à une faiblesse, *via* l'exposition involontaire au produit – soit que quelqu'un lui en ait proposé, soit que les motifs psychologiques argués soient entendables pour que dans ce moment elle n'ait pas pu résister. Pour reprendre la tripartition de Strauss évoquée plus haut, il semble ici que les « ressentis » professionnels entreront nécessairement en compte pour déterminer ce qu'il en sera de la trajectoire de cet usager après cette sortie en autonomie, si consommation il y a eu. Le fait de s'être sentis « trahis », ou au contraire de sentir le maintien de la confiance et de « l'alliance thérapeutique », si l'usager avoue avoir consommé alors qu'il aurait eu les moyens de le cacher, conditionne sans aucun doute leur représentation du résident en question – et du travail qui peut encore se faire encore avec elle ou lui.

Le cas de l'alcool constitue en particulier un cas limite dans un centre en addictologie tel que Métanoïa. Certes, le CTR situé en banlieue pavillonnaire ne présente pas les mêmes risques qu'une structure implantée en centre-ville urbain, où la mise à disposition et la profusion de débits de boissons saute aux yeux du promeneur. Mais il y a bien deux ou trois bars-restaurants, et une supérette, à une dizaine de minutes à pied de marche ; on ne peut éviter d'être confrontés à un monde où la disponibilité de l'alcool est omniprésente. C'est donc tout le travail de la « préparation » à la sortie que de ne pas laisser libre cours au spontanéisme. Si la planification de la sortie laisse entrevoir des fragilités possibles, ou une non-résolution à tenir son engagement, on préfère orienter l'usager vers d'autres choix possibles que celui prévu initialement. Le renoncement est préféré à l'exposition inutile, de manière relativement univoque, par les soignants *et* les soignés.

La « préparation » vise donc à envisager, dans le temps *t* de la sortie, des stratégies comportementales permettant de distraire l'attention du résident sur d'autres activités ou de concrètement éviter les moments d'exposition à la substance. Une stratégie pourrait être de prévoir le parcours de sa balade, en évitant scrupuleusement de passer devant des bars-tabac (une stratégie concrètement appliquée par une usagère rencontrée en CT). Mais on imagine l'énergie que demanderait d'appliquer au quotidien cette stratégie, dans ses trajets habituels pour aller faire des courses, se rendre à son travail, faire une visite à une amie... Ce qui explique que les stratégies comportementales doivent être diversifiées, pour s'accorder le plus fréquemment possible aux stratégies d'anticipation et de projection des actions futures.

En regard, il faut rappeler comment tout, dans le centre TCHAT, est mis en œuvre pour éviter le hasard et ses risques contingents, lorsque l'usager est de sortie. Pour les courses journalières, comme pour les sorties avec l'éducateur sportif, les résidents sont constamment sous le contrôle d'un ou plusieurs professionnels. L'hétéro-contrôle est donc la solution institutionnelle qui a été trouvée – et qui se perpétue, malgré ses remises en cause – pour éviter les moments de « flou », ou d'incertitude possible sur le choix qu'un usager serait amené à faire s'il était seul. L'exemple de Mehdi et de sa mauvaise rencontre au parc (chapitre 4 : « apprendre à être libre », pages 340-341) est exemplaire de ce rapport d'esquive de la confrontation que garantit l'institution. On comprend également pourquoi les problèmes sont sans doute plus nombreux, lorsque les usagers se retrouvent seuls, à leur sortie, pour « gérer » ces difficultés et ces tentations ordinaires, alors que les professionnels ne sont plus là. Mais l'idée est semblablement la même – elle se voit juste appliquée dans les faits très différemment

de ce qu'il se passe à Métanoïa : il s'agit avant tout de contrôler la contingence. Et précisément parce que celle-ci est incontrôlable, de couper avant – de verrouiller par clapets les verrous qui laisseraient l'utilisateur trop en proie au hasard :

Réunion des Appartements Thérapeutiques. Capucine revient d'une usagère dont « L'appartement était nickel ». Vincent Mesnard lui demande si elles se sont entretenues. Elle raconte brièvement qu'elle lui a demandé si personne ne l'avait sollicitée dernièrement : [Je suppose que cette femme est sûrement encore en contact avec d'anciens dealers ou « copains » qui peuvent la fournir]

Capucine – Je lui ai demandé même, *si par hasard* elle avait pas croisé quelqu'un. [...] Elle a dit non.

Vincent Mesnard – C'est bien parce que je pense qu'il y a pas de hasard. *Faut éviter le hasard*, si on peut.

Cdt 1 – TCHAT – 12/04/22

Toute ouverture étant envisagée comme potentiellement à risques, l'équipe préfère dans ce genre de cas un choix simple, rationnel – plus envisageable comme efficace : réduire les possibles³⁶. Sauf qu'il n'est plus question de choix rationnel, lorsque la bifurcation est aussi radicale (consommer ou ne pas consommer ; résister ou céder, *etc.*). Les routines mises en place au sein du centre sont régulièrement répétées, même *ad nauseam* : je fais mon programme de la journée et je m'y tiens ; ma sortie dure une heure, pas plus pas moins, et je reviens sans avoir consommé ; je fais les courses mais je ne m'autorise pas d'« extra », en allant par exemple du côté du rayon alcool ou sucreries ; plutôt que de subir le *craving*, je vais faire du sport... Cet exercice presque stoïcien de la maîtrise de ses comportements, étendue dans la durée du séjour, devrait permettre à la fin que la personne sorte en ayant perdu tout goût à un changement dans son emploi du temps...

C/ 2) Deux visées différentes de la programmation temporelle ?

En définitive, nous pourrions objectiver ce qui constitue les *visées différentielles* des centres TCHAT et Méta, après divers chapitres qui ont pu mettre en lumière leurs ressemblances mais aussi leurs différentes mises en pratiques vis-à-vis d'une théorisation de l'addiction qui tend à devenir homogène. On pourra affirmer que c'est dans ces différences de degré dans la mise en pratique que s'explicitent leur différente politique d'accompagnement :

- la visée de Métanoïa, c'est semblablement d'opérer une planification la plus rationnelle possible en fonction des objectifs que l'on s'est fixés. La cohérence est de mise, soit que l'on ait choisi un programme d'abstinence, soit que l'on ait choisi un programme de gestion de la consommation (mais dans ce dernier cas, l'autocontrôle sera sans doute encore plus exigible). On peut s'ouvrir à la contingence, en sachant qu'il y aura toujours le risque de la reconsommation – et donc d'un possible retour du même, de l'addiction³⁷ – mais il ne s'agit pas pour autant de s'embarquer vers le hasard. Les possibles envisagés doivent être évalués et confirmés ou invalidés, par rapport au calcul coût-bénéfice du « mieux-être » qu'ils procurent dans la vie de l'utilisateur. Il s'agit

³⁶ Cela arrive également à Métanoïa comme on a vu, par rapport aux sorties : ne pas s'exposer, ça peut vouloir dire aussi faire le choix de ne pas sortir... Mais cela reste relativement plus autodéterminé en l'occurrence.

³⁷ Si à la reconsommation ponctuelle suit une autre reconsommation et une autre... On n'est plus dans la reconsommation, on est dans la rechute. Cette politique diffère fortement de celle des AA/NA, pour lesquels la reconsommation équivaut à une rechute.

avant tout de *maximiser les avantages* et les bénéfices dans la vie d'un individu, ou qu'il puisse mener une vie qu'il considère comme réussie, ou du moins satisfaisante. Ce n'est qu'en cas d'épuisement de cet idéal que le programme devient une stratégie de réduction des risques. C'est une programmation qui prend la forme d'un arbre de possibilités ; la diversité des possibles dépendant singulièrement des ressources de l'utilisateur – et de ses savoirs acquis.

- la visée du TCHAT, c'est avant tout de reconfigurer l'individu pour qu'il choisisse systématiquement le choix qui lui sera le moins nocif. En l'occurrence, l'abstinence est abordée comme objectif de départ – il est inenvisageable tant qu'on est en CTR de parler de gestion de consommation. Les contingences sont dangereuses, ce sont elles qui ont porté à l'addiction et à ses conséquences néfastes, il s'agit donc avant tout de *déprogrammer le hasard*. Il s'agit tout d'abord de se construire une nouvelle vie, sans affiliations parasitaires (famille, amis de conso, dealers) qui pourraient venir nuire à ces nouvelles résolutions. Le prix à payer est parfois fort, mais le bénéfice qu'on en obtient (une vie « sobre ») est considéré comme l'unique objectif à poursuivre dans un premier temps. En cas de déflation de cet idéal, l'institution peut toujours constituer un support, une bouée, à laquelle s'accrocher dans le naufrage. C'est un arbre de possibles qui se dessine là aussi, mais qui part de l'alternative à deux branches seulement de l'abstinence et de la difficulté à maintenir l'abstinence. Si on choisit cette deuxième voie, on ne pourra que descendre de plus en plus bas dans les possibles offerts.

Dans les deux cas, il s'agit de substituer à l'hétéro-contrôle institutionnel et à son risque de chronicisation, la solution d'un *dispositif d'autocontrôle de son devenir individuel*.

Nous voudrions à présent terminer l'élaboration menée ici autour de la construction du devenir-soi par une réflexion sur l'émergence de la question du *sens* au sein des paradigmes cliniques employés en addictologie, et sur la nécessité dont rend compte la perspective de sortie dans cette élaboration, pour que le rétablissement puisse advenir.

*

III. La construction d'un sens à la sortie – singulier et prospectif

Analysant l'évolution de l'intervention en toxicomanie dans son ouvrage de 1999, Henri Bergeron finit par considérer que son travail a fini par s'apparenter à « une réflexion appartenant au domaine de la sociologie des croyances collectives » (1999 : 16 – n.b.p). En effet, il choisit de se pencher sur l'évolution des opinions des intervenants de ce champ, depuis sa constitution dans les années 1970 aux années 1990, où le sida et la réduction des risques bouleversèrent la doxa commune qui tenait l'abstinence pour l'unique objectif souhaitable. Passant par la sociologie de Raymond Boudon, il fait valoir quelles furent les « bonnes raisons » à savoir les raisons partagées, « *transsubjectives* » (Boudon, 1995 : 63-67), qu'ont eu ces acteurs « pour continuer de croire à ce qu'ils ont cru et, donc, d'agir comme ils ont agi. » (Bergeron, 1999 : 18). Profondément marquée par cet ouvrage au début de ma thèse, je

voudrais reconnaître à ce stade, à quel point cette démonstration sociologique me semble importante pour analyser et expliquer les nouveaux paradigmes dans lesquels se pratique aujourd'hui l'addictologie. Ce champ se pense certainement de manière autonome et auto-référenciée, les lieux de partage des connaissances et d'avancées cliniques sont connus et partagés par un même milieu de professionnels. Si autrefois les intervenants les plus importants de l'I.T. se retrouvaient tous de façon annuelle aux psychanalytiques Journées de Reims³⁸, les espaces de circulation et de diffusion des connaissances partagées par le milieu ont changé tant d'implantation que d'orientation. La Fédération Addiction³⁹ incarne désormais l'équivalent de ce qu'était l'ANIT pour l'intervention en toxicomanie dans les années 1970-1980. Ayant su se montrer très fédératrice avec les professionnels de l'alcoologie au moment de la fusion des disciplines dans l'addictologie, elle organise un congrès annuel où participent la plupart des figures reconnues dans la discipline (près de mille participants au congrès où j'étais en 2021) et où se diffusent les innovations conceptuelles et pratiques, ainsi que la culture professionnelle inhérente aux professionnels de l'addictologie.

Au sein de celle-ci, ce qui meut notre intérêt ce sont les interactions de ces croyances collectives partagées par un milieu professionnel avec certains sujets d'actualité incontournables⁴⁰, et donc avec un monde social plus élargi, celui des politiques d'action sociale mais aussi celui de l'opinion publique. Ces échanges ont toujours pour effets à plus ou moins brève échéance la transformation des rapports et des pratiques menées avec les usagers dans les structures concernées. En cela nous nous intéressons comme Bergeron aux « problèmes ayant trait à la formation, au maintien puis à la transformation des croyances collectives » (*ibid.* : 16) ; mais nous voudrions pour cela ne pas faire l'impasse sur les représentations collectives, globales, qui imprègnent nécessairement ces milieux d'accompagnement et de réinsertion sociale. Tout « entrepreneurs de cause » qu'ils purent être – ou qu'ils sont encore pour certains – les (psychiatres) intervenants en addictologie sont contraints à deux choses aujourd'hui, *via* l'institutionnalisation de leur discipline et son inclusion dans les politiques de santé publique⁴¹ : d'une part apporter une « réponse » en termes de prévention, d'« aller vers » et de prise en charge du phénomène de l'addiction ; d'autre part accorder une attention particulière et un soutien aux personnes désireuses de « sortir » de leur addiction. Mais ce qui pose la question du monde dans lequel il faut par conséquent les aider à « rentrer ».

³⁸ J'ai consulté plusieurs archives documentées de ces Journées à la bibliothèque de l'hôpital Marmottan. Pour un ouvrage synthétique sur les thématiques abordées au cours de ces journées et une liste représentative des intervenants qui s'y rendaient dans les années 2007-2013, on peut se référer à l'ouvrage collectif *Les Journées de Reims. Pour une clinique du toxicomane et de la toxicomanie* (Paris, L'Harmattan, 2014).

³⁹ La Fédération Addiction est une association loi 1901 née en 2010 de la fusion de l'ANITEA (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie & en Addictologie) – qui était précédemment une des deux plus grandes associations d'intervenants en toxicomanie en France, et de la plus petite F3A (Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie). Voir son site : [Accueil - Fédération Addiction \(federationaddiction.fr\)](https://www.federationaddiction.fr)

⁴⁰ Durant ces dernières années citons les usagers de crack du Jardin d'Eole, le scandale du délogement et du parage des usagers de la Colline à la Porte d'Aubervilliers, plus récemment l'opposition des collectifs de riverains marseillais aux SCMR (voir les articles journalistiques de Vergnenegre, 2023 et Gagnepain *et al.*, 2024).

⁴¹ Outre les figures présentées en introduction, on remarque l'implication grandissante d'addictologues dans des commissions ministérielles, comme celle de William Lowenstein depuis les années 2010 dans un groupe de travail de la DGS, et en lien avec l'action de la MILDECA. Il faut remarquer de plus le poids dans la formation des nouvelles générations d'intervenants et la forte médiatisation dont bénéficient les congrès (et nouveaux e-congrès) de la Fédération addiction, SOS Addictions, l'Association Addictions France, MG Addictions...

Par ailleurs certains médecins entrepreneurs de cause travaillent à une dépathologisation de la catégorie d'addiction, non pas à contre-courant de la discipline médicale de l'addictologie, mais dans un changement de regard porté sur les conduites addictives – considérées comme le lot de tout un chacun (Peele, Brodsky, 1975 ; Cormier⁴², 1984, 1989 ; Therrien⁴³, 2009). Un certain tournant de l'addictologie française a été produit par des figures actuelles de psychiatres militant pour des valeurs sociales et humanistes, qui, comme le psychiatre que je nomme André Mortin dans cette thèse, promeuvent le modèle de la gestion expérientielle de Therrien, ainsi que la possibilité individuelle du *self-change* – de l'auto-changement. À une conférence de divulgation qu'il faisait sur les addictions il y a quelques années, Mortin commence son discours en demandant dans le public combien de personnes sont actuellement fumeuses ; puis combien *l'ont été* et ont arrêté de l'être d'elles-mêmes, sans avoir besoin d'une intervention médico-psychologique. La grande majeure partie de la salle a alors la main levée – ce qui sert à sa démonstration : « Ça veut dire que nous, usagers, nous sommes capables en grande partie d'arrêter la consommation du produit le plus addictif sur le marché – le tabac. Donc le *self-change* existe »⁴⁴.

Cette réflexion nous conduit à réfléchir plus globalement à la diffusion et la promotion du développement personnel et de certaines techniques de soi spécifiques à cette auto-transformation de l'individu dans la palette des techniques proposées en addictologie. Elle montre aussi le relativisme avec lequel la discipline peut faire sienne les déterminismes sociaux – chacun de nous est potentiellement porteur d'une tendance à l'addiction ; mais certains en seront plus touchés que d'autres, pour des facteurs liés à leur environnement ou à leur « histoire de vie ». Enfin, elle éclaire la reconversion de la vulnérabilité comme faiblesse à la vulnérabilité *comme force* ouvrant le champ des possibles (Genard, 2015). Dans ce cas découvrir son addiction doit permettre, plutôt que de s'en affliger, de se rendre compte de ses comportements, et de pouvoir décider quand et comment changer.

III. A/ « Ceci n'est pas un humanisme » : développement des thérapies fondées sur le *self* et de la « culture psychologique » ambiante.

Deux rappels historiques sont nécessaires pour expliquer la diffusion progressive au sein de services en addictologie de techniques d'autonomisation et de « gestion de soi » (*self-management* en anglais). D'une part il faut éclairer le développement parallèle dans le champ médical de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) (des maladies chroniques à la santé mentale) et dans le champ de la culture psychologique du développement personnel (DP). D'autre part, il faut reprendre l'histoire de la psychologie humaniste et des nouvelles thérapies

⁴² Le québécois Dollard Cormier, inspiré par Stanton Peele, et qui influença à son tour l'approche d'André Therrien, est considéré comme le premier à avoir promu le modèle bio-psycho-social d'explication de l'addiction. Il est celui qui a permis d'implanter l'approche psychosociale et humaniste (inspirée par Carl Rogers) au Québec, en se détachant du dogme de l'abstinence et de l'influence américaine des AA/NA. Pour approfondir, voir Plourde, Quirion, 2009 et 2010.

⁴³ Le livre d'André Therrien (2009) propose de repenser l'expérience de l'addiction au sein de la « trajectoire de vie » de la personne, et d'appréhender que c'est avant tout l'expérience du plaisir qui a motivé la consommation, plutôt que de la penser uniquement a posteriori, à partir de ses conséquences négatives. Il défend conséquemment un modèle de « gestion » de la consommation, opposé à la perspective de l'abstinence.

⁴⁴ Cette conférence existe en ligne, mais pour des raisons d'anonymisation je ne communiquerai pas ici le lien URL.

venues des États-Unis, pour expliquer leur diffusion et leur vulgarisation anarchique, participant à une démultiplication infinie des techniques de soi transmissibles et employables dans une perspective de « souci » et de « réalisation de soi » (Foucault, [1988], 2001 ; Salman, 2009).

A / 1) Le travail du self : l'essor de l'ETP et du DP__

D'un côté donc, dans le cadre de la promotion de la santé définie par la charte d'Ottawa, les théoriciens et les politiques publiques mobilisent depuis les années 1990 un éventail de réflexions et de méthodes concernant l'éducation thérapeutique. Une des origines de ces théories psychologiques de capacités de « gestion de soi-même » (*self-management*) sont les théorisations de Kate Lorig aux États-Unis (Lorig, Laurin, 1985 ; Lorig *et al.* 1999, Lorig, 2003), professeure en santé publique et directrice du Stanford Patient Education Research Center. Vingt ans plus tard, il existe désormais une multitude de stratégies psychopédagogiques, qui se réfèrent à différentes orientations et emploient par exemple la pédagogie par objectifs (Monchatre, 2007), les théories de la motivation (Csillik, 2009), les stratégies de « faire face » (ou de *coping* pour reprendre l'appellation anglo-saxonne) ainsi que de manière balbutiante des approches plus narratives (Lacroix, 2007). Le terme « éducation thérapeutique » a été porté à l'origine par Jean-Philippe Assal, responsable d'un groupe de travail à l'OMS. Cette dernière propose depuis 1998 cette définition :

L'éducation thérapeutique du patient doit permettre aux patients d'acquérir et de conserver les compétences les aidant à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique, concernant la maladie et le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. L'éducation thérapeutique vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie. (OMS, 1998)⁴⁵

L'éducation thérapeutique est mise en application en France dans les années 1980, notamment et surtout avec les patients atteints de diabète. Il s'agit d'apprendre à faire les gestes soi-même, transmission éducative de ces pratiques à pouvoir appliquer sur soi par les professionnels de santé. Mais Emmanuelle Jouet et ses collègues marquent qu'une « autre dimension de l'ETP a été développée avec l'apparition du VIH/ Sida, articulée avec la notion de *counseling*, de *co-counseling* (Tourette-Turgis, 1996a) et d'*empowerment* (Freire, 1968) : des programmes et interventions d'accompagnement psychosocial centré sur les personnes ont été mis en place afin de permettre l'appropriation, le renforcement et le maintien des capacités des patients à mieux vivre avec la maladie et les traitements. » (Jouet *et al.*, 2010 : 37). Il n'est pas anodin de ce fait que le rapport rédigé par Michel Reynaud, Philippe-Jean Parquet et Gilbert Lagrue à la fin des années 1990, qui a selon nos interlocuteurs orienté de manière déterminante la création des CSAPA dans les années suivantes – fasse mention de cette visée d'« éducation pour la santé »⁴⁶ :

⁴⁵ « Rapport OMS Europe : *Therapeutic Patient Education* », mai 1998 : 31 – cité par Jouet *et al.*, 2010 : 34

⁴⁶ On parle indifféremment d'« éducation à la santé » ou « pour la santé », pour caractériser « l'ensemble des actions de partage du savoir, de l'accès à l'information qui permette à chacun de prendre connaissance des risques qu'il

L'usage individuellement et socialement intégré est caractérisé par une consommation sans dommage induit. Ces dommages sont potentiels, c'est pourquoi cet usage doit être considéré comme une pratique à risque. *La politique à mettre en place est de l'ordre de l'éducation pour la santé et doit permettre à chacun de gérer le risque, d'être capable de choisir les comportements bénéfiques pour la santé, d'éliminer les comportements nuisibles à celle-ci.* (Reynaud et al., 1999 : 14 – je souligne)

De l'autre, on ne peut s'empêcher de tisser des ponts entre cette éducation thérapeutique dont le patient a désormais le droit de se charger – s'épargnant diverses contraintes et intrusions médicales – et l'injonction à suivre une certaine « hygiène de soi » que porte une nébuleuse d'ouvrages et de techniques rassemblés autour de la notion de « développement personnel ». Selon Nicolas Marquis (2017b), cette hygiène de soi peut être tout à la fois mentale, spirituelle, organisationnelle ou sanitaire. Elle témoigne d'une « répétition du nouveau » advenue au cours des deux derniers siècles⁴⁷ qui illustre la production d'un message moralement et socio-historiquement situé, porté par le développement personnel :

Il est moral parce qu'il propose une conduite de vie particulière, et il se fait qu'aujourd'hui, celle-ci est socialement et culturellement évaluée (très) positivement : il faut profiter de toutes les occasions pour se développer, pour faire reculer les frontières de ce qui nous détermine, pour augmenter le territoire de ce que l'on maîtrise – sans quoi il ne faudra s'en prendre qu'à soi-même.[...] [le DP] promeut une façon de vivre où le travail sur soi est permanent, où il est bon de ne jamais être vraiment satisfait de ce que l'on est ou de ce que l'on a (même lorsqu'il nous parle d'être plus en paix avec nous-mêmes ou d'être plus indépendant des valeurs superficielles de notre époque). En un sens, les répétitives annonces de nouveautés ne sont que des moyens, variant avec les époques et leurs sensibilités, pour montrer que mener cette vie est possible, faisable, accessible. (Marquis, 2017b : 127-128)

C'est ce même développement personnel qui prône un « devenir soi » désormais devenu mot d'ordre, ou plutôt titre attractif en termes de marketing⁴⁸. Mais si les fondements du développement personnel sont aussi solides, c'est qu'ils s'enracinent dans un « univers du pensable et du croyable » qui puise à trois sources apparemment en contradiction mais fusionnées de façon productive par les XIX^e et XX^e siècles américains : la valeur travail du protestantisme ; l'importance accordée à l'expression de soi du méthodisme religieux et du romantisme et transcendantalisme philosophiques ; la diffusion de la psychanalyse dans un pays qui en a radicalement changé les coordonnées (Marquis, 2016 : 50 et s.).

Scarlett Salman (2019) a sur ce point bien documenté les origines de l'actuel *coaching* et des perspectives d'optimisation promues en entreprise. Rappelant que ces nouveaux esprits sont issus directement du « développement personnel », elle approfondit la question en allant chercher du côté du « mouvement du potentiel humain » développé à partir de 1962 à l'Institut d'Esalen en Californie – en montrant que c'est dans ce contexte de diffusion de certaines pratiques de « psychologie humaniste » que se définirent les méthodes emblématiques du *coaching*, comme l'analyse transactionnelle (AT) ou la programmation neurolinguistique

prend par ses comportements, ses habitudes de vie à l'égard de son propre bien-être » (Leselbaum, 1997) – dont on perçoit la dimension top-down, plus prégnante sans doute qu'en ce qui concerne l'ETP.

⁴⁷ Pour illustrer cette répétition, N. Marquis fait référence tant à l'influence qu'a pu avoir la méthode d'autosuggestion d'Émile Coué au début du XX^e siècle aux États-Unis, qu'au succès déjà conséquent du mouvement *New Thought* et de la théorie de la « guérison mentale » de Phineas Quimby à la moitié du XIX^e.

⁴⁸ Nicolas Marquis fait ainsi dans son article (2017a) une analyse approfondie de l'ouvrage de Jacques Attali, *Devenir soi. Prenez le pouvoir sur votre vie*, Fayard, Paris, 2014.

(PNL) (2019 : 659). Par une illusion rétrospective, les « nouvelles thérapies » arrivées en Europe à partir des années 1960-1970 apparaissent en effet comme un bloc – si ce n'est que *tous* et tout s'y retrouvent mêlés (personne à part Carl Rogers ne se revendiquant de la psychologie humaniste). On peut donc lister parmi ces nouvelles approches la psychanalyse hétérodoxe de William Reich, le psychodrame de Moreno, les « groupes de rencontre » et « l'approche centrée sur la personne » de Carl Rogers, la Gestalt-thérapie de Fritz Perls et Laura Posner, la bioénergie d'Alexander Lowen, l'analyse transactionnelle d'Erich Berne, etc. (Marc, 2014 : 127). Elles sont chacune d'orientations très différentes et ne présentent aucune unité théorique ou pratique - les fondateurs de l'AHP (*Association of Humanist Psychology*) s'élèvent eux-mêmes dans ces années contre les amalgames qui les associent à eux.

Esalen prend pied dans un vaste mouvement de contre-culture, où sont partagées les critiques exprimées dans le courant de la psychologie humaniste, concernant notamment la double hégémonie de la psychanalyse et du behaviorisme dans le champ des thérapies individuelles. L'Institut est fondé par Michaël Murphy, philosophe passionné d'hindouisme et William Schutz, docteur en psychologie, qui ayant travaillé avec Kurt Lewin, amène le fonctionnement des *training-groups* à Esalen en l'enrichissant de l'aspect corporel qui manquait dans les groupes de rencontre de Rogers : « Schutz propose aux participants des exercices qui leur permettent de travailler différents aspects de l'affirmation de soi, du contact à autrui, de la recherche de créativité. Il préconise une forme d'« expression totale » qui allie à l'expression corporelle et au psychodrame, de la méditation, du massage, une expérience de la nudité [...] Sous son impulsion, l'Institut d'Esalen apparaît comme La Mecque du Mouvement du potentiel humain, *expression, dans le domaine de la psychologie, de la contre-culture californienne mariée aux nouvelles thérapies* » (Marc, 2014 : 128).

La propagation rapide au cours des années 1970-1980 des idées du mouvement du potentiel humain, et de toutes les approches cliniques et de développement personnel – se réclamant de près ou de loin de la psychologie humaniste – correspond décidément à ce moment de diffusion de la « culture psychologique » dénoncée par R. Castel dans *La gestion des risques* (1981). La promotion d'un travail sur la « normalité » était d'une part déjà perceptible dans la tradition hygiéniste, et ce qu'il décrivait alors comme « l'inflation du psychologique dans nos sociétés » n'a fait que rendre plus floue encore cette indistinction croissante entre travail sur soi et soin des pathologies psychiques. (Castel 2011 : 177 ; Vrancken, Maquet, 2012). Mais Castel soulignait que la nouveauté à l'œuvre dans les années 1980 était la création, *via* ces expérimentations psychologiques, d'une nouvelle forme de sociabilité qui serait à elle-même sa propre fin (2011 : 177). En analysant le fonctionnement des groupes de rencontre (*encounter groups*), Castel montre que les règles mises en place au sein de ces groupes psychologiques structurent l'horizon d'une sociabilité où chaque membre, tout en étant « unique » de par son vécu singulier, demeure parfaitement interchangeable. Ces groupes se présentent comme des moyens de dépasser l'aliénation intériorisée par les individus, mais jamais en dénonçant les mécanismes de domination qui s'exercent dans la société, sinon en adoptant une stratégie individuelle de changement de perspective. Ils formalisent donc une : « [o]pposition non dialectique à la société, puisqu'elle se contente d'inverser les signes de l'aliénation : à la négativité des contraintes s'oppose la positivité d'une nature. Mais, dans la mesure où l'aliénation pré-existe, *la nature n'est pas donnée d'emblée et il faut la reconstruire par des techniques psychologiques*, travailler dans l'espace du groupe l'immanence d'un sujet pour en faire jaillir le modèle d'une sociabilité vivable » (*ibid.* : 179 – je souligne).

On comprend donc mieux le passage des « nouvelles thérapies » à la culture et au développement de la sensibilité – en Europe également – aux méthodes de type développement personnel et optimisation de soi et de son rapport à autrui. Mais s'il faut en croire Edmond Marc, selon lequel c'est par amalgame et confusion que les « nouvelles thérapies » sont parvenues en Europe sous la bannière garante de scientificité de la psychologie humaniste (Marc, 2014 : 128-129), il nous reste à comprendre les motivations de la naissance de cette psychologie humaniste – pour en comprendre éventuellement son renouveau actuel. Qu'aurait donc à voir celle-ci avec ce pot-pourri *New Age* qui serait retourné en Europe *via* Schutz, et la popularité acquise par le mouvement du potentiel humain ? Nous allons essayer de l'aborder à présent.

A/ 2) De la psychologie « humaniste » à la psychologie « positive ».

De nombreux psychologues et praticiens des années 1950-1960 se trouvaient insatisfaits du modèle psychiatrique fondé sur les maladies mentales qui guidait l'essentiel de la psychologie au siècle dernier. Ils ne se reconnaissaient pas non plus dans la vision déterministe de la psychanalyse, faisant de l'homme le produit de ses pulsions et de son histoire biographique ; comme ils ne concevaient pas que l'esprit soit une « boîte noire » où la subjectivité n'entraîne pas en cause, selon la vision mécaniste de l'être humain défendue par le béhaviorisme (Marc, 2014 : 118). Inspirés par la philosophie existentialiste de Kierkegaard à Sartre, ils élaborent une nouvelle psychologie, dite « humaniste », en ce qu'ils défendent avant tout la tendance innée du sujet humain à rechercher son épanouissement et son développement personnels. Se définissant davantage comme un mouvement alternatif aux théories dominantes, la psychologie humaniste n'a au départ pas de consistance théorique précise – il s'agit d'un changement de regard, pas tellement d'un nouveau paradigme scientifique. C'est au cours des années qu'elle se voit nourrie par divers apports – comme par la psychologie existentielle de Rollo May, la philosophie pragmatiste de William James et John Dewey, la théorie de la *Gestalt*, l'analyse existentielle de Ludwig Binswanger – et qu'elle se dote d'une construction théorique plus rigoureuse. L'*Association for Humanistic Psychology* (AHP) est créée en 1962, et se réunit autour du *Journal de la psychologie humaniste* (*Journal of Humanistic Psychology*) fondé par Abraham Maslow, devenu célèbre pour ses travaux sur la hiérarchie des besoins. Durant ces années, il regroupe en plus des psychologues divers philosophes, comme Erich Fromm, Kurt Goldstein, Lewis Mumford, Paul Tillich...

La psychologie humaniste considère que l'individu est plus que la somme de ses parties, et doit par conséquent être considéré dans sa *singularité*, à partir de ce qui constitue son « expérience subjective ». Un autre point d'opposition avec la psychanalyse est le détachement relatif qu'elle opère vis-à-vis des processus inconscients, pour accorder toute son importance à la conscience, qui est au fondement de la responsabilité de l'homme, de sa capacité de choix et de décision (Marc, 2014 : 122). La grande différence entre l'homme et l'animal ne proviendrait pas de l'existence d'un inconscient chez l'homme mais, tout en prenant conscience des forces qui le déterminent, de « son pouvoir de dire "non" », de choisir entre les différentes potentialités qui s'ouvrent devant lui. Comme le soutient le théologien et philosophe Paul Tillich, « l'homme ne devient vraiment humain qu'au moment de la

décision » (1959 : 42⁴⁹ - cité par Marc, 2014 : 123) – dont on a vu l'importance dans les processus mis en place au CTR tout au long de ce chapitre.

L'importance d'une des figures de proue du mouvement qu'est Carl Rogers s'explique alors ici. Rogers s'est lui aussi intéressé à ce qui constitue l'existence humaine, et ce qu'il appelle une « vie pleine », à savoir une mise en conditions d'une ouverture personnelle, accrue à l'expérience. Dans cette situation, « l'individu devient plus capable d'être à l'écoute de lui-même, de faire l'expérience de ce qui se passe à l'intérieur de lui-même. [...] Il est libre de vivre ses sentiments subjectivement, comme ils existent en lui-même, et libre aussi d'être conscient de l'existence de ces sentiments » (Rogers, 1968 : 142 – cité par Lecomte, 2017 : 17). Il critique la psychothérapie classique (aussi bien que le dispositif analytique) qui place le patient dans une situation de passivité et lui empêche d'assumer sa position d'agent, capable de décider. Son approche thérapeutique, qu'il qualifie d'« approche centrée sur la personne » repose selon les auteurs sur trois piliers – où nous reconnâtrons bien certains vocables indigènes repérés à Métanoïa :

- la *congruence* (ou authenticité) : le thérapeute rencontre personnellement le patient, sur la base d'une relation directe de personne à personne ;
- la *considération* : le thérapeute éprouve un véritable intérêt et une profonde acceptation du patient et de ses sentiments ;
- la *compréhension empathique* : le thérapeute s'efforce de se mettre à la place de son patient, de comprendre ses réactions de l'intérieur. (Lecomte, 2017 : 18)

En outre, le principe de « non-directivité » prôné par Carl Rogers prend le contre-pied de l'attitude paternaliste et directive des thérapeutes classiques. Le thérapeute ne doit pas se substituer au patient pour décider de ses objectifs, du choix de ses valeurs, de la responsabilité de ses engagements ni pousser la personne à prendre des décisions. C'est le processus lui-même du développement de la « conscience de soi » au sein de la thérapie qui doit amener le patient, lorsqu'il est temps pour lui, à faire un choix plutôt qu'un autre. C'est ce qui le définit comme libre pour Rogers. Sur le terrain, les entretiens menés à Métanoïa témoignent de cette attention portée à la décision de la personne, dans une considération et une compréhension qui se veulent établies indépendamment des valeurs que peut défendre par ailleurs par le professionnel. La notion de congruence intervient le plus souvent de la part de l'équipe dans un va-et-vient entre les ressentis des résidents et l'objectivation de leurs progrès par les professionnels :

[Après que Samantha leur a demandé leurs impressions sur l'amélioration éventuelle de leur estime au sein du centre, et qu'ils ont refait l'exercice du blason de l'estime de soi, fait au début du séjour, Keufra lui demande : « Et vous, que pensez-vous de nous ? »]

Samantha – Moi je trouve que vous êtes *beaucoup plus directs* lorsque vous parlez des choses... Donc je trouve qu'il y a une *progression énorme au niveau de la communication* – vous faites de *réelles demandes*... Et puis après, *il y a un peu plus d'optimisme* et ça se voit dans votre regard. [Elle passe conséquemment aux points d'amélioration encore possibles]

Brice, vous, qu'est-ce qui serait encore difficile au niveau de la communication ? [...]

Brice – Ben faut pas que je me planque derrière certaines choses...

Samantha – Donc vous voudriez être *plus congruent* ; vous êtes en recherche de *plus de congruence*.

⁴⁹ Dans son ouvrage, dont le titre nous semble important à retenir : *The courage to be* (Yale University Press, 1959), traduit en français par *Le Courage d'être*, Genève, Labor et Fides, 2014. Cette importance accordée au « non » nous renvoie directement aux observations de terrain que nous avons pu mener à Métanoïa (cf. chapitre 4, II.B/).

Brice – Mais moi la vie, j’ai pas envie qu’elle soit comme ça ! [il développait précédemment le fait qu’il portait « un masque » pour que les personnes sourient davantage autour de lui] Et puis j’ pense que ça ferait pas de mal aux gens de sourire un peu plus... [...] Mais bon c’est pas en six semaines que je vais pouvoir changer vingt ans de souffrances.

Cdt 2 – Métanoïa – 12/10/21

[*Keufran proteste par rapport aux autres usagers : « Je finirai par leur faire entendre... » ; il proteste par rapport à l’éducatrice qui ne lui a pas laissé sa pause clope ; il s’énerve encore plus par rapport à Dimitri qui n’a selon lui « rien à faire là »*]

Keufran – Soit vous le mettez dans un truc qui est adapté pour lui, soit je me barre...

[...] Non, mais, c’est plus possible !

Romain – C’est la colère de Keufran, et c’est Keufran que je vois, c’est bien ! *Vous êtes congruent Keufran, vous êtes congruent !*

Cdt 2 – Métanoïa – 05/10/21

Bien que ce dernier exemple montre comment ces notions psychologiques servent souvent à masquer l’incapacité des professionnels à résoudre les situations de conflit latent dans l’institution, l’accent est porté sur la mise en cohérence de ses ressentis avec les décisions de vie que l’on compte prendre en conséquence. Selon cette approche, la consommation de substances a permis de se dissimuler ses besoins profonds ; il s’agit à présent, en lien avec ses émotions, de choisir comment les mettre en forme, se les formuler, et trouver les moyens d’y apporter une satisfaction plus appropriée avec la responsabilité que l’être humain peut avoir de sa vie. On peut encore citer ici le psychologue Carl Rogers : « Le patient peut de son plein gré vivre en lui-même et ressentir, dans ses pensées et dans ses sentiments, les forces créatrices qu’il possède, les tendances destructrices qu’il se découvre, les risques de croissance et le défi de la mort. *Il peut juger, en conscience, ce qu’être signifie pour lui et ce que signifiera pour lui de ne pas être. Il devient une personne humaine autonome, capable d’être ce qu’il est, de choisir son chemin.* » (1968 : 92 – cité par Marc, 2014 : 125). Les notions de *congruence* (née au départ pour analyser la connexion du thérapeute avec ses propres émotions), de considération et d’*empathie* ont considérablement modifié les approches thérapeutiques traditionnelles, plus directives et paternalistes. On comprend dès lors fort bien pourquoi « [une] approche thérapeutique contemporaine, appelée « entretien motivationnel », mise au point par William Miller et Stephen Rollnick, s’inspire fortement de Rogers, notamment par son insistance sur le rôle de l’empathie » (Lecomte, 2017 : 17). La boucle est bouclée – et on saisit par quel bout la pénétration de la psychologie humaniste a pu se faire dans le milieu de l’intervention en toxicomanie et alcoolologie dans les années 1980-1990.

Au même moment, ce qui a changé radicalement la donne en Europe est la diffusion concomitante de ces théories dans le monde de l’entreprise. Les théories du psychiatre roumain Jean-Louis Moreno (père du psychodrame) et du psychologue et sociologue Elton Mayo ont déjà pu être novatrices en leur temps pour leur insistance sur l’importance de l’environnement et des relations des travailleurs sur leur productivité (Marquis, 2016 : 55-56). N. Marquis souligne également le rôle joué par Abraham Maslow dans la solidité scientifique apportée à la psychologie humaniste – et qui est aussi bien un des facteurs d’explication du fait que le monde du travail s’est emparé de ces théories cliniques, que de l’essor qu’ont pris les thérapies de soi du développement personnel :

L'un des véritables tours de force de la psychologie humaniste, et plus particulièrement de Maslow, fut de donner une consistance « scientifique » à l'idée nouvelle que c'est la peur du succès et de leur propre bonheur qui empêchait souvent les individus de se réaliser : chacun peut, mais certains sont bloqués parce qu'ils ne veulent pas. Dans cette anthropologie, tout le monde est appelé, et tout le monde peut être élu. En même temps, chaque individu (re)devient une personne non réalisée, bloquée par la crainte de son propre succès à venir. Cette opération eut pour conséquence de développer d'énormes champs pour la thérapie, en même temps que la réalisation de soi ou son manque devenait une catégorie très maniable à partir de laquelle chacun pouvait lire sa situation. (Marquis, 2016 : 56)

Un atelier entier est consacré à Métanoïa, à la pyramide des besoins de Maslow, et à l'application sur des cas concrets rapportés par les usagers d'une analyse des besoins qui objective les émotions primaires et les nécessités des résidents dans ces situations où – habituellement – ils ont eu plutôt tendance à recourir au produit. Fabienne, l'infirmière qui présente cet atelier, convoque d'elle-même la peur comme émotion et le manque d'estime de soi pour justifier le blocage qu'ont vécu parfois les résidents pour répondre à leurs besoins :

Fabienne – [...] Vous avez parfaitement exprimé ça, vous êtes d'accord, que ça passe par le corps une émotion ? L'émotion ça part d'un truc primaire, primitif...

Keufra – Et les sentiments se mélangent aussi...

Yassine – Pour reprendre l'exemple de Brice, l'émotion ce serait la joie ou l'excitation, qui va ensuite vers un sentiment...

Brice – Mais c'est au *feeling*... il y a pas un ordre établi, si ?

Fabienne – *C'est quand même comme ça que ça se passe.* Et donc le mot « besoin », qu'est-ce qu'il vient faire là ?

Keufra – Bah, le besoin de se calmer, le besoin de... tout dépend de l'émotion... !

Fabienne – Bah en fait oui, ça pourrait venir après, ou avant... je dirais *ça dépend du besoin dont vous avez besoin.*

[Ce qui lui permet d'introduire une petite présentation de la pyramide des besoins de Maslow. Fabienne cherche ensuite à les faire venir sur des mécanismes de compensation. Keufra a en effet évoqué le moment où après s'être effondré la veille à la suite de son entretien où on lui demandait d'écrire une lettre au produit, il est allé dans sa chambre chercher un carré de chocolat : « Ça aurait été une bière... » (il dit qu'il l'aurait bu)]

Il continue et développe sur ses problèmes administratifs au quotidien chez lui :]

Keufra – Mais même pour faire un papier, des lettres, parfois je suis là, même mon téléphone il comprend pas... et puis Ameli, tout ça... ils t'appellent [et te demandent] « vous n'avez pas d'imprimante ? vous n'avez pas d'ordinateur ?... »

Fabienne – Non mais je comprends. *Mais là c'est quelle émotion qui vous traverse, avec cette angoisse... ? C'est la peur ! [...]*

Et vous Brice et Yassine, il y a des choses qui vous ont confronté, qui vous angoissent ?

Brice – Oui, la vaisselle. [...] *[Brice développe sur comment, quand il est de tour de vaisselle, il angoisse dès le matin à l'idée d'être en retard, de pas réussir à gérer le temps de manière à avoir un peu de temps pour fumer sa clope avant les ateliers de l'après-midi, de pas savoir s'il va réussir à gérer la relation avec l'autre résident de corvée]* Parce que pendant longtemps mon appart c'était une salle de shoot, il y avait des cafards, c'était devenu irrécupérable. C'était l'asso Les Montagnes qui m'a aidé, deux femmes qui sont venues faire le ménage, c'était très gentil de leur part, parce que pour moi, c'était devenu insurmontable, les factures le courrier, j'osais plus rien ouvrir...

Fabienne – *[compréhensive]* C'est très lié au fond à la confiance que vous avez en vous...

Yassine – Moi c’est aussi un peu l’exemple de la vaisselle. Mais une fois qu’on est dedans et qu’on se rend compte que c’est terminé, *on se dit que c’est pas la mer à boire...*

Brice – Pareil, maintenant j’arrive à prévenir des moments où je me mets en danger de passer à l’acte [il repasse donc à l’analyse de sa vie quotidienne, hors du centre] ... j’arrive à avoir le réflexe d’aller à l’hôpital, à désamorcer le truc...

Cdt 2 – Métanoïa – 28/09/21

Notre analyse de cet extrait sera succincte. Fabienne cherche à faire participer les résidents à un atelier dont elle est très au fait du déroulé précis. Elle confère une consistance « scientifique » à ses propos, du fait de son autorité professionnelle (« C’est quand même comme ça que ça se passe. », pour décréter l’ordre dans lequel les émotions émergent puis sont traduites en sentiments et pensées), et en convoquant l’argument d’autorité que constitue le schéma et la théorisation d’Abraham Maslow [que je découvrais totalement pour ma part lors de ce terrain]. Elle cherche ensuite à faire verbaliser aux usagers les émotions sous-jacentes qui résident dans les problèmes qui les dominent dans la vie quotidienne, en intervenant pour eux (« C’est la peur ! ») et en voulant les conduire à exprimer les besoins circonscrits par ces situations (« ça dépend du besoin dont vous avez besoin »). Elle liste ainsi dans un tableau récapitulatif au cours de cet atelier le « besoin de sociabilité », « besoin d’être écouté », « besoin d’être rassuré », « besoin de maîtriser son environnement ». Le but déclaré est de pouvoir « se saisir » de ces éléments de compréhension et d’aller plus loin dans cette analyse de leurs besoins. Mais surtout, comme en témoigne la dernière prise de parole de Yassine, d’être capable de relativiser *dans* la situation (« c’est pas la mer à boire »). Conformément à ce qu’écrit Nicolas Marquis dans l’article cité plus haut (2016), cet atelier participe ainsi à véhiculer cette « idée nouvelle » chez les usagers, qu’ils n’ont qu’à identifier leurs émotions et les besoins qui y sont indexés, pour se donner ensuite les moyens d’y répondre, sans se laisser « bloquer » par leur peur ou leur manque de confiance.

Dans ces dernières décennies – dans lesquelles la psychologie prend d’assaut le monde de l’entreprise et du marketing (Salman, 2019), on intègre progressivement, en plus de l’idée d’une « thérapie pour les normaux » chère à Castel, l’idée que ce qui fonde la valeur de l’individu c’est sa capacité à « rebondir » par rapport aux accidents et aux malheurs de l’existence. C’est là l’apparition de la notion de résilience, en même temps que prend forme la « psychologie positive » : « En 1998, Martin Seligman, en tant que président de l’Association américaine de psychologie, a prononcé un discours fondateur dans lequel il a défini les grandes lignes de la psychologie positive : *sommairement, cette approche étudie la façon dont une personne gère l’adversité* » (Palazzolo, 2020 : 10). Les deux tendances décrites par Marquis (2017a) du « rationalisme efficace » et de l’expressivité valorisant « l’authenticité du vrai soi », bien qu’apparemment contradictoires, se conjuguent très bien à travers ce motif de la souffrance qui découle d’un accident ou d’un traumatisme, *et* de la force que nous pouvons puiser en nous dans de telles situations d’adversité. Voilà pour les origines de la résilience, qui combine aussi efficacement les idéaux normatifs d’authenticité (les épreuves et la souffrance me révèlent mon « vrai moi ») et d’autonomie (il faut agir, et vite, à partir de ce que je vis, sur ce que je vis, pour en faire « quelque chose ») qui se sont de nos jours massivement diffusés : « Être résilient, c’est donc non seulement être actif face à sa souffrance, mais c’est aussi la rendre *utile* d’une façon ou d’une autre » (Marquis, 2017a : 51).

Car « si un meilleur usage peut être fait de soi-même, alors il doit être fait » : voilà le message que les notions d’optimisation de soi et de développement personnel portent en elles (Salman, 2019 : 659). Même lorsqu’elles se fondent sur une critique sociale larvée, les

fondements de ces méthodes, des plus rationnelles aux plus ésotériques, restent prescriptifs et essentialistes – fondée sur une vision instrumentale de l'humain que Castel décrivait déjà, fort d'une illumination conceptuelle, en 1981 :

Émerge ainsi la possibilité de faire effraction dans les sphères de l'existence privée, de l'intimité et de l'inter-subjectivité qui avaient échappé à de précédentes entreprises de rationalisation segmentaire. [...] *Ces approches peuvent effectivement se dire humanistes au moins en ce sens que c'est la totalité de l'homme qui se trouve prise en compte, fût-ce pour être instrumentalisée.* L'audience des nouvelles thérapies vient d'ailleurs en partie de ce qu'elles jouent sur ce double registre, gardant une référence de plus en plus mythique à la critique sociale et aux prestiges révolutionnaires des grands refus, et proposant en même temps une conception parfaitement pragmatique du sujet. Composé étrange de rousseauisme rêveur qui exalte la spontanéité et prétend lutter contre les aliénations et les contraintes au nom de la transparence des individus, et d'une recherche éperdue de la recette technique indispensable pour mener à bien cette tâche. Devenir libre en appliquant un programme, construire la spontanéité à coups de technologie : combattre l'aliénation en déployant une batterie d'exercices dont on se demande quelquefois s'ils ne relèvent pas de la simple gymnastique. (Castel, 2018 : 171)

Par souci de comparaison plus contemporaine on pourra citer également Erica Bornstein (2006), qui rappelle l'influence – cette fois sur le terrain des ONG humanitaires – d'une doctrine impérialiste et coloniale dans ce retournement qui « consiste à donner aux individus la responsabilité de leur propre bien-être » (2006 : 192). Castel, tout comme Bornstein, affirment avec clarté le dévoiement du projet « humaniste », s'il en est un, qui peut animer les théories psychologiques sous-tendant les nouvelles techniques et instruments désormais régulièrement placées au service de la gouvernementalité.

III. B/ Entre « narcissisme » et « manque d'estime de soi » : la quête éperdue d'une identité positive.

On a pu voir en II. A/ comment le « projet » devait servir l'affirmation d'un « *continuum* » de la trajectoire post-CTR du résident, en l'orientant vers la réalisation tangible de choix et d'ambitions à la hauteur de ses moyens. Indépendamment de la demande, il faut que l'usager soit *congruent* et que son projet soit *cohérent* avec le parcours de soin et les objectifs antérieurs fixés par le résident. Cela fait écho à la tension entre le présent et le futur que P. Blum et S. Neuberg relèvent chez les professionnels qui travaillent à l'insertion des jeunes en RSA dont ils ont la charge : « D'un côté, les professionnels invoquent le futur pour amener les jeunes à agir. Donner un horizon temporel peut être propice à leur activation. D'un autre côté, ils les incitent à "ne pas trop se projeter" en se concentrant sur la réalisation de quelques tâches quotidiennes. Se focaliser sur un petit nombre d'objectifs immédiats se révèle être un horizon pragmatique et "rassurant". » (Blum, Neuberg, 2019 : 111)

Le sens de la sortie doit être construit de la même manière, prudemment, dans un équilibre tangible entre l'avenir riant de l'estime de soi retrouvée et d'une vie à recommencer à partir de *soi*, et les difficultés du quotidien, du maintien de son projet de gestion de conso, et du risque de rechuter à tout moment. Dans cet extrait, décelant la solitude profonde à laquelle Keufraan sera confronté à son retour chez lui, son éducateur-référent l'incite à un autre projet possible, moins autonome mais peut-être plus « rassurant ». Il faut rappeler que Keufraan est

dans un passage particulièrement difficile, où il vit une rechute plusieurs années après la mise en place d'une abstinence qui faisait suite à plusieurs séjours... Le projet qu'on construit avec lui pour *l'après* témoigne des peurs et de la sécurité néanmoins que susciterait la perspective de chronicisation dans le circuit de l'addictologie (passage du CTR à la CT, de la CT à un autre séjour...) :

Extrait d'entretien individuel Romain-Keufraan :

Keufraan – C'est pas la première fois, mais là je sais pas, j'ai peur de partir - j'ai l'impression qu'il me manque des choses. Je sais, vous allez me dire il reste trois semaines...

Romain – Non. Je me disais que ça, *passer du temps avec des gens pour partager autour de vos addictions... ça existe dans d'autres endroits que Métanoïa.*

Keufraan – Non, mais j'attends pas... j'ai déjà testé certaines boutiques et AA/NA – tout ça, très peu pour moi...

Romain – Je pensais aux communautés thérapeutiques...

[Devant le fait que Keufraan ne veut pas en entendre parler, ils repartent de son entente avec les autres personnes dans le collectif ; Keufraan fait souvent dériver la conversation sur les personnes qui le « mettent mal » parmi les autres usagers, Romain tente de le recentrer sur lui]

Romain – Vous en êtes où vous, là-dedans ?

Keufraan – Non mais là je suis avec vous, je parle de moi... [...] Non mais là avec la petite crise, et tout... J'avais même pensé à préparer ma valise dans la nuit de samedi à dimanche. Mais le départ de Thibaud, le lendemain, ça m'a mis un gros coup de bourdon, un gros coup à l'intérieur de moi... Trop de choses quoi, trop de choses qui s'ajoutent... Non mais je me dis, tout ça c'est pas bon...

Romain – Parmi toutes ces choses, lesquelles vous concernent directement ?

Keufraan – Aucune. Vous allez dire, c'est pas mes oignons... Mais bon, Thibaud déjà, ça m'a mis mal [...] Après, quand j'ai su qu'il avait du produit... mais bon, c'est un gamin... Mais bon, ça me donnait l'impression, un peu, *comme si je parlais dans le vide*, vous voyez ce que je veux dire...

Romain – Et vous arrivez à vous concentrer sur vous...malgré toutes ces choses qui se passent autour de vous, et que vous voyez...?

Keufraan – Oui... je vous parlais pas de tout ça, si j'étais pas concentré sur moi ! [...] chez moi, ça demandait pas beaucoup de concentration... Suffisait d'avoir ma canette, et la télé...

Romain – L'idée de se concentrer sur soi, c'est l'idée de penser à mes besoins... Vous arrivez à penser à vos besoins ?

Cdt 2 – Métanoïa – 27/09/21

Lors de cet entretien bilan, on voit bien que Keufraan n'arrive pas à répondre aux attentes de son éducateur référent, qui essaie de l'aider à envisager « la suite » de Métanoïa – parce qu'il a trop peur de la « sortie », et qu'il paraît très affecté par ses relations avec certains membres du collectif, par l'expulsion d'un des jeunes de son groupe, par le fait de ne pas se sentir reconnu... Romain essaye de lui faire envisager que peut-être la solution ne serait pas de retourner directement à la maison, mais d'envisager un temps dans une communauté thérapeutique. Il se projette ainsi dans un futur de moyen à long terme, dans lequel Keufraan pourrait consolider son abstinence et rentrer chez lui avec plus de confiance en lui. Mais cette projection est trop lointaine, trop déstabilisante pour le résident. On constate donc que lorsque le projet psycho-éducatif n'est pas réalisable – soit qu'il ne corresponde pas à la temporalité de projection possible de l'usager, soit qu'il y ait même malentendu possible sur ce qui est préconisé – la prétention du projet recule vers l'étape antérieure. « Devenir soi » ici, selon la conjecture de ce que pourra ou ne pourra pas faire Keufraan, ne peut être une capacité à se

projeter dans l'avenir : l'impératif de singularité se restreint donc *au présent* à la composante de responsabilisation – en mobilisant la gestion émotionnelle mise au travail dans le centre. Si on ne peut « devenir », il faut avant tout *rester adulte* : ce qui renvoie, face à un comportement perçu comme provocateur, à la capacité de rester stoïque, de ne pas réagir ou de savoir s'éloigner d'une situation de mise en danger. Voire, s'il y a encore plus de confusion et de mécompréhension de l'attitude attendue, on renvoie à l'étape encore précédente – ne même plus interagir par rapport à autrui, mais simplement être en lien avec soi : « penser à [ses] besoins », « se concentrer sur [soi] ».

Ce cas nous permet d'analyser, pour conclure ce chapitre, l'importance que prend l'image et l'estime de soi dans la projection possible des usagers à l'extérieur du centre et dans la co-construction envisageable de leur devenir avec les professionnels. La responsabilisation de soi, de laquelle le séjour en CTR constitue une forme de stage en accéléré, est le processus par lequel chacun des individus contemporains semble devoir passer, pour être admis à une existence sociale. C'est un fonctionnement individuel que chacun apprend et développe au cours de sa vie, et ses valeurs *princeps* demeurent l'autonomie et l'authenticité – élevées par la modernité au titre d'idéaux et devenues plus récemment des impératifs « qui synthétisent au mieux la force morale de cette normativité sociale » de *l'être soi* (Caiata Zufferey, 2006 : 71). Cette valorisation de la singularité de chaque individu a déjà souvent été critiquée pour ses dérives, lorsque la « singularisation » se supplante à la recherche d'égalité. Dahlia Namian et Laurie Kirouac l'illustrent en montrant comment le narcissisme s'est vu dépathologisé par l'émergence et le rayonnement influent de *l'estime de soi* :

En s'imposant désormais comme une valeur discriminante de la santé mentale des individus et une valeur dynamisante de l'action individuelle, l'estime de soi transforme la relation normal-pathologique du narcissisme : les sentiments de « grandeur », autrefois codés comme pathologiques, sont désormais aussi associés au pôle normal du narcissisme ; tandis que les sentiments de « vulnérabilité », autrefois ignorés sur le plan clinique, deviennent à présent ses principaux marqueurs pathologiques. (Namian, Kirouac, 2015 : 281)

Nous nous rangeons à leurs côtés pour dire que ces transformations du statut clinique de certains phénomènes (ou de certaines « maladies transitoires » pour parler comme Ian Hacking) sont inscrites systématiquement dans des processus sociaux plus vastes, qui sans les déterminer, « informent et [...] donnent une consistance irrémédiablement sociologique » à ces mutations cliniques (*ibidem.*). Comme les symptômes sont des manifestations somatiques de changements biologiques ou de tensions psychiques internes à l'individu, les transformations cliniques sont des symptômes de transformations ou de tensions sociales qui se résolvent dans de nouveaux diagnostics, souffrances nommées, et moyens de les traiter.

La plus grande « vulnérabilité » psychique des individus et ce qu'on appelle leur « manque d'estime de soi »⁵⁰ a ainsi partie liée selon les autrices avec cette montée du « singularisme » (Martucelli, 2010) qui pousse chacun à revendiquer davantage de reconnaissance personnelle et sociale, et à se laisser toucher plus facilement par les « petites différences » et les injustices qui touchent ordinairement l'individu de par le partage de l'espace social (Namian, Kirouac, 2015 : 289).

⁵⁰ Pour une analyse détaillée du concept d'estime de soi, voir Doré Christina, « L'estime de soi : analyse de concept », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 129, no. 2, 2017, pp. 18-26. En revanche, pour une lecture psychologique des facteurs problématiques pour le développement de l'estime de soi, voir Guédeney Nicole. « Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement », *Devenir*, vol. 23, no. 2, 2011, pp. 129-144.

B/ 1) Une même correction du manque d'estime de soi

Dans ce cadre normatif de référence de la responsabilisation de soi, il n'est nullement anodin qu'une grande partie des résidents présents en CTR semblent présenter une mauvaise estime d'eux-mêmes. L'équipe de Métanoïa semble en faire un des symptômes de l'addiction, et corréle directement cette image négative qu'ont souvent les usagers et usagères d'eux-mêmes avec l'enjeu de la « petite voix intérieure » et des biais cognitifs, où on alimente sa mauvaise estime avec des pensées négatives du type « Ah, je suis toujours... », « Je réussis jamais... » ou « Foutu pour Foutu », qui peuvent inciter à replonger⁵¹. Une des interprétations psychologiques et médicales qui a pu être donnée de l'emploi de substances psychoactives va dans ce sens, d'un cercle vicieux alimentant la mauvaise estime de soi (Laure *et al.*, 2005 ; Desjardins-Begon, 2013). Au TCHAT, la notion d'« estime de soi » est quasiment absente comme telle dans les discours : seul Anthony, un infirmier parmi les « Modernes » de l'équipe, l'emploie à l'écrit, utilisant le jargon des pratiques d'évaluation pour raconter les apports de « l'atelier journal », qu'il est seul à mettre en place et à promouvoir dans la structure depuis deux ans⁵². Anthony me montre un jour où je m'intéresse de plus près à l'atelier le rapport annuel qui fait le relevé des réponses aux questionnaires de satisfaction qu'il a fait circuler aux patients et aux professionnels de la structure, et où il est résumé que « les résidents parlent d'amélioration de l'estime de soi. Ils ont vécu l'atelier comme thérapie comportementale et cognitive. Ils ont du se calmer, apprendre à écouter les autres... [...] Les pros notent une valorisation des patients au niveau de l'estime de soi – ils se mettent en avant [*sic.* (j'imagine les patients)] »⁵³. Mais si la notion n'est pas employée oralement, un même traitement qu'on pourrait désigner comme *correctif* se voit appliqué aux résidents ayant une mauvaise estime d'eux-mêmes. En témoigne l'extrait suivant :

Nadine Enchanté (AS) se tourne délibérément vers moi, pour me dire : « J'ai frappé un patient avec le journal local. [*Silence*] Il avait fait une lettre de motivation pour entrer en communauté thérapeutique qui était hor-ri-ble... Il disait des horreurs, qu'il était alcoolodépendant, insulino-dépendant, pharmaco-dépendant ! Il disait que des choses affreuses sur lui-même et sur les autres... »

[Yohann arrive, toque à la porte ouverte : « Faudrait que vous veniez voir votre gâteau », signifiant qu'il faut vérifier le four. Nadine se précipite, puis, revenant :]

Nadine – Du coup je l'ai obligé à réécrire sa lettre, en disant que des choses gentilles sur lui. Et je lui ai tapé dessus jusqu'à ce qu'il ait terminé. Bah oui. Parce qu'il a fait une hospitalisation nickel, une post-cure à P. impeccable, il arrive ici, il y a pas de reconsommation...[depuis 6 mois]. Bah oui quoi !

S.R. – C'est difficile l'accès aux communautés thérapeutiques ?

Nadine – Bah, pas forcément. Mais c'est une équipe comme nous qu'il y a en face. Si on leur présente un parcours hyper compliqué, avec un profil qui s'annonce difficile...

S.R. – ... il y a peu de chances qu'ils le prennent, ok.

⁵¹ Cdt 2 – Métanoïa – atelier Interaction du 13/09/21

⁵² Pour un coût annuel total (dérisoire) de 50€, l'atelier a produit deux-trois numéros du journal rédigé par les résidents du CTR, qui circule entre les deux pôles ambulatoires de la structure et dans quelques autres associations de la ville.

⁵³ Cdt 1 – TCHAT – 26/04/22, rapport annuel de l'atelier journal rédigé par Anthony, IDE.

La brutalité de la scène narrée (dont on a fort à parier qu'elle est volontairement exagérée) est destinée à mettre en valeur de la part de la professionnelle son action, pour faire en sorte que le résident modifie, *de gré ou de force* pourrait-on ironiser, l'image qu'il a établi jusqu'à présent de lui-même. Nadine veut qu'il montre au contraire à quel point son parcours (des 6 derniers mois du moins) est exemplaire, aussi bien pour mettre en avant le travail effectué en post-cure, que pour donner une chance à ce résident d'être pris ailleurs et de continuer son parcours. C'est rétrospectivement que les divers extraits où intervient Nadine prennent à mon sens de l'importance, car ils rendent compte de combien – malgré ses manières rudes et son ton lapidaire avec les résidents – cette assistante sociale voudrait valoriser les usagers, malgré le rôle social qu'elle s'est construit dans l'institution.

L'image que l'on a de soi rentre donc dans les perceptions faussées, biaisées, que les usagers devront être amenés à modifier dans chacun des deux établissements. Au TCHAT pour faire évoluer leur Moi dans le sens de la conventionnalité et du respect des normes sociales. À Métanoïa, dans ce même esprit – mais avec comme concession supplémentaire de pouvoir s'imaginer une « meilleure version de soi ». Ce discours de l'optimisation de soi est caractéristique des discours du développement personnel ou encore du *coaching*, qui se développent ces dernières années comme la culture psychologique singulariste et portative (transposable partout et que chaque individu peut appliquer pour son compte) par excellence (Marquis, 2016, 2017 ; Salman, 2019). Le CTR Métanoïa se fait la courroie de transmission de nombre de ces petits exercices destinés à « booster son estime de soi »⁵⁵. La première semaine, les usagers sont invités à répondre à un questionnaire censé leur permettre de dessiner le « quadrilatère de l'estime de soi ». Ce calcul du quadrilatère – dont nous donnons en annexe 4 le détail des questions – est une variante de l'échelle de Rosenberg permettant de mesurer l'estime de soi (Palazzolo, 2020). Au sein du CTR, on l'administre aux néo-résidents, tout en leur précisant qu'il s'agit d'un questionnaire habituellement donné à des publics *scolaires* (l'infirmière animant l'atelier s'en excuse auprès d'eux, et les invite à remplacer le mot « école » par le mot « travail », « par exemple » - Cdt 2, 07/09/21)⁵⁶. À la fin du séjour, les résidents sont invités à le recalculer et à voir si – durant cette période de postcure – des perceptions qu'ils avaient sur eux ont été amenées à changer. Au quadrilatère fait suite le blason de l'estime de soi (en semaine 3 ou 4), où les usagers doivent construire un blason avec plusieurs cases, censé les guider vers la mise en adéquation de leur idéal avec les moyens dont ils doivent se doter pour réussir. La version première de ce blason comprend sept cases : devise, difficultés, solutions, symboles, références, atouts, choix (Ntsiba, 2012). À Métanoïa, on utilise un blason facilité, qui divise en quatre cases ce dont on dispose pour atteindre le rétablissement⁵⁷. On sépare d'une part les ressources et de l'autre côté les fragilités (qui renvoient au monde extérieur, aux appuis dont on dispose ou non) ; et ensuite on trace une frontière nette là aussi entre les freins/les peurs, et de l'autre côté les signes intérieurs tangibles du rétablissement.

⁵⁴ [Dans mon carnet, suite à cet extrait je note : « s'interroger sur *pourquoi elle me dit ça...* Manière aussi de poser les choses, de considérer que certains parcours sont exemplaires et méritent d'être valorisés, et d'autres non...]

⁵⁵ Expression préconisées par nombre de revues psychologiques actuelles, par exemple : [Comment booster facilement son estime de soi ? - Psychologies.com](#) ; [10 façons de booster votre estime de soi en moins de 10 minutes - Carnet Psy](#) . Les youtubeurs et influenceuses se sont également passé le mot en la matière (on peut le vérifier en faisant la même recherche sur Youtube : « booster l'estime de soi ».

⁵⁶ Annexe 4 – questionnaire tiré du réseau « Ecole non- violence » de l'Académie de Versailles.

⁵⁷ Annexe 5 – blason du rétablissement.

Comme dans toutes les équipes, les professionnels adhèrent plus ou moins à ces nouvelles méthodes ludiques de connaissance de soi. Coralie semble en être très friande, dans ses accompagnements personnalisés :

Coralie – Je lui ai donné le blason de soi à faire et aussi les petites cartes de la confiance en soi... (Cdt 2 – Métanoïa – 25/11/21)

Réunion clinique. Coralie – Son objectif c'est vraiment de sortir avec 0 Sub.

[Devant le fait que l'infirmière lui réponde que selon elle, en « 3 semaines, c'était mort pour baisser » mais que l'usagère a quand même tenu à avancer dans le processus, l'éducatrice reprend :]

Coralie – Je lui ai donné le blason de l'estime de soi, les cartes bleues de l'estime de soi, le *Level Ten Life*... Et puis, elle veut investir la dimension poterie, le badminton à sa sortie.

Elle va se recréer un monde avec plein de petites passions et activités.

Cdt 2 – Métanoïa – 11/09/22, retour sur terrain

Dans cet établissement, non seulement on donne de l'estime de soi à des individus qui souvent en manquent ; mais on conduit avec les plus enthousiastes de ces exercices un accompagnement personnalisé (semblable aux méthodes de *coaching* individuel). Il n'est pas rare ainsi qu'un éducateur ou une éducatrice fournisse ces outils d'approfondissement, non à la manière d'un devoir en plus, mais comme reconnaissance de la singularité d'un usager ou une usagère qui veut « aller plus loin » dans ces questionnements sur soi, et sur le développement de son « potentiel humain », comme le développement personnel et le *management* emploient le terme aujourd'hui (Guégen, Jeanpierre : 33 et s.).

Si une distinction de taille peut s'opérer à cet égard entre TCHAT et Métanoïa, elle paraît refléter les désaccords au sein de la communauté des psychiatres et plus généralement du monde médico-social que cette « singularisation de la personnalité » a opéré (Namian, Kirouac : 2015, 281). Certains professionnels du TCHAT, ceux que nous avons désignés par l'expression « les Anciens », sont ainsi attachés à l'*approche catégorielle* et maintiennent parfois dans leurs discours en équipe la catégorie de « toxicomanes » qui devrait pourtant aujourd'hui être tombée en désuétude (11 occurrences tout de même, dans mon carnet de terrain, pour parler explicitement des « patients » reçus) : cela semble leur permettre de continuer à définir un objet clair à partir duquel fonder leur intervention (la toxicomanie – quand bien même elle implique désormais une multiplicité de produits, dont l'alcool). La singularité de la personne et de la « rencontre » est d'ailleurs un legs important de la tradition psychanalytique qui constitue leur orientation. Se sentant plus légitimes à intervenir par rapport à cette problématique, ils admettent une singularité de la personnalité de leurs patients, à partir du moment où cette personnalité est envisagée comme « toxicomane » et qu'ils sont donc habilités (de par leur longue expérience professionnelle dans ce milieu) à travailler sur/avec elle. Partisans plus modernes pour ainsi dire de ce schisme sous-jacent au milieu professionnel historique (ou tout simplement arrivés en addictologie après les années 2005-2010), l'équipe de Métanoïa privilégie une approche *dimensionnelle*⁵⁸ et même multi-dimensionnelle de l'addiction (correspondant au modèle étiologique bio-psycho-social) ainsi que de ses modes

⁵⁸ Le passage de l'approche catégorielle à l'approche dimensionnelle des troubles psychiques est documenté dans l'article de Namian et Kirouac (2015) ; cette dernière consiste à accorder plus d'importance à un ensemble de « traits » permettant au clinicien de diagnostiquer un trouble psychique déterminé, en sélectionnant dans un second temps les traits caractérisant au mieux la personnalité du patient, plutôt qu'à établir une correspondance entre trouble et *structure* de la personnalité (qui caractérisait l'approche par catégories).

de gestion. On conçoit donc que pour ces derniers professionnels, de la même manière qu'il n'y a pas ni trajectoire claire de la toxicomanie, ni une seule sortie possible pour chaque individu de « sa » problématique d'addiction, il peut y avoir une multiplicité de dimensions pratiques ou existentielles à « approfondir » avec cette personne – que ce soit son rapport à son corps, à l'argent, au travail, à la fête, à la prise de risques, à l'ennui, à l'autre sexe, à sa famille, et ainsi de suite. On peut dire que le TCHAT envisage la singularité comme seconde par rapport à la problématique toxicomane à résoudre ; alors que Métanoïa prend la singularité comme le fondement d'un travail d'accompagnement psycho-éducatif visant à délimiter pour chaque personne sa trajectoire et son « projet » possible.

Une autre interprétation de ce même décalage entre l'institution TCHAT et Métanoïa pourrait être apportée par la lecture que donne Marc-Henry Soulet de l'évolution de l'intervention sociale, du traditionnel *case-work* à l'accompagnement entendu comme « mode de relation avec les bénéficiaires ». Si le *case-work* prétendait jusqu'à récemment requalifier *moralement* les individus – c'est-à-dire inciter les « pauvres » et les « déviants » à présenter « une conduite individuelle saine, normale » – l'intervention sociale vise désormais plus directement « la formation de la compétence à participer à la société supposant préalablement de (re-)constituer la capacité d'être acteur et donc de se penser comme être agissant » (et préc. – Soulet, 2009 : 94-95). Comme le CTR TCHAT a tendance à se rabattre sur une incitation à l'autonomie fonctionnelle plutôt que décisionnelle (comme nous l'avons vu au chapitre 4), on pourrait dire qu'il continue de penser son intervention à partir des principes moraux du *case-work*, à défaut de parvenir à intégrer les nouvelles modalités relationnelles prônée par les nouvelles politiques du social.

Cela étant, en faisant cette distinction, il semblerait que la transformation de l'image et de la personnalité de l'usager se réduise au TCHAT à une recherche de « conventionnalité » voire à un projet de normalisation comportementale ; lorsqu'à Métanoïa elle serait en mesure de dessiner un idéal compris entre l'optimisation et l'épanouissement personnel. Ne serait-ce pas réduire la portée de singularisation de la première institution et celle de normalisation de la seconde ? Dans une société contemporaine où les tentatives pour se singulariser sont désormais une norme partagée, il doit être particulièrement difficile de s'adresser à une institution parce qu'on ne marche pas dans le sens de la normativité sociale, tout en demandant de la reconnaissance pour son originalité. Ce constat nous semble être vécu comme une source de souffrance sinon de grande perplexité pour nombre d'usagers – car ils entrevoient que le programme du CTR ne leur donnera pas la réponse à la question de comment se singulariser dans ce monde. Pas plus le CTR n°2 que le n°1, car de fait Métanoïa conditionne également la forme que doit prendre l'individualité contemporaine pour être socialement acceptée. Cela apparaît fortement dans un atelier en grand groupe, où les résidents sont invités à présenter de manière personnelle leur voisin par des qualités morales détaillées devant l'intervenante extérieure chargée de prévention :

[On s'accorde sur le sens et ils commencent.

Sou Ici décrit son voisin de gauche (non-direct car je suis au milieu - moment où je suis nettement identifiée comme « hors » groupe : Sou se justifie, et s'excuse aussi auprès de moi de « [me] sauter », mais elle ne peut clairement pas me choisir), donc Guibole :]

Sou – Guibole pour moi, est une personne très intéressante pour ma part...

Ophélie (intervenante extérieure) demande de développer le mot « intéressante ».

Sou – Parce qu'il a une sensibilité qui est plus prononcée par rapport à des gens que j'ai rencontrés dans ma vie...

[Ophélie demande de développer le mot « sensibilité », si c'est vu positivement ou négativement. Tout au long de l'atelier, elle prend des notes sur un cahier.]

Sou – Positivement. Parce que ça permet d'avoir une meilleure compréhension de l'autre, des situations, de la sensibilité de l'autre aussi. C'est quelqu'un d'intelligent, qui a une bonne culture générale... C'est ce que tu m'inspires Guibole ! [*devant le fait qu'il lève les yeux au ciel, un peu embarrassé*]

Guibole – [*ironique*] Je suis super à l'aise...

[Ophélie brode sur la sensibilité et fait un petit laïus sur l'importance de la capacité à dire quand on est disponible ou quand on est pas disponible. Elle demande si d'autres membres du collectif ont des choses à ajouter à la présentation faite par Sou.]

Sue Riz – Oui je voulais ajouter... j'adore un peu le côté décalé aussi - ça me fait écho à moi ; c'est peut-être une interprétation, mais le fait qu'il l'assume complètement, ça me fait du bien, de voir quelqu'un comme ça...

Thibaud – Deux trucs qui m'ont marqué, c'est qu'il a du style - *son style* -, et il a de la répartie...

Ophélie – Moi, ce que vous me dites, ça me renvoie aussi à des personnes qui prennent soin d'elles... Et pour la répartie, ce que vous dites au fond c'est qu'il répond avec pertinence, et au bon moment, on peut mettre ça ?

Nous avons trouvé à l'époque très intrigante cette interprétation, voire distorsion, du propos de Thibaud. Rétrospectivement, il nous semble qu'Ophélie (au compte de laquelle on peut néanmoins mettre le fait que ne fréquentant pas les résidents, elle ne les connaît pas très bien) cherche à donner des *patterns* comportementaux désirables aux usagers, à caractériser quelles sont les caractéristiques enviables que les résidents (puisque'ils sont en mesure de les identifier chez autrui) peuvent désirer appliquer dans leur vie comme normes comportementales. Mais elle passe à côté du compliment fait par Thibaud au « style » de Guibole (en fait, Thibaud dit qu'il a du style parce qu'il est lui-même, comme d'autres jeunes de son âge, obsédé par l'apparence sociale, l'affichage de vêtements de marque et l'originalité de leurs combinaisons, le fait de trouver « son » style). Elle renchérit plutôt sur le fait que « c'est important de prendre soin de soi », c'est-à-dire d'être propre, de faire attention à son apparence (en termes de décence, et non de « style »). Sur l'argument de la répartie, de même : en ayant observé un tout petit peu Guibole, nous avons remarqué que la « répartie » qui lui est accordée, c'est sa capacité critique, de remise en question de l'institution, son côté un peu râleur, et *impertinent* (c'est une identification entre pairs et une idéalisation de l'autre qui se joue là de la part de Thibaud). Alors que la professionnelle, au fond parce qu'elle ne connaît pas Guibole, indexe tout de suite sous la catégorie qu'il importe pour elle de mettre en valeur, selon les prérequis de sa mission : à savoir être une personne qui « répond avec pertinence et au bon moment ». On lui dit il est classe et impertinent ; elle répond : c'est important, d'être propre et pertinent. De fait, elle a tendance au cours de cet atelier à ramener les compliments formulés aux catégories attendues et prescrites par son travail de prévention et de rationalisation des comportements : définir quand on est disponible et ouvert et quand on ne l'est pas (à savoir, selon l'expression de la maison, « savoir dire non »), et également vis-à-vis de la sensibilité (il faut ressentir, mais ne pas se laisser happer ou dévorer par ses émotions...). En témoigne une autre description, plus tard, cette fois de Brice :

Keufra – Bah, je veux bien [prendre la suite et] parler de Brice...

C'est quelqu'un qui est beaucoup à l'écoute. Il est présent, il parle avec tout le monde facilement - il y a des moments où je me sentais pas bien, bah il était là... Il a une bonne perception des émotions des autres ; il a toujours le *smile*, à part quand il se lève un peu en

retard... Il a un grand cœur – j’veux dire, par rapport à ce qu’il a vécu dans sa vie, il pourrait être complètement différent, et indifférent... - et quand il en parle, j’ai l’impression que ça lui est jamais arrivé en fait...

Ophélie – *Est-ce qu’on pourrait parler de quelqu’un avec des capacités de résilience ?* [Keufan hausse les épaules, comme pour dire « oui si vous voulez... ». Ophélie ne note pas le mot]

Keufan – On a l’impression que ses moments de faiblesse, il les met très rapidement de côté...et il essaie surtout de pas le montrer aux gens. En fait, voilà, j’ai rencontré une bonne personne, et j’aimerais qu’il vive dans la même ville [que moi] quoi...

Cdt 2 – Métanoïa – 17/09/21

Que ces passages dénotent par ailleurs la grande sensibilité avec laquelle les résidents et résidentes décrivent leurs camarades de séjour, on ne peut qu’être marqué par la resémentation de la myriade des facettes décrites par Keufan par le terme de « résilience » (nous croyons d’ailleurs qu’à ce moment, la professionnelle se rend compte de pousser trop loin la réinterprétation dans le jargon institutionnel et que c’est pour cela qu’elle ne note pas le mot). Ce qui rend compte par ailleurs de la friction qui s’établit à travers les deux idéaux qui tissent l’injonction à la singularité : car l’impératif de répondre à la norme sociale d’autonomie et l’authenticité d’un caractère ou d’une personne ne se répondent pas nécessairement comme deux versants d’une même médaille. Que devient le Moi authentique si on lui prescrit un idéal d’autonomie (être résilient, pertinent, indépendant) qui pour lui est impossible à atteindre ?

B/ 2) Différents « devenirs soi »

De la même manière que pour le « devenir adulte », une certaine relativité des attentes transparait ainsi par rapport au « devenir soi » atteignable par les usagers. Cette relativité tient aux différentes ressources, ou dispositions, mises en jeu par les résidents, et rend compte de la confrontation des principes théoriques que le centre voudrait appliquer avec la réalité des situations qu’il accueille. Un usager disposant déjà de certaines compétences psycho-sociales mettra en œuvre de façon plus probante, durant ces 6 semaines, cette projection dans l’avenir censée donner du sens à sa vie et à son projet actuel de rétablissement. Par ailleurs, dans l’observation, et sans doute au niveau du vécu des usagers, le doute peut toujours se poser : s’agit-il d’un rôle qu’on leur demande d’endosser, ou bien est-ce la promotion de la croyance qui accompagne toute intériorisation de nouveaux *habitus* ? Nous plaçons évidemment pour la seconde option, qui nous rappelle la puissance intrinsèque à tout travail cognitif de remodelage de la subjectivité :

Apprendre un rôle ne suffit pas pour acquérir les routines immédiatement nécessaires à son exécution « externe ». On doit aussi être initié aux différentes couches cognitives et même affectives du corps de connaissance qui est directement et indirectement approprié à ce rôle.

Cela implique une distribution sociale de la connaissance [...]. Le stock de connaissances d’une société est structuré en termes de ce qui est généralement pertinent et de ce qui n’est pertinent que pour des rôles spécifiques. (Berger, Luckmann, 2018 : 141)

Ce dernier extrait peut particulièrement s’accorder avec les analyses que nous citons sur les croyances collectives réalisées par Bergeron au début du III., et par ailleurs avec la théorisation par Dan Sperber (1996) des représentations collectives. Les représentations de certains groupes sociaux sont structurées par cette distribution sociale de la connaissance dont parlent Berger et Luckmann, qui délimitent le rôle que chacun peut être amené à tenir en

société. Et on entend qu'il ne s'agira évidemment pas de la même initiation, si on inculque à quelqu'un comment apprendre à devenir professionnel de son expérience et de son rétablissement (nous le verrons au prochain chapitre) ou au contraire, si on apprend comment « garder sa place » afin de « rester qui l'on est » dans notre société.

Néanmoins, cette approche prototypique du « rôle » ou de la position sociale que l'on acquiert dans une société semble s'être – à la manière des approches catégorielles et diagnostiques en psychiatrie – partiellement effondrée. La société singulariste paraît avoir accompagné « l'affaissement de la grammaire du « personnage social » dans le champ sociologique » (Namian, Kirouac, 2015 : 283) ; et les individus désirent souvent être autre chose que ce à quoi leur position sociale devrait les assigner. En vérité, « les acteurs se conçoivent et agissent *comme s'ils étaient "plus" ou "autres"* que ce que leur dicte leur position sociale » (Martuccelli, 2010 : 17 – cité par Namian, Kirouac, je souligne).

Ce qui me semble particulièrement surprenant, par rapport à cet objet CTR dont j'essaye depuis plusieurs chapitres de donner la représentation la plus exacte, c'est que les « nouveaux » CTR à mon sens, permettent à certains individus qui les fréquentent d'exprimer ce « plus » ou « autre » que dans d'autres situations sociales on leur nie, ou on leur empêche d'affirmer. Jessica, qui revient en 2022 à Métanoïa « s'excuse moins d'exister », selon les professionnels, « parce qu'ici elle peut être elle [...] elle peut s'affirmer »⁵⁹. Mais c'est surtout Sou, qui rend compte de ce que le CTR lui a permis, en termes d'introspection et de prise de conscience :

« J'ai dit tout ce que j'avais à dire ici. C'est un espace qui m'a permis de vider mon sac [...] Et du coup, mon séjour a été d'une richesse extraordinaire...avec ce qu'il faut qu'on aborde de nos démons, nos problèmes et tous nos maux... Je me suis vue grandir. [...] C'est à Métanoïa que j'ai appris ce que c'était que le lâcher prise. [...] L'année 2021 a été une très très grande révélation pour moi. Ça m'a permis de mieux me connaître, de mieux appréhender les choses... et j'ai trouvé une partie de cette paix intérieure à laquelle j'aspire depuis tant d'années. »

Entretien avec Sou Ici (à sa demande) – 30/09/21

De cette manière, les professionnels font usage à leur insu d'une forme de prophétie auto-réalisatrice (Merton, 1948) auprès des individus qui répondent le mieux aux valeurs singularistes de notre société avancée. Cette *self-fulfilling prophecy* provient selon Nina Eliasoph des jeux de langage produits par les effets du mélange des mondes moraux (service social et « ambiance familiale ») avec celui de l'entreprise et de la réussite professionnelle :

Les organisations montraient, dans la mise en scène qu'elles présentaient au public, qu'elles s'occupaient bien des enfants (*were providing good care for*), espérant que cette mise en scène le rendrait possible dans les faits. Et les jeunes apprirent à ne pas être surpris d'être appelés "leaders" même lorsqu'ils n'avaient aucun projet, dans l'espoir de la prophétie autoréalisatrice qu'ils *deviendraient* peut-être des leaders si on les *appelait* suffisamment de fois ainsi. Si on dit aux gens qu'ils ont "choisi" une nourriture saine (au lieu de ces choses grasses trop sucrées ou salées dont on se régale) et des amis issus de différents milieux (au lieu de ces quartiers homogènes et ségrégués dans lesquels on se sent à l'aise), on peut escompter qu'ils feront peut-être ce "choix". Et il en va de même avec le volontariat. Dans ces situations, et dans beaucoup d'autres, les jeunes ont appris que les responsables disaient au présent des choses dont ils espéraient qu'elles deviendraient vraies dans le futur. (Eliasoph, 2009 : 212)

⁵⁹ Cdt 2 – Métanoïa – retour sur terrain du 11/09/22

À Métanoïa de même, on se réjouit des « choix » fait par les « belles personnes » que sont les usagers (je renvoie à l'atelier où chacun des résidents devait faire le portrait par qualités de son voisin, évoqué ci-dessus) ; on se félicite d'avoir noué de nouvelles fréquentations avec des gens de milieux sociaux très différents – et on espère qu'elles resteront des amitiés durables (avec l'illusion des enfants en colonie de vacances) ; et on rêve à des défis, dans le monde ordinaire, dont les professionnels garantissent qu'il ne tient qu'à notre confiance en soi de parvenir à réaliser ce rêve. Mais comme nous le disions peu avant, cette sélection des devenirs auxquels être initiés se joue ainsi dans l'interaction soignant-soigné, en fonction de la réceptivité des usagers à ce modèle de l'optimisation de soi. Ce mode d'intervention, favorable à certains, qui pourront exprimer leur individualité, et défavorable à ceux qui en revanche ne parviennent pas à assumer cette rhétorique, reproduit de fait « une logique d'égalité des chances sur le marché social : amener chacun à la position d'être joueur pour que le libre jeu révèle compétences et moindres compétences, et hiérarchise les positions sociales (Savidan, 2007). » (Soulet, 2009 : 94)

Il me semble qu'à Métanoïa, on part généralement des plus hautes attentes que le profil social de l'individu entrant laisse espérer ; ce n'est qu'ensuite, progressivement, qu'on modèle ces attentes... Si on ne parvient pas à les orienter vers un projet de professionnalisation de soi, on pourra toujours au moins tenter de les ramener à une vie de « citoyens productifs normaux et ordinaires », selon l'expression de Becker (2002 : 73). Ou s'ils ne répondent pas même à ce type d'idéal standardisé, il s'agira, comme pour les « mères de famille monoparentales » et les « chômeurs âgés » de l'aide sociale observée par Anne Perriard, de les tenir occupés. Il faut continuer à « se projeter » : et selon la condition d'employabilité, vers l'emploi ou à l'inverse vers un lâcher prise de l'emploi, lui substituant des activités diverses, bénévoles, témoignant de leur bonne santé mentale et de leur désir d'inclusion sociale. La sémantique du *projet* est la même : le contenu en change seulement :

Si l'indépendance financière n'est pas perçue comme réalisable tout de suite, *un des critères qui définit l'autonomie des mères réside dans leur capacité à se projeter dans le futur*, lorsque leurs enfants seront grands et que leur incapacité à être en situation d'autosuffisance financière ne sera plus expliquée par la situation de conciliation. (§41)

Le deuil de l'emploi passe notamment par le fait de s'adonner à d'autres activités porteuses de sens ou d'utilité sociale. L'injonction à l'autonomie pour ces personnes n'est plus comprise comme l'exercice d'une activité lucrative, mais comme *la capacité à se projeter dans des activités non rémunérées, qu'elles soient artistiques, de loisirs ou encore bénévoles*. (§49) (Perriard, 2017 – je souligne)

Je retrouve ces deux types de publics au sein de la population des résidents de Métanoïa, d'une part parmi ces mères qui ont choisi une posture de séjour court – parce qu'elles n'arrivent plus à concilier leur vie familiale (très souvent de mère isolée) et leur vie professionnelle, ou à accepter une situation biographique ou financière qui les empêche d'exercer leurs fonctions auprès de leurs enfants. Et d'autre part, parmi ces chômeurs, âgés, flétris par la dureté de l'existence, ou encore en situation de handicap, et qu'on a depuis longtemps laissés sur le bord de la route – qui représentent par excellence cette figure de « l'homme en trop » qu'incarnent de nos jours les individus improductifs (Murard, 2005). Exemple paradigmatique, comme souvent, Keufra, auquel plutôt que la CT évoquée précédemment, on finit par proposer un bénévolat à la SPA. La proposition émerge autour de la troisième semaine, en entretien avec son référent (pour rappel, Keufra a resombré dans l'alcool au début de l'année 2021, à la suite de la mort de ses deux chiens). Keufra se fait

ensuite le relai de cette proposition, se raccrochant à cette perspective comme on se raccroche à une bouée de sauvetage :

Entretien psychologique avec Keufra

On parle de la mort de ses animaux – Keufra évoque son envie de reprendre un chien

Ludovic – C'est plutôt un beau projet.

Keufra – Bah, ça m'a sauvé la vie pendant 5 ans... Même, depuis que je suis seul, même si j'ai un ami qui passe, c'est pas pareil.

Ludovic – Vous n'avez jamais songé à *en faire votre métier* ?

Keufra – Non... enfin, et puis, à la SPA, je les prendrais tous chez moi.

Ludovic – Vous décriviez un peu une période avec un équilibre, et après le décès de votre chien, patatras... Après la question, c'est jusqu'où il est possible de *s'occuper avec juste des animaux*...

Keufra – Tout de façon, je vais *remettre quelque chose en place, hein*... le chien en plus, je sais que ça va pas se faire du jour au lendemain...

Cdt 2 – Métanoïa – 14/09/21

Là encore, la projectivité se calibre d'abord sur la dimension d'une profession désirée (« *Vous n'avez jamais songé à en faire votre métier ?* »), ce qui est rejeté aussitôt par Keufra qui, à l'AAH depuis des années à cause d'un accident qui l'a diminué au niveau de la motricité, rabat sur son caractère d'addict l'incapacité qu'il aurait à travailler dans ce milieu. Ludovic reste sur l'argument, en envisageant qu'il pourrait conserver un équilibre *via* cette occupation avec les animaux qui semble lui avoir fait du bien par le passé – mais il laisse entendre comme un flottement sur le fait que cela puisse suffire à Keufra, signifiant par là qu'un chien ne suffira pas à lui faire résoudre son problème de solitude. L'utilisateur se montre alors volontariste, et emploie les mots de la structure pour dire qu'il va « *remettre quelque chose en place* » ; la nature de ce projet nous échappe, mais cette dernière phrase montre significativement l'intériorisation par les résidents de la nécessité de construire un « sens prospectif (une capacité à rendre la personne capable de s'engager dans l'action) de manière auto-orientée et hétéro-orientée » (Caiata Zufferey, 2006 : 75). D'une part ce sens doit être guidé par le projet d'autonomie de la personne, qui correspond le plus à ses valeurs (authenticité) et à ses ressources (qui le limiteront nécessairement). Mais comme ce sens n'existe pas hors du social qui le constitue et qui le reconnaît comme valable, « se produire comme individu nécessite de se constituer comme tel au milieu d'une collectivité. [...] *Voilà pourquoi il ne s'agit pas, pour la personne, de se conduire d'une manière strictement prédéfinie, mais plutôt d'ajuster au fur et à mesure ses comportements en fonction des réactions d'autrui* » (*ibid.* : 76 – je souligne).

De la même manière, la reconstruction identitaire qui peut s'effectuer en CTR requiert de relier et de qualifier ses actions passées à partir d'un sens rétrospectif, où se marque un *avant* et un *après* la transformation commencée en séjour de soins. Elle doit faire part à la narration personnelle de l'utilisateur, qui fait le choix d'inscrire dans une continuité subjective les actions de l'individu qu'il était même en étant consommateur mais qui est capable de se séparer de cette image pour construire ce qu'il est et ce qu'il sera à l'avenir. Mais ce rapport de confiance ne peut être que conquis à travers la confrontation groupale, et le regard professionnel, qui valident ce récit identitaire, et le marquent du sceau de sa recevabilité sociale. Ce travail de l'estime de soi reflète ainsi significativement le fait que le respect n'est plus attribué en fonction de la respectabilité d'une position sociale, d'un métier, ou d'un âge. Elle est soumise à un processus de validation continu, qui témoignent de la plus grande incertitude des relations interindividuelles et des codes normatifs sur lesquels établir son

identité : « *la confiance, essentielle à toute vie sociale, ne peut plus être accordée d'emblée sur la base d'une position sociale : elle doit être gagnée* » (Caiata Zufferey, 2006 : 77). Le respect et la confiance se conquièrent, ils sont devenus l'objet de « quête » (Bourgois, 2001) de toute une population qui, perdant les garanties qui fondaient la protection sociale et le sentiment de reconnaissance qui les accompagnait, doit miser sur la propriété de soi pour justifier et maintenir au jour le jour son appartenance sociale :

Encore une fois, la question de la reconnaissance émerge comme essentielle au sein de la modernité. La justification hétéro-orientée de l'action participe à la conquête de cette reconnaissance, puisque c'est par ce travail interprétatif que le sujet peut convaincre son entourage de la validité de son histoire et, par conséquent, fournir une assurance raisonnable quant à la nature conventionnelle de ses comportements futurs ; c'est à travers ce travail interprétatif donc, qu'il peut se présenter comme crédible, qu'il peut se rendre prévisible à autrui dans les limites de la conformité sociale, qu'il peut revendiquer son aptitude à être citoyen et son droit à être traité comme tel. (Caiata Zufferey, *ibid.* : 78)

Les choix qui demeurent pour l'individu en rétablissement sont celui de se réinsérer dans les normes de la conventionnalité, ou bien de rester en dehors de cette conventionnalité, par l'usage d'un récit qui témoigne de son exceptionnalité. Il peut décider de rester dans ces hauts et ces bas de la grandeur/vulnérabilité du narcissisme – et subir les désarrois auxquels semble condamné l'individu contemporain ; ou bien il peut préférer de retrouver une position dans un monde social partagé, ce qui lui garantit des gages de confiance et de reconnaissance sociale. Un de ces mondes sociaux facilement partageables étant évidemment l'emploi – comme on va le voir au prochain chapitre.

*

Ce chapitre a ouvert le questionnement à diverses pistes, en prenant en considération les conséquences de la responsabilisation. D'abord, nous avons vu que le travail à fournir pour devenir un individu rationnel capable d'anticiper ses comportements – s'il nivelle les usagers sur un même plan d'idéalité du projet d'autonomie – est porteur d'un processus d'individuation négative, qui ne permet pas au résident en CTR de trouver du « sens » à sa sortie. Par ailleurs nous avons analysé comment les outils qui lui sont fournies pour anticiper son retour à la société ordinaire sont susceptibles de transformer sa vie en un dispositif d'autocontrôle – les bifurcations alternatives constituant des régressions identitaires par rapport à l'idéal du « devenir soi ». Enfin, nous avons développé les origines épistémologiques et culturelles de cette quête du sens existentiel à chercher dans une thérapie et un travail de soi, en concluant que ce qui manque, fondamentalement, à nos usagers à l'entrée et à la sortie de ces centres, c'est la certitude d'une reconnaissance sociale, d'un espace où ils se sentiraient autorisés à être *qui* ils sont.

La conclusion de ce chapitre pourrait nous laisser un goût amer. N'y-t-il d'existence singulière possible dans la société moderne qui est la nôtre qu'« en tant qu'expression socialement cadrée de l'individualité, en tant qu'espace socialement offert à l'expérimentation de soi » (Caiata Zufferey, 2006 : 70). N'y a-t-il de sens à trouver que dans ce qu'elle décrit comme « une sorte de « liberté sous condition », qui *de toute façon* accorde une place sans précédent à l'initiative individuelle » (*ibid.*), par rapport aux époques précédentes ? Cela

ressemblerait fort à une dystopie totalitaire, où nous serions plus vraisemblablement « gouvernés à travers [notre] liberté » selon la belle expression de Nikolas Rose (1999).

Nous verrons que ces questions nous laissent entrevoir des formes de résistances, individuelles ou collectives, qui peuvent apparaître face à cette forme de normalisation des comportements et identités au CTR. En fonction de leurs socialisations antérieures et de leurs réactions à la socialisation institutionnelle, les usagers et usagères *font* quelque chose de leur séjour en CTR au sein de leur vie ; comme ils deviendront celles et ceux qu'ils *peuvent être* au sein de « l'emboîtement des socialisations » qui caractérise leurs existences (Darmon, 2016 : 112). Nous tenterons néanmoins de faire valoir une autre perspective, tout aussi réaliste, qui porte sur les sujets qui ont échoué, ou qui vont du moins rester dans le sas de ce projet idéal du « devenir soi » – leur sort spécifique sera analysé dans le chapitre 9. Mais nous voudrions à présent porter notre regard à l'autre bout du spectre, sur les individus qui sont considérés avoir particulièrement bien réussi leur séjour d'accompagnement en addictologie. Au point qu'ils en deviennent préemptés pour devenir les nouveaux professionnels de demain.

Chapitre 8

Professionnaliser son devenir

L'exemple des médiateurs-santé-pairs

Aujourd'hui, chacun, d'où qu'il vienne, doit faire *l'exploit de devenir* quelqu'un en se singularisant [...] : réussir à être quelqu'un, c'est entreprendre de devenir soi-même.

Alain Ehrenberg, *Le culte de la performance*, 1991, page conclusive.

Nous avons pu examiner comment la question de la sortie du centre se conjugue pour l'usager avec une articulation nécessaire et une transition des hétéro-contrôles à une forme d'auto-contrôle pour reprendre les catégories de Castel et Coppel (1991) – ou de manière plus foucauldienne, à une forme de « gouvernement de soi » (Foucault, 2008). Cela pose la question du type de Soi dont l'ex-résident ou ex-résidente pourra se doter, pour affronter un monde social où les contrôles sociétaux sont devenus beaucoup plus lâches, et où il faudra travailler seul à son propre changement – à moins qu'il ou elle ne fasse le choix de se rattacher à une communauté spécifique telle que les Narcotiques ou Alcooliques Anonymes, capable de lui garantir une identité sous le contrôle hétéronormé d'un groupe de pairs.

Dans ce prochain chapitre, nous souhaitons examiner sous un autre jour la perspective du travail, en observant comment il peut constituer le socle du projet de sortie, et former ce qui parvient à donner sens à une existence en devenir. Ce cas peut par exemple prendre la forme de la réinsertion par l'emploi dans un centre comme le TCHAT, et similairement dans les CT, où les usagers et usagères sont souvent restés un voire deux ans sans emploi. Mais cela se caractérise de façon particulièrement innovante à Métanoïa, par le fait d'envisager la *professionnalisation de son expérience* : en proposant donc à l'usager ou usagère d'aller de soi-même – ou de l'aiguiller – vers une forme d'expertise, s'intégrant dans l'univers contemporain de la pair-aidance. Certains usagers – celles et ceux qui se distinguent par leur apprentissage aisé des normes de *l'âge adulte* véhiculées par le centre – pourraient ainsi non seulement travailler à se rendre autonome, mais devenir des professionnels de l'autonomie, grâce à celle qu'ils ont démontré avoir dans la gestion de leur parcours de soins.

Cette révolution que constitue le travail-pair se déroule néanmoins sur la toile de fond constituée par la désagrégation du travail et des protections sociales qui lui étaient attribuées. Si le démantèlement du travail et de ses formes d'organisations a participé, depuis cinquante ans, au redoublement de la « désaffiliation » individuée par Robert Castel (Castel, 1990, 1991), comment expliquer que la thématique de l'insertion sociale et professionnelle des personnes concernées soit venue remplacer la problématique de la « gestion sociale du non-travail » (Castel, 1998) – qui a commencé à faire partie sinon à devenir *la* mission du travail social ? Il

faut pour cela reconsidérer l'histoire, ou plutôt la sociogenèse du travail social. Comme le rappelle Jean-Yves Dartiguenave, l'institutionnalisation du travail social depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale est porteuse d'un paradoxe qui reproduit au sein du champ du travail social les tensions générées par ce que Castel désignait justement comme les « métamorphoses de la question sociale » (Dartiguenave, 2010 : 102 et s.). L'auteur défend que la société salariale, soutenue par le développement de l'État social, portait en elle l'horizon de la « dissolution de la question sociale dans un progrès "naturel" et "indéfini" de l'emploi, des protections sociales, de la richesse, de l'éducation, etc. ». Mais cela n'était envisageable que dans un contexte où le travail salarié demeurerait la pierre de touche de l'intégration sociale, en parallèle d'une croissance économique et de régimes de protections sociales maintenus. Alors que le contexte socioéconomique s'est de fait rapidement dégradé durant ces années 1980, ce sont les protections et la valeur attribuées au travail salarié qui se sont ébranlées dans son sillon. Le travail social a donc perdu concomitamment le curseur de ses finalités :

Là où le travail social classique centrait son action sur la réduction du déficit d'intégration, imputable à des « inadaptations » de personnes et de groupes sociaux par rapport à des modèles dominants de socialisation, il se trouve soudainement interrogé sur sa capacité à répondre aux conséquences d'une mutation sociale et économique sur lesquelles il n'a guère de prise. Un doute pèse alors sur ses finalités *puisque'il ne se trouve plus en mesure de fournir à sa « clientèle » ce dont elle a le plus besoin, à savoir un travail.* (Dartiguenave, 2010 : 118)

Le mot d'insertion a fini par concerner une population beaucoup plus large que celle qui se voyait définie par sa situation de marginalisation sociale, dans un moment historique qui se caractérise par un brouillage de la différence entre les « inclus » et les « exclus » du système social (*ibidem.* : 119). L'insertion définit désormais « une forme minimale d'exigence de réalisation du droit de citoyenneté » face à des innovations dans les milieux du travail qui perturbent une grande partie des salariés intégrés au système social (Chauvière, 2004 : 153 - cité par Dartiguenave, *ibidem*). Les recherches menées par Claude Dubar et son équipe de travail à la fin des années 1980 le démontraient déjà sur le terrain de la production industrielle (Dubar, 2006), où les nouveaux impératifs de flexibilité et d'adaptation sont apparus de la même manière que dans le tertiaire. Le travail a largement évolué vers la dimension de la prestation de services, et la production de biens ou services faisant réponse à une demande. Claude Dubar souligne ainsi que :

La dernière mutation touche à la difficile question des *compétences* et des *mobilités*. Ce qu'on attend des salariés, dans cette nouvelle régulation néo-libérale, post-fordiste, transactionnelle, parfois appelée « connexioniste » (Boltanski et Chiapello, 1999), c'est qu'ils acquièrent des compétences rares qu'ils puissent mettre, pour un temps, au service d'une entreprise qui en a besoin. Et, si possible, permettre à ces salariés, grâce à leur mobilité, d'acquérir de nouvelles compétences, de devenir *experts* demandés par d'autres entreprises ou clients, grâce à un fonctionnement en *réseau*. (2006 : 121-122 – souligné par l'auteur)

Donc dans l'hypothèse d'un infléchissement des missions du travail social en parallèle ou en miroir des mutations observées dans le monde du travail ordinaire (suivie par Dartiguenave), on saisit de quelle façon le modèle de la formation et de la « promotion généralisée » appliqué en entreprise fait partie des réalités qui pourraient nous intéresser, pour comprendre les processus complexes qui influencent aujourd'hui le travail produit en CTR – et plus globalement dans l'univers associatif du médico-social. Je cite de nouveau l'article de Dubar, et un passage sur lequel je voudrais m'arrêter un instant :

Pour réussir l'opération « promotion généralisée » du personnel [à l'entreprise S.], où des emplois d'en bas sont supprimés et des emplois d'en haut créés (dans une filiale), il faut remplir un ensemble de conditions peu banales : des volontaires à tous les niveaux (si aucune embauche ne veut devenir opératrice, c'est foutu) *qui prennent le risque de changer en croyant être capables de réussir (sur la base de leur lecture de leur passé) et en faisant confiance à l'entreprise pour cela* ; des hiérarchiques qui pensent que cette politique est bonne, *que l'entreprise a raison* et que cette mobilité peut améliorer la performance (et le climat) de leur service *en se croyant capables de gérer les perturbations induites* ; des formateurs qui comprennent les enjeux de la formation pour les salariés et *approuvent son sens pour l'entreprise et se pensent capables d'accompagner les salariés dans leur parcours et pas seulement de leur transmettre des connaissances* ; des dirigeants qui acceptent *d'investir dans la formation de ceux qui sont prêts à jouer le jeu* et qui se croient capables de persuader les responsables de se mobiliser autour de cet enjeu. (*ibidem.* : 126 – je souligne)

À la manière d'une fable, Dubar explicite l'ensemble des conditions nécessaires pour convertir une entreprise classique en entreprise post-fordiste ou néolibérale. Dans notre cas, si on choisit d'appliquer l'étiquette de « salariés » aux résidents d'un CTR des plus modernes, comme Métanoïa ; celle de « hiérarchiques » à la direction du centre ; celle des « formateurs » à l'équipe de travailleurs sociaux, et celle de « dirigeants » aux responsables de l'association (qui agissent à l'extérieur dans leur relations de milieu, pour persuader les pouvoirs publics de l'intérêt et des enjeux portés par les CTR) – tout ce schéma nous semble particulièrement probant pour illustrer comment le séjour en CTR peut à certains égards ressembler à un stage de formation pour certains adultes qui acceptent une promotion de carrière. Le changement dans leur trajectoire de vie est rendu possible par ce que Dubar désigne comme la « double transaction », que l'individu contracte avec soi-même et avec l'organisation (Dubar, 1991). Cette double transaction repose sur la *confiance* plus tôt évoquée, à la fois en ses propres capacités de changement et sa capacité d'adaptation aux nouvelles tâches envisagées ; mais aussi une confiance nouvelle (malgré les rapports de domination) qu'on place sur l'organisation, en tant qu'on lui attribue la capacité de tenir ses promesses et d'en donner des gages, malgré les risques inaugurant une nouvelle possibilité de carrière (Dubar, 2006 : 127).

Notre hypothèse serait que le modèle de la double transaction interfère aujourd'hui de manière concurrente avec le modèle straussien du contrôle de la trajectoire de la maladie (Strauss *et al.*, 1985) sur la gestion de la trajectoire de vie de la personne dépendante. Le modèle de gestion de la problématique addictive n'est plus uniquement cette gestion incertaine, en eaux troubles, où tout progrès peut se transformer en rechute. Les nouvelles techniques d'organisation du travail ont eu une incidence majeure sur la production de « l'ordre négocié » des services en addictologie, et certains CTR comme Métanoïa ont fait le pari de devenir plutôt des lieux d'« expérimentation » de nouvelles manières de travailler ensemble, producteurs et bénéficiaires du *care* mis au service du projet CTR. On essaie dans ce cadre de mettre en place des programmes « visant à augmenter le pouvoir de régulation à la fois du contexte local et des principaux acteurs concernés », dans un objectif de régulation par auto-contrôle qui constitue le cœur du projet néolibéral :

Une fois émancipé de la lourdeur de l'appareil institutionnel, *l'agent peut réguler avec plus d'efficacité ses propres conduites, et du même élan devenir un aidant naturel dans son milieu en soutenant ses pairs aux prises avec les mêmes difficultés personnelles.* Le principal avantage de ce type d'intervention résiderait ainsi dans sa capacité à réduire le recours aux mécanismes plus lourds de régulation, tout en permettant d'*atteindre, à des coûts minimes, les mêmes finalités de contrôle des conduites humaines.* (Quirion, Bellerose, 2007 : 42 – je souligne)

Le monde associatif de l'addictologie s'est ainsi intéressé, depuis les premières années de sa constitution, à des figures pouvant participer de cette régulation locale des problématiques sociales à résoudre dans le cas de la dépendance (Bourgeois *et al.*, 1987). Le rôle de médiateur-santé-pair s'est peu à peu dessiné, dans un contexte d'innovation majeure venu des États-Unis, et qui a touché initialement en France le monde de la psychiatrie – bien que les « aidants naturels » aient toujours été présents depuis les premières expériences communautaires ou au sein des groupes d'auto-supports pour les dépendances à l'alcool et aux drogues (Le Cardinal *et al.*, 2013 ; Flora, Brun, 2020). C'est la question nouvelle de la professionnalisation de ces figures qui s'est marquée depuis vingt-cinq ans, démontrant qu'une plus grande mobilité sociale était également possible désormais, même au sein des franges les plus défavorisées ou marginalisées de la population. Mais ce passage à une mobilité plus grande au sein d'un système de « stratification sociale » toujours plus complexe se paie, comme le démontrèrent aussi bien Weber que Tocqueville en leur temps, pour ce qui concerne la *middle class* américaine, d'une rationalisation des émotions et des parcours de vie par rapport à un modèle qui fait de chaque existence une échelle dont on peut gravir les échelons. La dynamique de professionnalisme qui a ainsi accompagné l'institutionnalisation du travail social exprime cette contradiction des sociétés démocratiques ouvertes, se basant sur l'égalité de mérite, qui instaure via l'accès à la profession une nouvelle séparation entre les « profanes » et ces nouveaux spécialistes – qui auront leur rites d'introduction et leur langage propre, et participent de nouveaux rapports asymétriques entre experts et bénéficiaires de la prestation (Saliba, 1994 : 53-55 ; Grimaldi, 2010).

Dans cet univers en constitution de l'addictologie française, au début des années 2000, on a pu donc imaginer de nouvelles fonctions naissantes, et donc, progressivement, de nouveaux spécialistes. En tous les cas l'institutionnalisation de l'addictologie donne une entrée professionnelle à une figure particulière, en mesure de comprendre de manière singulière la condition de l'usager dans le système d'accompagnement médico-social, et de promouvoir un meilleur dialogue entre les différents partenaires de ce secteur. Cette figure protéiforme prend les contours d'un ancien usager ou d'une ancienne usagère qui, ayant terminé son propre parcours de soins, peut offrir ses services, son témoignage et sa contribution aux institutions du médico-social qui l'ont épaulé pour s'en sortir – et qui peut ainsi devenir un « aidant naturel » pour des personnes qui vivent aujourd'hui ce qui a été sa condition.

*

I. Patients-experts, pair-aidants, *counselors*, médiateurs-santé-pairs : une nouvelle cartographie pour faire carrière de son parcours de soins.

L'intégration d'un usager acteur de ses soins, ou d'un « patient acteur de sa maladie », commence à pouvoir être documentée et historicisée, dans le cadre conjoint de la promotion de la prévention et de l'éducation thérapeutique par la santé publique à la fin du XX^e siècle, et de la mobilisation des associations d'usagers et de familles pour faire entendre leur droit à l'information et leur droit à la décision (Jouet *et al.* 2010 : 15). La pair-aidance est devenue un concept-clef de la santé mentale des dernières années, comme en témoigne le nombre de

publications collectives éditées (en particulier les derniers cinq ans) à ce sujet (Roelandt, Staedel (dir.), 2016 ; Franck, Cellard (dir.), 2020 ; Dayan, Scelles (dir.), 2021 ; Gardien (dir.), 2021 ; Petiau (dir.), 2021). De nombreux articles témoignent de la prolifération récente de ces nouvelles formes d'*inclusion* et de *participation* de pairs-aidants, patients-experts, travailleurs-pairs (et autres nomenclatures) – soit que leur intégration se fasse sur la base de la création de groupes d'entraide ou d'auto-support (Troisoeufs, Eyraud, 2015), soit qu'elle passe par une institutionnalisation de leur rôle au sein d'associations ou de programmes du médico-social (Beetlestone *et al.*, 2011 ; Sarradon-Eck *et al.*, 2012). Ce qu'Emmanuelle Jouet et ses collègues désignent comme des « dispositifs d'éducation par les pairs (*peer education*) » ont été créés et mis en place aujourd'hui pour de nombreuses problématiques de santé aussi bien somatiques que psychiques, dans les programmes de santé mentale centrés sur la notion de rétablissement (Jouet *et al.*, 2010 : 50). Un diplôme de médiateur de santé-pair (de type DU) a vu le jour en 2011 dans le cadre du DESU déjà existant « Information, médiation et accompagnement en santé » de l'Université Paris 8 (Lunel, 2021). Mais la reconnaissance symbolique de leurs nouvelles fonctions professionnelles, passant par l'attribution d'un statut clair et d'une rétribution salariale à la hauteur de leur investissement personnel (garantissant ainsi une intégration par l'emploi) est encore loin d'être acquise. Ce, malgré la tacite acceptation de leur présence désormais au sein du travail social, et la formation des professionnels et collègues à ces nouvelles approches, faisant valoir avant tout l'expérience et les savoirs pratiques tirés de son vécu, très différents des savoirs théoriques et techniques des professions traditionnelles¹. À un niveau législatif et politique, différents rapports et lois sont à retenir :

*Encadré 8.1_*

Point juridique : lois et rapports ayant favorisé la pair-aidance

C'est à la toute fin du XX^e siècle que vient reconnu officiellement le rôle des pairs dans l'expérience de la maladie et de sa rémission – en parallèle de la plus grande autorité que l'on donne désormais à l'expérience subjective des malades. En France, différents États généraux consacrent cette nouvelle place qui est faite aux patients dans le système de santé : États généraux du sida (1990) ; États généraux des personnes touchées par les cancers (1998) ; États généraux de la santé (1999). Ces différentes instances donneront lieu à la première loi importante relative aux droits des malades, la Loi Kouchner de 2002 (Jouet *et al.* 2010 : 23).

- **Loi du 6 janvier 1978** – relative à la pratique de l'éducation thérapeutique pour le sujet diabétique. La loi évoque pour la première fois dans le Code de la santé publique la question de *l'implication des patients* sous la forme d'une proposition d'une formation de cinq jours à l'insulinothérapie fonctionnelle ;
- **Loi Huriet-Sérusclat du 20 décembre 1988 (loi n° 88-1138)** – relative à la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale ;
- **Loi du 4 mars 2002** – relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi nommée *Loi Kouchner*. La loi insère au sein de l'Article L.1111-2 du Code de la santé publique le droit à recevoir une information sur son état de santé comme préalable indispensable à tout consentement libre et éclairé. Elle réduit ainsi l'asymétrie d'information entre les usagers et les producteurs de services de santé, tout en consacrant un large volet de son application à la démocratie sanitaire, soutenue par les associations et les représentants des usagers. L'article L. 1114-1 affirme donc également le rôle d'acteurs

¹ Aux États-Unis, différentes études ont pu démontrer qu'il n'y a pas de différence significative entre l'évolution de patients suivis par des professionnels traditionnels et celle des usagers accompagnés par les pairs-aidants (Tracy, Wallace, 2016 ; Charlier, Sandron, 2018). Il semble que dans les territoires francophones, le Québec et la Belgique aient été plus rapides que la France pour intégrer ces nouveaux travailleurs dans les équipes.

de santé publique des associations d'usagers déclarées dans la défense de l'intérêt des usagers, la formation des professionnels et des malades, et dans la représentation des malades dans les instances hospitalières ou de santé publique ;

- **Loi du 22 avril 2005** – relative aux droits des malades et à la fin de vie. Elle réaménage la loi de 2002 et prend le sens d'un contrat à obligations partagés. Elle consacre le droit pour tout patient de *refuser des traitements*, même au risque de sa vie : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » ;
- **Reconnaissance par le Journal officiel le 8 décembre 2007** de l'association ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogues), association « agréée au niveau national pour représenter les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique... ».
- **Décret du 6 mai 2017** – relatif à la définition du travail social (décret n°2017-877). Ce décret mentionne que le travail social doit s'appuyer sur « *les savoirs issus de l'expérience des personnes bénéficiant d'un accompagnement social*, celles-ci étant associées à la construction des réponses à leurs besoins. Il se fonde sur la relation entre le professionnel du travail social et la personne accompagnée, dans le respect de la dignité de cette dernière. » ;
- **Décret du 27 juillet 2017** – relatif au projet territorial de santé mentale. Ce dernier indique que le projet territorial de santé mentale « *veille à promouvoir l'implication de ces personnes, de leurs proches et leurs familles dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement social ou médico-social, notamment en ce qui concerne l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d'entraide par les pairs* »

Certaines recherches soulignent l'importance qu'a eu en 2014 le rapport Piveteau pour garantir une « réponse accompagnée » notamment aux personnes en situation de handicap. Ce rapport a surtout « [mis] l'accent sur la nécessaire émergence *d'une forme personnalisée d'appui et de soutien laissant une place importante à l'appui par les pairs*, qui peuvent représenter des relais des institutions [...] Grâce au lien avec le pair, l'utilisateur pourra par exemple mieux comprendre les différentes étapes du processus et y prendre un rôle actif (expression du projet de vie, participation à la construction de la solution...) » (Sizaret, 2019 : 17 – je souligne). Quatre chantiers se voient lancés via ce rapport au niveau national : le renforcement de la présence des associations d'usagers et de familles dans les lieux décisionnaires (représentation des usagers) ; le développement de l'expertise d'usage au sein des formations ; la promotion de l'accompagnement par les pairs dans les établissements ; le déploiement d'une démarche de conciliation/médiation par les pairs au sein des MDPH. Plus récemment, le rapport Gillot (2019) relance cette dynamique de transformation :

Il apparaît nécessaire de renforcer l'accompagnement, en prenant appui sur des "pairs aidants", personnes handicapées ayant réussi leur parcours d'insertion professionnelle ou de maintien en emploi, et susceptibles de partager les connaissances les repères et les savoirs qu'ils ont acquis sur la base de leur propre expérience du handicap ; la parole des semblables est plus forte que celle des institutions. C'est par ailleurs un poste de reconversion professionnelle des "aidants" familiaux désireux de retrouver un emploi, à explorer. (Recommandation n°10 – Gillot, 2019 : 52)

Mais depuis les débuts de leur intégration aux dynamiques salariales du travail social, une tension accompagne le renouveau de la prise en considération des usagers et de leur expression, post-gestion de la crise du sida. D'une part il semblerait que les efforts en vue de la professionnalisation de ces usagers futurs pair-aidants témoignent de la mise en pratique d'une réelle démocratie sanitaire au sein des institutions du médico-social – ce dont

témoignent les articles les plus optimistes (Boudier *et al.*, 2012 ; Dejour, 2021). D'autre part, il semble que ces nouvelles figures de travailleurs pairs s'insèrent aussi peu à peu sur le marché de l'emploi « en raison de la rentabilité de leur implication dans la prise en charge et dans les systèmes de santé » et donc fondamentalement que leur présence repose sur une stratégie économique de moyen terme (Jouet *et al.* : 16). Cela permet concrètement, selon les chercheurs les plus circonspects eu égard à ces nouvelles formes d'implication, de concilier le débat public portant sur l'expertise des patients avec des politiques de santé publique toujours plus orientées vers la responsabilisation des usagers en parallèle de la précarisation du travail social (Quirion, Bellerose, 2007 ; Charlier, Sandron, 2018).

D'autre part, les savoirs expérientiels posent à nouveau frais la question du dépassement de la dialectique entre théorie et pratique pour faire valoir une nouvelle forme de légitimation scientifique qui, à partir du cas isolé – et vécu – d'un individu, peut parvenir à extrapoler vers une myriade de cas semblables (Godrie, 2016c, 2017). Car de nombreuses recherches insistent sur l'importance de la conversion de l'expérience de troubles, de la stigmatisation et/ou du parcours de soin, en connaissances partageables – pour que ces expériences puissent constituer un savoir expérientiel : « La démarche de pair aideance s'appuie ainsi sur la transformation de l'expérience en savoir expérientiel, c'est-à-dire en connaissances et compétences construites à partir d'un vécu, permettant d'accompagner comme de soutenir des personnes confrontées à des réalités semblables » (Sizaret, 2019 : 12).

Le savoir doit être objectivé, le vécu mis à distance et rendu « transférable/communicable » à d'autres expériences (*ibidem*). La pair-aideance est une démarche, un parcours, où les savoirs expérientiels sont théoriquement accumulatifs, et doivent aussi laisser à l'usager la possibilité de continuer son parcours de rétablissement, en lui permettant de supporter et de transformer ses vécus négatifs en une expérience et une connaissance bénéfiques, pour lui-même et pour ses pairs (Lagueux, Charles, 2010). Il semble donc que le travail-pair puisse aussi contribuer, de par la stabilité professionnelle qu'il octroie aux personnes concernées, à la dynamique même de leur *rétablissement* – ce dernier étant par ailleurs lui-même la *condition* de cette possible conversion de l'expérience en savoir :

Toutefois, le seul fait d'avoir vécu des expériences douloureuses ne garantissant pas l'élaboration de savoirs, la condition requise pour devenir travailleur pair est la progression vers un mieux-être, une stabilisation de sa situation, un rétablissement. [...] Dans la perspective affichée de passer du "cure" au "care" le travail pair a vocation à favoriser la prise en considération et l'*empowerment* (pouvoir d'agir) des personnes accompagnées dans le champ médico-social, et à co-construire avec elles les conditions de leur autonomie. Il promeut donc une horizontalisation de l'accompagnement des personnes et une transformation des cultures professionnelles du champ médico-social. (Sizaret, *art cité* : 15-16)

Trois points nous semblent donc à retenir, en lien avec les développements que nous avons menés précédemment : la situation de rétablissement de la personne concernée est la condition initiale de son embauche possible en tant que travailleur-pair, et doit demeurer son *horizon de projection*. Le travail pair est un *outil* au service de l'autonomisation et de la responsabilisation des usagers – dans une perspective où l'intégration par le travail est encore perçue comme un moyen de donner l'accès à une identité d'adulte, mais où ce travail passe désormais par la promotion de sa propre individuation. Par ailleurs, cette composante dynamique de travail pair, dans ce devenir soi instable et toujours incertain, forme donc un savoir qui assume son *état inachevé*, sa perpétuelle évolution ; ce qui pose la difficile question de sa reconnaissance sociale, et de sa possible contestation (aussi bien de la part d'usagers que

par d'autres professions, plus instituées compte tenu de la sédimentation de leur connaissances théoriques ou techniques². Comment le travailleur-pair peut-il se voir reconnu et se percevoir lui-même comme « légitime », si sa professionnalité et son rétablissement restent toujours soumis au regard d'une communauté de professionnels du soin et/ou de pairs, qui ne partagent pas nécessairement son expérience subjective ?

I. A/ D'« accueillant » à « MSP » : la « naturelle » pair-aidance dans l'intervention en toxicomanie

Du point de vue historique, la pair-aidance doit son origine aux groupes de *self-care* et d'auto-support pour usagers dépendants à l'alcool, dans l'Amérique du Nord du siècle dernier (Troisoeufs, 2020 : 30). Ce sont vraisemblablement les Alcooliques Anonymes (créés en 1934) qui sont à l'origine de l'idée que les échanges informels entre personnes vivant la même problématique et la même stigmatisation pouvaient être parfois plus efficaces que les thérapies officielles. Ils proposent par ailleurs un véritable modèle d'organisation, qui va pouvoir s'étendre aux usagers de drogues (création de Narcotiques Anonymes en 1952), et aux personnes atteintes du sida dans les années 1980 (Jouet *et al.*, 2010 : 17). Le domaine de l'addictologie présente donc une double particularité en ce qui concerne les savoirs expérientiels. Car le modèle de participation proposé dans les services n'est pas issu de la perspective prophylactique de réduire les risques chez les populations vulnérables, mais de formes de sociabilités qui précèdent le modèle intégrationniste étatique (Godrie, 2021). De plus, l'accompagnement des usagers dans les unités destinées à la « sortie » de la dépendance est, *depuis ses origines*, pensé et pratiqué dans la coexistence de travailleurs professionnels et de travailleurs dont l'expertise se fonde sur leur expérience d'usage de drogue, et des problématiques qui y peuvent être corrélées.

Dès la fin des années 1940, à *Pioneer House* et *Hazelden*, au Minnesota ; puis à *Synanon* en Californie, et à *Daytop Village* à New York dans les années 1960, d'anciens usagers, appelés *counsellors* sont intégrés à l'équipe thérapeutique³. Le modèle des Communautés Thérapeutiques inclut déjà ainsi, professionnellement, d'anciens "pratiquants" devenus abstinents de l'usage de drogue. Si ce n'est qu'à la fin des années 1980 qu'on parlera en France de la nécessaire « reprofessionnalisation » des usagers sortants (Bourgeois *et al.*, 1987), c'est sans doute que les anciennes formes statutaires hybrides de ces personnes, intégrées dans certaines équipes pour leur « expérience », ne suffisaient plus pour « reconnaître » à ces travailleurs l'expertise professionnelle qui est considérée la leur aujourd'hui. Le contexte de l'épidémie du VIH y est également pour beaucoup. L'association ASUD, née en 1992 grâce à l'appui de l'AFLS (Agence Française de Lutte contre le Sida), est créée dans l'urgence de l'époque et devient rapidement la première association française d'usagers ou ex-usagers de drogues. Durant ces années, « des associations emploient des patients en tant qu'animateur de prévention, mais sans nécessairement qu'ils fassent part de leur propre expérience » (Sizaret,

² Comme en témoigne l'article du Monde du 25/04/2017 : [Psychiatrie : La gêne du corps médical face aux « pairs aidants » \(lemonde.fr\)](https://www.lemonde.fr/psychiatrie/article/2017/04/25/psychiatrie-la-gene-du-corps-medical-face-aux-pairs-aidants_5077112_1851.html)

³ En lisant l'ouvrage de Van der Straten (2008), on aura un aperçu des différents styles institutionnels et de la variation qui s'effectuaient déjà à l'époque entre le modèle américain des CT, plus « communautaire », et les CT européennes (partant des britanniques et hollandaises), misant plus sur une individualisation des parcours.

2019 : 7) – ce qui sera le cas, sans doute, dans le parcours de Ahmed (que nous analyserons plus loin). À la fin de la crise néanmoins, il sera beaucoup plus difficile de faire taire les revendications nourries durant cette période de politisation active des usagers.

Puis, au début des années 2000, c'est via le domaine plus étendu de la santé mentale et du handicap que la pair-aidance reprend le devant de la scène notamment avec les premières tentatives de promotion de pair-aidants salariés dans l'équipe du MARSS à Marseille en 2007 (intégration de travailleurs pairs depuis 2005, puis salarisation), les expérimentations du programme *Un Chez Soi d'Abord* avec l'apparition des « médiateurs en santé mentale » (Girard, 2010) sur le thème de l'accès au logement, et enfin le Programme Médiateurs de Santé Pairs (2012), doté d'un programme conjoint de recherche (Sizaret, *ibidem.*). On voit ainsi comment le contexte de l'affirmation conjointe des concepts d'auto-support (AA/NA) et d'*empowerment* (crise du sida et évolution de la santé mentale) crée les conditions d'un renouvellement des catégories professionnelles alors qu'on trouvait encore il y a peu, dissimulés dans les équipes, quelques anciens usagers devenus professionnels au sein du médico-social. Jusqu'à il y a peu, les anciens usagers travaillant dans ce secteur devaient ainsi nécessairement en passer par la conversion de leurs savoirs expérientiels en savoirs techniques spécifiques, pour se voir reconnaître un statut professionnel correspondant minimalement à leur expérience et à leur apport⁴.

D'où la nécessité d'investiguer dans le domaine de l'addictologie, sur une des appellations particulières qui s'est implantée durant la dernière décennies, pour définir la participation et la dynamique d'intervention associée à la figure du travailleur embauché pour ses savoirs expérientiels dans le champ de l'addictologie : le médiateur de santé-pair (on trouve aussi « médiateur-santé-pair »). Car le statut de médiateur de santé-pair, contrairement aux fonctions analogues de « patient intervenant » (PI) ou de « patient-expert », renvoie désormais de façon claire à un emploi, et souligne ce processus d'une « éventuelle institutionnalisation » de ce nouveau « métier de "pair aidant" » (Demailly, 2014 : §7). Ce qui témoigne d'un processus ample de pathologisation/médicalisation de la question des drogues, que nous avons esquissé en introduction – comme en témoigne d'ailleurs le fait qu'ASUD soit également devenue en 2001 l'association des *patients pris en charge pour des questions relatives à leur usage de drogues ou leur toxicomanie* (ASUD, 2020). Cette évolution demeure sans doute positive, du point de vue d'une vision progressiste de politiques publiques en matière de santé – car cela témoigne d'une dynamique de plus grande représentativité des usagers et de leurs droits au sein des services hospitaliers. Mais cela participe également à écraser les revendications politiques possibles de ces groupes d'intérêts sous le parcours modèle qu'on leur propose, de la consommation à la sortie *via* l'addictologie. La participation étant devenue le principal outil au service des pratiques d'intervention de l'addictologie, l'usager de drogue est censé devenir « un important partenaire, voire l'acteur principal, de toute action préventive » (Quirion, Bellerose, 2007 : 33). Elle participe selon ces deux auteurs au passage d'une régulation providentialiste à une régulation néolibérale de l'usage des drogues, qui s'accompagne d'une transformation de l'*empowerment*, qui n'est plus tant communautaire qu'individuel et thérapeutique, et devient un rouage du processus de responsabilisation :

⁴ Aussi bien à un niveau théorique – par exemple, ce n'est qu'en 2008 que se voit déposée en France une demande d'habilitation d'un master fondé sur la reconnaissance des acquis de l'expérience de la maladie (par Catherine Tourette-Turgis, à l'Université de Rouen) – que pratique, en termes de reconnaissance professionnelle et d'évaluation des compétences.

Ce qui marque [...] un important virage dans ce champ, c'est le fait de considérer désormais l'*empowerment* comme un processus qui, au-delà de sa finalité d'autonomisation, contribue dans le cadre même de l'intervention à *responsabiliser le client par rapport à sa propre démarche clinique*. On ne se limite plus simplement à viser une plus grande autonomie comme objectif clinique ; on s'assure désormais que le client devienne le principal agent de la démarche thérapeutique. [...] Le déroulement de l'activité thérapeutique est dès lors considéré comme une opportunité nouvelle, pour le client en processus de soins, d'assumer lui-même sa prise en charge.

Ce passage de l'*empowerment* comme finalité à l'*empowerment* comme processus vient alors *modifier de façon significative la nature même du rapport entre l'intervenant et le bénéficiaire* et, par extension, le rapport entre les citoyens et les institutions de régulation sociale. (Quirion, Bellerose, 2007 : 41)

Si la visée est désormais pour tout usager de s'encapaciter pour assumer soi-même sa prise en charge, la communauté de pairs devient caduque, simple auxiliaire ou même comparaison superflue dans un processus qui ne vise qu'à l'optimisation de sa gestion et de ses choix. Le pair-aidant lui-même est un exemple parmi d'autres de démarche individuelle et du succès obtenu grâce à la responsabilisation, et comme tel, il ne doit plus constituer un modèle sinon, comme les autres intervenants, *un outil* – au service de l'autonomisation de chacun des individus qui viennent le consulter. Il n'est qu'un accompagnant, « un simple conseiller, l'utilisateur demeurant le seul maître de ses choix et de ses actions en matière de traitement et de prévention » (*ibid.* : 42). Cet évidement de l'*empowerment* communautaire au profit d'une vision de la sociabilité comme instrument thérapeutique d'autonomisation parmi d'autres, rend compte d'une néolibéralisation de la santé mentale qui dépasse le contexte économique et pénètre la *culture* des milieux du soin et de l'auto-support.

Sur le terrain des professions, la valorisation économique du lien social que constitue la pair-aidance rend compte par ailleurs d'un basculement (plus insolite en France que dans d'autres pays) de la logique de la qualification au profit de la logique des compétences. Isabelle Astier a approfondi la question, en montrant d'une part comment les médiateurs sociaux sont incités à mettre en valeur des compétences parfois aux antipodes les unes des autres, selon le contexte où ils doivent les mobiliser : ils doivent ainsi privilégier le travail en équipe, la sensibilité envers autrui et les « compétences douces » associées à l'écoute et à la coopération ; mais ils doivent parfois à l'inverse engager leur personnalité et savoir s'imposer à leurs publics. *L'improvisation* qu'on leur propose est en réalité une adaptation à un éco-milieu dont les limites ne sont pas tracées mais dont il faut percevoir la « limite endogène » (Astier, 2017 : 100). Ses travaux successifs ont montré d'autre part comment l'absence de qualification (dans certains métiers comme auxiliaire de vie) devait se voir compensée par le fait de mettre en relief les compétences *acquises* « sur le tas » et les savoir-faire ou qualités personnelles invisibles – notamment via le dispositif de certification de la VAE (Astier, 2008 : 53).

Il nous semble de fait que le passage du vieux modèle des *peer support workers* (« accueillants » ou « *counsellors* » selon les orientations institutionnelles en France dans les années 1970) à une forme institutionnalisée d'emploi salarié qui fait intervenir la « médiation » comme modalité privilégiée d'intervention du travailleur-pair, se révèle particulièrement important à interroger. Comme le souligne l'article de Christian Laval et Eve Gardien (2020), accompagner ses pairs n'a jamais été une véritable activité de *médiation* (le médiateur étant défini comme opérant une transaction voire une pacification entre deux milieux auxquels il n'appartient pas), et l'appellation de médiateur-santé-pair « peut ressembler à un coup de force ou à un dévoiement du travail pair » (Laval, Gardien, 2020 : 191). Cela participe selon nous entre autres à démontrer que l'addictologie s'institutionnalise comme une des branches spécialisées de la santé mentale, puisque son champ est obligé de s'homogénéiser avec les

prises en œuvre parallèles concernant l'intégration progressive de médiateurs de santé-pairs, ou MSP, dans le paysage de la psychiatrie. Il est évident en outre que, compte tenu de la particularité du milieu de l'addictologie (univers à cheval entre le sanitaire, le médico-social associatif et d'autres secteurs encore), on tolère de la part des structures des usages et des intégrations différentielles de la figure du MSP. Même si celle-ci, dans le contexte actuel semble pour ainsi dire « à la fois désirée et crainte par des institutions "compréhensives" et opportunistes. Le pair est craint tandis que le médiateur est désiré » (Laval, Gardien : *ibidem*).

Si le terme même de MSP fut initialement employé au sein du programme *Un chez soi d'abord*, « dans une tentative d'inclusion d'une figure tierce dans une relation médecins / patients jugée trop inégalitaire » (Sizaret, 2019 : 8), je ne l'ai rencontré pour ma part en quatre ans de terrain qu'au sein de l'association dont fait partie Métanoïa, et à travers l'identification à ces nouvelles fonctions de médiateur des deux professionnels successifs embauchés par le CTR depuis 2014.

Pour la littérature concernant le terme, nous aurons d'abord besoin de passer outre-mer. Au Québec, la figure du médiateur de santé-pair est globalement plus reconnue qu'en France, et une définition plus précise de ces fonctions a pu être donnée par le programme *Pairs Aidants Réseau* : « un membre du personnel qui, dans le cadre de son travail, divulgue qu'il vit ou qu'il a connu une période de trouble psychique. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement, ou de son savoir expérientiel, a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information auprès de personnes qui vivent des situations similaires à celles qu'il a vécues. » (Pair Aidants Réseau, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale⁵).

En France, la constitution de la fiche de poste du médiateur santé-pair est née directement à la suite d'un programme de recherche qui visait à mettre en application cette formalisation d'une formation et d'un emploi spécifique. Les travaux fondateurs opérés par l'équipe de recherche constituée en 2014 sous la direction scientifique de Lise Demailly ont contribué à apporter une première pierre à l'identification de ce qui s'apparente aujourd'hui à un « nouveau métier » dans le champ spécifique de la santé mentale⁶. Dirigé par le CCOMS (Centre collaborateur OMS France pour la santé mentale), le programme consistait en une « tentative volontariste », *top down* et expérimentale de « créer une nouvelle profession » (Demailly, 2014). Quinze établissements et leurs services de psychiatrie publique participèrent à ce projet pilote destiné à la formation et à l'embauche d'ex-usagers de la psychiatrie (ayant eu ou ayant encore des troubles psychiques).

En tant que telles, les missions du MSP diffèrent peu de celle du pair-aidant ou du patient-partenaire. Envisagé comme professionnel intégré à des équipes pluridisciplinaires, le médiateur-santé-pair utilise ses connaissances et son expérience personnelle pour accompagner et orienter l'utilisateur dans son rétablissement et le recouvrement de sa santé. Ses missions sont donc résumées comme suit :

- favoriser l'accès aux soins
- participer à l'accompagnement des usagers dans les démarches d'accès aux droits sociaux, le développement d'habiletés sociales dans la communauté ou encore les activités favorisant l'insertion sociale
- apporter un soutien relationnel

⁵ Référence en ligne à cette adresse : <https://aqrp-sm.org/>

⁶ Rapport final consultable ici : [Microsoft Word - RapportFinal MSP Clerse DEF.doc \(cnsa.fr\)](#). Sur le CCOMS, on peut consulter : [Le CCOMS | Établissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole \(epsm-lille-metropole.fr\)](#)

- participer avec les équipes soignantes à l'éducation thérapeutique. (Sizaret, 2019 : 11)

En 2019, le document fourni par le ministère de la Santé concernant le Programme du CCOMS rendait compte en annexe d’une fiche de poste dépliant ces mêmes compétences exigibles dans le recrutement d’un médiateur-santé-pair. L’annexe 2 quant à elle, reportait les différents médiateurs santé-pairs embauchés pour le moment en France (comptabilisant 47 personnes embauchées au total, sur l’ensemble du territoire métropolitain et outre-mer)⁷.

La formation qui venait de voir le jour en 2011 à Paris-8, au début du projet, faisait intervenir une division entre 8 semaines de cours et 36 semaines de stage, préalables à l'embauche dans ces mêmes services hospitaliers de personnes rétablies ou en rétablissement (en tant qu'« adjoints administratifs », catégorie C de la fonction publique). Elle devait permettre aussi l'obtention d'un diplôme universitaire (DU) de « Médiateur de santé / pair ». Mais en 2018 le CCOMS fait le choix d'une collaboration avec l'université Bobigny-Paris 13 pour envisager une *licence* à la place du diplôme universitaire précédent, dans la volonté d'augmenter l'inclusion sociale des participants et la reconnaissance de leur formation. Le manque de reconnaissance du DU de MSP (qui donnait l'équivalent d'un bac+2 mais ne permettait pas par exemple l'accès à un quelconque master) marque en effet l'échec d'une institutionnalisation professionnelle via la *qualification* (Demailly, 2014 : §27-28), puisque ce diplôme ne permet pas de bénéficier de meilleures conditions d'emploi, et qu'en outre d'autres pair-aidants étaient déjà en poste sans cette formation et ce titre. Le parcours de Youri, embauché à Métanoïa en 2014, en témoigne, lorsqu'il relate le flou statutaire dans lequel il a commencé à exercer son métier :

S.R – Ok, donc je lance l’enregistrement, avec Youri, « médiateur-santé-pair », mais qui me dit « mais ca ne veut rien dire. »

Youri – [souriant] Bah non. Parce que médiateur-santé-pair, c'est une licence. Qui est à la fac de Bobigny. Qui était avant à la fac à Paris 8, maintenant c'est passé à Paris 13...mais c'est une licence. Il y avait la licence des *médiateurs de santé*⁸ – et ensuite ils ont rajouté une espèce d'extension, si j'ai bien compris, et c'est médiateur de santé-*pair*. Donc en fait moi j'ai pas du tout cette formation, j'ai pas du tout cette licence, donc je devrais pas m'appeler comme ça. Mais on a piqué un petit peu le terme, et en plus il y a *Un chez soi d'abord*, c'est comme ça aussi qu'ils appellent leurs pair-aidants. Mais le terme un peu générique qui va être utilisé en fait, c'est pair-aidant...Mais comme tout le monde fait n'importe quoi avec la pair-aidance, on peut aussi se piquer des trucs et c'est pas très grave tout ça, puisque de toute façon, ça n'a aucune incidence... [0 :50]

Entretien avec Youri – MSP (Métanoïa) – 28/04/22

Youri rend compte ici du flou régnant entre la formation qualifiée attendue des médiateurs-santé-pair ou des pairs-aidants, et la réalité des procédures d'embauche, qui passent le plus régulièrement par la cooptation d'un ancien usager, duquel la bonne relation entretenue avec la structure d'accueil ou encore avec un professionnel qui suggère cette orientation mène parfois directement à un parcours de professionnalisation. Comme chez les patientes-partenaires interrogées par Marie Delaunay (2024), c'est souvent à travers le vocable de la « *rencontre* » marquante avec un médecin, ou une autre professionnelle de soins, que les

⁷ Je renvoie ici au document fourni par le Ministère de la Santé [en ligne] [UPDATE PROGRAMME MSP 2019 \(sante.gouv.fr\)](https://sante.gouv.fr) – consulté le 30/01/2024.

⁸ Je rappelle qu'en ce qui concerne les entretiens enregistrés, je souligne en italique les expressions ou mots sur lesquels mes interlocuteurs marquent une insistance tonale, alors que je souligne d'un trait les éléments que j'aimerais pour ma part relever comme important dans leur discours.

nouveaux travailleurs-pairs s'expliquent leur parcours de *reconversion professionnelle*. Ce sont Emmanuel et Mattéa, l'ancienne direction de Métanoïa, qui convainc Youri de faire ce parcours. C'est la rencontre avec un des seconds d'Olievenstein, qui le fait directement entrer dans sa nouvelle structure d'accompagnement en banlieue sud, que Ahmed devient successivement « accueillant » puis éducateur spécialisé à la fin des années 1990. C'est la rencontre avec le psychiatre Mortin enfin, qui fait que Nono s'oriente vers le travail dans le médico-social. Par ailleurs, ce qui se voit valorisé par les professionnels qui leur font face, ce sont les *qualités personnelles* ou *caractérielles* dont ils font preuve, si ces dernières peuvent être envisagées comme des traits convertibles en compétences professionnelles. Ils ont ainsi rejoint le monde du travail-pair, sans nécessairement (comme Youri ou Ahmed) avoir eu de prédécesseurs ou de figures faisant fonction de pair-aidant pour les aiguiller sur ce chemin.

I. B/ Médiateur-santé-pair, est-ce une nouvelle profession ?

Le flou relatif qui entoure encore le statut de médiateur de santé-pair aujourd'hui est rendu patent par les divers témoignages que nous avons collectés. Ceux-ci ont par ailleurs tous en commun de faire le récit d'un parcours de professionnalisation soumis aux aléas de la chance mais aussi d'une démarche profondément individuelle, ce qui nous pousse à la question suivante : est-ce que ces travailleurs-pairs peuvent être considérés comme faisant partie d'un groupe professionnel autonome ?

Pour y répondre, nous devons rappeler ici les conclusions essentielles tirées par Lise Demailly dans son travail sur la création des MSP en France. Dans son article de 2014, elle reprend les thèses néo-wébériennes et interactionnistes nord-américaines pour redire que l'émergence d'un groupe professionnel ne peut se faire sans une reconnaissance sociale et administrative au sein d'un univers d'« écologies liées » (Abbott, 2003). Il faut d'une part que des personnes se professionnalisent individuellement et reçoivent un faisceau de tâches spécifiques et identifiables (qu'on leur confère un « mandat » pour reprendre Everett Hughes), mais aussi qu'on leur confère des propriétés spécifiques pour être légitimes à effectuer ces tâches (la « licence » chez Hughes –1997), et enfin qu'on les compense matériellement pour ce qu'ils font. Ce que Demailly nomme le *triangle mandat-propriétés-reconnaissance* est radicalement ce « qui caractérise l'échange social autour du travail » et permet de définir la professionnalité d'un groupe, en tant que « *groupe spécialisé reconnu* ». Mais il faut d'autre part que le groupe soit constitué en « *acteur collectif* », capable d'une autonomie et d'une solidarité groupale, ou du moins au sein duquel puisse se discerner quelque chose comme une identité collective liée aux compétences professionnelles, ou permettant de tracer une frontière entre un « nous » et un « eux ». L. Demailly insiste donc sur le fait que :

Les deux critères (groupe spécialisé reconnu et acteur collectif) sont tous deux nécessaires à l'émergence d'un groupe professionnel. L'absence d'un de ces deux critères montre une construction incomplète de la profession, « professionnalisation inachevée » (Aballéa, 2005) ou « dormante » (Divay, 2012). (Demailly, 2014 : §14)⁹

⁹ Si François Aballéa (2005) utilise ce terme d'*inachevée* pour caractériser le processus manqué ou inabouti des assistantes maternelles, c'est pour rappeler que leur métier ne se voit pas reconnu – compte tenu des normes de genre qui attribuent encore, selon un préjugé naturalisant, la garde des enfants aux femmes. Sophie Divay (2012) en revanche, souligne que la faible institutionnalisation de la profession des médiateurs sociaux est principalement

Malheureusement, ces deux critères n'ont pu être réunis pour les MSP, et nous voudrions analyser à ce stade certains des facteurs qui continuent de rendre cette professionnalisation incomplète – en répondant à ces deux interrogations : pourquoi les MSP ne parviennent pas à se voir déclarés comme un groupe spécialisé reconnu ? Et pourquoi les MSP ne constituent-ils pas un « acteur collectif » ?

Pour répondre à la première question, il faut comprendre, à la suite des travaux sociologiques précédemment cités, la résistance d'un milieu professionnel et d'un contexte social et culturel. L'institutionnalisation du métier de MSP rencontre d'abord les résistances des autres professions voisines, qui craignent de se voir partiellement dépossédées de leurs prérogatives et de leurs tâches spécifiques par cette catégorie professionnelle émergente. Les réticences se situent surtout du côté des éducateurs et éducatrices spécialisées et des infirmiers et infirmières – comme le rappelle Demailly mais aussi d'autres recherches (Sarradon-Eck *et al.*, 2012 : 194). Émilie Charlier et Lolita Sandron résument et distinguent cinq types de réticences : mise en concurrence, crainte de la rechute du pair, conflits d'intérêts, risque de déqualification du travail social, ou radicale remise en cause de la fonction des pairs-aidants (Charlier, Sandron, 2018 : 74). De ce que j'ai observé pour ma part, les médecins (et dans une moindre mesure, les psychologues) travaillant dans ces équipes pluridisciplinaires se sentent souvent moins menacés, du fait de leur supériorité hiérarchique incontestée dans la plupart des structures médico-sociales contemporaines. Néanmoins ils marquent parfois leur scepticisme vis-à-vis de ces reconfigurations professionnelles, qui témoigne des tensions que viendrait générer la dissolution de la barrière experts/profanes au sein du champ de la santé mentale. Les difficultés d'affirmation des pair-aidants dans les équipes, et la lente légitimation de leur « professionnalité », s'expliquent par ces ambivalences de l'accueil d'une nouvelle profession au sein des collectifs soignants.

Car la licence et le mandat conférés aux pair-aidants vient empiéter sur la dichotomie culturelle historiquement instituée entre le domaine de la maladie et de la souffrance et celui de la santé ou de la guérison. Il peut être fécond d'analyser sur ce point ce qui se produit à un niveau représentationnel et symbolique. Si le professionnel peut être un passeur entre ces mondes, l'intervention professionnelle soignante en Occident s'est constituée en donnant un sens et en orientant dans un univers de sens univoque et légitimé par le savoir technique les réponses que les humains se donnent aux questions qu'ils se posent sur leur santé. Tout professionnel du soin a d'une certaine manière abandonné « sa culture antérieure, qui relevait d'une conception "laïque" des problèmes dont il prend professionnellement la charge », pour rejoindre ses nouvelles fonctions, auréolées en miroir d'un certain caractère « sacré » (Saliba, 1994 : 66). Les pair-aidants, surtout en santé mentale (en opposition à certaines pathologies où on fait également intervenir des patients-partenaires, comme le cancer par exemple, où dans certains cas on pourrait se considérer « guéri »), semblent ne pas faire ce pas – de l'abandon de la culture antérieure –, tout en le franchissant. Ils sont de « l'autre côté de la clôture » (Godrie, 2015) – ou alors ils appartiennent tantôt à l'un, tantôt à l'autre monde. De fait, leur « double appartenance à des parties ne partageant pas toujours les mêmes perspectives et les mêmes intérêts » les place à l'interface des dissensus et des stratégies contradictoires qu'on rencontre dans les services de santé contemporain (Laval, Gardien, 2020 : 189).

due au fait qu'ils n'ont pas de clients ou de public de référence. Bien que ces deux motifs d'explication ne concernent pas les MSP (reconnaissance d'une expertise et de destinataires spécifiques à ce métier), nous trouvons ces deux épithètes particulièrement fécondes pour désigner l'institutionnalisation partielle de leur profession. Nous ne trancherons pas ici sur le fait de savoir si elle est (définitivement) « inachevée », ou encore seulement « dormante ».

D'une part, les « clients » des soins, exclus de l'univers des experts, sont selon Hughes beaucoup plus disposés à donner crédit aux jugements et aux propos qui sont formulés par les « pairs » ou entre « pairs » (Saliba, *art. cité* : 66). Si le professionnel disposait classiquement de la licence et du mandat qui le légitiment à orienter l'accompagnement, la démocratie sanitaire contemporaine est le lieu d'un renversement des valeurs qui fait de l'usager le décideur et du professionnel le prestataire voire l'instrument de la réalisation de la volonté de l'usager. Or, la licence et le mandat qu'on accorde à certains anciens usagers sont au service d'une nouvelle forme de légitimation – qui reçoit les avantages des deux positions dans l'interaction. Sans aller jusqu'à dire que les places se sont totalement inversées, ce sont aujourd'hui parfois les anciens professionnels, non-initiés au monde du savoir expérientiel, qui se sentent exclus d'un univers auquel ils doivent demander droit de parole. Mais en même temps, cela se produit dans un territoire *encore sous la domination du savoir-pouvoir médical* ; donc la communauté de « pairs » ne peut s'établir uniquement autour de l'appartenance à un même groupe statutaire : elle doit se faire également autour d'une approche idéologique du problème considéré. Ce qui permet de nouer notre première interrogation avec la seconde, à savoir, pourquoi les travailleurs-pairs ne parviennent pas à se sédimenter en un « acteur collectif » capable de les représenter sous un même signifiant ?

Ce qu'enseigne l'interactionnisme américain, et ce dès les apports de la sociologie empiriste de Hughes (Chapoulie, 1997), c'est qu'une profession et son univers de significations se constituent toujours à partir d'un groupe de pairs. Ces pairs peuvent avoir une origine sociale différente, mais leur groupe devient « l'agent principal de l'intériorisation des normes, résultat d'une longue socialisation technique et morale », qu'ils vivent souvent ensemble (on pense évidemment ici aux médecins) (Saliba, 1994 : 62). La profession se renforce de cette vie associative, *communautaire*, dont les membres partagent les rituels et les valeurs. En cela, on voit clairement comment les CT ont pu instituer que les usagers « rétablis » mais qui désiraient rester avaient devant eux la perspective de pouvoir traduire leur désir de contre-don envers la communauté dans un nouvel « idéal de service » (Goode, 1957 – cité par Saliba, *ibid.*). Les membres « professionnels » de ces groupes communautaires pouvaient donc disposer d'un monopole d'intervention et d'un prestige important au sein de cette structure, tout en n'étant absolument pas doté d'un statut professionnel transposable ailleurs. On a donc promu la professionnalisation des usagers « sortis » de la dépendance depuis les débuts de l'intervention en toxicomanie – simplement, ces usagers-professionnels devaient *rester* au sein de la structure protégée qui les avait parallèlement « soignés » et formés – dans une espèce d'îlot communautaire séparé du reste du monde. Cela peut évoquer le dilemme des « déclassé-es immobiles » dans le cadre des mutations du travail dans le milieu socio-sanitaire (Sarzier, 2020), mais cette ségrégation rappelle également les impasses du travail en ESAT ou autres structures embauchant des personnes handicapées. Le travail de C. Dargère souligne ainsi que les jeunes qui sortent d'IMPro sont souvent destinés à intégrer « en toute logique le milieu du travail protégé », et y restent souvent jusqu'à la retraite – le taux de sortie vers le milieu ordinaire n'ayant cessé de se dégrader depuis les années 1970 (de 10% à 1%)¹⁰ :

Il n'est pas possible, ou très simple de quitter le milieu de travail protégé quand on y entre. Ce mécanisme s'inscrit dans une logique qui va à l'encontre de la fonction théorique de refuge, de sas, qui devrait permettre aux individus en difficulté de se reprendre, de se positionner dans leur vie en bénéficiant de l'effet tremplin du travail protégé. Mais il s'avère que ce levier est devenu mythique

¹⁰ Chiffres provenant de l'ouvrage de Nicole Diederich, *Les naufragés de l'intelligence*, La Découverte, 2004, p. 142 – cité par Dargère, 2014 : 23

depuis fort longtemps [...] L'accès à la « vraie vie » que constitue le monde ordinaire est verrouillé car il y a les exigences de la modernité et l'emprise institutionnelle qui s'inscrivent en réaction à cet état de fait. Afin de subsister, celle-ci doit donc entretenir un cycle pour maintenir usagers et professionnels en son sein. (Dargère, 2014 : 23)

Mais il ne s'agit pas de devenir un simple travailleur, en devenant MSP, mais bien d'intégrer l'équipe de professionnels de la structure d'accueil. Le marché implicite sur lequel reposait cette conversion de l'usager en professionnel de l'établissement qui l'avait accueilli ne se jouait auparavant que dans des structures de type CT – qui croyaient dans les effets de cette identification à une figure hybride d'ancien usager devenu entrepreneur de morale. Ce qui se joue de nos jours, c'est en revanche l'extension d'un modèle thérapeutique (le rétablissement) où la reprise d'un travail salarié a sa place, mais pas nécessairement au sein de la structure de soins dont on est sortis. En vérité, c'est le passage d'usagers bénéficiaires de soins à professionnels du soin qui demeure problématique. Si la « responsabilité et [l']auto-contrôle sont la contrepartie de l'autonomie et de l'autorité concédées par la société aux professionnels et à leurs institutions » (Saliba, *ibid.* : 62), les *usagers devenus professionnels* ont bien du mal à réunir collectivement ces quatre éléments complémentaires. Car s'ils veulent devenir professionnels, il est manifeste qu'ils doivent devenir les principaux acteurs de leur responsabilisation et de leur gestion de soi. En revanche, il semble que les milieux du médico-social soient beaucoup plus réticents à leur conférer une parfaite autonomie professionnelle et l'autorité qui devrait en être le bénéfice conjoint (toujours au nom de leur situation *liminaire*, dont on parlait plus tôt).

Le problème fondamental, dans la « professionnalisation inachevée » des MSP (pour reprendre l'expression d'Aballéa, 2005), semble provenir dans leur cas spécifique de la dynamique *top down* propulsée dans les années 2010. Ce processus devait opérer une dynamique de professionnalisation en utilisant les savoirs expérientiels au service de la fonction publique, mais selon un modèle somme toute intégrationniste voir « extractiviste » (Godrie, 2021). Cette dynamique n'a absolument pas tenu compte de l'écologie antérieure dans laquelle les savoirs expérientiels pouvaient se déployer (les actions des groupes d'intérêts d'usagers, les groupes d'entraide, la solidarité déjà (parfois) existante entre usagers de drogue, *etc.*). Il est probable de ce fait que les politiques publiques et que certaines dynamiques de recherches participatives aient entravé l'autonomisation en tant qu'acteur collectif des personnes concernées – en voulant l'accélérer, elles ont plutôt contribué à créer des scissions dont l'individualisation radicale des parcours professionnels semble aujourd'hui un corrélat.

L'autre problème, qui a contribué à l'absence d'une constitution en « acteur collectif » de ces travailleurs-pairs, c'est leur trop grande dissemblance, et l'absence d'institutionnalisation conjointe d'une instance de contrôle *interne*, que devrait constituer le contrôle par les confrères décrit par Eliot Freidson au sein de la profession médicale (Freidson, 1984 ; Dodier, Darbon, 1985). En vérité, les usagers de drogue et d'alcool ont toujours disposé de mécanismes informels de régulation par les pairs – ceux mis en place au sein des Anonymes, qui reposent fondamentalement sur le mécanisme de l'« *inner fraternity* » qu'Oswald Hall a observé dans le contexte de la profession médicale (Hall, 1946, 1948). Les mécanismes repérés en groupes NA, ou dans le programme Minnesota que j'ai pu observer, correspondent à cette même logique : les membres « établis » ont acquis un pouvoir charismatique « naturel », et on accepte donc qu'ils interviennent activement dans l'orientation des nouveaux venus. Des mécanismes de parrainage (*sponsorship*) obligent les

plus jeunes à fournir des services aux plus anciens, ce qui permet de garantir une hiérarchie et une organisation claire à l'ensemble du groupe – et de maintenir sa stabilité. Hall montre bien comment l'« *inner fraternity* » repose toujours sur un noyau de spécialistes bien en place qui dominent les postes et constituent un « groupe primaire » (*primary group*) qui peut parfois prendre les caractéristiques d'une société secrète¹¹. Mais au sein de la CT, cette « fraternité » déclarée est indexée à une autre forme de contrôle, celle du groupe-professionnel sur le groupe des usagers, car la visée est désormais autre que celle du maintien des résidents dans la CT – avec aux mieux une professionnalisation en interne comme dans les années 1970-1980, mais dans la majeure partie des cas, la recherche d'un emploi en milieu ordinaire, *au-dehors*.

On pourrait rajouter en outre que, s'il existe bien certains mécanismes de régulation interne par les pairs dans le cadre des milieux protégés (figures charismatiques que sont les « parrains » et « marraines » dans les groupes d'auto-support, ou les figures ambivalentes des *counsellors* à la CT), ces mécanismes sont toujours créés localement. Au-delà de la structuration de l'acteur collectif que seraient *les usagers de drogues*, fréquentant ou non l'addictologie¹² – il n'y a pas eu jusqu'à aujourd'hui de tentative de création d'une instance de contrôle et de légitimation des professionnels qui sortiraient de cet univers, pour travailler en milieu ordinaire. La création de ces instances de définition et de régulation de la profession doit venir (et vient déjà en partie) des MSP eux-mêmes, comme en témoigne Youri, qui depuis quelques années participe à un collectif de pair-aidants :

Youri – C'est pour ça que j'ai créé – on l'a créé à plusieurs, mais c'est moi qui gère le truc – ce collectif de pair-aidants. J'ai besoin de gens qui me comprennent et qui sont dans le même parcours... qui font ça aussi. Et donc c'est un besoin de reconnaissance, au sens de *se reconnaître* – de savoir qui fait quoi, ou, comment. [...]

Parce que si je suis tout seul et que je suis dans l'équipe, c'est une chose ; mais si je vais à l'extérieur, et que je veux – j'allais dire « propager »... je sais pas parce que « propager » c'est pas le bon terme, mais... *promouvoir*, voilà – si je veux promouvoir la pair-aidance, j'ai quand même besoin d'avoir des critères, pour expliquer aux autres ce que c'est, et sur quoi on s'appuie. Par exemple si quelqu'un veut embaucher un pair-aidant, et que moi je viens les aider un petit peu à réfléchir à... bah faut bien que je leur amène des critères, des façons de voir les choses, et donc je suis obligé un petit peu de... de *figer* un peu les choses. [...] Donc j'ai besoin des autres pairs-aidants, j'ai besoin des professionnels qui ont travaillé avec des pairs-aidants, de leur expérience, de leur regard, parce que ça permet d'identifier une espèce de figure du « pair-aidant » un peu idéale – vraiment je le dis entre guillemets, parce qu'il y a pas de pair-aidant idéal, comme il y a pas de soignant idéal – mais, de ce qu'on pourrait... de ce que moi en tous cas je pourrais attendre d'un pair-aidant. [...]

C'est un idéal dans l'accompagnement... [...] Mais effectivement, on pourrait l'élargir à d'autres accompagnants, c'est pas que les pairs-aidants. Mais là, on est sur cette spécificité : quelqu'un qui a traversé une difficulté, et qui s'en est sorti ou qui a pris du recul et de la distance par rapport à ça – et qui peut en témoigner. Donc il y a quand même une spécificité : un psychologue, un médecin, a pas forcément *traversé* – et heureusement d'ailleurs : si tous les cancérologues devaient avoir le cancer pour

¹¹ Les mots de Hall sont ceux-ci : “*The name [inner fraternity] connotes that the group has some of the characteristics of the secret society, some of the features of the primary group, and that the relationships are closer and more inclusive than those of sheer colleagues.*” (1946 : 32). Il décrit ensuite comment le parrainage mis en place par cette confraternité est un processus double, facilitant les conditions d'exercices des initiés, et reléguant à l'inverse les non-acceptés.

¹² Car il y a une « communauté » d'usagers et d'ex-usagers dans le monde associatif, qui prend par exemple la parole via des revues comme le *Journal d'ASUD* ou *SWAPS* (qui fêtait ses vingt-cinq ans en 2021) ou des sites de partage d'information comme Psychotropes (<https://psychotropes.fr>). Il faut sans doute préciser que tant que les drogues seront criminalisées, et l'usage de drogues passible de poursuites pénales, la structuration des usagers et/ou ex-usagers en acteur collectif reste sensiblement complexe.

traiter les cancéreux... on s'en sortirait pas. Mais là vraiment il y a cette figure-là : de quelqu'un qui a parcouru ce chemin, et qui revient... C'est pas forcément un guide... Mais quand même il a cette spécificité d'avoir fait un parcours, et de pouvoir revenir dessus. [minutes 34 :38 - 38 :20]

Entretien avec Youri – MSP (Métanoïa) – 28/04/22

Cette émergence contemporaine de collectifs de pair-aidants gagnerait à être documentée et approfondie, car elle pourrait amorcer un changement dans ce processus de professionnalisation inachevé qui fait des MSP des « médiateurs » atomisés dans l'espace médico-social, plutôt que leur donner accès à une réelle communauté de travailleurs-pairs pouvant défendre leur point de vue sur le rétablissement ainsi qu'une réelle identité professionnelle. Il leur manque encore à ce jour une « socialisation professionnelle » en mesure de les *initier* à une culture et à une éthique professionnelle qui leur donne une nouvelle représentation de soi et du monde environnant (Dubar, 1991 : 143 et s.).

I. C/ La professionnalisation de son expérience de soins, amorce ou détonateur de sociabilité ?

Dans cette sous-section, nous voulons nous interroger, de manière rectrice pour pouvoir envisager les interviews que nous avons menées avec différentes figures de travailleurs-pairs, sur *qui sont* ces médiateurs et médiatrices. Au-delà d'une schématique description sociologique des personnes préemptées pour exercer ces fonctions de travailleur-pair, qui ne peut rendre compte de la diversité des parcours rencontrés, nous cherchons aussi à comprendre si la professionnalisation de sa propre expérience peut être génératrice de sociabilité – et si c'est le cas, de quel type de sociabilité. Cela nous permettra de renouer avec certaines questions amorcées dans le chapitre 6 sur la socialisation groupale, en nous demandant comment le groupe de « pairs » peut déjà fonctionner comme un milieu professionnel, celui des êtres qui valorisent *leur rétablissement*. Mais si cela est déjà le cas dans les groupes d'auto-support, que viendrait donc apporter la professionnalisation ?

Il nous semble particulièrement frappant qu'à ce jour il n'existe pas vraiment d'article décrivant les MSP à partir de leurs caractéristiques sociologiques. Cette impasse pourrait être expliquée par le fait que l'on considère davantage le *rôle* pris par le pair-professionnel au sein d'une institution, et non pas tant le statut professionnel que ce dernier viendrait acquérir à partir de capitaux de base, comme lorsqu'il choisit de devenir infirmière ou médecin. Mais cela tient également à l'illusion que les troubles psychiques, ou les addictions dans notre cas spécifique, touchent « tout le monde » – un peu à la manière dont l'AVC est considéré concerner transversalement toutes les classes sociales (ce qui demeure erroné, comme le prouve M. Darmon – 2021, premier chapitre) – et qu'il en va de même pour leur rétablissement. On réussit tout de même à glaner quelques informations, comme le fait que les patients experts par exemple se voient recrutés « parmi les patients actifs et "sachant", [où] *les profils sont très hétérogènes* et dépendent de l'âge, du niveau d'éducation, du sexe (*les patientes jeunes et éduquées étant plus actives*). Le type de maladie intervient également. » (Boudier *et al.*, 2012 : 19 – je souligne). On a donc une paradoxale hétérogénéité, où ressort néanmoins en filigrane que les patientes-expertes seraient plus nombreuses que les patients-experts ; et que les plus actives en absolu seraient les femmes jeunes et au capital culturel élevé. Cela pourrait être contre-intuitif à l'égard de nos propres avancées, où nous avons pourtant constaté que les femmes

étaient sensiblement minoritaires au sein de la population *concernée* par les problèmes de dépendance à un produit *et prise en charge* en institution.

De fait, qui sont les personnes concernées par cette professionnalisation dans le milieu de l'addictologie, et pourquoi la poursuivent-elles, à titre individuel ? Dans ma recherche (qui je le rappelle ne portait pas spécifiquement sur ce devenir professionnel), j'ai rencontré plusieurs cas de figure, que l'on pourrait classer en deux voire trois catégories. Un certain type de professionnels semble sociologiquement proche de ceux qu'Isabelle Astier a observé et qu'on désigne par le nom de « nouveaux médiateurs sociaux » ou encore « médiateurs communaux ». Ce sont ce qu'on appelle vulgairement des « grands frères », issus des milieux populaires et/ou de quartiers à la réputation difficile, qui se sont extraits de leur milieu d'origine progressivement tout en y gardant un pied et en ayant incorporé les codes tacites de la rue, de la vie en banlieue ou au pied des tours. On embauche ces hommes (pour la plupart), dans l'idée que les « savoirs du proche » qu'ils vont pouvoir mobiliser seront une plus-value pour le rapprochement avec les usagers. Si ces professionnels se comportent rarement de manière méprisante ou jugeante envers des usagers qui viennent parfois de leur même milieu social, ils sont souvent préemptés pour incarner une éthique d'accompagnement adaptée, qui permet aux résidents « d'absorber certaines normes sociales » *via* ces passeurs au charisme souvent marqué, plutôt que de se les voir imposés par des professionnels qui ne les « comprendraient » pas vraiment. Ils sont souvent motivés par une ambition « humaniste », au-delà d'un esprit de revanche sociale qui doit nécessairement cohabiter chez certains d'entre eux. Leur visée est de faire recouvrir à l'individu des possibles qui étaient étrangers à sa condition de marginal – une situation individuelle causée ou accrue par un contexte de marginalisation et de relégation sociale qu'ils connaissent bien de leur côté. Comme le dit Ahmed :

La possibilité de *choisir*, c'est ce qui définit un être humain...[...] C'est pas la notion de : c'est bien, c'est mal – certainement pas. [...] Un être humain par définition, pour moi, adulte, c'est possiblement gagner de la liberté. Dans le respect des uns et des autres, on est d'accord. Pour gagner de la liberté, faut respecter un certain nombre de règles.

Entretien avec Ahmed,
éducateur spécialisé à l'hôpital M. (ancien « accueillant ») [minute 01 :12 :40]

Un deuxième type de nouveaux professionnels serait beaucoup plus difficile à caractériser sociologiquement comme un groupe unifié. J'y placerais aussi bien les femmes médiatrices ou envisageant ce parcours que j'ai rencontrées, que les deux MSP successivement en poste à Métanoïa, quoique Youri comme Nono puissent être considérés comme appartenant eux aussi à une frange inférieure à la classe moyenne française, comme les grands frères évoqués plus haut. La mère dactylo de Youri l'a élevé seule, arrivée en France de l'ex-URSS – il n'a connu son père que vers l'âge de vingt ans. Nono vient d'une famille d'agriculteurs où était présente la violence intrafamiliale. Ce qui caractériserait en vérité cet autre groupe social, c'est l'opportunité de mobiliser ses capitaux antérieurs (quels qu'ils soient) au service de ce projet de professionnalisation. Globalement, *la conscience de cette opportunité* est la marque d'une accumulation des capitaux économique et socio-culturel, mais il est possible de rencontrer des usagers ne faisant état que de l'un ou de l'autre. On pourrait également les désigner vulgairement comme « les pommes sur le haut du panier », à savoir qu'il s'agit, comme je l'ai montré ailleurs en ce qui concerne la gestion différentielle de l'indiscipline

(Rochet, 2023), des usagers et usagères déjà socialisés à l'idéologie du rétablissement et plus culturellement dotés.

Je distinguerais tout de même deux types de démarche, dans l'engagement pour devenir MSP, parmi ces relatifs « privilégiés » du parcours en addictologie. Il y a d'une part des jeunes femmes issues de bonnes familles, ou avec de forts capitaux sociaux et culturels. Une mise en parallèle est ici possible avec les groupes d'auto-formation, ou encore les « cercles d'études », où il a été relevé que le niveau d'étude des participantes (en écrasante majorité des femmes) est souvent particulièrement élevé (par exemple, sur les sept participants évoqués par Bencivenga et Thomas (2010 : 194), cinq sur sept possèdent une maîtrise, tous et toutes ont le baccalauréat). D'un côté donc, j'assiste lors d'une « formation usagers et professionnels » au témoignage de Laurence, 48 ans, « formatrice-usagère », mariée et mère, et actuellement professeure d'économie, en plus de son parcours en tant que paire-aidante. Elle raconte comment malgré le fait d'avoir grandi dans un « environnement pas très sain », l'école a de tout temps constitué sa « planche de salut » (« c'est la place où je me sentais le mieux » affirme-t-elle). Elle est « testée » à l'entrée au primaire et on lui témoigne déjà de sa « singularité » :

[...] ils ont convoqué mes parents et à l'époque [on ne savait pas ce que c'était] – mais en gros ça correspondrait aujourd'hui à un truc du genre HPI, mais à l'époque on disait surdouée – mais moi ce que ça m'a fait, c'est que j'ai eu le sentiment d'être *malade*, d'avoir une anomalie...[...] C'était aussi mon moyen de faire ma place, d'être agréable avec les autres... mais là où ça a pesé évidemment c'est à l'adolescence... En déployant toutes les pathologies propres à l'adolescence, l'anorexie, les TS... et puis très rapidement, la consommation de produits en tout genre (sauf l'héro) – sans jamais lâcher l'école pour autant.

Témoignage de Laurence lors d'une journée de formation « usagers-pros », 28/10/2022

Dans sa narration rétrospective, Laurence relit son intelligence et ses potentialités privilégiées comme une « anomalie », et où le prix à payer pour sa singularité est un parcours semé d'embûches bien connu – où se déploie le spectre de « toutes les pathologies propres à l'adolescence » féminine. Mais la caractéristique principale de son parcours, c'est qu'elle a continué à se comporter en « bonne élève », malgré les erreurs de parcours, et malgré toute l'auto-destructivité qu'elle a pu y déployer. On comprendra comment les velléités d'engagement dans un parcours professionnel, pour ces jeunes femmes, passent par ailleurs souvent plus par une vocation d'altruisme (« aider autrui ») conjugée à un authentique désir d'auto-réparation. Marie Delaunay (2024) décrit comment malgré l'homogénéité forte dans les trajectoires des *patientes*-partenaires en oncologie (écrasante proportion de femmes, souvent un métier antérieur proche des métiers du soin) la différence de sens donné à l'engagement dans ce parcours varie entre les hommes et les femmes : les patients hommes le font souvent pour remercier un médecin, ou « aider la science » ; les femmes veulent davantage « se rendre utile » ou « faire du bien » aux patients. Faire du bien à autrui semble être une manière indirecte de commencer à accepter de se faire du bien à soi. En témoigne sans doute le parcours-modèle de Sou Ici, au sein de l'institution Métanoïa et après. Lors de son séjour d'approfondissement, la jeune femme témoignait particulièrement de ce désir de venir cette fois-ci « pour elle », et non pas pour comprendre ou « sauver les autres ». Ce qui était perçu comme un défaut de caractère (le trop grand altruisme pouvant nuire selon les critères d'appréciation de l'addictologie) peut néanmoins se voir requalifier en compétence professionnelle, si on s'engage dans un certain parcours. D'où le choix qu'elle nourrit depuis quelques temps, et qui se voit interrogé ici par le psychologue lors d'un groupe de parole :

Ludovic – Puisqu'on est dans un moment « bas les masques », Sou, vous voulez bien nous parler de votre projet ?

[Sou explique qu'elle nourrit depuis peu le projet d'être « patiente-expert » à l'hôpital L.M., où il faut deux ans d'abstinence, pour travailler « à titre gratuit » auprès des équipes, comme les hôpitaux n'engagent pas si facilement au départ... Elle compte se renseigner encore sur le statut, pour affiner son projet.]

Cdt 2 – Métanoïa – 15/09/2021

La jeune femme témoignait déjà de son désir – insufflé par l'équipe soignante en cure, et nourri ultérieurement par les incitations de l'équipe de Méta – de se rendre active dans le cadre d'un parcours de professionnalisation de son expérience. Sou fait néanmoins valoir sa singularité lors de l'entretien individuel qu'elle sollicite auprès de moi¹³, lors de sa dernière semaine à Métanoïa :

Quand je suis arrivée là-bas [à l'hôpital L.M – en cure], j'ai été choquée parce que les gens ont des problématiques de vie très dures... je sais qu'on consomme pas pour les mêmes raisons – moi je consomme parce qu'il y a 20 ans, les médecins français ont considéré que j'avais besoin de médication...[...]

J'ai demandé à venir à Méta, parce qu'ailleurs, c'était pas mon profil [les autres postcures] »

Entretien avec Sou – Métanoïa – 30/09/21

Sou fait partie d'une catégorie particulière d'utilisateurs – celles et ceux qui deviennent « addicts » à cause d'une prescription médicamenteuse d'antidouleurs qui les a rendus dépendants. Découvrant en 2015 qu'elle est atteinte d'une fibromyalgie, elle met enfin du sens à des douleurs chroniques qui l'envahissent et la paralysent depuis l'adolescence. Cette jeune et belle femme de 35 ans n'hésite pas à déclarer qu'ayant consommé des médicaments à fortes doses pendant vingt ans, « il y a un certain nombre de médecins qui me disaient "vous devriez être morte avec tout ce que vous consommez" », et on pourrait ainsi dire qu'elle se considère comme une « survivante » de l'addiction, comme certains et certaines affirment être des survivants de la psychiatrie (Donskoy, 2017). Néanmoins, elle a conscience d'avoir un profil social très différent des publics (qu'on imagine et) qu'on croise habituellement en addictologie – et relativise ainsi, semblablement à ce que fait Laurence de son côté, l'assignation à la catégorie stigmatisée de « toxico »-dépendante. La professionnalisation de son expérience constitue donc une étape de plus dans la rupture avec cette identité négative intériorisée, en ce qu'elle lui permet de faire valoir sa singularité comme une compétence et non plus comme une « anomalie » ou la simple conséquence de sa pathologie somatique. Quelques mois après sa sortie, Sou participe donc déjà à l'atelier professionnels-utilisateurs évoqué précédemment, organisé par l'association qui dirige Métanoïa. Elle déclare s'intéresser à la pair-aidance depuis l'année précédente, et souhaiter que cela lui permette d'« évoluer aussi professionnellement ». Elle se fait remarquer par sa brillante élocution et ses capacités réflexives, comme lors de ce passage, où le formateur pose la question des apories de la participation :

Loïc (formateur – chef de service d'une structure). – Parce que souvent on est là, on veut faire de la « participation » d'utilisateurs, ou alors on leur dit « quels sont vos besoins, qu'est-ce qu'on peut faire pour vous ? »...et du coup on n'y arrive pas, parce qu'on leur impose...

Sou Ici – Mais ça demande aussi l'engagement de l'utilisateur...parce qu'il y en a beaucoup qui ne sont pas capables.

¹³ Elle sera d'ailleurs la seule à le faire, parmi tous les utilisateurs rencontrés durant la durée de ma thèse.

Sans aller jusqu'à un mépris de classe, ces jeunes femmes témoignent d'une particularité caractérisant le recrutement des futures médiatrices de santé, qui vise principalement à choisir les « meilleurs élèves » des divers contingents de résidents en CTR – et à les orienter, s'ils et elles le désirent et que cela peut les aider dans leur rétablissement, vers un parcours personnel de formation-professionnalisation en tant que pairs. Sou typiquement constitue le « cas idéal » ; elle en est *seulement* à sa deuxième posture, et la bonne entente qu'elle noue lors de son premier séjour avec l'équipe soignante de Métanoïa se solde par un second séjour plus court, d'approfondissement et de développement de son « projet » professionnel. Sou fait typiquement partie des usagers les plus « actifs » dans le cadre proposé par l'établissement, et les « règles du jeu » de Métanoïa lui sont parfaitement claires et sont au demeurant très rapidement incorporées – au point que le centre lui « manquait » ces derniers mois (entretien du 30/09/21). On peut mettre ici en lien cette attitude avec ce que dit Marie Delaunay de la construction de la trajectoire des patientes partenaires, où il y a rarement un épisode de rupture entre leur hospitalisation en tant que patientes atteintes de cancer et leur vocation successive. Elles trouvent simplement un moyen de mettre un sens à leur carrière de « malades » et orientent leur rémission à travers un projet de reconversion professionnelle (Delaunay, 2024). Par ailleurs, nous avons déjà évoqué dans la section II.A/ du chapitre 2 que la situation de Sou est bien évidemment « idéale » parce qu'elle a développé une dépendance aux antidouleurs, et que donc les soupçons et les stigmates qui pèsent sur elle sont moindres que pour un usager de crack ou d'héroïne : il est certain qu'elle consommait des produits légaux, elle ne participait donc en rien à une économie socialement répréhensible, elle est perçue comme « victime » du système de médicaments légal, *etc.* De la même manière qu'elle peut « mériter les soins » plus aisément que d'autres résidents du CTR, son capital social antérieur lui permet donc de *mériter la sortie* plus facilement que d'autres, en accédant de manière privilégiée à une sorte de formation et de pré-professionnalisation en interne.

Je distinguerai à présent un troisième cas de figure, entre ces deux typologies extrêmes connues en psychiatrie (les jeunes femmes, *borderline*¹⁴ ou auto-agressives, et les hommes antisociaux, dont « l'assignation à un entre-soi masculin » semble être la seule voie de sortie – Feyeux, 2021 : 113). Il me semble en effet que pour certains hommes usagers, sans pour autant correspondre à ces homologues féminines et « bonnes élèves », la carrière en addictologie est un passage nécessaire pour l'*acceptation* de la mobilisation de capitaux qu'ils n'employaient pas (voire qu'ils rejetaient) auparavant. Il en va ainsi pour Nono, qui « reprend » des études, qu'il avait abandonnées au sortir de l'adolescence pour aller vers des modes de vie alternatifs et une identité punk. Fils d'agriculteur, on peut estimer que l'entrée dans la toxicomanie fait coïncider pour lui le refus de l'héritage paternel, socialement déterminé, et celui du monde capitaliste dans lequel il devrait en alternative songer à « s'insérer ». La sortie de la dépendance lui permet d'opérer un décalage de ses désirs et de son action possible sur sa propre vie, en lui permettant d'acquérir les « outils » (plus pratiques au sein du centre, et théoriques en études de philosophie) nécessaires pour affronter le monde en tant qu'adulte. Ce passage à l'adultité s'incarne aussi selon moi par le fait que Nono retrouve en très peu de temps les supports de l'existence matérielle ordinaire : un logement, un travail, un amour. Sorti d'A.T, il commence par reprendre un appartement en coloc, puis un autre pour lui tout

¹⁴ Ivan Garrec (2022) montre par exemple comment la position socialement située, en termes de genre et de classe, de ses interlocutrices (auto-)diagnostiquées *borderlines* – et donc l'utilisation sociale qu'elles peuvent en faire –, influence de manière décisive leur appropriation *totale, négative* ou *ambivalente* du diagnostic psychopathologique.

seul, enfin il emménage rapidement avec une compagne ; il recommence les études et parallèlement il commence une courte formation de MSP tout en travaillant dans la grande distribution ; très rapidement, en un an et demi, il est embauché au sein d'un des centres qui l'avait accueilli comme usager.

Ces typologies sont donc minimales, et ne nous permettent pas de déployer dans leur complexité ce que ces ex-usagers et usagères de drogue racontent, lorsqu'ils font part de leur histoire de vie. Mais elles mettent en lumière le fait que l'origine sociale, le vécu de singularité, et les dispositions socio-culturelles, jouent en grande partie sur le possible devenir-MSP de certains clients de l'addictologie. Il faudrait ensuite faire varier ce spectre en fonction du lieu de provenance, de la socialisation institutionnelle antérieure, et surtout du projet de sortie (abstinence ou gestion de consommation), pour réussir à associer ces différentes figures à un type de positionnement professionnel. Pour le moment, mes données ne sont pas suffisantes pour que les analyses sociologiques concernant les (futurs) travailleurs-pairs et leur positionnement vis-à-vis des dits « pairs » soient plus que des hypothèses. Néanmoins, on retrouve notamment dans leur attitude professionnelle ce qui a été relevé par Lise Demailly et Nadia Garnoussi au sujet des MSP en psychiatrie : ils et elles sont perçus par les usagers comme ayant une « normativité moindre quant aux comportements de la vie quotidienne », par rapport aux médecins ou aux infirmières notamment (Demailly, Garnoussi, 2016 : 176). Ils témoignent souvent d'une posture moins distanciée, et leur fonction-même est de permettre aux usagers à ce qu'il y ait moins de « barrières » entre patients et équipe médicale. De même qu'en psychiatrie, en addictologie le passage à l'emploi du prénom de l'autre, ou au tutoiement, est immédiat en ce qui concerne les MSP – contrairement au fonctionnement d'équipes plus classiques¹⁵. En CT, il était fréquent que les usagers tutoient également les professionnels (travailleurs-pairs ou non). Mais cette structure constitue véritablement un cas-limite, de par le fait que la plus grande proximité avec les résidents légitimait par exemple – à l'inverse des MSP rencontrés par Demailly et Garnoussi – une plus grande autorité morale pour faire respecter le règlement : deux *counsellors* parmi les quatre embauchés dans la structure étaient ainsi particulièrement normatifs eu égard aux règles de la vie quotidienne et à l'idéal de « sobriété » prôné par la CT.

Il me semble qu'un autre fait marquant à rapporter dans cette section concerne le positionnement *différent* que le statut de MSP permet d'acquérir, vis-à-vis de personnes dont le mode de vie pourrait sinon être assimilé au sien, et dont il est possible qu'on craigne – après avoir quitté ce monde de la drogue – la contamination symbolique. Cela est relevé en filigrane par les articles qui évoquent une socialisation différente, selon qu'on soit un pair-aidant travaillant en institution ou engagé auprès d'associations de patients, mais je crois qu'on insiste encore peu sur la dimension de *construction subjective* que ce nouveau métier engage – chez la personne impliquée dans ce passage d'ex-toxicomane à professionnel de l'accompagnement. Cela nécessiterait sans doute des études sur le temps long, voire une observation longitudinale du comportement du futur-MSP qui deviendrait ensuite professionnel titulaire – et je regrette que ce travail n'ait pu être fourni dans le cadre de cette thèse. Car des changements s'opèrent très rapidement dans ce milieu : de retour sur le terrain

¹⁵ Je rappelle que dans mes deux CTR, l'équipe appelle par leur prénom mais vouvoie les usagers. Youri est le seul que je vois spontanément tutoyer les « actients », les éducateurs s'excusant plutôt auprès d'eux lorsque le lapsus de leur dire « tu » leur vient parfois.

en 2023, je fus par exemple marquée par la logique de *distinction* que permettait désormais à Métanoïa la catégorie de MSP, lorsqu'elle se voyait employée de manière intempestive.

En effet, lors d'une réunion clinique que j'observe en septembre 2023, on rapporte les événements du début de semaine. Un « actient » tout juste arrivé a été pris sur le fait pendant qu'il consommait une drogue de synthèse avec une usagère plus ancienne, dès sa première nuit dans le centre. Le lendemain, on apprend qu'en outre il a eu le temps de proposer (et distribuer ?) différents produits psychotropes à au moins un autre usager du centre. L'équipe décide alors d'interroger tous les usagers de la structure à ce sujet. Les réactions des résidents sont comme de coutume prudentes, lors de cette brusque installation d'un climat de suspicion généralisée. Mais si certains dénoncent ouvertement l'usager fournisseur mis en cause, cela se fait de manière légèrement différente de ce à quoi j'avais été habituée. Fara, jeune femme métisse, ancienne éducatrice spécialisée et formée à la médiation en santé depuis un an – mais qui vient à Métanoïa pour ses soins –, parle de ce qu'elle a vu et entendu, en affirmant qu'elle en parle uniquement parce qu'elle est dans son rôle de « médiatrice ». Lorsque l'équipe développe sur son cas, lors de la synthèse qui suit la gestion de cet « incident » de début de semaine, on découvre que Fabienne, l'infirmière, affirme que c'est elle qui l'a poussée à assumer cette position :

Fabienne – C'est moi qui lui ai dit ça. Je lui ai dit : « Vous voyez, quand vous vous trouvez dans une situation de MSP... ! »

Nono – Le problème, c'est qu'après, elle est venue dans le bureau en disant qu'elle a fait son travail de médiatrice...

Fabienne – [...] Naturellement ! Elle est dans la résolution de conflits, elle était *éduc.*...

Marion – C'est peut-être plus facile pour elle d'affirmer les choses de ce point de vue-là...

Cdt 2 – Métanoïa – 11/09/2023 (réunion d'équipe)

On voit ici comment la fonction-profession de Fara, au-dehors du centre, bouleverse les coordonnées avec lesquelles l'équipe est habituée à penser les usagers. Fabienne (et sans doute en partie Marion, la cheffe de service) est contente de pouvoir davantage compter sur une usagère qui par ailleurs a déjà des responsabilités en tant que professionnelle du rétablissement ; par ailleurs l'identification professionnelle est d'autant plus marquée que c'est une femme et une ancienne éducatrice – on peut donc lui prêter une double légitimité professionnelle (un savoir qualifié et technique et un savoir expérientiel). Nono au contraire voit comme une potentielle menace pour sa propre légitimité, encore en construction au sein du centre, le fait que tous les usagers – en soins – puissent faire valoir leur capital professionnel pour justifier leurs comportements dans le centre. De fait, il est très intrigant que Tom, l'usager qui s'est vu exclu, pouvait mettre en valeur ce même argument à sa décharge. Le nouveau directeur, Frédéric, raconte ainsi comment après lui avoir annoncé son expulsion, Tom a tenu à « les convoquer », lui et le psychologue, pour se justifier :

Frédéric (nouveau directeur) – Là il avoue, en disant que c'était prévu [ce qu'il a donné aux autres] pour sa consommation personnelle...

Ludovic – J'ai mis en avant la difficulté à lui faire confiance, d'en plus de la colère. Lui, il nous a vraiment présenté les choses en disant qu'il voulait *éduquer* Mathilde, et lui faire expérimenter le GHB dont elle ignorait les effets. Il continuait à dire « Rien ne va ! », et je lui ai dit « Oui, et vous faites en sorte que rien n'aille même là... » [...]

[Dans la structure où il bosse à B.] il était embauché en tant que MSP, mais là pour lui le franchissement de ces limites, il se justifie par le fait que ça lui donne un lien particulier avec les autres actients...

Cdt 2 – Métanoïa – 11/09/2023

Effectivement « rien ne va » plus. Si un usager volontaire venant en posture pour suspendre sa consommation, pris en flagrant délit de consommation dans le centre (et d'incitation à la consommation) – peut se justifier en disant qu'il le fait dans une dynamique professionnelle de réduction des risques et d'éducation thérapeutique, la question se pose vraiment de savoir si la catégorie de MSP ne vient pas encore plus opérer des marques de distinction au sein de la population des usagers en addicto. Elle fait apparaître un système de démarcations où seuls celles et ceux qui sont capables de faire valoir leur pouvoir charismatique et leurs socialisations antérieures sont en mesure de se légitimer comme adaptés à l'institution (même lorsqu'ils en enfreignent, comme ici, explicitement les règles). Cela rappelle évidemment les tensions de l'institutionnalisation d'un métier si celui-ci ne se fonde que sur les « qualités » fournies par les individus – marqueur d'un phénomène récent plus global, la « personnalisation radicale de l'adaptation à l'emploi » (Demailly, 2014 : §33)

Pour revenir à la question de la sociabilité que ce type de professionnalisation fournit, il nous faut donc à nouveaux frais *voir* la grande diversité des profils sociaux des usagers de l'addictologie. Pour certains, la prise de poste et leur nouvelle légitimité professionnelle s'accompagnera inéluctablement d'une rupture d'identification avec la population des usagers de drogue/d'alcool. En témoigne l'agacement voire le mépris de classe franc qu'affichait Laurence, la formatrice-paire évoquée plus haut, pour deux usagers en formation dans la salle, qui buvaient des canettes de 8.6 ® [bière au fort degré d'alcool] en cachette, l'interrompaient souvent pour faire une remarque ou proposer du café aux autres participants, puis s'excusaient patement conscients qu'ils montraient par là leur inattention aux règles du jeu social ordinaire¹⁶. Mais pour d'autres donc, comme ces deux usagers en question, il nous faut également considérer que la socialisation aux nouvelles fonctions de MSP ouvrira difficilement l'accès à un autre type de monde social que celui des milieux de l'auto-support. Comme dans le secteur de la psychiatrie, où on différencie le travail en milieu protégé, et le travail en milieu ordinaire, on trouvera des usagers très différents dans ces deux espaces sociaux que sont le monde de l'auto-support et des groupes d'intérêts d'usagers de drogue¹⁷, et à l'opposé celui du médico-social. Ayant davantage fréquenté ce dernier durant la thèse, j'y perçois que la professionnalisation de son expérience dans ce milieu amène à fréquenter un *autre univers social*, où la référence à l'addiction et à sa carrière antérieure d'usager ne constitue plus le centre névralgique de son identité. D'autres recherches ont pu aboutir à la même dichotomie concernant la reconversion dans une identité de travailleur-pair. Marie Dos Santos rappelle ainsi que « [l]a recherche d'une reconstitution d'un monde social comme cercle d'affiliation et

¹⁶ Brice aurait-il décrit ces deux individus comme des « zonards » (cf. chapitre 4, page 342), ou non ? En tous les cas, il est certain que la sociologie des usagers de CAARUD (centres d'accompagnement de premier recours, et de réduction des risques) diffère sensiblement de la sociologie des usagers de certains CSAPA parisiens ou des plus modernes CTR. Les deux usagers en question, accompagnés par un professionnel, venaient de Nantes et de Tours et précisément, de deux CAARUD dans lesquels ils étaient implantés et très actifs.

¹⁷ Jauffret-Roustide (2005) établit déjà une grande distinction entre les groupes d'entraide (NA France) et les groupes d'intérêts (ASUD) ; on pourrait ajouter à ce panorama clivé les sites et forums de conseils et de RdRD en ligne (psychotropes.fr ou psychoactif.org).

lieu de reconnaissance s'exprime différemment selon les personnes. Pour certaines, la création de nouveaux liens s'établit au sein des structures, tandis que pour d'autres, ce sont les liens en dehors qui sont privilégiés » (2017 : 230).

Selon que l'on privilégie le « dehors » ou le « dedans » des institutions d'accompagnement, un certain type de présentation de soi est dès lors induit. Car il est bien différent de se présenter comme un « ex-dépendant » (ou encore de le laisser paraître, d'avoir suffisamment de stigmates physiques qui en rendent compte), ou bien de se présenter comme « médiateur » ou comme « éduc », sans faire référence à son expérience d'ancien toxicomane. Dans leur article, N. Garnoussi et L. Demailly montrent que dans des discussions spontanées, les patients n'avaient pas forcément conscience que la médiatrice, ou celle qu'ils prenaient pour une infirmière, était une « ex-malade » (2015 : 175). Je vais le redévelopper concernant le cas d'Ahmed, mais ce dernier se présente d'abord à moi comme éducateur spécialisé, avant de dire en entretien qu'il a d'abord été en stage, puis embauché dans la structure en tant qu'« accueillant ». Il ne parle un peu plus de son « savoir expérientiel » que plus loin, sans *jamais dire* pourtant, en une heure d'entretien, qu'il est un ancien usager de drogues. Les médiateurs-santé-pair se trouvent de même à un point d'équilibre particulièrement délicat, entre la stigmatisation associée à l'identité d'usager de drogues, et l'assignation douteuse aux « normaux », aux soignants – comme s'ils avaient par-là « trahi » leur appartenance antérieure au camp des soignés. Youri témoigne du manque de crédibilité que sa propre position peut occasionner pour certains, au-delà de son manque de qualifications, au motif qu'il s'arrogerait le droit de se détacher du groupe des usagers-dépendants auquel il appartenait auparavant – alors même qu'il continue à consommer aujourd'hui :

S.R. – Est-ce qu'il y a eu des moments où tu t'es dit « je suis pas la bonne personne pour aider cette personne-ci... » ? En gros est-ce qu'il y a eu des rencontres ratées ?

Youri – Ah bah oui, quand la personne en face décide que j'ai rien à faire là, et que je suis pas légitime à faire ce que je fais là – bah ouais, j'insiste pas quoi. Tu vois je te disais « au début je me fatiguais, et tout ça », maintenant voilà : il y a des personnes qui ne jurent que par un diplôme, donc si le gars en face est pas psychologue ou psychiatre ou je sais pas quoi... C'est pas très fréquent, mais ça peut arriver. Ça arrive. [...] Et puis en plus je parle de moi, donc c'est très subjectif... N'importe qui peut me dire n'importe quoi... Une fois un gars, qui avait suivi Narcotiques Anonymes pendant des années – et moi je disais que ça m'arrivait de consommer de temps en temps, ouais. Mais pour lui c'était pas possible, inentendable ! Le gars il est parti de l'atelier, il m'a même dit : « Alors ça veut dire que tu n'étais pas un vrai » ; - Un vrai quoi ? ; - Bah un vrai addict. Les vrais addicts ils peuvent pas, comme ça... » Tellement ça l'a... C'est genre c'est pas possible quoi. J'ai dit : si si. Mais il me croyait pas ; j'ai dit si. [Pause] « T'étais pas un vrai. » [...] Pour moi, [cette personne] c'était justement quelqu'un qui était pris dans un groupe, une espèce d'idéologie ou de dogme, et moi je viens casser ça et pour lui c'est... Et donc tout de suite – il me met à l'écart, et donc je peux pas l'accompagner. Parce qu'il me fout comme ça tout de suite, il me... même mon expérience que je témoigne, pour lui n'est pas légitime : c'est pas possible. [Pour lui] Je mens, je dois mentir quelque part. Donc, je peux pas...quoi, l'accompagner. [minute 52 :00 - 55 : 45]

Cette question du dedans/dehors s'articule donc à une autre interrogation – toujours présente pour l'équipe travaillant avec le travailleur-pair mais sans doute aussi parfois pour lui ou elle, lorsqu'il est question de son devenir : celle de savoir si le MSP en est « sorti » définitivement, ou pas. D'une part car la professionnalisation dans le même milieu qui a été le milieu dans lequel on a été « soigné » peut donner l'impression de se renfermer dans un même univers, de choisir en quelque sorte « l'institution totale », en s'individualisant à travers elle. Cela rejoint l'idée d'un « risque d'étanchéification du monde de la drogue » évoquée par Dos

Santos (2017 : 238), ou encore d'une claustrophilie institutionnelle que l'on vient nourrir par son travail et sa vie (Pelagalli, Rochet, 2022). D'autre part, car l'idée même de rétablissement dont les MSP se font le vecteur entretient la représentation d'un individu qui soit « restera probablement malade, mais pourra mener une vie correcte » (Demailly, Garnoussi, 2015 : 182), soit qui correspond à cette vision d'individu dans le contrôle, auto-entrepreneur de soi et de sa carrière – à laquelle tous les usagers de drogues ne choisissent pas de se résoudre. Devenir MSP c'est en effet devenir un exemple, une illustration du fait que l'on peut « s'en sortir », mais en même temps que l'on doit continuer à suivre des règles de vie adaptées à sa problématique, qu'on doit continuer à agir sur soi. D'une certaine manière, un travail continuuel reste quotidiennement à faire lorsqu'on sort d'une telle carrière – ce qu'on peut entrevoir comme un travail de Sisyphe, tel que le présente le *counselor* de CT que je cite ici :

Xavier – [à un résident, qui n'a pas fait son devoir écrit sur « les conséquences de la consommation dans [sa] vie »] Comme on dit : « Ce qui est fait reste à faire, ce qui est dit reste à dire ». Du coup, quand tu dis des choses comme ça, que tu fais ça deux jours, et que t'arrêtes, ça me met hors de moi... Parce que le travail du lien que vous faites ici, il est à faire tous les jours... C'est tous les jours que vous avez besoin. « Je fais ou je fais pas » - les conséquences, il s'est passé ça, ça, du coup je continue ou non...

Cdt 3 – CT Le Point du jour – 25/02/2022

Selon cette philosophie des AA/NA, le devenir est appréhendé comme une fatalité, et il faut donc s'efforcer quotidiennement de reprendre à zéro ses résolutions (« Juste pour aujourd'hui » étant le mantra des groupes d'auto-support, pour tenir la résolution de ne pas consommer, sans convoquer le « plus jamais » terrifiant car en apparence impossible à tenir), ainsi que les habitudes de vie nouvelles que l'on s'attache à appliquer au sein de la communauté protégée de la CT. La philosophie du rétablissement en CTR s'éloigne de cette vision fataliste, mais elle ne laisse pas entendre non plus une sortie *radicale* de la problématique de départ. Le devenir y est perçu comme quelque chose à gérer, qu'on ne pourra jamais changer radicalement, même si on a du moins changé sa souffrance et sa condition d'utilisateur dépendant¹⁸. Si le rétablissement peut être plus rassurant par rapport à l'illusion de « guérir » en psychiatrie, ou d'arrêter *définitivement* l'alcool ou la cocaïne par exemple, on a pu voir ci-dessus avec les justifications qu'occasionnent la posture de MSP que la situation de vulnérabilité dont il rend compte est à l'image d'une société dont le critère d'une individuation réussie est la responsabilité : « Il y a des bénéfices secondaires à l'idée de rétablissement. Si l'on est rétabli, et non « guéri », on reste fragile et vulnérable, donc on peut revendiquer cette vulnérabilité dans les interactions sociales. En somme, exprimer : je suis seulement rétabli, voire en processus de rétablissement, vous devez prendre des précautions avec moi » (Demailly, Garnoussi, 2015 : 183).

Je soutiendrais pour ma part que la revendication de vulnérabilité qui se situe au cœur du rétablissement fait autant partie du dispositif de subjectivation qui a bouleversé notre conception anthropologique et qui fait de nous des individus sur le fil, toujours passibles de sombrer dans l'échec ou les troubles psychiques (Genard, 2009 : 33-36), que des stratégies de

¹⁸ Il faut néanmoins faire attention à cette conceptualisation du rétablissement comme *gestion de soi* – car au-delà de sa définition générale, ou de l'interprétation que j'en donne dans cette partie de thèse orientée sur le « travail de soi », les conceptions que se font les usagers de leur rétablissement peuvent être très différentes d'une personne à l'autre.

résistance que les individus opposent précisément à cette injonction diffuse de responsabilisation individuelle. Ces stratégies narratives qui emploient la plainte et le vocabulaire victimiste sont indexées aux injonctions des structures médico-sanitaires et sociales, qui ont développé des demandes de contreparties axées sur le registre de l'authenticité et de la bonne volonté (Fassin, 2000 ; Dos Santos, 2017 : 236). Mais on comprend aussi comment ces stratégies ne peuvent demeurer qu'individuelles, et peu socialisatrices, si elles ne réussissent à prendre la forme de « savoirs revendicatifs » et visant « à apporter une connaissance en contrepoin » de la doxa médico-sociale (Dos Santos, *ibid.* : 224). Pour l'autrice que je cite, ces savoirs critiques – qu'elle assimile à la prise de parole de type *Voice* pour reprendre la tripartition d'Hirschmann (1970) – se développent surtout de la part de celles et ceux travaillant dans des associations d'usagers, les travailleurs-pairs en institution étant plus proches, d'après elle, d'une forme de loyauté institutionnelle (*Loyaulty*) (*ibid.* : 237). En revanche, je m'opposerais pour ma part à l'idée que les groupes d'entraide type NA correspondraient à une stratégie de défection (*Exit*) ; je les vois plutôt comme un modèle alternatif, mais parfaitement complémentaire des institutions de soins étatiques – car il permet d'entretenir une forme de loyauté encore plus prégnante à un dispositif collectif de régulation comportementale (ce qui correspond, au fond, aux visées du rétablissement en addictologie).

*

II. La professionnalisation de son devenir

Nous souhaitons présenter dans cette seconde section du chapitre trois professionnels que nous avons rencontrés, qui ont pour particularité d'être tous trois passés par la case de l'emploi en tant que « pair-aidants », et qui se désignent comme tels *ou pas* aujourd'hui. Il nous paraissait important, dans le cadre d'une thèse qui s'apparente davantage à une double enquête ethnographique, de rendre compte des outils de la sociologie qualitative que nous avons employé au cours de cette thèse – et notamment de l'emploi d'entretiens semi-directifs menés avec la plupart des professionnels rencontrés sur nos terrains. Le matériau d'observations ethnographique ayant supplanté, dans le cours de ma recherche, la perspective de l'exploitation de ces entretiens professionnels, j'ai préféré ici rendre compte des trajectoires particulières des professionnels qui ont été auparavant – dans une autre vie, pourrait-on dire – des usagers. Or c'est bien la mobilisation et la mise en continuité de leur expérience d'usagers de drogue avec leurs pratiques professionnelles actuelles qui est le mot d'ordre, dans le projet d'un rétablissement passant par la pair-aidance. Nous avons découvert sur le tard le chapitre rédigé par Baptiste Godrie (2016a) et portant sur les trois processus d'intégration des pairs dans les équipes (la médiation, l'apprentissage professionnel des pairs et la découverte de l'apport d'une posture spécifique), et bien que nous n'envisageons pas une typologie similaire en mettant en relief trois trajectoires de travailleurs-pairs très dissemblables, nous la gardons évidemment en tête pour restituer comment ces processus ont pu être parallèles ou en tension dans la narration que nos interlocuteurs font de leur professionnalisation.

La connaissance des « mondes vécus de la question sociale » reste néanmoins tributaire de la narration qu'en font leurs acteurs – comme le rappelle Numa Murard (2003 : 17). Toute

narration étant stratégique, et visant souvent à donner une image acceptable de soi, on ne saurait penser de manière naïve que les ex-usagers-professionnels que nous avons rencontrés échapperaient à cette construction stratégique. « L'hypothèse de travail sur les récits biographiques est que la stratégie narrative (la narrativité) permet de saisir la stratégie biographique (la réflexivité) » (Murard, *ibidem.*), et nous tenterons de faire saisir en cela les divers moyens qu'emploient nos interlocuteurs pour rendre compte de ce qui dans leur vie a constitué des événements marquants, des tournants, des choix et des responsabilités prises, des problèmes rencontrés. Le statut de la biographie est particulièrement important dans la carrière d'un ex-usager de drogues, parce que le « récit de soi » et la construction d'un nouveau rapport moral à son passé et à son devenir font souvent partie de la thérapie proposée par les institutions mais aussi par les groupes d'entraide. De ce que j'ai pu observer par exemple des réunions NA (voir aussi Jauffret-Roustide, 2010), il s'agit de passer du registre de la justification au registre de la responsabilité – qui inaugure une nouvelle possibilité de se raconter. Mais c'est l'utilisation toujours plus pressante de la narration de soi par différents secteurs de l'action publique qui participe à la diffusion de « la croyance consistant à penser que l'on peut se reconstruire – et plus précisément reconstruire son identité – à partir du récit de vie » (Astier, 2008 : 53). Cette idée ainsi, que le récit de sa vie est *thérapeutique* – tant pour soi que pour autrui – est véhiculée également dans les formations pour devenir pair-aidant. Laurence amorce sa propre biographie personnelle, lors de la formation usagers-professionnels du 28 novembre 2022, en disant que « Cette construction-là [du récit], je l'ai appris avec Emmanuelle Jouet, qui est docteure en sciences de l'éducation. Ça a l'air très spontané, mais en fait, c'est hyper travaillé ». La stratégie narrative ne constitue donc pas un écart par rapport à un entretien biographique qui serait dit « spontané » : elle fait partie du *travail attendu* pour les ex-usagers de substances, qui sont amenés à se récapituler leur vie régulièrement tout en étant capables de trouver une mise à distance émotionnelle vis-à-vis de celle-ci. Ceux pour lesquels ce travail émotionnel et cette mise à distance continuent dans leur nouveau parcours professionnel les perçoivent ainsi comme les instruments permettant de garantir la barrière symbolique *entre l'utilisateur qu'ils étaient et l'intervenant qu'ils sont devenus* (Godrie 2016 a et b) – où on peut dire que ces prises de distances constituent une « épreuve de la professionnalisation » (Delaunay, 2024). Cela inclut également un travail sur ses aptitudes personnelles à (ap)paraître différemment de ce que l'on a été et à mobiliser différentes aptitudes personnelles en fonction de son ou ses interlocuteurs : « [en] ce sens, le paraître du médiateur constitue une caractéristique centrale de sa pratique, puisqu'elle est la base d'une construction ultérieure d'une relation plus étroite avec le patient. » (Demailly, Garnoussi, 2015 : 181).

Ce travail attendu sur le récit marque une inversion fondamentale dans le rapport à la parole et au témoignage des usagers. Je ne concorde pas avec les chercheurs qui affirment que, parce qu'il y a injustice épistémique¹⁹ contre les savoirs expérientiels au profit du savoir médical et addictologique, on négligerait aujourd'hui les témoignages des usagers. Je cite ici Dos Santos : « La dévalorisation de la portée heuristique des témoignages est un indice de l'injustice épistémique qui porte sur les savoirs des usagers de drogues mais également de

¹⁹ La définition d'injustice épistémique donnée en 2014 par Havi Carel et Ian J. Kidd (*epistemic injustice*) se fonde sur l'identification d'une injustice testimoniale – à savoir le constat que les témoignages des personnes concernées par la maladie sont souvent « soit ignorés, soit entendus mais ni considérés ni reconnus, soit entendus mais exclus des considérations épistémiques » (Carel, Kidd, « Epistemic injustice in healthcare: A philosophical analysis », *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 17(4), 2014, pp. 529-540.) – citation de Dos Santos, 2017 : 235.

l'éloignement des récits de patients dans l'élaboration du savoir médical, comme le souligne Philippe Artières, lors de la republication du *Journal d'un morphinomane* » (Dos Santos, 2017 : 229). Le récit de soi me semble au contraire au service de *l'agencement des savoirs* qui se produit au sein de la discipline addictologique aujourd'hui – qui doit tenir compte des savoirs expérientiels mais aussi de l'expérience singulière des usagers pour fonctionner à plein. Je crois vraiment que depuis une vingtaine d'années, les choses ont bien changé eu égard à cette question de la narration de soi (Taïeb, 2011 ; Tétreault, 2014). L'article de la psychologue Laëtitia Bouche-Florin considère même comment « parler du produit plutôt que parler de soi » (2019 : 27) est souvent la voie d'accès que privilégient les usagers entrant en CJC – tout l'enjeu pour les thérapeutes étant précisément l'inverse, à savoir que ces jeunes puissent « passer du produit au récit ». Aujourd'hui, comme en témoignait la formatrice-usagère Laurence, c'est vraisemblablement ce qu'on *les pousse à faire* plutôt que de les en empêcher – dans une perspective de refaire des liens, avec sa propre histoire, mais aussi avec les personnes desquelles la dépendance a pu éloigner :

Raconter sa dépendance ou sa maladie est une manière de faire des liens : entre les événements de sa propre histoire – en réinscrivant son récit dans un contexte bien précis, la narration subjective devient le témoignage d'une époque –, mais également entre le narrateur et ses auditeurs ou lecteurs ; ces liens qui rattachent le récit singulier au collectif apparaissent dès lors que les auditeurs s'identifient au récit partagé (Dos Santos, 2017 *ibidem*.)

Dos Santos rappelle d'ailleurs que la méthode biographique « permet notamment une *collaboration active du narrateur, donnant à voir la mise en récit comme un travail biographique* auquel procèdent les narrateurs, et en même temps, la mise en perspective de récits préconstruits, de savoirs issus des différents mondes dans lesquels ils circulent » (*ibid.* : 230 – je souligne). Les récits de vie auxquels j'ai assisté témoignent bien de cette porosité des univers dans lesquels ils circulent, et de ce travail perpétuel d'ajustement biographique auquel les usagers procèdent pour donner de « soi » la meilleure version possible, selon le contexte (groupe d'entraide, professionnels de soin, entretien d'embauche en tant que MSP, formation d'autres professionnels...). Ce qui ne signifie pas que ces récits soient inauthentiques ou témoignent d'un soi différemment construit en fonction de l'interlocuteur ; mais raconter sa dépendance ou sa maladie, si cela constitue « une manière de faire des liens » avec autrui et aussi avec les événements de sa propre histoire, permet aussi nécessairement de défaire certains liens, si on le souhaite. De réinscrire son histoire dans un contexte différents ; de privilégier certains événements ou d'en omettre d'autres ; d'exclure certains auditeurs du partage en train de se faire.

Un énième travail est donc attendu des usagers en passe de devenir MSP – à savoir un travail de conversion de sa biographie et de son intégration dans les « savoirs biographiques » attendus. Pour que le récit de sa propre existence puisse être perçu comme un « acte aidant » (Dos Santos, 2017 : 234), il faut que le récit individuel d'une personne puisse délinéer le fil dramatique d'une histoire remobilisable par les auditeurs de celle-ci – *qu'une stratégie narrative se transmette*, plutôt que ses contenus, et qu'elle permette aux autres usagers de l'utiliser à leur tour. Ce schéma narratif, qu'on pourrait rapprocher de la théorie des scripts sexuels de John Gagnon (1991 ; Clair, 2016) décrit toujours le même processus quasi-interpersonnel de relation avec le produit : lune de miel, puis mise en place de la dépendance, rebondissements du « toucher le fond » (cf. chapitre 6, I. A/1) où l'individu dit prendre conscience que la dépendance est devenue un « problème », péripéties variées des tentatives de cure, et enfin le moment d'affirmation (espérée) de la « sortie ». Si ces récits suscitent de l'espoir et la

perspective d'une identification – et donc d'une sortie semblable de la dépendance – pour celles et ceux qui les écoutent, le sens que prend ce récit pour son auteur est extrêmement dépendant de la temporalité et du contexte d'énonciation où il se trouvera prononcé. Je ne peux qu'espérer pour ma part que le contexte d'un entretien sociologique – après une phase de plusieurs mois de connaissances et de rapprochement avec ces enquêtés – puisse leur avoir donné l'occasion d'un témoignage excédant la visée de réhabilitation de soi, ou encore la visée thérapeutique. Car au-delà de leur biographie ou de leurs vécus subjectifs rapportés ici, la pratique sociologique de l'entretien semi-directif pourrait au moins avoir pour force de rendre compte de l'intérêt proprement épistémique de ce que ces récits témoignent.

II. A/ Ahmed : le compromis. Ou l'idéal républicain de la seconde chance et d'une vraie place à occuper

Je développerai ici l'entretien et les impressions que m'a laissées Ahmed, professionnel travaillant depuis plus de vingt-cinq ans à l'hôpital M., un des plus importants établissements en addictologie en France. Je rencontre Ahmed en octobre 2019, lors du premier stage que je fais dans une structure en addictologie, préalablement au projet de thèse. Nous lions plutôt bien, il fait partie des membres de l'équipe avec lesquels j'entretiens le plus de rapports quotidiens, car il reste souvent sur de longs moments dans la salle d'accueil-sécrétariat, où viennent s'annoncer les usagers qui arrivent au CSAPA pour leurs rendez-vous. Il prend souvent des nouvelles des usagers, les tutoie selon le style institutionnel du service, et leur offre souvent un café à leur arrivée, car la machine-percolateur tourne souvent à cet étage de manière continue. En cela, Ahmed ne se différencie pas de ses autres collègues « accueillants » (ils sont cinq lors de mon terrain, quatre hommes et une femme), mais je le vois moins prompt que ses collègues à faire des entretiens d'accueil avec les nouveaux arrivants – et il semble décidément moins inquiet ou débordé que les infirmiers, psychologues et médecins, qui eux courent depuis l'heure d'ouverture entre les étages, à la recherche d'une salle. Je discute donc beaucoup avec Ahmed, qui, en vingt ans d'expérience, a profondément intégré les valeurs et les idées des fondateurs de l'intervention en toxicomanie, Claude Olievenstein, mais aussi successivement les différents chefs de service ou psychiatres importants de l'établissement. Ce n'est qu'en 2022 – à la suite de mon retour sur terrain au CSAPA de l'hôpital M. et de mon projet de mener des entretiens avec un maximum de professionnels en addictologie rencontrés durant la thèse – que j'ai l'occasion de mener un entretien plus formel avec lui et où, en fin de compte, peu d'éléments sembleront filtrer d'une évolution personnelle et identitaire d'usager concerné à professionnel soignant.

Je dois admettre que je n'avais pas de représentations précises du passé d'Ahmed. Contrairement à un autre accueillant, Ian, très mince, à l'air âgé, qui faisait état à tout visiteur ponctuel de son passé d'héroïnomane par des longs récits de comment c'était « à l'époque », Ahmed ne me semblait pas avoir été embauché pour son « savoir expérientiel ». Homme basané et athlétique, ne démontrant pas sa cinquantaine, je le percevais plutôt – au même titre que trois autres accueillants à ses côtés – comme une sorte d'animateur socio-culturel, de « médiateur ». Peut-être me suis-je demandée s'il avait été embauché au départ pour ses origines algériennes, dans une France qui avait eu beaucoup de mal à négocier les mutations de la population des toxicomanes dans les années 1980 et l'extension du phénomène aux jeunes issus de la deuxième génération d'immigration, en particulier maghrébine (Curtet, Le

Poulichet, 1985). Mais ce n'est que par ouï-dire²⁰, et de la part de collègues psychiatres, que j'entends parler du fait qu'il fait partie, lui aussi, des « historiques » de la structure – à savoir des ex-toxicomanes embauchés du temps où la reconnaissance de travailleur-pair n'était pas encore existante, et qu'on les embauchait dès lors sur un poste créé spécialement pour eux, celui d'« accueillants ». Ahmed en témoigne d'ailleurs lui aussi lorsqu'il précise, après avoir déclaré qu'il était éducateur spécialisé en début d'entretien, la manière dont il a dû évoluer professionnellement :

Ahmed. – [...] Moi ici en fait au début j'étais « accueillant ». J'ai commencé à bosser ici en stage en 95', puis l'embauche en 98', eh...en tant qu'accueillant. Et donc effectivement, sans statut. La fonction d'accueillant mais le statut...le statut il était agent des services hospitaliers, donc ça correspondait pas à la fonction... [...] Parce qu'à l'hôpital il y avait pas de statut, et à l'hôpital il faut un statut pour rentrer dans les grilles, sinon ça peut pas le faire – c'est ce qu'on m'avait dit. Il y avait une négociation pour être...c'était aide-médico-psychologique – mais ça changeait pas grand-chose sur le papier...[glissé] sur le salaire.

Entretien avec Ahmed – [minute 09 :00]

Ahmed se présente pendant les dix premières minutes comme éducateur spécialisé – puis il me précise à ce stade qu'il a eu besoin de cette nouvelle professionnalisation, parce que sa fonction ne rentrait pas dans les grilles salariales de la fonction publique hospitalière. On verra plus loin l'importance que prend pour lui ce fait d'avoir une place et un statut défini au sein de l'institution, au-delà de la reconnaissance salariale dont il glisse ici un mot mais presque de manière inaudible, comme s'il était honteux de vouloir être reconnu pour ses compétences.

Il faut dire que tout l'entretien avec Ahmed me semble, rétrospectivement, extrêmement laborieux – et surtout eu égard à cette problématique d'une transformation identitaire, liée à sa professionnalisation. Bien que cela n'ait pas été du tout la visée de cet entretien (vu que je l'interrogeais, comme les autres professionnels de la structure, davantage sur les missions et les enjeux du travail en addictologie), j'ai trouvé particulièrement marquant que cet homme ait esquivé systématiquement l'évocation de son passé de consommateur. En témoignent ces différents passages :

Début de l'entretien [*comme avec mes autres enquêtés, je rédige l'encart avec les données géo-sociale, l'âge, le statut professionnel*].

S.R. – Statut professionnel ?

Ahmed – Éducateur spécialisé. Depuis... si je dis pas de bêtises... 2005. Ouais, je dirais ça, 2005.

S.R. – Âge ?

Ahmed – L'âge ? 23 ans... ? [Silence] ...D'expérience haha. [Pause] 51 ans.

[...]

[05 :00] S.R. – [j'énonce parfois mes questions au « vous » :] « Depuis quand travaillez-vous ici ? »

Ahmed – Depuis...le premier stage ici à M., c'était en 1995.

S.R. – [surprise que les dates ne correspondent pas] Stage, en tant qu'« éducateur »... ?

Ahmed – En tant qu'accueillant. [il enchaîne et parle de plus en plus vite] 95'...tout en travaillant à I., dans un autre centre de santé avec Manuel H., qui était le chef de service. Et là j'ai travaillé trois ans avec lui, c'était en banlieue, c'était à S., il y avait aussi un pôle-accueil à T., et un dispensaire mobile

²⁰ Il paraît donc extrêmement délicat de commencer à parler ici de la biographie d'un travailleur-pair, en partant du cas d'une personne qui ne se reconnaît pas du tout dans l'identité d'ex-toxicomane, mais qui en plus ne m'a donné aucune certitude ou gage verbal explicites de son passé d'usager de drogues.

d'accessibilité aux soins – c'était pas un CAARUD mais le précurseur, [...] un CAARUD ambulancier quoi... [05 :50]

On peut déjà noter ici que la date à laquelle Ahmed fait valoir son entrée en poste en tant qu'éducateur spécialisé (2005), et la date à laquelle il a de fait réellement commencé à travailler en addictologie (1995) ne correspondent pas – avec cette période intermédiaire où il a été « accueillant », terme sur lequel il ne développe pas, tout en passant très rapidement sur toutes les activités qu'il a mené au centre I. pendant plusieurs années, mais aussi ensuite au CSAPA de l'hôpital M., où il a été embauché dès 1998. Sur la période précédente, Ahmed sera aussi extrêmement lapidaire, même si ses propos sont éloquents à mon sens sur ce qu'ils évitent de mentionner :

S.R – Avant tu faisais une autre profession, tu faisais autre chose ?

Ahmed – [*dans tout ce passage il parle très vite*] Avant j'étais... j'ai fait ambulancier, quelque temps. Je me suis rendu compte que c'était *pas du tout* pour moi... En fait, j'avais fantasmé le métier, et en fait... je m'attendais pas du tout à ça, et le réel m'a rattrapé. Je me suis rendu compte que c'était... c'était *pas du tout* ce que je voulais faire. Il y avait une déshumanisation des prises en charge qui moi m'a profondément choqué... et donc non, t'as l'impression de mettre dans l'ambulance les personnes avant qu'elles décèdent... de les déposer, au revoir monsieur, au revoir madame et terminé. Donc là j'étais complètement frus...tré [*il bute sur le mot*] et j'étais vraiment vraiment assez déçu quoi... Bon...

S.R. – ... [*ne sachant pas bien comment le relancer*] Bah... et qu'est-ce qui t'as amené à ... Donc c'est via I. que t'es arrivé à M. ?

Ahmed – Via I., ouais absolument ! Et via une personne... C'est via l'hôpital M. aussi, que j'ai pu aussi travailler à I. C'est-à-dire que... euh... le dernier qui travaillait à M., euh... Nathalie, une ancienne accueillante qui travaillait à M., m'a dit : « à I. ils cherchent un accueillant ». Moi je travaillais ni à M... je connaissais pas encore ce champ-là. Et donc on en a parlé, on m'a demandé « ça t'intéresserait d'être accueillant à I. ? » ; je savais pas ce que ça voulait dire, donc j'ai dit « oui, pourquoi pas ? » et j'y suis allé... Et donc j'ai rencontré Manuel et donc on a fait un test... et donc voilà, une semaine, deux semaines, pour voir si ça correspondait à mes attentes, et eux si je correspondais aussi à ce qu'ils demandaient... [...] Et donc j'avais commencé à bosser, à rencontrer la population, donc plutôt « locale »... j'allais dans les cités, etc. Et donc ça a assez matché, j'étais plutôt content de partager cette expérience. Donc là c'était plutôt en tant qu'accueillant... voilà, avec ma propre histoire, les savoirs expérientiels... ce qui m'a donné aussi la possibilité d'écouter et d'entendre les demandes des usagers/des clients, à I. Donc voilà... j'ai appris aussi énormément avec Manuel H. C'était pour moi quelque'un d'important, sur effectivement toute la théorisation, la clinique... l'accompagnement... C'était vraiment quelque'un de remarquable. [minutes 6 :00 - 8 :30]

Durant la première minute de cet extrait, Ahmed évoque très lapidairement son passé d'ambulancier, et le désenchantement, voire l'abattement qu'il a vécu à faire ce métier. Sur la fin de sa prise de parole – comme sur cette expression curieuse, « le réel m'a rattrapé » – j'ai l'impression qu'il cherchait également à me dire plus, tout en ne le disant pas. Parce qu'il y a une ellipse, fondamentalement, sur ce qui amène Ahmed au monde de l'intervention en toxicomanie. Probablement a-t-il chuté dans les drogues durant la période où il était ambulancier ; ou peut-être encore auparavant – le « réel » de l'addiction l'ayant « rattrapé » dans un moment de frustration et de souffrance au travail. Sans pouvoir nous avancer trop sur cette entrée dans l'addiction, il demeure que son entrée dans le « métier » d'accueillant reste très obscure. On peut comprendre dans les grandes lignes que c'est une autre usagère Nathalie, – ou quelque'un d'autre encore dont il tairait ici le nom (« via une personne ») – qui lui a passé l'information et par laquelle peut-être il s'est mis en contact avec des professionnels du centre I.. Ahmed témoigne ensuite de la « rencontre » opérée avec le psychiatre Manuel H.,

qui a changé quelque chose dans sa trajectoire (de vie, semble-t-il, outre que professionnelle). Il paraît correspondre aux attentes de l'institution en matière d'accueil de ces populations de toxicomanes – donc en tant que travailleur-pair sensiblement ; et il dit (dans le dernier passage souligné) avoir travaillé « avec [sa] propre histoire » – apposition – à savoir « les savoirs expérientiels... ». Donc, sans le dire, il s'avère que Ahmed est en fait intervenu professionnellement en se fondant au départ sur son passé de « toxicomane » (en tous les cas d'usager ayant expérimenté les drogues), de jeune de banlieue issu d'une famille de 12 enfants (son père a eu pas mal de métiers, arrivé d'Algérie, le dernier en date étant restaurateur), et avec toutes les compétences acquises qu'il en a retirées – mais il semble surtout ne pas vouloir l'exprimer en ces termes.

On peut sans doute considéré qu'Ahmed a vécu une forme de conversion identitaire, *via* sa professionnalisation en tant qu'éducateur spécialisé. Le poste d'« accueillant », cette fonction « sans statut » comme il la décrit, ne lui suffisait pas, dans l'objectif de retrouver une place dans la société et se doter d'une profession socialement valorisable. Il semble que ce soit davantage pour une question de reconnaissance, de recherche de dignité, que Ahmed ait successivement franchi les étapes qui le séparaient d'un véritable métier de « soignant ». Il a d'abord obtenu une VAE d'éducateur spécialisé, au début des années 2000, lorsque celle-ci venait tout juste d'être créée²¹ :

Ahmed – Et par le biais de la validation des acquis...c'était je crois en 2003, l'institution a signé, ce qu'il fallait faire – [...] Et donc on y est allés, au rectorat de Créteil pour se renseigner, il y a eu une journée d'informations pour la validation des acquis pour devenir éducateur spécialisé – où il fallait remplir un certain nombre de conditions, pour pouvoir en bénéficier. Donc j'ai lancé un peu la machine, j'ai récupéré le référentiel, j'ai rempli le dossier de *recevabilité*, ça a été accepté, et après il fallait faire un dossier type mémoire, avec quatre référentiels, qu'il fallait aussi valider pour prétendre au titre d'éducateur. Donc voilà quoi...

S.R. – Ok, donc t'es passé par ce parcours-là pour..

Ahmed – Par la validation des acquis. Et j'ai eu mon diplôme en... 2005 je crois, c'est là où la transformation s'est faite à un moment.

S.R. – Tu l'avais fait sur quoi ton mémoire ? [10 :10]

Ahmed – Bah effectivement, c'était en fonction de... [il s'interrompt] C'était sur l'accompagnement des usagers. Euh... Être garant du cadre... Qu'est-ce que c'est qu'un accueillant ? Quelle est sa *fonction* ici à M. ? Comment on est intégrés dans l'équipe ? Ce qu'on peut transmettre ou pas ?...euh, c'était vraiment à un moment donné ce qui pouvait rentrer dans les référentiels demandés de la validation des acquis. Euh... Ce que c'est qu'effectivement la sociologie d'un usager de drogues, d'un crackeur à l'époque, un polyconsommateur. Voilà, ça m'a permis du coup aussi de travailler sur...d'exprimer...

S.R. – Tout le savoir expérientiel que t'avais accumulé ?

Ahmed – C'était ça ouais... La réduction des risques, les consommateurs...Et la demande, comment on accompagne une demande ? Comment on écoute, comment on accompagne ? Le sens qu'on peut en donner... Voilà, on n'est pas des chercheurs de vérités, c'est vraiment aider ce qui sont en difficulté, en souffrance, quand ils franchissent le seuil de M. [minutes 8 :56 - 11 :12]

²¹ La Validation des acquis de l'expérience (VAE) permet, après au moins un an d'expérience (professionnelle, bénévole, associative ou syndicale) à temps complet, d'obtenir une certification attestant de ses compétences – ou « acquis de l'expérience ». Elle a été créée le 17 janvier 2002 par la loi de Modernisation sociale, et permet d'obtenir un diplôme, un titre ou un certificat de qualification professionnelle inscrit au Répertoire national des certifications. La VAE permet également de s'inscrire à une formation sans avoir le niveau d'études ou le diplôme requis pour y accéder. Isabelle Astier la présente comme un « dispositif d'évaluation qui, par sa technique de décomposition de l'expérience, par séquences et par moments d'action, est une occasion de mettre au jour de façon raisonnée « ce que l'on fait » tout en exerçant un contrôle sur soi. » (Astier, 2008 : 53)

On voit qu'ici encore Ahmed bute sur le fait de me dire que son mémoire portait sans doute sur les savoirs expérientiels qu'il avait pu convertir, de son passé d'ex-usager de drogues à son présent d'« accueillant », et de futur éducateur spécialisé. Ce qui me semble particulièrement marquant ici, c'est qu'il rend compte de comment ce passage au statut d'éducateur a constitué pour lui une forme de transformation, de conversion identitaire (« c'est là où *la transformation s'est faite* à un moment »). Il y a un avant et un après 2005 pour cet homme ; ou plutôt, à partir du moment précis où il a *pu* ne plus se considérer un être isolé, devant faire valoir le stigmate de son passé pour obtenir une forme minimale de reconnaissance, mais qu'il a eu les qualifications nécessaires pour être amené à faire partie d'une équipe, et reconnu en tant que professionnel du médico-social à part entière. Un indice de cette métamorphose de l'identité individuelle à l'identité professionnelle et donc collective, c'est l'emploi que fait Ahmed du pronom « on ». Lorsque je lui demande sur quoi portait son mémoire à la minute [10 : 10], il me répond que c'était plus ou moins sur la « fonction » des accueillants au sein de M. Il ajoute : « Comment *on* est intégrés dans l'équipe ? Ce qu'*on* peut transmettre ou pas ? ». Le pronom « on » ici lui sert à désigner les accueillants (ou en substitut du pronom « je »), tout en occultant, en dissimulant quelque peu leur statut (des ex-usagers de drogues intégrés à une équipe thérapeutique). Mais aujourd'hui il ne (se) pense plus comme cela, au sein de l'institution. Le « on » qu'il emploie la plupart du temps (depuis qu'il a été légitimé par la VAE d'éducateur à l'employer) est le « on » du pronom collectif désignant l'équipe, ou plus généralement l'institution M.. Il y repasse, dès lors qu'il s'agit de décrire ce qu'apporte son travail parmi celui des autres, au sein d'un collectif réflexif qui théorise son accompagnement : « comment *on* accompagne une demande ? Comment *on* écoute, comment *on* accompagne ? Le sens qu'*on* peut en donner... Voilà, *on n'est pas des chercheurs de vérités...* ».

Cette transformation a permis pour lui la *sortie de l'identification à la catégorie de toxicomane* – telle qu'elle était encore diffusée par la psychiatrie psychanalytique il y a trente ans, et telle qu'elle était intériorisée par les usagers eux-mêmes. Ahmed a pris une décision très nette, qui n'est pas partagée par tous les ex-usagers de cette période (comme Ian, son collègue, qui a lui fait le choix de maintenir *les deux identités*) : celle de couper avec son passé et son ancienne identité d'usager de drogues, pour assumer de devenir soi-même sa « fonction » et le statut qui l'accompagne : celle d'un « soignant », éducateur spécialisé dans le milieu de l'addictologie. C'est sans doute pour cela qu'il ne se rallie pas, aujourd'hui, au discours de la pair-aidance ou de la valorisation des seuls savoirs expérientiels. Car depuis, il s'est formé, il a développé d'autres savoirs (il est aujourd'hui thérapeute en shiatsu et autres techniques psychocorporelles), et il ne veut pas être simplement assimilé à son passé. Ce passage le confirmera, un peu plus tard dans l'entretien :

Ahmed – M. s'est construit autour d'un accueil, un accueil suffisamment chaleureux pour permettre à ceux qui viennent de l'extérieur qu'ils puissent se sentir ici en tous les cas un peu à leur place. Et ça je trouve que c'était intéressant aussi, dans le discours, c'est-à-dire que c'était un discours un peu nouveau. On n'avait pas peur de ne pas avoir de blouse blanche, ou d'être différents et d'accepter, euh, ce qu'on était à l'époque, c'est-à-dire avec notre savoir expérientiel ; on n'avait pas peur de ça. Et de pouvoir aussi aller à la rencontre avec ce qu'on était en tant que [pause] en tant que personnes et en tant que... savoirs expérientiels. Mais ça a ses limites ! – en tous cas pour moi. Et c'est pour ça que la professionnalisation *de la fonction*, ou de sa propre histoire, je trouve ça – *pour moi* – plus qu'intéressant. Et c'est ce qui m'a permis aussi de sortir, de cette identification permanente. On te renvoyait tout le temps à ta propre histoire. Ancien toxico. Ancien délinquant. « Non mais c'est normal aussi... ». Et le fait d'avoir un *vrai statut*, il y a ce décalage qui peut se faire et toi t'arrête de t'identifier à cette projection institutionnelle. [35 :00 - 36 : 20]

Si cet homme parle au début de cet extrait des usagers, on peut percevoir qu'il en va de même pour lui : Ahmed a trouvé « sa place » à M., où on l'a accepté avec sa différence, et d'où il a pu faire croître de nouveaux désirs, et une nouvelle identité. Les « limites » qu'il pointe sont sans doute analogues à celles qu'on a pu évoquer par rapport à la professionnalisation inaboutie de la fonction de MSP : le manque de reconnaissance salariale et symbolique, la limitation à une identité passée (qui ne doit/peut pas changer vraiment), le renvoi incessant à « son histoire », lorsqu'on voudrait pouvoir l'écrire autrement. Il relativise ses critiques en marquant que « pour [lui] » il était important de passer outre – via notamment la professionnalisation en tant qu'éducateur. On sent qu'Ahmed est particulièrement lié à cette institution précise, qui est porteuse d'un héritage important dans le paysage français de l'addictologie, par sa manière qu'elle a eu de porter et de promouvoir l'accueil *volontaire et anonyme* de chacun, mais aussi de rompre avec les symboles de la verticalité médicale (les médecins ne portent pas de blouse, le tutoiement remplace le vouvoiement, on appelle les usagers « clients », etc.). Bastion depuis des années d'une certaine manière de pratiquer le soin, on peut comprendre comment ce professionnel s'y est attaché, car il y voyait la garantie des valeurs universalistes républicaines. Lorsque je lui demande s'il constate des différences de traitement, selon le profil social des usagers il me répond :

Ahmed – Moi j'essaie de faire vraiment attention à ça. Depuis longtemps hein. Depuis plusieurs années : pas de discriminations. Moi je reçois pas ici... [*il s'interrompt*] 'fin, c'est enregistré – mais je reçois pas les homosexuels d'une certaine manière, les trans d'une autre manière, les Maghrébins d'une autre manière, les Noirs d'une autre manière, les Asiatiques d'une autre manière... On a affaire aux *êtres humains* ! Et qui sont en *souffrance*. Leur sexualité, le je ne sais quoi... ça les regarde. [...] Et pas je me dis : ah lui, il est homo donc il a une place à part ; lui il est trans, une place à part ; lui il est Maghrébin, donc moi aussi je suis un peu Arabe... ou totalement Arabe – dans la culture en tous les cas... mais je suis profondément Français –, je le reçois de cette manière... Non. C'est pas le côté frère de couleur [...] Et pas le côté « communautaire » ou... j'ai du mal avec ça. Tu vois c'est vraiment, pas de différences. [...] Effectivement, on voit bien que la relation elle est plus souple, elle est plus tranquille. Il y a pas le côté « je suis comme toi, viens vers moi... » [43 :57 - 45 :40]

Il me semble qu'il est plus délicat encore d'analyser ce qui pousse Ahmed à rejeter, au-delà du niveau éthique de sa posture professionnelle, les différences sociales, ethniques, de genre ou d'orientation sexuelle. J'avancerai ici sous la forme d'une question mon hypothèse : serait-il possible qu'il témoigne en cela de son attachement aux valeurs culturelles françaises, aux idées de la devise nationale, et qu'il voit dans le modèle de l'assimilation dont il a bénéficié l'unique moyen pour *ne pas faire de différences* malgré les différences sociales ? Son identification au métier d'éducateur spécialisé, pour autant qu'elle relève vraisemblablement d'une démarche extrêmement volontaire, peut ici trouver un autre facteur d'explication – dans une forme de contre-don symbolique à la France comme pays d'intégration, qui prend la forme d'une dette institutionnelle. C'est sans doute pour cela en partie qu'il se voit difficilement travailler ailleurs un jour (« J'ai toujours cette peur d'effectivement partir et pas trouver ailleurs ce que j'ai ici, où il faut refaire sa place et... et donc c'est compliqué quoi. » [47 :30]), même en ayant acquis une situation professionnelle qui pourrait être beaucoup plus facilement exportable qu'une fonction de travailleur-pair. On pourrait dire qu'Ahmed a trouvé sa place à M., parce que c'est précisément cette situation de compromis qui lui convient – le compromis d'une institution (ou pour le moins certains de ses professionnels) qui connaît son passé mais qui lui garantit un cadre de travail où il est reconnu – et peut se reconnaître – comme professionnel soignant et éducateur spécialisé.

Ahmed a ainsi réussi le pari de *s'en sortir par la professionnalisation*, tout en ne maintenant pas liés entre eux par la fatalité du destin ces deux éléments. Le *rétablissement* c'est une chose, le *travail* en est une autre, comme il l'exprime finalement ici :

Ahmed – [...] Et c'est comment on peut être aussi, nous... [Pause] Parce que, je voudrais pas me tromper. Nous on n'est pas ici pour faire une psychothérapie – c'est... il y a d'autres endroits pour le faire. Mais simplement parler des faits, et pouvoir être entendus par rapport à ce qu'il s'est passé – ça oui – ; mais pas parler de son nombril ou de sa propre histoire. On n'est pas là pour ça. Enfin je crois pas. Et l'institution, elle est pas là pour nous guérir. Certainement pas. Il y a d'autres endroits pour le faire, mais c'est pas à l'institution de le faire. 'Fin il me semble. Moi je perçois les choses plutôt comme ça. C'est ça qui m'a permis une chose aussi, d'atteindre un certain équilibre – sans jamais l'atteindre. Mais je trouve aussi que ça, c'est à nous de faire ce travail... [pause dans son discours]

S.R. – « Nous » qui ?

Ahmed – [continuant sans me répondre] 'Fin il me semble. Après, c'est ma perception en tous les cas...

S.R. – [sur ses dernières paroles] À « chacun de nous » tu dis... ? [Silence de quelques secondes] Mais c'est intéressant, ce que tu dis, que l'institution n'est pas là pour guérir...

Ahmed – Mais non, mais non. Et c'est accompagner, déjà, nos patients. On a une mission ici, c'est la prise en charge des personnes qui sont en souffrance et qui viennent nous rencontrer. Peu importe les milieux sociaux, professionnels, culturels, tout ce qu'on veut... [40 :20 - 41 :40]

Équilibriste dans ce processus de désidentification-identification, Ahmed représente pour nous un cas rare, de travailleur passé par les savoirs expérientiels, mais qui a choisi de s'identifier préférentiellement à la catégorie professionnelle qui lui correspondait le plus, à savoir celle d'éducateur spécialisé – et à une institution qui lui reconnaît ce processus de transformation identitaire. Il n'a pas voulu faire de ses vécus stigmatisants un « indicateur d'identité » (Benoist, 2007 : 651), contrairement à d'autres pair-aidants qui constituent leur vie à partir de l'expérience de la stigmatisation et de sa reconnaissance et sa transformation possible en « pilier identitaire » (Fanchini, Maurice, 2021 : 173). Nous verrons avec les prochains parcours biographiques que, dans son cas, cela était sans doute l'unique voie possible pour ne pas devenir une sorte de personnage et la marionnette de son histoire de vie – à un moment historique où les savoirs expérientiels n'avaient pas encore été formalisés dans un statut et des compétences spécifiques. Via le portrait de Youri, nous verrons à présent comment les premiers MSP ont participé, et participent, de la construction à tâtons de ce métier personnalisé.

II. B/ Youri : l'entre-deux. Ou la recherche de l'authenticité et de la connaissance de soi

Youri, comme Ahmed, a une cinquantaine d'années. Il est né dans un des territoires de l'ex-URSS et il est arrivé avec sa mère en France, à l'âge de 8 ans. Socialisé à l'école de la République, il n'a gardé aucun accent ou marqueur qui l'identifierait comme étranger. C'est un homme de taille moyenne, cheveux châtons, habillé de manière très passe-partout. En revanche, lorsqu'on l'entend parler, on peut percevoir qu'il a « traversé » bien des situations de vie. Jeune, il a d'abord travaillé dans la marine marchande. Après, lorsque le mur de Berlin est tombé et que – comme il le raconte – « les nouveaux riches » de l'oligarchie russe ont commencé à faire des séjours en France, il a profité du fait d'être bilingue russophone pour devenir tour à tour guide touristique, interprète, et traducteur pour ces touristes à Paris. Il a

été coursier, il a fait de la manutention ; il a également travaillé plusieurs années en Allemagne pour une maison d'édition militante. Ce nomadisme professionnel a pris fin depuis une dizaine d'années, mais le sens qu'il donne au métier de MSP dans sa vie n'est pas univoque : il apparaît d'une part comme un métier parmi d'autres dans la succession de ceux qu'il a enchaînés, mais incarne d'autre part une étape suffisamment importante pour avoir mis un frein à ce butinage.

Si Youri travaille depuis 2014 à Métanoïa, il a cependant acquis une notoriété par-delà les murs de la structure. Il n'est pas rare que, lorsque j'évoquais mon terrain à d'autres professionnels de l'addictologie ou à des usagers de drogue, ils ou elles fassent référence à Youri, et marquent leur admiration ou leur sympathie pour cet homme loquace et cultivé. Durant mon terrain, je lui avais accordé autant d'attention qu'aux autres membres de l'équipe – n'envisageant pas de développer un axe de réflexion spécifique sur les MSP. Mais j'ai le souvenir que Youri passait une grande partie de ses temps de pause à parler aux résidents de Métanoïa, à rester un moment, après le repas avec eux, pour partager des réflexions sur un livre, un film ou une métaphore qu'il avait sur le moment tirée de son chapeau. Comme on le verra dans l'entretien qui suit, Youri parle énormément par images. Il semble que cela lui permette de sortir des limites de l'adhésion totale à un rôle – que ce soit celui d'ancien-« toxicomane » ou celui de « soignant ». Comme on l'a vu plus haut, Youri est conscient des apories posées à la catégorie de MSP, et de son contenu labile, endossable de personne à personne. Il a décidé d'en faire son métier, plus par « vocation » que pour les contreparties statutaires et salariales qui pourraient accompagner une profession :

Youri – Ouais, donc vu que le pair-aidant ça n'existe pas, ça rentre pas dans une grille salariale – du coup on a été obligé de faire avec le statut d'animateur... [...] Parce qu'il fallait bien bidouiller.

S.R. – Et donc en termes de progression professionnelle ; de par l'expérience que tu accumules, tu peux gagner aussi en... en salaire, ou ?

Youri – Ouais. Je sais plus c'est combien, c'est genre tous les ans 20€ de plus, ou 50 balles de plus je sais plus. Oui, ça a augmenté. Je devais être à 12 balles de l'heure, maintenant je dois être à 14 ou 15 balles de l'heure, en 7 ans. [*voyant ma réaction*] Ouais...c'est lent...mais moi c'est pas...

S.R. – Et ça reste moins que les éduc's spécialisés, ou pas ?

Youri – Ah bah oui oui... Animateur ça reste vraiment le bas... c'est le tout en bas quoi ; il y a pas plus bas. C'est le truc...les gens qui font ça en général ils ont leur BAFA quoi. Sauf que moi je l'ai même pas...

S.R. – Oui mais bon...[*rires*] ça fait quand même un certain nombre d'années que tu travailles dans la structure.

Youri – Oui oui. Et puis quand je vois les autres pairs-aidants, comment ils sont payés, moi j'ai une place de privilégié. [*Je penche la tête, le poussant à poursuivre*] Les autres c'est soit du bénévolat, soit c'est 800 balles par mois quoi... Moi je suis encore un privilégié. Mais effectivement, il y a pas une progression... Si tu veux, moi je suis pas là – c'est pas un plan de carrière que je fais ; sinon je ferais autre chose. Donc c'est plus une espèce de vocation, un truc qui me tient à cœur, et en plus je l'aurais fait – au début je l'aurais fait en bénévole. En fait je l'ai fait un peu au tout début, et après, ils m'ont dit « non mais, quand même, on tient à te payer ». [...] Et effectivement je pense que je l'aurais pas fait si longtemps en bénévole. Parce qu'à un moment donné, je me serais peut-être lassé...j'aurais dit bon voilà, je fais autre chose. Donc voilà : le fait d'être payé, moi ça me permet déjà de pas penser à gagner de l'argent ailleurs, de payer mon loyer, de pas me prendre la tête avec ça... Le fait d'avoir de l'argent ça me permet de pas y penser. Voilà, sinon je pense pas que j'aurais tenu aussi longtemps en bénévole...il y avait aussi un souci de reconnaissance. Quelque part il y a aussi ça. Mais voilà, je suis pas là pour faire fortune, ni pour faire carrière quoi...C'était pas le but du jeu, ni au tout début ni maintenant.

En 2014 – comme encore de nos jours – il fallait « bidouiller » pour embaucher un médiateur-santé-pair, en l’inscrivant comme « animateur culturel » dans la grille salariale dans son cas spécifique. Pris dans une structure très en avant en ce qui concerne cette prise en considération de la parole des usagers, et de leur possible embauche en tant que travailleurs-pairs, Youri a travaillé très peu de temps de manière bénévole – et il se considère ainsi comme un « privilégié » dans le monde de la pair-aidance. Il constate néanmoins qu’il n’est pas là pour « faire carrière », et que c’est autre chose qui le tient dans ce travail – les valeurs qu’il défend en voulant aider les autres par le récit de son expérience (« ça correspond à une éthique, à des valeurs. À l’humain que j’ai envie d’être » [11 : 40]). Comme Ahmed quelques années avant lui, il a voulu « rester », mais moins par dette institutionnelle que pour montrer à d’autres – professionnels et usagers – qu’il est possible de parler de l’addiction au passé :

Youri – Et donc voilà, je pense que j’ai choisi ça aussi... ça me tenait à cœur de montrer que *c’était possible* : tu sais, tous ces discours des Alcooliques Anonymes, comme quoi on se rétablit jamais vraiment... Moi je voulais montrer que si, si. On peut tourner la page, on peut se rétablir, et même rester là, le montrer, l’incarner. Tu vois ? *D’incarner le rétablissement*, plus que d’en parler ou de dire « voilà, je suis passé par là ». [...] Une des questions que je me posais souvent c’était « est-ce que vraiment je pourrais dire un jour : c’est derrière moi ? ». Maintenant, aujourd’hui, je peux le dire. Mais ça m’a souvent tarabulé, cette question je me la suis posée souvent. Donc aujourd’hui, je veux le montrer. Que ce soit aux professionnels, aux usagers, aux gens en général. À mon entourage. Et puis c’est possible vraiment de dire « *J’ai été addict* ». D’en parler au passé. Et non pas de dire [*il prend un ton dramatique*] « Je suis toujours dépendant, après vingt ans d’abstinence... ». C’est vraiment le discours inverse. Donc c’est pour ça que je suis resté... [*incise*] Tu vois je le savais même pas, en te répondant au départ... mais si, en fait, c’est pour ça que je suis là ! Mais oui, sinon j’aurais pu partir, faire d’autres trucs... mais qui n’ont rien à voir quoi. [minute 8 :30 - 9 : 45]

Youri a paradoxalement tourné la page de l’addiction en choisissant de travailler en addictologie. Il oppose les diverses stratégies qui auraient pu s’offrir à lui – comme à tant d’autres avant lui : s’inscrire aux NA/AA, rester dans le discours de la « maladie de la dépendance » ; ou bien tourner définitivement la page, s’en aller, parce qu’on va mieux. Mais dans cette tension réactualisée entre passé et présent (« *J’ai été addict* », et le fait aujourd’hui « *d’incarner le rétablissement* »), on sent qu’il a développé une tentative personnelle, pour échapper autant à la position de « modèle » qu’à celle du personnage de foire, qu’on montre pour illustrer le rétablissement. On le perçoit au-travers de deux aspects. D’une part, parce qu’il tient à affirmer qu’il n’a pas fait ce choix car MSP aurait constituer sa seule option :

[*À la suite*] S.R. – T’aurais pu continuer ta liste de métiers...

Youri – De boulots... ouais ouais... Mais tu sais qu’avant de bosser là, on m’avait proposé à C. [un autre CSAPA en addictologie] ? Parce qu’ils ont pas mal de public qui parle russe... Et donc, les Georgiens, les Ukrainiens... mais eux ils m’avaient proposé un poste en bénévole. Et donc je voulais pas, être totalement en bénévole, parce que voilà j’avais, un loyer à payer, j’avais des petites dépenses... Je vis pas dans le luxe mais quand même. Et donc, j’ai pas accepté. ...Ils m’ont proposé aussi [d’autres potentiels employeurs] d’aller dans les stations de ski. Tu sais, Courchevel, les trucs des gens de la haute...parce qu’il y a plein de Russes là-bas, et donc il leur faut des gens qui accueillent. Et là c’était pour le coup hyper bien payé [...]. Mais donc voilà, j’avais d’autres solutions, j’étais pas obligé... – parce que je vois des pair-aidants, on dirait qu’ils le font parce qu’ils pouvaient pas faire autre chose, donc c’est une sorte de « Ouais c’était ça ou je ... ». Moi j’avais des possibilités, j’avais des ouvertures. Donc j’aurais pu partir faire autre chose. Et même des choses qui m’auraient apporté bien plus d’argent. [11 : 20]

Youri insiste sur le fait qu'il n'a pas choisi de faire MSP *par défaut*, ou *faute* d'une meilleure opportunité professionnelle. Il dit avoir eu des « possibilités », des « ouvertures », autres que cette reconversion de son vécu en savoir expérientiel – qui ne constituerait de ce point de vue-là qu'un petit boulot parmi les nombreux autres qu'il a fait dans sa vie. Il marque ici une forme de distinction vis-à-vis des pair-aidants qui eux ne « pouvaient pas faire autre chose », qu'ils se soient laissés manipuler et « conformer » (cf. infra) ou bien qu'ils manquent de ressources personnelles pour aller vers une profession en milieu ordinaire²².

D'autre part, Youri affirme ne pas être comme les autres, précisément parce qu'il semblerait que ce métier est venu pour lui à point nommé dans sa vie, pour lui permettre d'affirmer et d'assumer *qui il est*. Cela apparaît particulièrement lors de son entretien, lorsqu'il évoque son « rôle » de pair-aidant au sein de l'équipe :

[25 :20] Youri – Donc le rôle en fait... bah, en fait, le métier n'existe pas : pair-aidant, c'est pas un truc existant, c'est pas un truc répertorié, c'est pas officiel. Du coup, on peut se dire « merde, c'est chiant, ce manque de reconnaissance, manque de ceci, de cela ». [...] moi j'ai un autre regard là-dessus, c'est que je me dis : « je suis libre ». Puisque le truc n'existe pas, je peux en faire ce que je veux. Je peux l'inventer. Je peux inventer ce métier, comme moi j'estime qu'il est... comment moi en gros j'ai envie de le pratiquer. Quel rôle moi j'ai envie d'amener dans l'équipe. Et du coup ouais, je crée un peu des trucs, j'invente... J'ai essayé un peu de me conformer au tout début, et ça m'a valu une bonne crise. Donc voilà... j'ai été en arrêt maladie trois mois je crois. [26 :10]

[...] Et donc quand je suis revenu de cette petite crise, en fait je me suis rendu compte que c'était moi, que j'étais plus en accord... enfin en gros c'est comme si je pensais que je devais me conformer à ce boulot, de leur dire les choses comme ça... Alors que quand je me suis rendu compte que tout ça ne tenait pas, et qu'en fait il me suffisait d'être moi et d'être celui que je veux... En gros encore une fois ça m'a ramené à moi et à ma responsabilité – chose que je prêchais pour les autres mais que j'avais peut-être oubliée pour moi à un moment donné ; du coup j'ai commencé à me dire « Bah ouais, le métier est pas reconnu, donc je peux en faire ce que je veux » Donc j'ai commencé à faire comme je voulais. Et depuis ça a bien marché. [28 :35]

« Être soi » et être celui que l'on veut être – on voit comment le devenir-MSP vécu par Youri est au plus proche d'un processus de transformation de soi qui va dans le sens, tant d'une acceptation de ses limites et de ses vulnérabilités, que de l'affirmation d'un modèle de construction individualiste – où la volonté et la responsabilité individuelle sont le seul moyen d'obtention d'une place pour sa singularité. On pourrait dire qu'il s'agit d'un modèle de subjectivation parfaitement néolibéral, où le *Je* doit être l'étalon de mesure des possibles mais en même temps le coach de son propre développement personnel et professionnel. Comme l'écrit Isabelle Astier : « En arrière-fond, nous voyons se dessiner la silhouette d'un individu mobile, réflexif, responsable, aux expériences multiples [...]. Mieux encore, un individu qui serait capable de se fabriquer son "métier" et de le faire reconnaître » (Astier, 2008 : 60). Mais Youri me semble plutôt dans un processus de *résistance* à ce dispositif de subjectivation de l'aidant idéal, en ce qu'il considère que sa « liberté » se situe précisément dans cette faille du système – qui n'a pas prévu de partition définie pour son rôle social. Il témoigne de façon très

²² Je trouve remarquable de ce fait, que les divers pair-aidants (qui s'assument ou non comme tels) que j'ai rencontrés ne soient aucunement agis par une « motivation salutogénique » à concilier, à travers leur profession, leur parcours de vie, l'emploi visé et l'utilité sociale qu'ils peuvent y trouver, et la question de leur identité (Gross, 2020 : 167). Si l'importance des vécus antécédents est importante pour mes trois enquêtés, aucun d'eux ne se définit de manière *centrale* ou univoque par son passé de toxicomane, ou ses expériences de souffrance et de mal-être.

aigüe des problèmes qui ont été les siens, en termes d'identification et d'identité à former, au moment de sa « crise » :

[26 :11] Youri – C'était au bout de deux ans, deux ans et demi. Quand je me suis senti complètement aspiré par l'équipe, par l'institution. Et je me suis vu en train de faire l'éducateur, de parler comme un éduc... d'être dénaturé, de plus être à même de... J'étais tellement passé de l'autre côté, que du coup c'est comme si j'oubliais presque d'où je venais quoi.

S.R. – C'est pour ça que tu précises toujours « un peu » – « Je suis un peu de l'autre côté, mais... » ? Pas *totale*ment, comme à un moment où t'aurais pu sombrer...

Youri – Ouais ouais, je sais pas si c'est *somber*... [rises] Mais en tous cas je me suis vu partir de l'autre côté, et ça m'a complètement perturbé quoi... Et j'ai senti que j'étais récupéré, un petit peu instrumentalisé – on se servait de moi comme une sorte de porte-étendard dans les commissions de je sais pas quoi ou machin. Donc moi je disais oui, parce que j'avais un peu mon petit ego qui était flatté, donc je voulais en faire partie, je voulais faire partie de tout ça. Et puis à un moment donné, tout ça m'a dépassé, donc je suis parti dans une espèce de petite crise... j'ai fait une petite rechute : je me suis retrouvé à M. C'était rigolo d'ailleurs, parce que je me suis retrouvé, ils ont pas compris – ils m'ont fait : « bah, qu'est-ce que tu fais là Youri ? T'es venu faire un stage ? »... [rire] J'ai dit : « Non, je viens pour moi », et ils m'ont dit « Ah, mais parce que ça va être compliqué de venir là, parce qu'il y a des gens qui sont ici, qui t'ont connu, qui t'ont suivi comme médiateur... », « Bah c'est comme ça », j'ai dit, « je leur avais dit que j'étais comme eux, maintenant ils verront bien... »

[...] Après moi j'ai été clair, je leur ai dit : je sais faire la part des choses. Là je suis en soins... Alors oui, je vais voir des gens – mais bon c'est comme ça... J'ai le droit de pas aller bien quoi. [rises] C'est pas parce que je suis pair-aidant que je peux pas... Bon, et donc voilà, et ça l'a fait. [28 :03]

Parmi les premiers à faire l'expérience de ce que veut dire ce passage identitaire à la catégorie de MSP, Youri expérimente aussi le risque de son *devenir-éducateur*, ce passage de « l'autre côté » où il semble que *lui* (à l'inverse par exemple d'Ahmed) y aurait perdu son identité (« c'est comme si j'oubliais presque d'où je venais quoi »). Le « positionnement mobile » attendu des personnes qui exercent ce métier a déjà été considéré comme porteur de tensions subjectives (Sarradon-Eck *et al.* 2012 : 190). Youri voit bien les contreparties narcissiques que son ego aurait pu en retirer, mais il a préféré à l'époque adopté *une posture à cheval entre deux identités* : celle de personne vulnérable, capable de retomber en dépendance ; mais en même temps celle de quelqu'un qui est en train de s'en sortir, et qui peut être pair-aidant tout en étant encore dans la consommation. C'est sur l'acceptation de ses faiblesses que s'est construit donc la trajectoire de Youri, qui n'évoque plus de moment de crise similaire après cet épisode, et qui a aujourd'hui l'impression d'avoir tiré un trait sur son passé d'usager-dépendant – sans pour autant prôner une abstinence absolue et sans concessions. Il est lui-même en gestion de consommation depuis des années, bien qu'il ne valorise pas de manière prosélyte un modèle par rapport à un autre devant les usagers de la structure. On voit ainsi que la place de l'expérience est régulée au sein même de l'exercice des fonctions de MSP. Comme l'écrit Lise Demailly (2014 : §30), « la référence directe à l'expérience personnelle, précieuse, non remplaçable, non imaginable pour les autres professionnels, est évoquée chaque fois que les MSP se plaignent et se décrivent comme contraints à rentrer dans le moule de service, où ils sentent leur créativité et leur autonomie bridées, voire dans les cas où ils revendiquent une certaine extraterritorialité par rapport à la hiérarchie hospitalière. » Elle est donc mise au service d'une « définition charismatique » de la fonction de MSP ; mais cette dernière ne doit pas à son tour se figer en une figure caricaturale : un modèle réitéré par d'autres que soi deviendrait creux, ou se cristalliserait en une énième *identité* au sens négatif du terme. En effet si Youri a pu apprendre de cette expérience d'identification difficile à la

catégorie « vide » de MSP – qu’il avait donc tendance à remplir avec une identification au rôle d’éducateur – c’est bien sur cette thématique. Il a su en effet convertir cette fonctionnalité hybride au sein d’une équipe en un savoir théorico-pratique qui lui est propre, et qui lui permet d’analyser également comment l’on peut s’enfermer dans une autre identité – celle de *l’addict* – et avoir du mal à en sortir :

Youri – Peut-être qu’il y en a pas en général [de « rôle » qui correspond à la personnalité d’un individu]... mais d’autant plus avec les pairs-aidants parce que voilà, c’est un truc qui est là, qui est flou... [...] Donc, comme c’est le bordel, profitons-en. Mais effectivement tout ça on peut le pousser à bien plus loin – et effectivement moi je le pense à travers cette question de l’identité du toxicomane, ou d’addict. Comment je rentre dans une espèce de rôle, et je m’identifie à ça, en pensant ensuite que c’est mon identité propre ? Alors qu’en fait c’est juste une facette à laquelle je me suis un peu identifié... Ça peut être un rôle d’infirmière, ça peut être un rôle d’éduc, un rôle de directeur, un rôle de pair-aidant... Enfin oui, on peut tous jouer un rôle, comme ça. [Pause] Après, si on le sait, c’est pas très grave. À la limite, si je sais que je joue un rôle – c’est comme un acteur : un acteur il sait ou normalement il est censé savoir qu’il joue un rôle, que c’est pas lui quoi. [...] Mais c’est ça : si on s’oublie complètement, et qu’on oublie qu’on est en train de jouer un rôle, c’est ça qui est emmerdant. Et dans les addictions, c’est ça qui est emmerdant... Mais dans les centres de soins aussi, parfois... sauf si les gens savent, voilà. Si l’infirmière joue le rôle de l’infirmière, et qu’elle le sait – et que moi je sais que je joue le rôle du patient, et que je vais voir une infirmière qui joue le rôle d’une infirmière, bon, on peut trouver des terrains d’entente. Mais si on est *dedans*, là c’est un peu plus chiant... [33 :00]

Avec Youri, l’analyse parvient souvent à s’étendre, du problème de l’addiction ou de la problématique spécifique qu’il a rencontré dans sa vie, à l’horizon des problèmes sociologiques et philosophiques de l’identité ordinaire (il parvient ainsi régulièrement à effectuer des sauts et des passages du micro au macro, du normal au pathologique). Il est particulièrement sensible à l’oscillation en pendule des croyances contemporaines sur la liberté, entre la conviction subjective d’une hyper-responsabilité de l’individu, « aux commandes de sa vie », et le constat, comme objectif et distancié, du fait que nous sommes toujours enchaînés à différentes illusions :

[En atelier de WRAP (*Wellness Recovery Action Plan*)²³, Youri raconte comment il a mis du temps à prendre soin de lui :]

Youri – [...] Je disais « ouais ouais », mais en fait je le faisais pas. Pour moi c’était un peu flou, j’étais dans un rapport un peu dur avec moi-même... Je vous dis ma combine – parce que j’ai réfléchi au fait que si on m’avait dit « prends soin de ton petit frère », j’aurais su quoi faire... Donc j’ai essayé de l’appliquer à moi-même. Là je me disais, je vais rentrer chez moi – et je vais trouver Youri sur le canapé... et qu’est-ce que je vais faire pour lui ? Qu’est-ce que je vais faire ? Je vais pas le laisser là... Je suis quand même aux premières loges, je suis toujours là, aux commandes, 24h sur 24... Je suis peut-être le premier à pouvoir prendre soin de moi...

²³ Modèle de rétablissement développé par Mary Ellen Copeland et un groupe d’usagers en 1997 dans le Vermont, le WRAP inclut : une « boîte à outils du bien-être » (*wellness toolbox*) ; un plan d’entretien quotidien ou liste des choses que l’on peut faire chaque jour pour rester en bonne santé ; une liste de déclencheurs ou de facteurs de stress et un plan d’action pour y faire face ; ou encore une liste des éléments d’alarme, des signes que les choses sont en train d’empirer ; un plan de post-crise. Dans sa présentation du WRAP, le docteur Copeland témoigne de comment cet outil est destiné à faire en sorte que « les personnes se sentent mieux (*feel better*), restent en bonne santé (*stay well*) et fassent de leur vie ce qu’elles en voulaient (*make their lives what they wanted to be*) » (minute 1 :30 de la présentation qu’elle donne sur son site : [Overview of WRAP | Mary Ellen Copeland PhD](#))

[Il raconte l'histoire d'un Indien qui va voir le vieux chaman de la tribu qui lui dit] « On a tous en nous la part de l'humain et la part du loup. Mais comment savoir quelle part est la plus grande ? » : bah, c'est simple, c'est celle que tu vas nourrir le plus.
[...] [plus loin] Le monde il existe pas vraiment. C'est la manière dont on le regarde...

Cdt 2 – Métanoïa – 23/05/22

S.R. – Mais du coup, si t'as pas l'impression de contribuer à changer les représentations sociales, t'as quand même l'impression de contribuer à changer les représentations sociales de certaines personnes ? Des usagers qui viennent ici... ?

Youri – De contribuer à changer les représentations des gens sur eux-mêmes. Et c'est ça qui change le monde. C'est ça qui change *leur* monde, en tous cas. Je modifie leur façon de voir les choses. En tous cas, j'essaye... de changer leurs lunettes, leur façon de voir... C'est ça qui va changer. C'est pour ça que je te disais : c'est une illusion [changer les représentations, au sens de changer la société]. [...] Et moi, celui qui m'a aidé à voir ça de manière claire, c'est Platon. Tu vois, j'ai lu [le mythe de] la caverne... [...] – mais j'ai compris [que] là, il y a peut-être quoi, 5-6 ans. Et je me suis *vu* en fait... je me suis vu pendant le cinéma : je suis au cinéma, en train de regarder un film et ce que je vois à l'écran ne me plaît pas. Je me lève, et je commence à gratter l'écran, à vouloir détruire ce qui est *sur* l'écran. Mais ce que je regarde sur l'écran, c'est une *projection* ; ça se passe pas là en fait. Ça se passe là où il y a le projecteur avec la bobine qui passe... Et c'est comme ça que moi je comprends Platon maintenant. Il y a les lumières, les ombres.. du coup, moi si je continue à vouloir gratter là où ça se projette, bah je suis en train de vouloir changer une illusion. Faut que j'aille vers la source. Elle est où la source ? Bah c'est l'humain qui regarde le monde – c'est lui la projection. Et si moi je change l'humain qui regarde le monde, bah je vais changer le monde... de cet humain-là en tous cas. Donc moi je vais à la source, et la source elle est dans chaque humain, en l'humain. On n'est pas une collectivité. La collectivité c'est les ombres, qui sont eux-mêmes largués...

Entretien avec Youri [minute 46 :00-47 :30]

Youri témoigne de ce hiatus, de cette tension entre la conscience de la singularité de chaque sujet humain, et de l'effort individuel que chacun doit fournir pour « se libérer » (comme dans la caverne, des illusions projetées sur le mur de l'existence, et comme dans la vie, des produits qui permettent d'oublier que c'est une illusion), et de l'autre côté, la conscience du besoin incompressible d'autrui, pour être témoin et compagnon de cette existence singulière. Au cours de son évolution professionnelle, Youri est sans doute parvenu à se constituer une forme d'identité personnelle, mais ce n'est que récemment qu'il est devenu plus reconnaissant du fait qu'il a aussi toujours besoin d'un *collectif situé* pour se réfléchir et se modifier :

S.R. – De quoi tu te sens dépendre ? De quoi tu as besoin pour exercer ton travail ?

Youri – De quoi j'ai besoin... Bah j'ai besoin des autres. Besoin des actients, de l'équipe. Besoin d'échanger aussi sur ma pratique. C'est pour ça, j'ai créé – on l'a créé à plusieurs, mais c'est moi qui gère le truc – ce collectif de pair-aidants [avec lequel il se retrouve mensuellement]. J'ai besoin de gens qui me comprennent et qui sont dans le même parcours... qui font ça aussi. [...] Ça me permet de pas me sentir seul, ouais, de faire une sorte d'analyse de pratiques... D'échanger autour de qu'est-ce que c'est, qu'est-ce qu'on cherche, qu'est-ce qu'on veut en tant que pair-aidants ? Et ouais, de tirer les choses au clair : est-ce qu'on a envie d'être comme n'importe qui dans l'équipe... ? Ça me permet aussi moi de voir où j'en suis, quand je vois les témoignages des uns et des autres... Je me dis « tiens, lui ce qu'il dit là, moi je suis pas du tout là-dedans... ». Donc ça permet de se positionner encore plus fermement, par rapport à la place que je veux occuper. Si je suis tout seul, j'ai pas de point de comparaison, j'ai pas de regard... Tu vois quand je disais « j'ai besoin des autres » de façon abstraite,

c'est moi ça me permet aussi de *forger* cette identité de « pair-aidant » entre guillemets... Même si je la fais éclater et que je sais que c'est un rôle, mais, quand même l'identité... [35 :50]

[...] Donc on peut se faire une identité – même si elle est un peu chimérique peut-être. On prend un truc là, un truc là...ça fait une espèce de personnage qui n'existe pas vraiment – mais au moins ça permet à chacun de réfléchir et d'avoir une idée, une vision de ce que ça peut être. Sinon on sait pas du tout de quoi on parle, tout le monde est perdu... À un moment il faut bien, même si c'est pas tout à fait vrai, même si c'est une chimère, mais au moins [...] on a la représentation d'un truc. Même si effectivement, tout ça sonne un peu faux, mais c'est mieux que rien – sinon c'est le néant. [38 :20 - 39 :12]

Même si la question de l'identité personnelle peut demeurer en perpétuelle transformation, la reconnaissance *sociale* de cette identité demeure nécessaire, tout comme demeure fondamental le fait de pouvoir s'identifier *et* se désidentifier par rapport à d'autres semblables (de pouvoir dire « lui/elle est comme ça et moi non »). Et cela semble possible à partir de ce qui devient quelque chose comme *la professionnalité* du métier de MSP – dont on sait qu'il est un rôle, mais qui autorise à se fabriquer son costume personnel, à s'aménager sa manière de vouloir l'habiter, de le jouer. Il paraît important de le rappeler, dans une époque où la disparition de la professionnalité peut être lue comme un des facteurs motivant les replis sur la sphère de l'identité personnelle ou de l'appartenance à toute une série de revendications identitaires (Kaufmann, 2004 : 228 ; Franssen, 2005). La professionnalité est typiquement une identification transitoire, qui constitue une des facettes de l'individualité – il est possible de l'endosser, comme de pouvoir aussi la laisser au vestiaire, et repartir chez soi en n'étant plus *le même* que l'on a été durant une journée de travail. Même dans un cadre comme celui de la professionnalisation des savoirs expérientiels, où on se forge une identité où « être soi » devient le rôle à endosser, il peut y avoir quelque chose comme la fabrication d'une éthique professionnelle, qui permet de distinguer le « soi » au travail, et le « soi » des autres moments de l'existence. Cette identité de la vie quotidienne elle est aussi ce que le travail a fait de nous – mais elle n'est ni la seule « identité au travail » (Sainsaulieu, [1977]), ni la seule identité conquise hors du monde de la sphère productive –, surtout dans un monde où certaines formes de souffrance proviennent spécifiquement du décalage entre l'identité vécue et le personnage social que nous sommes quotidiennement invités à construire et à assumer comme identification signifiante, notamment sur les réseaux (Giust-Desprairies, 2002 ; Georges, 2009 ; Rodriguez, 2014 ; Simion, Dorard, 2020).

De la même manière que se signalait l'importance de déclarer qu'il aurait pu faire autre chose de sa vie, Youri se distingue de nombreux professionnels du médico-social (toutes catégories confondues) par le fait qu'il parvient facilement à s'imaginer un jour ailleurs. Entre le rêve d'une vie où il ferait totalement autre chose, et le rêve d'une vie où il serait parfaitement « indépendant » (en se mettant à son compte comme *coach* ou MSP indépendant), se dessine le projet renouvelé de se chercher, *ailleurs* : d'aller là vers où il pourra au mieux être « lui-même ». C'est également dans cet extrait où se trouve répétée l'insistance portée sur le « rôle » social, et sur l'importance de pouvoir en changer – plutôt que d'y risquer d'abandonner son identité ou de se retrouver piégé dans « l'illusion » de la reconstitution d'une famille unie :

S.R. – Une autre question que j'avais c'était : *est-ce que tu te verrais changer de carrière, ou de secteur ?*

Youri – [*pause, puis très direct.*] Oui. Ouais, largement. Je pense que j'ai fait le tour maintenant – je te disais, la question du collectif [de pair-aidants] : voilà, je balance – *maintenant* je vous donne tous les outils que j'ai glanés, les machins, les trucs, parce que voilà peut-être que dans deux ou trois ans – ...j'en sais rien, je sais pas – mais je dirais complètement, mais vraiment, faire autre chose. Partir, aller

à la pêche, partir à la campagne, me mettre au vert, voilà. J'ai plus du tout la même motivation comme au début à *vouloir*... Mais même de fait voilà, j'ai envie aussi de me mettre à mon compte peut-être. Tu vois j'ai fait des formations pour devenir accompagnant/thérapeute...

S.R – Tu resterais dans le même secteur pour le coup...

Youri – Ah, je continuerais avec l'humain. Mais je serais plus dans un centre de soins, ça serait plus en institution. Je serais moi... de moi vers l'autre quoi. Il y aurait plus l'équipe, il y aurait plus le programme, il y aurait plus tout ça – ce serait moi qui serais accompagnant. Donc ça oui, largement, oui oui – j'ai largement fait le tour. Ouais, je pourrais partir là du jour au lendemain sans sourciller. Ça me ferait... [il se reprend] Oui ça me ferait un petit pincement, parce que c'était une tranche de vie, et c'est un chapitre, ou une page qui se tourne... – mais voilà, ça serait pas un drame, ça serait pas... [...] Mais je conçois que ça soit difficile pour les autres. Parce qu'il y a une identification. En plus, je vois bien que la plupart des gens qui sont ici, ils ont commencé jeunes – et justement c'est la reproduction d'une institution familiale ici. Et c'est pour ça qu'ils parlent de « famille »... Mais moi je suis assez conscient... – déjà j'ai réglé suffisamment de comptes avec ma propre famille, pour éviter de m'embarquer *ici* sur le modèle familial. Donc non, pour moi c'est des collègues, c'est pas une famille – et donc je peux les quitter... c'est juste un boulot quoi. C'est juste un boulot, c'est juste des collègues. C'est pas ma vie quoi. Ma vie elle est ailleurs... même si comme je disais, je suis *moi-même*, donc les accompagnements, je suis moi-même. Mais est-ce que c'est pas ça finalement, l'illusion de la vie : c'est qu'on est avec tout le monde, mais en même temps on est seul... Voilà quelque part moi ça m'a... Donc oui, je peux partir : une illusion ici va cesser, mais l'illusion va continuer ailleurs. Mais moi quelque part, je suis toujours seul, avec ce monde qui m'entoure. Donc ça peut être ici, ça peut être ailleurs. Ça va pas changer le *fond*. [57 :00 - 01 : 00 :07]

« Ma vie elle est ailleurs ». C'est sur cette conscience de fond, à mi-chemin entre l'amertume et la liberté acquise via toutes ses « expériences », que Youri nous laissera. Nous pourrions voir une illustration encore plus poussée de cette sensation de ne pas « coller » avec le rôle social attendu des MSP à travers l'exemple de Nono, tout jeune professionnel entré dans la profession en 2023, et pour lequel la stabilisation d'une position via la professionnalisation est encore loin d'être acquise.

II. C/ Nono : la dissociation. Ou une ligne de fuite cherchant encore l'horizon vers lequel converger

Nous témoignerons à présent d'une trajectoire, dont la particularité est sans doute celle d'avoir pu l'analyser et la décrire à quatre mains – enquêteur et ethnographe travaillant ensemble. Comme je le déclarais dans les remerciements généraux, cette thèse n'aurait pas été la même sans la rencontre il y a trois ans et les réflexions faites (ainsi que les transformations personnelles parallèlement vécues) avec Nono. Demeuré un de mes principaux interlocuteurs durant ces mois d'écriture, il a parcouru le cheminement qui est au cœur de ce chapitre durant les trois années qui ont suivi notre première entrevue. Nono avait quitté Métanoïa, quand j'allais pour ma part y entrer, en 2021. Il partait vivre hors de la région parisienne, pour commencer ses études de philosophie, mais le hasard faisant bien les choses, c'est dans sa ville que j'ai dû me rendre à de nombreuses reprises pour les besoins de la thèse, pouvant ainsi régulièrement le rencontrer. De fil en aiguille, Nono est passé du statut d'enquêteur et de source directe de matériaux ethnographiques, à celui de connaissance, avec lequel échanger sur l'addictologie, les addictions, les questions de la thèse. Puis, nos contacts continuant à distance,

Nono est devenu un partenaire de réflexion, d'élaboration (dans le cadre d'ateliers organisés par l'association chapeautant Métanoïa, qui nous a mis en lien sur diverses présentations), puis d'écriture – dans le cadre d'un colloque dont je tairai ici l'intitulé (pour préserver un tant soit peu son anonymat). Sans doute faut-il dire que Nono, au-delà de toutes ces qualifications, est devenu un ami – et que cette position rendrait d'autant plus difficile la narration objectivée de sa trajectoire biographique, si je n'avais considéré qu'il était nécessaire, en ce cas, que lui-même y participe. Pendant deux ans, j'ai donc ainsi accumulé et annoté les diverses réflexions que Nono pouvait avoir sur son parcours et son évolution personnelle et professionnelle, aussi bien au sein de discussions informelles que dans des moments consacrés davantage à cette « recherche » sur sa subjectivation, sous la forme de retours et d'introspection par rapport à ses premières expériences en tant que MSP. De son côté, il a rédigé une sorte de « carnet de terrain », notamment au début de son expérience salariée à Métanoïa, dans la visée de s'en servir comme matériel d'analyse de son auto-transformation – carnet dont je restituerai ici quelques extraits. D'autre part, je résumerai plutôt que citer certaines de ses déclarations lors de notre communication à ce colloque sur la pair-aidance – qui faisaient état de la difficulté de situer son « devenir » en tant que MSP, et les difficultés auxquelles ses nouvelles fonctions le confrontaient. Enfin, j'ai procédé avec lui en février 2024 à un entretien semi-directif – à l'instar des collègues de sa structure, que j'avais interrogés l'année précédente. L'exercice, mené comme si nous ne nous connaissions pas, a permis de faire ressortir quelques points saillants de son sentiment de précarisation sociale et identitaire, qu'il me semble important de souligner – malgré toutes les bifurcations dans sa trajectoire récente qui rendent compte d'une relative stabilisation existentielle.

La spécificité de cette troisième présentation biographique est donc d'avoir pu suivre pas à pas une entrée dans la professionnalisation de MSP – sans l'échantillonnage plus conséquent d'une enquête comme celle entreprise sous l'égide du CCOMS en 2014, mais avec l'approfondissement que rend possible l'étude monographique d'une histoire de vie.

Nono vient du Morvan, et d'une famille d'agriculteurs. Cette description géo-sociale semble sans doute un peu lapidaire, étant donné l'attachement que le jeune homme semble nouer à son territoire d'origine, et la signification que peut prendre une enfance à la campagne, comme le fait d'avoir connu très jeune la rudesse et les contraintes d'être le fils aîné d'un exploitant. Sa sœur a repris le métier, prenant en charge elle-même sa propre ferme dès l'âge de 27 ans ; quant à leur mère, elle a toujours eu pour sa part le statut de conjointe d'exploitant.

Lorsque Nono décide de quitter le domicile familial, il a 18 ans. Il a passé son baccalauréat de français en première, mais est parti avant d'obtenir le diplôme marquant généralement la fin du lycée. Il se décrit lui-même comme ayant eu, durant les années qui suivent, une « vie à la marge ». Il passe une bonne partie de sa vingtaine entre la vie dans les squats, la militance politique, et l'aménagement de ses conditions d'existence, en lien avec une consommation de drogues qui a toujours été présente depuis sa majorité. Sa consommation connaît une évolution relativement constante, de ses 18 à ses 30 ans – tout en la conjuguant avec des périodes sous traitement de substitution (méthadone). Il enchaîne de nombreux boulots, travaille comme intérimaire, puis travaille même durant une période (cinq ans) comme travailleur du sexe. Ce n'est qu'à la trentaine qu'il commence quelques séjours en résidentiel. Après une ou deux institutions, les soins en 2021 à Métanoïa opèrent pour lui comme un double déclic – en termes d'alternative thérapeutique, et en termes d'avenir professionnel. En effet, Nono *accroche* à la philosophie de soins de l'institution – et il y découvre la perspective de la gestion existentielle (Therrien, 2009), du fait de pouvoir définir lui-même

une gestion de consommation qu'il jugerait optimale, plutôt que la visée de l'abstinence classiquement visée dans les précédents centres de soins. Et puis, la rencontre intellectuelle avec des thérapeutes le comprenant, et notamment la figure d'André Mortin, est sans doute décisive dans la possibilité qu'il se donne à ce moment de reprendre les études :

S.R. – Et qu'est-ce qui t'as amené à te reconverter dans le travail social ?

Nono. – Bah en fait c'est quand je suis passé en soins à Métanoïa, que le psychiatre a jeté une graine comme on dit – et qui m'a proposé ce métier de pair-aidant [au sens où il lui a fait valoir que c'était une orientation possible]. [...] Après ce qu'il se passe c'est qu'à la fin de mes soins, je me suis mis en appart thérapeutique et j'ai repris les études, ce que je voulais faire depuis longtemps – mais je pouvais pas auparavant, parce que j'avais une situation sociale trop instable et trop à la marge. [04 :35]

Entretien avec Nono – MSP – 06/02/2024

Pour Nono comme pour d'autres avant lui, la découverte de la possibilité de la conversion de son capital expérientiel en métier se fait grâce à la « rencontre » avec un psychiatre entrepreneur de cause, qui l'oriente vers sa future vocation. Nono choisit donc un A.T. dans la ville où il s'est inscrit en licence 1 de philosophie en septembre 2022 et où, vivant les premiers mois entre la bourse universitaire et un boulot d'intérimaire dans la distribution, il commence en parallèle une formation en tant que médiateur-santé-pair via l'association dirigeant Métanoïa. Il sort d'A.T., trouve une chambre en collocation dans la même ville, et commence à faire un stage bénévole de plusieurs journées par semaine dans le CAARUD de la même structure où il vient de finir sa période en appartement thérapeutique. En avril 2023, il revient dans une discussion avec moi sur les désillusions de ces premiers mois d'expérience. Il se sent peu soutenu par l'association dans cette formation à distance. Il a disposé d'un MOOC (c'est-à-dire un cours didactique en ligne), mais sa formation s'est sensiblement arrêtée là :

[Je lui demande ce que lui ont appris ces derniers mois.]

Nono – Ce que ça m'a appris, c'est surtout la *big failure* (le gros échec) d'Agora [l'association] en formation de médiateur-santé-pair. J'ai eu aucun suivi, je ne vois jamais personne, j'ai aucune affiliation, aucun sentiment d'appartenance à tout ça... Ce que ça te fait comprendre c'est que après, la personne elle se démerde, pour trouver les stages et construire son projet. [...] À trop de moments... c'est une force d'être autonome, mais c'est aussi un vrai danger quand il y a ça... Le truc qui se joue tout le temps, c'est la question de la redéfinition permanente, c'est comme les NA qui te disent « c'est un combat de tous les jours ».

Discussion par visio en avril 2023

[Alors qu'il est désormais MSP à Métanoïa]

Nono – [...] Quand t'est payé à mille six et que tu fais le même travail qu'un éducateur... et que surtout t'as *pas eu* de formation d'éducateur, tu peux faire d'énormes boulettes ! Et c'est pas pour rien que au début où j'ai été travaillé, il y a eu des plaintes contre moi : parce que je savais pas comment il fallait faire...

S.R. [j'assentis] – T'as manqué de formation, t'as l'impression ?

Nono – Mais j'ai aucune formation ! Je suis arrivé à ce métier-là avec aucune formation. Avec un peu de bénévolat dans une autre structure avant mais bon...

S.R. – Ils t'ont fait faire quoi en gros ? Le MOOC là...

Nono – Ouais, et c'est tout. Et une formation de trois jours avec Youri, mais... c'est très évasif quoi. On te parle du rétablissement – voilà. Mais on te parle pas de : comment être ; quelles sont les tâches du médiateur dans l'équipe... Et en fait, les tâches c'est les tâches d'un éduc' ! [...] Moi je pense qu'il

faudrait faire un statut particulier qui serait « éducateur pair-aidant » – pour qu’il y ait pas de différences de salaire entre un pair-aidant et un éducateur quoi.

S.R – Ouais sauf qu’un éducateur, il y a une formation de deux-trois ans, justement, dans un IRTS ; il a des stages...

Nono – Ouais, mais nous on a une formation de quinze ans à prendre des produits, tu vois ?

Entretien du 06/02/2024 minute 21 :50 - 23 :15]

Nono témoigne dans ces deux extraits avant tout de la frustration et de la rancœur à l’égard du manque de suivi dont il a fait l’objet, dans la continuité de son parcours d’actient dans ce parcours de formation. On l’a lancé dans cette voie, on lui a dit « vas-y, tu en es capable », mais il a le sentiment qu’on ne l’accompagne pas – ce qui témoigne encore de l’absence de *holding institutionnel* (Winnicott, 1971 ; Delion, 2018) dans les institutions observées. Hors de la période en institution d’accueil, il n’y aura pas de continuation de l’esprit de Métanoïa hors les murs – et donc, semble-t-il pour Nono, de la confiance en soi qu’on est censé y avoir gagnée. Cela rejoint par ailleurs la question contemporaine de l’emploi personnalisé, qui concerne les mutations du travail et s’étend au-delà de la seule catégorie socioprofessionnelle des MSP. Nono m’évoquait d’ailleurs les travaux de François Dubet, qu’il était en train d’étudier en licence : ce qui le marque, c’est que Dubet rappelle qu’autrefois un ouvrier testait un métier, et si cela ne convenait pas, il aurait dit « je ne suis pas *fait* pour cela ». Il y avait du coup des bons et des mauvais ouvriers, des bons et des mauvais médecins. Aujourd’hui, l’individualité doit se plier à ces objectivations de la subjectivité. « On ne veut plus qu’il y a de bons ou de mauvais médecins – le truc qu’on essaie de gommer, c’est ces différenciations. » me dit Nono. À un autre moment, il me dira :

En fait, tu n’es pas formé pour un métier, tu pourrais te former pour n’importe quoi ; mais il faut que tu te vendes toi, comme faisant la diff’, comme assurant une différence qualitative qui n’est liée qu’à ton image. [...] C’est un travail où tu n’as aucun sentiment d’appartenance à quoi que ce soit. Tu bosses avec personne, tu t’encapacites, tu mets des compétences sur un CV, mais en fait t’es un travailleur en devenir, sur un marché en devenir, avec une formation en devenir, mais en fait il y a rien qui est stabilisé. [...] L’écueil, dans le truc des MSP, c’est que tout le monde, les éducs, les pysys, les MSP font des analyses de la personnalité [avec l’usager], et il y a pas d’objectivation des capacités de la personne – une liste de tâches concrètes, de missions, qu’on confierait aux MSP.

Nono – discussion d’avril 2023

Nous réfléchissons ensemble aux motifs de cette absence d’objectivation des tâches du MSP. D’une part, les mettre à plat rendrait sans doute compte de leur similarité avec les tâches des éducateurs spécialisés : le risque que cela provoque une déqualification globale des missions des travailleurs sociaux (en mettant en concurrence avec eux ces nouveaux professionnels venus des savoirs expérientiels) est trop important pour n’avoir pas été pris en compte. Cela exigerait sinon – entre autres, comme le dit Nono – une revalorisation salariale à la hausse de la fonction de MSP, qui est aujourd’hui pour grande part encore exploitée via le bénévolat et des statuts professionnels hybrides et peu rémunérateurs. D’autre part le problème est donc plus global, car il touche à la disparition de l’objectivation des capacités professionnelles, pour lui substituer une valorisation (et des évaluations corrélées) de la subjectivité et de la personnalité du travailleur. Comme l’a écrit Danièle Linhart (2015), on est davantage jugé sur sa personnalité plutôt que sur ses compétences professionnelles – ou plutôt la personnalité correspond à l’expression des compétences mises en jeu dans le domaine du travail. C’est en fait une personnalisation qui vise à la standardisation, à l’uniformisation des

travailleurs selon des caractéristiques fonctionnelles et psychologiques. Nono la décrit pour sa part comme une « prolétarianisation par le haut » : cela atteint moins les cadres selon lui, que les professions qui étaient jusqu'alors exceptées de cette personnalisation, comme les médecins, les métiers de la fonction publique, *etc.*

À cette idée de la professionnalité correspond de fait le modèle de formation libéral et individualisé dont a bénéficié Nono : il faut prendre la décision de se former, de soi-même ; il faut s'activer et se donner du mal pour trouver des sources de financement pour son projet entrepreneurial, il faut aller de soi-même toquer à la porte des potentiels fournisseurs d'emploi – quitte à commencer par un bénévolat pour un jour être embauché. Mais un travail qui reste « en devenir », comme le dit Nono, « sur un marché en devenir, avec une formation en devenir », peut résulter hautement problématique si on y réfléchit – dans une perspective où l'emploi devrait contribuer à la *stabilisation* et au rétablissement des personnes dépendantes.

Nono est par ailleurs conscient de ses limites, ou faiblesses. Il perçoit que le fait de vouloir travailler tout en étant en gestion de consommation lui donne sans doute une plus grande vulnérabilité face à certains collègues abstinentes. Le fait qu'il ait voulu s'engager dans le dernier endroit où il a été suivi en soins (structure de type CSAPA-CAARUD et A.T.) lui semblait par ailleurs, en avril 2023, une option sans doute quelque peu risquée, ou du moins délicate. En même temps, il se demandait pourquoi il devrait nécessairement partir travailler dans une autre ville, ailleurs, en se donnant l'illusion de « se créer une nouvelle vie ». Préférant travailler là où il avait envie de « rendre » quelque chose (logique d'un contre-don symbolique), Nono reste encore une année dans cette ville du nord de la France. Lors du colloque auquel nous participons ensemble, il racontera que ce qu'il a appris dans cette structure concerne surtout les manières d'« habiter [sa] nouvelle posture de médiateur-santé-pair ». D'un côté, avec les usagers, il faut qu'il modère son désir d'être utile, et qu'il l'accorde plutôt avec les besoins exprimés par l'utilisateur ; il se rend compte qu'il n'a aucun pouvoir particulier sur le fait d'entrer en lien avec la personne, si un lien ne se crée pas entre lui et elle. Une des limites qu'il pointe, c'est que cela dépend aussi fortement du projet thérapeutique de la personne – une personne visant l'abstinence aura beaucoup plus de mal à « croire » ou à considérer légitime un MSP en gestion de consommation (comme on l'a vu plus haut avec l'exemple de Youri et du membre de NA). De l'autre côté, l'institution dans laquelle le MSP s'insère privilégiera un récit biographique cohérent avec l'orientation qu'elle propose à ses usagers – le savoir expérientiel n'est pas seulement subjectivement situé, mais il faut qu'il s'inscrive dans une situation sociale donnée. Typiquement, il faut qu'il puisse « coller » avec le récit institutionnel qu'on se fait du rétablissement – et donc la personnalité de MSP qu'on privilégiera sera très différente qu'on soit dans une CT appliquant les 12 étapes du programme Minnesota, ou dans un CTR de la même philosophie du soin que Métanoïa.

Déjà en 2022, Nono se sent donc écartelé entre les apports et les insécurités que contribue à lui donner cette situation de professionnalisation de son devenir. Car pour constituer le savoir expérientiel il faut concilier et prendre en compte tant la trajectoire thérapeutique que la trajectoire professionnelle – c'est toujours ambivalent dit Nono : tu te soignes en même temps que tu te racontes, et te raconter, ça contribue en partie à te soigner... Mais quelque chose d'autre prend forme, qui n'est pas une simple addition des deux parcours, mais concerne la redéfinition de son identité sociale toute entière :

Par ailleurs, dans la professionnalisation, il y a un truc qui se joue beaucoup au sujet de la transformation de mon identité – ce qui est nouveau pour moi. Avant j'étais punk, enfin j'avais un style de vie plutôt alternatif et j'étais travailleur du sexe, et maintenant, j'adopte un style de vie plutôt passe-partout pour

pas taper dans l'œil. Notamment parce que je peux pas devenir médiateur-santé-pair en continuant d'avoir une vie trop à la marge. Sans que ça soit basé sur la coercition de l'institution, c'est que je pense que ça ferait une trop grande dissonance entre mon ancienne identité, et ce vers quoi je suis en train de tendre en ce moment. (Extrait de notre présentation, au colloque sur la pair-aidance, mai 2023)

En en parlant en termes de « dissonance », Nono illustre le caractère subjectif des conflits et des négociations qu'un individu est amené à vivre dans un de ces « moments critiques » que constitue une bifurcation significative en termes de redéfinition identitaire :

En interrogeant comment, sur la base d'une contrainte de cheminement²⁴, de sa position dans l'espace social et des ressources à sa disposition, l'acteur social donne du sens à cette bifurcation, on peut comprendre la variabilité du travail de mise en cohérence de l'identité sociale.

Ces moments de remise en cause peuvent être d'une densité variable, être plus ou moins institutionnalisés, mais ont tous en commun d'être des moments qui obligent l'acteur à reconnaître qu'il n'est « plus le même qu'avant ». [...] Trois éléments doivent être ici invoqués pour rendre compte de ces moments décisifs : leur densité, leur durée et, enfin, leur aménagement, ou non, dans des institutions. (Voegtli, 2004 : 147)

En termes de densité et de de durée, on peut dire que ces transformation subjectives prennent pied dans la vie de Nono de façon extrêmement condensée et rapide. Quelques mois après avoir laissé son travail de bénévole dans le CSAPA-CAARUD évoqué, il est contacté par Métanoïa pour remplacer Youri, qui part sur un poste de coordination dans l'Ouest de la France. Nono a ainsi à peine le temps de faire décanter sa toute récente expérience en tant que MSP qu'il se retrouve embauché en CDI, dans une structure où deux ans auparavant il entraînait comme usager. Je lui demande s'il peut, à cette occasion, décrire les modifications journalières que lui fait expérimenter ce nouveau changement de statut. Il écrit des pages précieuses d'observation de terrain durant ses premiers jours de salarié à Métanoïa, dont je voudrais restituer ici quelques bribes²⁵ :

Premier jour, lundi 28 août 2023, 9h30 – 17h30

Pour les transports tout est simple, je descend à pied à Saint-Lazare, je prends le T.E.R et j'y suis. J'ai pas mal de marche à pied, mais ça me permet de rester en forme. J'arrive pile à l'heure, même si je suis arrivé bien en avance, notamment parce que je ne me rappelais plus des horaires. En arrivant, on est resté une heure à boire du café en discutant, tout le monde a raconté ses vacances, etc. De manière un peu intuitive, j'ai surtout été vers Albin. C'était mon référent à l'époque, mais c'est surtout parce que je le sens bien. Il me semble que c'est lui le plus sérieux de la bande. [...] À 10h30, le nouveau directeur départemental a fait un speech. Direct il a insisté sur la bonne ambiance qu'il devait y avoir, ne pas parler dans le dos des autres. Mon hypothèse c'est que ça trahit une situation pas très positive avant cela. Il a insisté sur le fait de ne pas se couper quand on parle. J'ai proposer la lecture de l'article co-écrit avec Silvia pour qu'il apprenne à mieux me connaître en tant que médiateur en devenir. Bien sûre quand les autres sont arrivée, surtout les filles, et la veilleuse de nuit en particulier (elle était en arrêt, et ça se comprend, elle n'a pas la même formation que les éducateurs) a regretté le départ de Youri. Manon a tout de suite été en alerte pour insister sur le fait que ce soit cool que je sois là. J'ai réagis très calmement en mode je m'en fous. Je me doutais que ça pouvait arriver. Je fais l'éloge

²⁴ Michaël Voegtli reprend l'analyse de Jean-Claude Passeron selon lequel ces bifurcations sont à comprendre à l'intersection « de l'objectivité d'une contrainte de cheminement » et d'une « décision subjective », par laquelle l'individu entre en lien, interprète et négocie la modification subjective que lui fait vivre cette contrainte de parcours. (Passeron, 1990 : 20 – texte cité par Voegtli (2004).

²⁵ Je restitue tels quels, sans corrections orthographiques ou grammaticales, le carnet et le style de Nono. J'ai simplement remplacé les prénoms réels par ceux que j'ai choisi pour l'anonymisation.

de Youri en tant que professionnel mais je me ramène encore à mon séjour pour dire que j'avais pas d'atome crochu avec lui pendant mon séjour. D'ailleurs, ensuite on a rangé. Mon habitus du prolo m'a fait aller bien plus vite que les autres, dans ma tête j'étais encore en intérim. En fin de journée, quand je capterais que tout le monde fait des grandes pauses pour discuter de tout et n'importe quoi, je calmerais la cadence. On a archivé les dossiers des anciens patients. J'étais hésitant à tourner les pages pour regarder dedans, comme si ça m'était encore interdit. Tout ça, c'est dans ma tête, eux ne disent rien.

Mardi 30 août 2023, 9h30 – 17h30

On entre dans le concret. Ce matin, on a appelé les actients qui viennent la semaine prochaine. L'éducatrice a appelé les deux premiers et moi le troisième, Taylor ceux d'après (c'est un nouvel éducateur qui a bossé 8 ans avec des mineurs délinquant). J'ai pris des notes sur ce qu'il y avait à demander car normalement, c'était Youri qui faisait ça, et c'est à moi de le faire maintenant :

Demander si ils sont toujours ok pour venir

Si il y a, y a eu des consos

Est ce que le sevrage est fait ou à faire

Dans quel état d'esprit est la personne

Doit arriver le lundi entre 10h et 12h

Avoir son traitement pour 10 jours

Affaires de piscine

Quel moyen de locomotion

Ensuite j'ai taillé le pommier

Nono, de par ses origines sociales, de sa formation d'autodidacte (et non sanctionnée par un parcours de formation « classique » et diplômant), et sans doute du fait de son entrée récente dans la profession, rend compte de manière plus aigüe du problème de légitimité dont sont l'objet les MSP. Arrivé dans une équipe où Youri était devenu *la* référence en la matière, il a du mal à se faire une place dans une équipe où divers événements ont entaché la confiance des collègues entre eux et de l'alliance possible avec la direction (un licenciement pour faute grave d'un salarié au printemps 2023, une succession de directions transitoires qui ne sont pas à la hauteur des enjeux de la structure...). Il témoigne à divers moments de la manière dont son sentiment de manque de légitimité est aiguisé par les réactions de l'équipe :

S.R. – Est-ce que t'as l'impression d'avoir de l'autonomie dans ton travail ?

Nono – Euh, ouais j'ai de l'autonomie – mais j'ai deux-trois collègues qui sont tout le temps en train de me surveiller. J'ai de l'autonomie parce que... en fait, quand je donne les traitements, c'est moi qui donne les traitements ; quand je fais les entretiens je suis tout seul ; c'est moi qui ai préparé la trame pour un atelier sur le rétablissement [...] Mais c'est une autonomie relative, c'est-à-dire mon autonomie c'est surtout : je dois être autonome pour faire le même taf que les éduc.

[Je lui pointe que son prédécesseur voyait le métier de MSP comme une « case vide »]

Nono – Ouais, mais sauf que là c'est pas vrai. C'est parce là en fait, vu qu'ils ont le modèle de Youri en tête, il a créé le poste – mais en fait là eux ils se réfèrent qu'à lui et à sa manière de faire.

S.R. – Donc t'as l'impression que maintenant la fonction de MSP, ça serait faire la même chose que ce qu'a fait Youri ?

Nono – Bah en tous cas, qu'il y a une comparaison, et qu'ils se réfèrent qu'à ce qu'ils connaissent. Mais [...] je leur dis « mais en fait vous connaissez qui, à part Youri, en pair-aidant, vous ? ». Moi je discute avec plein d'autres pair-aidants, ils disent que c'est une dinguerie ce qu'il se passe ici. Vous êtes pas soutenant ! [minute 24 :30 – 26 :00]

[...] S.R. – Qu'est-ce qui est problématique dans le fait que les gens te connaissent – en tant qu'ex-usager ?

Nono. – Bah, il y a le stigmate du tox : par exemple, il y a eu des vols d'argent – mais ça fait des années qu'il y a des vols d'argent – et clairement, on m'a fait comprendre que c'était... sans doute moi quoi.

Hum... [il prend le temps de réfléchir à ce qu'il va dire] Par exemple, j'avais pas fait mon entretien d'embauche qu'on me demandait déjà c'est quoi mes produits. [Pause] Mouais. Voilà.

S.R. – Ça, c'est les problèmes majeurs auxquels tu te retrouves confronté ?

Nono – Bah aussi j'ai l'impression que, en fait, les diagnostics que je fais comptent pas. Vu que moi je suis référent d'aucune personne, j'ai beau dire ce que je veux, ils s'en foutent quoi [l'équipe].

S.R. – Ah, t'est pas dans un binôme de référents ? Pourquoi ?

Nono – Parce que je suis pair-aidant. ([tous les deux, ensemble] Mais Youri l'était... !) Ouais, à la fin ouais. Mais au début non. Mais en fait, ce qu'ils attendent de moi les éducs, c'est que je sois la poucave [autre nom argotique pour la personne qui « balance »]: c'est-à-dire que vu que les actients ont une confiance en moi, vu que je suis pas éducé, ils attendent que je leur ramène des infos que eux ne sont pas réussis à avoir. Et par contre ce que les actients ils attendent de moi c'est... un partage confidentiel et une certaine forme d'intimité – et je suis toujours pris dans cette tension. [minute 27 : 20 - 28 :45]

Cette légitimité à exercer en tant que MSP peut parfois également être pointée du doigt par les usagers plus dotés en capital socio-économique et culturel – qui contrairement aux publics des classes populaires selon Nono, viennent le « tester » et se mettent en compétition avec lui :

S.R. – Est-ce que tu as l'impression que tu considères les gens différemment, en fonction de leur classe sociale d'origine, en fonction de ton parcours ?

Nono – Bah il y a des fois où je suis même *obligé*, parce que quand je me présente, et que je dis que je fais des études de philo et de socio, des personnes – bah, plus avec les classes supérieures – il y a une espèce de compétition qui se fait, et en fait quand ils viennent me voir en entretien, il y en a qui viennent me tester sur mon niveau d'élaboration, et ils viennent faire en sorte de voir si je suis capable de me faire des nœuds dans le cerveau. Et ils posent des questions, avec une complexité, euh, et avec... – je suis obligé de leur parler... [...] tu vois, d'utiliser des termes techniques [...] de glisser un peu deux trois références, parce que c'est qu'ils viennent chercher quoi...

S.R. – Ouais, ils attendent ça de toi...

Nono – Et aussi de leur foutre un peu la rage – [*incise glissée, ton moins indigné*] il y a des fois où j'ai un peu ça : où le mec [il parle de lui-même], il est injecteur d'héroïne et de cocaïne, il lit de la philo, et il vient travailler, et c'est lui qui est en train de me dire comment il s'en est sorti alors que moi je galère encore. Et contrairement comme souvent aux gens des classes populaires – qui en ont à peu près rien à foutre de tout ça et qui viennent pas trop me chercher là-dessus – j'essaie d'avoir un discours *de base*, qui est un discours avec des termes que tout le monde peut comprendre ; mais si je sens qu'on vient me chercher sur des termes techniques et tout ça, j'y vais. Mais après, je me mets pas à parler « moins bien »... [minute 11 :10 - 12 :45]

Son autorité et sa professionnalité viennent aussi particulièrement affectées et mises à mal par les rapports sociaux de sexe, comme en témoignent ces deux extraits – en entretien, et lors d'une discussion informelle, où Nono me parle d'une nouvelle actiente, Cassandre, qui essaye délibérément de le conduire à la faute professionnelle :

Nono – J'ai l'impression qu'elle me prend pas au sérieux, en termes de hiérarchie elle m'intègre pas à l'équipe, parce que ça fait que quelques semaines que je bosse. Le jour où elle tenait des propos racistes pendant la distribution des médicaments, pour provoquer, j'ai failli confondre les boîtes devant elle...

[Il marque que c'est sans doute lié à le rapport difficile que cette usagère paraît avoir vis-à-vis des hommes.] Avec deux autres actients elle a un problème – mais pas avec les éducateurs hommes. Luc (ES) il disait les mêmes trucs que moi et elle a fermé sa gueule. Pour elle, je crois que je suis pas un professionnel.

Elle me teste parce qu'elle m'a proposé clairement de contacter son *dealer* pour savoir s'il livrait sur N. [nom de la ville du CTR], et elle me demande si c'est possible de garder sa coke le temps de la cure... Plusieurs fois elle m'a fait une blague de « vous avez pas un petit numéro à me dépanner ? »

J'ai écrit ça en transmission – mais j'ai pas envie de faire le keuf non plus, je marque ce qui se passe : je dis juste que j'ai de nouveau marqué les limites alors qu'elle était activée avec la coke. Luc m'a dit « hésite pas qu'il faut dire qu'il faut la surveiller », et je lui ai dit que c'était un ouf, j'allais pas faire ça.

Discussion par visio avec Nono – le 17/09/23

S.R. – Et par rapport à des questions de genre par exemple ? Est-ce que t'as l'impression d'avoir un rapport différent entre les hommes et les femmes au sein de la structure ?

Nono – Ben, moi je crains beaucoup les femmes, ouais.

[...] Mais en plus ayant eu une espèce d'éducation féministe dans les squats et tout, en fait je prends grave des pincettes à chaque fois avec les meufs ; et clairement, moi j'évite les entretiens avec les meufs. Je le sens, parce que je me dis « je vais dire des conneries » quoi. Et je me sens pas du tout légitime à parler avec des meufs.

S.R. – Pourquoi tu vas dire des conneries ?

Nono – Bah je sais pas c'est un truc de crainte. [...] C'est même, quand je parle avec une meuf sur un truc de temps informel, je fais hyper gaffe quoi. Et je fais gaffe aussi parce qu'il y a des femmes qui, elles te demandent un briquet et elles te caressent la main... mais parce qu'il y a plein de meufs qui sont en dépendance affective tu vois ? Et qui se cherchent une espèce d'alliance qui est pas thérapeutique. C'est une alliance euh... ouais, il y a un truc presque incestueux – je suis son grand frère ou je sais pas quoi. Et ça moi, j'ai énormément de mal... Mais aussi je pense que c'est parce que je suis dans une structure, qui a vécu d'énormes traumatismes par rapport à ça. Et que je me sens surveillé par mes collègues aussi.

S.R. – Là-dessus, pourquoi ? Parce que t'es jeune, t'es ex-usager...

Nono – Bah ouais, parce que j'ai trente ans, je suis blanc, je sais à peu près bien parler, je suis pas trop marqué par le produit – donc forcément, s'il y a pas d'autres mecs dans la structure... je suis la première cible quoi. [minute 13 :00 - 15 :10]

Le premier extrait insiste sur le fait que l'entre-deux identitaire théorisé par Youri est très difficile à tenir pour Nono, qui vit de plein fouet les tensions suscitées par ses nouvelles fonctions de MSP. Pris entre les remises en cause d'une actiente qui le provoque parce qu'elle sait qu'il est nouveau dans la structure et les conseils des collègues, qui l'incitent à passer de l'autre côté, en lui suggérant de rédiger quelque chose qu'il perçoit comme une dénonciation, il se contente de rapporter le fait par écrit – mais prend sur lui la pression et la charge de ne pas se voir reconnu à la hauteur de sa fonction. Dans les diverses tentatives d'alliance qui lui sont adressées, Nono trouve difficilement un équilibre, car il a l'impression que, de tous les côtés, il est tenu de répondre à la demande d'autrui soit depuis ce qu'on attend de son « empathie » et soutien envers le groupe des usagers (être celui qui « comprend »), soit depuis sa loyauté nouvellement acquise à l'équipe (être celui qui en parle, qui dénonce, qui expulse).

Le second met en relief un tabou des institutions médico-sociales, à savoir la monnaie d'échange que peut constituer le transfert affectif des usagères – pour constituer une relation qui excède le rapport de thérapeute à usager, et qui peut leur résulter utile. Il me semble important de souligner les craintes vécues par Nono, jeune professionnel dans ce milieu, non vis-à-vis de la présumée violence des usagers masculins, mais plutôt vis-à-vis de certaines usagères – dont il craint les répercussions qu'elles pourraient mettre en œuvre, dans le cas où

il ferait une gaffe envers elle, ou s'il ne répondait pas à leurs tentatives de séduction. Il faudrait sans doute développer ultérieurement cet impensé qui est le revers de l'impensé de la violence des femmes (Cardi, Pruvost, 2008). Reste qu'il apparaît selon moi que ce que vit Nono est la résultante de son complexe de classe, insolitement entrecoupé d'une socialisation dans les milieux d'extrême-gauche, mettant ces dernières années le féminisme au cœur de la subjectivation masculine qui doit être fournie pour prouver que l'on est un bon militant.

Pour toutes ces raisons, au moment de notre entretien, Nono envisage déjà, dans une prochaine étape de sa professionnalisation, d'aller candidater ailleurs en tant que MSP. Son rétablissement personnel et son embauche en tant que pair-aidant doivent être davantage dissociés selon lui, pour lui permettre d'accéder à cette reconnaissance matérielle et symbolique dont il se sent pour l'instant lésé :

S.R. – Qu'est-ce qu'il te manque ? De quoi t'aurais besoin pour travailler ?

Nono – De quoi j'aurais besoin... D'un meilleur salaire. [*Il réfléchit*] J'aurais besoin... d'une meilleure confiance de l'équipe [...] ... Je crois que j'aurais besoin d'aller travailler ailleurs, parce qu'ici, vu que j'ai été suivi et soigné – et que l'équipe est en crise – euh... j'aimerais bien, maintenant que je sais ce que je dois faire en tant que pair-aidant, reprendre à zéro.

S.R. – Reprendre à zéro, c'est-à-dire dans un autre contexte... où les gens te connaissent pas ?

Nono – Ouais, dans un autre taf. [*en réponse à la fin de ma phrase, il hoche la tête :*] Hm. [minute 26 :30 - 27 :15]

Pour autant, Nono se distingue nettement des deux autres travailleurs-pair interrogés, en ce qu'il souhaite se séparer radicalement de l'identité professionnelle (acquise statutairement ou créée sur mesure) qu'il est obligé néanmoins d'établir dans le monde social. Lorsqu'il m'évoque que sa copine l'a présenté comme « éducateur » à ses parents, ou qu'il est présenté comme tel aux amis de ses propres parents (« que ça en soit devenu un métier [la drogue], ça aurait été ouf quoi. Ça aurait vraiment été n'importe quoi... » [38 :22]), je constate qu'il témoigne du sentiment que la société a encore de fortes difficultés à accepter qu'il puisse y avoir une professionnalisation à partir de son parcours de soins :

Nono – Bah, ouais. Parce que c'est inconnu. C'est vraiment un inconnu... Mais en plus, je pense que les gens comprennent pas... et j'en ai marre [...] Quand je pense à la destigmatisation – justement : je préfère qu'elle se fasse à Métanoïa, sur des ateliers de six semaines sur un temps long, que *moi* incarner ça. Je l'ai fait un temps, maintenant j'ai plus envie...

S.R. – Parce que cette assignation au métier d'éducateur, elle te dérange, elle te met mal à l'aise ? Ou ça te gêne parce que c'est plus *simple*... ?

Nono – En tous cas, pour moi, c'est un métier que j'aime pas, éducateur – [...] et ça me renvoie vraiment le truc cliché quoi. Après je m'en fous un peu quoi parce que enfin... [*Pause*] le truc c'est que je vis tellement à travers d'autres choses, que mon métier me définit pas... En fait, mon métier me définit quand j'y suis – j'existe par mon métier quand j'y suis – mais quand je me barre de mon métier, j'suis plutôt un militant [*il se reprend*], 'fin, je suis plutôt un lecteur de Marx, Foucault [rires], un militant... procommuniste, révolutionnaire, ce genre de choses – je suis *plus* là-dedans... Enfin tu vois l'identité plurielle je la vis vraiment, parce qu'en dehors du taf je me sens plus du tout ça quoi. Ou même quand je consomme, je me sens plus du tout pair-aidant... Donc ça ça va. [minute 38:58 - 40:55]

Représentatif d'une génération qui ne se définit plus uniquement par son travail, mais par les expériences personnelles que chacun peut y traverser (Van de Velde, 2008 : 38-50²⁶),

²⁶ Je me réfère ici à une sous-section, « Des trajectoires d'expérimentation » que Cécile Van de Velde rattache plus spécifiquement à la jeunesse danoise. Les jeunes Français lui semblent davantage marqués par la pression sociale

Nono amorce un travail de reconversion identitaire qui prend la pair-aidance comme support, mais certainement pas comme finalité. Constituant une des facettes d'une identité plurielle encore en stabilisation, son métier est une des réalités qu'il habite, et qui l'habitent – au même titre que ses passions, ses opinions politiques, ou sa consommation de drogues. Nous pouvons ainsi, grâce à son apport et à celui de Ahmed et Youri, établir schématiquement les trois attitudes que nourrissent ces sujets envers la profession de MSP – prise entre sa réalité de nouvel emploi configurateur d'identité et la norme d'idéal qu'il représente au sein du travail social (Dubar, 1991 ; Dujarier, 2016).

*

En guise d'ouverture, il nous semble que les quatre attitudes professionnelles décrites par Marie-Anne Dujarier (2006) dans le cadre de l'observation des services de masse (une chaîne de restauration et un service de gériatrie) peuvent nous servir de repères pour analyser les trajectoires professionnelles de nos trois enquêtés. Selon Dujarier,

Le sujet face à l'idéal normalisé peut opter entre quatre attitudes. Dans un premier cas, il tente de faire coïncider la prescription idéale avec son action effective. Il s'agit de ceux que nous appellerons les « héroïques ». Soit, dans cette tension, le sujet « lâche » l'idéal (plus que sa normalisation) et maintient son action de manière routinière, le retenant au bord du gouffre de l'impuissance. C'est une attitude que l'on peut qualifier de « pratique ». Troisième option : le sujet s'éloigne des conditions concrètes et reste dans l'exigence abstraite de l'idéal à l'instar des « enchanteurs ». Une quatrième solution, en rupture, consiste à contester la norme d'idéal (Dujarier, [2006] 2018 : 227).

En première analyse, il pourrait sembler pertinent de repérer chez Ahmed, Youri et Nono des traits caractéristiques d'une de ces attitudes-types face au travail. Ahmed appartiendrait sans doute davantage à la catégorie des « héroïques », Youri à celle des « pratiques », et Nono à celle des « résistants » en rupture. Mais les situations individuelles ne se résument jamais à l'un de ces idéaux types, et cela nous apparaît en vérité réducteur – au-delà du fait d'entrer en contradiction avec le modèle sociologique de la constitution des logiques d'acteurs au travail établi par Renaud Sainsaulieu [1977]. Si ce modèle témoignait de l'observation encore faisable « des interdépendances possible entre le monde des identités collectives » et constituées par la culture salariale, « et celui des identités individuelles qui affleurent dans l'univers des relations interpersonnelles » ([1977] 1988 : 302-303) – l'univers professionnel que nous observons pour notre part ne nous permet pas de dégager une *identité collective* correspondant aux trajectoires individuelles de ces trois hommes. Ils ont pourtant été embauchés au départ pour une fonction analogue, mais leurs trois trajectoires témoignent de positions financières, de projets de carrière, d'identifications à la culture d'équipe, trop différentes pour être considérées comme témoignant d'une même identité collective. La forme *fusionnelle* collective et solidaire des anciens OS leur est impossible, mais en revanche, ils alternent entre les modèles *affinitaire*, *négocié* et *réglementaire* en fonction du moment de leur trajectoire professionnelle et de leurs stratégies individuelles spécifiques (*ibid.* : 334-343).

et familiale poussant le jeune à « se placer », notamment via les études et la perspective d'un emploi représentatif de sa classe sociale – mais il semble que ces différents modèles aient fait évoluer les représentations de la jeunesse européenne, et que leur évolution tend, de manière générale, vers les modèles nordiques.

Ahmed, pour commencer, témoigne d'une évolution vers un modèle de négociation : il a acquis un pouvoir et une légitimité individuelle au sein de l'organisation (il a gagné en qualifications professionnelles et en compétences techniques, voire d'expertises – *shiatsu* et autres techniques thérapeutiques) et a pu donc négocier progressivement le contenu et les modalités de son activité. Il a en outre clairement redéfini son identité par « l'intermédiaire de l'esprit maison et de l'intégration à l'entreprise [l'institution dans notre cas] » (*ibid.* : 337), dans laquelle il « croît », une particularité que Dujarier note particulièrement chez ceux qu'elle désigne pour sa part comme les « héroïques ». Ce profil, qu'elle repère aussi bien chez les cadres de proximité que chez les opérationnels situés en première ligne et obligés de « faire face » parce qu'ils s'y sentent contraints, émerge foncièrement d'un désir d'intégration. Au-delà des perspectives socio-psychiques qui analyse cette attitude comme la rencontre heureuse entre un idéal du moi individuel et un système organisationnel pouvant l'exploiter, c'est le désir de reconnaissance sociale qui conduit à ce comportement en conformation avec la norme d'idéal (Dujarier, 2018 : 229). Ce besoin d'intégration est souvent perçu et valorisé par des employeurs qui embauchent ces personnes « qui s'engagent alors avec ferveur dans la défense des idéaux organisationnels, non pas pour être exceptionnels mais, au contraire, pour être enfin reconnus comme "normaux" » (*ibid.* : 230). Mais Ahmed ne semble pas conjuguer à cette construction identitaire le corrélat que l'autrice y voit, du sentiment de responsabilité infinie, ou de la culpabilité de « mal faire », sentiment que ces héroïques prennent souvent sur eux. Parce qu'il articule une identification à l'équipe soignante (il parle au « nous » de l'institution) à une trajectoire individuelle construite sur un modèle d'identité négociée avec l'institution, il parvient à éviter une identification à sa fonction et le sentiment d'isolement qui lui est corrélé, tout en ne se sacrifiant pas à l'organisation : il défend donc parfois des positions que l'on trouverait plutôt du côté des « pratiques » ou des « résistants » chez Dujarier (ne pas pouvoir « tout faire », reconnaître qu'on a des limites, etc.).

Youri est passé à cette attitude « pratique » ou « réglementaire », après avoir vécu une première période d'idéalisation de son nouvel emploi – et les désillusions qui vont avec l'hyperactivité (et l'épuisement qui y fait suite) des débuts de la professionnalisation. Il est particulièrement caractéristique selon Dujarier que les *héroïques* deviennent des *pratiques* après avoir connu une « prise de conscience » qui sous la forme d'une crise, est venu marquer une scansion décisive dans leur vie professionnelle. Comme nombre des agents de première ligne qui se retrouvent dans cette typologie, Youri a plusieurs années d'expérience dans la structure, il a une bonne expérience de sa fonction, et il a renoncé à se conformer aux prescriptions d'idéal pour faire « sa partie » du travail, ses « 100% » comme il les nomme, mais en refusant explicitement de donner plus – ou, comme le dit l'expression courante, « de payer de sa personne ». Mais par ailleurs, il n'est pas désabusé, il n'a pas sombré dans la « routine » et le détachement qu'implique le fait de devoir cesser de penser son activité pour affronter quotidiennement le concret du travail. Il n'est pas tombé dans « le plus grand renoncement » qui caractérise certains travailleurs sociaux ou infirmières d'hôpital – à savoir celui de « cesser de défendre son idéal de métier » (Dujarier, 2018 : 240). Au contraire ; il semble que parce que Youri a eu la chance singulière de construire son propre métier – et donc de se subjectiver à mi-chemin entre le modèle *négocié* évoqué précédemment et le modèle *affinitaire* de Sainsaulieu –, il ait trouvé lui aussi une paradoxale position d'équilibre identitaire. Car Youri dit à la fois qu'il n'est pas particulièrement attaché à son organisation – et qu'il envisage facilement d'aller travailler ailleurs ou de se mettre à son compte (modèle affinitaire individualiste, construit sur un système de préférences et d'opportunités régies par l'ambition personnelle) ; et qu'il croit fortement néanmoins au « projet » de transformation sociale dont il est le véhicule en tant que

MSP, mais aussi en tant que membre de cette structure. Il évite ainsi les crises permanentes d'identité qui sont le lot des individus en situation de forte mobilité ou de ceux détenteurs d'une identité technique et capables d'évolution (Sainsaulieu, 1988 : 339) car dans son entre-deux identitaire, c'est comme s'il réussissait à dissocier, d'une part son identité professionnelle de MSP (il parle au « nous » des usagers et ex-usagers de drogue), et de l'autre son travail actuel, au sein de Métanoïa, où il se caractérise par une attitude de retrait, vis-à-vis des autres collègues éducateurs.

Ce modèle du retrait (ou « réglementaire » selon Sainsaulieu), qui caractérise les travailleurs désinvestis dans leur rapport au travail (les *pratiques* chez Dujarier), se retrouve également chez Nono. Non pas tant parce qu'il ne s'investirait pas ou plus sur son lieu de travail, mais parce que « sa vie » se voit décrite comme au-dehors de la sphère professionnelle. Il ne parle que très rarement à « nous » par exemple – préférant le « je » de l'opposition identitaire et du conflit (dissociation des autres travailleurs sociaux, des collègues qui ne le « comprennent » pas). Ce modèle du retrait concernait il y a cinquante ans des individus non qualifiés ou déclassés (travailleurs immigrés, population jeune, ouvriers non qualifiés) qui attendent peu ou rien de leur activité professionnelle – le travail n'étant perçu que comme un moyen de subvenir à ses besoins. Cette dernière affirmation se voit tenue aussi bien par Youri que par Nono – le statut du travail ayant clairement évolué aujourd'hui, et l'individu n'étant plus tenu de se définir aussi fortement qu'auparavant par son identité professionnelle. Mais elle témoigne aussi de la situation de précarité financière, sociale et identitaire dans laquelle se trouve particulièrement Nono, et qui est caractéristique de ce *métier en devenir*, comme il le nomme, de MSP (Charlier, Sandron, 2018 : 75).

La reconnaissance ne posait pas de problème lorsque l'identité de la personne était largement déterminée par sa position sociale. Le principe qui lui donnait sens ne tenait pas à ses activités ou aux rôles qui lui étaient dévolus, mais à la place qu'elle occupait dans la société. L'identité prenait appui sur des catégories sociales que tout le monde tenait pour acquises. La reconnaissance allait de soi. Le problème pour l'individu contemporain est qu'il doit construire son identité et qu'il ne dispose pas de reconnaissance a priori. « Il doit se la mériter à travers l'échange, et elle peut échouer. »²⁷ La nouveauté n'est pas le besoin de reconnaissance en tant que tel, mais la possibilité qu'il puisse ne pas être satisfait. (Astier, 2007 : 16)

Face à ces risques de non-reconnaissance, Nono se construit, patiemment, une définition de soi moins en « pure négativité »²⁸ qu'en perpétuel mouvement. Incité comme dans le modèle affinitaire à une transformation incessante de ses compétences, et de ses possibles identités individuelles, Nono tente de résister à cette norme de subjectivation contemporaine (Dujarier, 2018 : 246) : en affirmant ses limites ; en dénonçant la norme d'idéal abstraite maintenue au détriment des relations interpersonnelles avec les usagers au sein de sa structure de travail ; en revendiquant de nombreux centres d'intérêts, intellectuels, politiques, en dehors de son travail ; en cherchant de trouver un accord tenable possible entre l'acteur au travail et la subjectivité désirante qui, travaillée en retour par ses nouvelles fonctions, n'en cesse pas moins d'imaginer, ailleurs, d'autres possibles.

²⁷ Charles Taylor, *Grandeur et misère de la modernité*, 1992 : 65 – cité par Astier, 2007.

²⁸ Comme pouvait l'être l'identité vécue de l'OS dépourvu de reconnaissance individuelle et pour lequel l'oscillation se situait « entre la dépression, le renoncement, la passivité et le sentiment d'échec personnel, ou bien le choix d'une identité réactionnelle et totale en face du monde oppresseur » (Sainsaulieu, 1988 : 338).

Chapitre 9

Le CTR comme projet utopique et/ou biopolitique ?

Désormais la pratique de soi, au lieu d'être un précepte qui s'impose à l'adolescent au moment où il va entrer dans la vie adulte et politique, est une injonction, injonction qui vaut pour le déroulement entier de l'existence.

Foucault, *L'herméneutique du sujet* (2001 : 197)

Le problème du droit à l'insertion n'est plus, à proprement parler, de construire l'individu autonome, mais de travailler la relation de celui-ci avec la société et de le doter des capacités nécessaires pour infléchir le cours de sa vie, surmonter une rupture biographique, anticiper une difficulté.

Voilà qui est nouveau. Nous avons affaire à un individu en maintenance, qu'il faut entretenir dans ses fonctions et qualités, sujet à révision lorsque son parcours est cabossé. L'objectif de nombreuses politiques sociales, des politiques de l'emploi ou encore de formations est d'accompagner les individus afin de leur donner les moyens de se maintenir en état, de demeurer actifs ou de le redevenir.

Isabelle Astier, *Les nouvelles règles du social* (2007 : 6-7 – je souligne)

Ce dernier chapitre pourra sembler dissonant, dans une thèse qui s'est efforcée de mettre au premier plan l'ethnographie de deux institutions représentatives des diverses fonctions occupées par les CTR français, et ce qu'elles permettaient de mettre en relief des attentes et du travail professionnel et institutionnel effectué eu égard au « devenir » des résidents. Ce chapitre se déporte sur deux interrogations, plus théoriques, mais qui sont apparues au fur et à mesure de la rédaction de cette thèse comme points névralgiques – et à partir desquels nous souhaitons ouvrir des perspectives pour nos lecteurs et pour de futures recherches portant sur le sujet. L'une porte sur le statut de la socialisation effectuée en CTR. L'autre sur le devenir de nos deux institutions, comme illustration d'une évolution plus globale des institutions médico-sociales en santé mentale et des fonctions contemporaines de la réhabilitation psycho-sociale.

La seconde section de ce chapitre se nourrit du dialogue intellectuel constant que cette thèse a pu dérouler, avec les intuitions et les projections exactes de Robert Castel sur l'après-psychoanalyse (Castel, 1973, 1981). La première section fait état de sa gratitude pour les travaux de Muriel Darmon sur la « socialisation de conversion » (Darmon, 2003, 2011, 2016) et pour la réflexion (moins connue par rapport au reste de sa production) de Françoise Héritier sur les étiologies différentielles du mal et de la maladie (Héritier, 2013). Reconnaisante pour la réflexion que ces ouvrages ont produite en nous, en parallèle et en réaction aux constats que

nous opérons sur le terrain, nous souhaitons faire part ici de certains résultats de notre recherche, et de certaines hypothèses et pistes de questionnement que nous envisageons de poursuivre, après ce travail. Nous tenons néanmoins à souligner que nous ne travaillions initialement que sur les interactions portant sur la responsabilisation des résidents en CTR – et si la question de l'étiologie différentielle de l'addiction nous est comme apparue par surcroît, du fait du matériel accumulé, cette question aurait pu être approfondie différemment et traitée avec beaucoup plus d'acuité empirique, si elle avait été à l'horizon de notre questionnement dès le départ. Nous tenons donc à nous en excuser, et nous prions nos lecteurs et lectrices de bien vouloir considérer ce chapitre distinctement des autres – et de voir les typologies minimales qu'il permet comme de nouvelles hypothèses de recherche, qu'il nous faudrait à présent à nouveaux frais, de manière abductive, aller tester sur d'autres terrains.

Si le séjour en CTR constitue à de nombreux égards un parcours de transformation identitaire, nous explorerons dans un premier temps la notion de « conversion » proposée par Muriel Darmon, et nous nous interrogerons sur la manière dont elle permet de concevoir les différentes formes de rétablissement et de devenir possibles aux résidents en fonction de l'interaction de leur socialisation primaire avec cette socialisation institutionnelle particulière. Cela rejoindra également une question préalablement évoquée à la fin de la deuxième partie de cette thèse, à savoir quelle est la communauté (restreinte ou étendue) dans laquelle peut s'effectuer ce processus de changement. En miroir, nous envisagerons une typologie des résidents en CTR en considérant l'identité qu'ils peuvent construire – entre leur vécu de l'addiction et la *croissance* qu'ils établissent par rapport à une « sortie » possible.

L'argumentaire de la seconde section approfondira les intuitions des chapitres portant sur la question de l'institution et de ses fonctions (chapitre 3 et 6), et il fera valoir en outre le destin différentiel que vivent de nos jours les deux institutions que sont TCHAT et Métanoïa. Nous avons laissé entendre au cours des chapitres précédents que les CTR ont de multiples fonctions : consolider le sevrage physique, garantir un ordre social où la consommation de stupéfiants est une infraction à la règle et sanctionnée, redonner un cadre de vie normalisé, donner des outils psychologiques et relationnels pour se comporter « en adulte » dans notre société, permettre une identification collective... Ils sont tout à la fois institution quasi-totale, et hétérotopie de réintégration possible à l'âge adulte. Mais ils font également partie – dans leur fonction de restauration du soi des individus – de ces *centres de « maintenance »* de certains citoyens concernés par l'intervention sociale – décrits par Isabelle Astier (2007 : 6 – voir *exergue*) – et dont la conversion des droits sociaux en devoirs doit de nos jours légitimer l'existence de ces institutions support de l'individualité.

Nos observations dans les chapitres précédents ont en effet pu démontrer qu'il ne s'agit donc pas (ou plus seulement) de traiter ou de guérir une population de « marginaux ». Il s'agit plutôt d'assurer cette *ré-éducation* (voire cette « révision » au sens purement mécanique) d'individus au parcours cabossé (quelles que soient leur classe sociale ou leur situation sociale ou économique avant l'arrivée dans le centre). La thèse d'Astier peut s'étayer au moyen d'autres réflexions contemporaines importantes, comme celle de Jean-Louis Genard, qui considère que notre société vit la mutation anthropologique majeure, du passage de la dichotomie normal/pathologique à la dichotomie sain/vulnérable, ou encore le passage d'une anthropologie disjonctive à une anthropologie conjonctive (Genard, 2009, 2015 ; Genard, Cantelli, 2008). Cette nouvelle valence place la composante de la vulnérabilité au cœur de l'existence, et fait de chaque individu un être « toujours vulnérable (et appelant donc attention et sollicitude), mais jamais totalement démuné (et exigeant donc rappel à la responsabilité et à la reprise en main de soi) » (2009 : 36). Le CTR nous apparaît alors sous un autre angle encore

par rapport à nos analogies antérieures : non pas institution totale de redressement de l'individu ; non pas hétérotopie de « crise », Club Med où se reposer et booster ses capacités... Mais plutôt espace de « reprise en main » et de formation continue, ou encore – pour les professionnels comme pour les usagers, dans une utopie de l'égalisation des conditions – un espace de remise en question et d'autoréalisation personnelle, dans le groupe et par le groupe. Comme le disait encore Isabelle Astier, « La liberté de choisir sa vie s'impose donc aux individus, quel que soit leur milieu social, et rend nécessaire l'apprentissage de toute une grammaire de l'autoréalisation. » (2007 : 15). Le CTR constitue un des lieux de cet apprentissage, et de l'activation de cette morale de l'autoréalisation, mise en place par un État qui de providence est devenu « animateur », ou encore un « État social actif [qui] repose sur une culture de la *participation* en lieu et place de la culture de la *dépendance*. » (*ibid.* : 8 je souligne¹). C'est la diffusion de cette culture que nous interrogerons, dans la valence produite entre modèle idéologique et clinique qui, en passe de devenir hégémonique, veut croire en l'utopie de la réalisation de la coopération entre soignants et soignés ; et un autre modèle qui, en crise profonde, s'adapte à de nouvelles fonctions sociales de maintien et de surveillance, dans un horizon institutionnel qui a troqué l'utopie pour la dystopie.

*

I. Transformation ou conversion ? La problématique du « devenir soi » à l'aune de la fonction sociale différenciée des CTR

La réhabilitation psycho-sociale proposée en CTR s'apparente, on l'a vu au chapitre 7, à une mise en suspens des activités et des comportements problématiques de l'ex-usager, pour lui offrir un espace-temps laissant augurer la reconstitution d'un nouveau Moi. Ce soi qui se construit en CTR, outillé d'instruments herméneutiques et comportementaux lui permettant de mieux s'orienter dans l'existence, devrait retourner à la vie quotidienne et au monde de l'expérience commune. Nous proposons donc, à la suite de Berger et Luckmann dans leur passage sur « la réalité souveraine » ([1966] 2018 : 72-73), d'appréhender l'espace du CTR comme un monde transitoire où on apprend à démanteler le niveau de « réalité » du théâtre de l'existence quotidienne et celui de ses coulisses. C'est un monde transitoire, comme l'est un état de semi-veille, qui permet de « retourner à la réalité », d'abandonner l'univers fini du monde des drogues pour retourner dans le monde de l'expérience ordinaire. Vous avez voulu faire une belle excursion, vous avez voulu faire durer le *trip* un peu plus longtemps que la plupart des citoyens ordinaires : la société a créé pour vous un sas, pour que vous puissiez *jouer à la réalité*, mais après, ce sera rideau – c'est à présent que les choses sérieuses commencent. Le CTR constitue métaphoriquement un sevrage de l'expérience de sens close sur elle-même que continue d'incarner dans les représentations l'univers des drogues.

¹ Dans son contexte, cette phrase concerne l'emploi, et « l'assistance » étatique – mais nous voyons ici un intérêt particulier à la saisir dans son sens littéral.

Sur ce point on aurait pu mettre en balance et comparer les modèles concurrents de la réhabilitation psycho-sociale proposée par les CTR et l'option communautaire morale offerte par les Communautés Thérapeutiques (CT), qui constituent avec les familles d'accueil les trois options possibles d'un parcours de soins résidentiel faisant intervenir le collectif comme ingrédient nécessaire à la resocialisation de l'individu dépendant. Mais nous préférons laisser de côté cette comparaison, en préférant lui dédier ailleurs de plus amples développements², et garder simplement comme idée que ce sont *deux processus identitaires distincts* qui sont rendus tangibles au sein de ces modèles concurrents d'institution : une perspective d'évolution et de transformation du Moi en CTR *versus* un modèle d'éveil, de changement de représentations voire de renaissance spirituelle, en CT.

On se limitera en effet à dire que, d'un côté, la CT semble offrir un parcours initiatique destiné à faire renaître chez les usagers une forme de croyance collective et individuelle, qui leur permet d'adhérer à un modèle de *rédemption* symbolique où la réintégration sociale est moins la visée que ne l'est ce processus d'éveil, de reconstruction personnelle. Dans cette communauté incarnant une nouvelle famille d'appartenance, il s'agit de perdre son ancienne identité, pour devenir un nouvel être, capable d'engagement pour ses pairs et pour la cité. La reconstruction totale de la subjectivité doit faire l'épreuve d'une transformation des valeurs, des liens sociaux et des croyances de cette communauté – et pas seulement se recalibrer sur les normes sociales communes de l'autonomie et de la responsabilité. *Du Moi dans la dépendance au nouveau Moi* – la CT permet à des individus, en écho avec la question de l'aliénation des débuts de la psychiatrie, de croire en un éveil spirituel les sauvant de la maladie. Tandis que de l'autre côté, comme on l'a vu, les CTR semblent plutôt proposer un rite de passage institutionnel, où les individus sont poussés à réintégrer à la sortie du centre le monde de la société civile, du travail, et de la consommation « mesurée » – potentiellement accessible à l'individu *via* un modèle thérapeutique de *gestion* de soi. Pour les individus qui y parviennent, le CTR doit permettre une « sortie » de l'addiction qui coïnciderait avec un moment particulier de l'existence, de commencement – ou au détriment de ressaisie – de sa vie d'adulte indépendant. Permettant de se transformer, *de chrysalide à papillon* – le CTR permet le passage d'une carrière déviante ou à la marge à une identité d'adulte responsable.

Le CTR se situe ainsi dans une autre perspective que la CT, et il entend proposer quelque chose qui dépasse l'initiation au sens spirituel. C'est bien plus une *double transformation* qui est visée. Une première transformation qui de l'ancien Moi (associé à l'enfance, aux traumatismes et aux violences subies) doit amener à une phase liminaire que symbolise la période de soins et d'introspection. Puis, cette phase caractéristique d'une adolescence métaphorique est censée s'achever. Tous et toutes n'y parviennent pas, mais les résidents sont incités à passer un *second cap*, pour rejoindre l'âge adulte et le monde ordinaire, en cohérence et en adhésion avec le nouveau Moi qui s'est édifié au sein de la gestation symbolique qu'a représenté le parcours de soin.

Ce qui nous permet d'ailleurs de comprendre en partie pourquoi les programmes en 12 étapes ont un pouvoir d'attraction et une efficacité souvent majeure par rapport aux CTR : il n'y a qu'un seuil à franchir, un basculement à opérer, de l'ordre de la conversion. Alors que pour « devenir soi », le parcours est beaucoup plus difficile et abstrait, et comporte le risque d'une perte momentanée de l'identité individuelle. Surtout, le CTR présente le franchissement nécessaire de deux seuils : celui de l'engagement dans le rétablissement, et celui de la « sortie »

² Ce passage reprend les conclusions d'un article récemment soumis à la revue belge *Recherches sociologiques & anthropologiques* (Rochet, 2024 – non paru)

de l'addiction, de la désidentification complète de l'identité de malade, afin de réintégrer un nouvel ensemble de normes, celles de la société civile au sens large³.

Cette comparaison nous incite d'autant plus à analyser la question de la « conversion », concept devenu opérant en sociologie grâce aux travaux de recherche et à l'analyse comparative menés par Muriel Darmon. Notre entreprise dans ce chapitre sera, à la suite de ses travaux, de démontrer en quoi la reconstitution du Soi proposée en CTR s'apparente à un processus pouvant être qualifié de la sorte, ou pour quels sujets en revanche, il ne constituerait qu'une forme de socialisation de transformation, voire de renforcement.

I. A/ Franchir de nouveau le seuil du CTR : sortir de l'addiction, est-ce une conversion ?

On a pu dérouler précédemment le travail de l'institution en montrant qu'il s'appuie sur l'établissement des règles du jeu du CTR et une conjointe mise au travail des résidents qui passe par leur participation à la formalisation et au respect de leur cadre de vie (chapitres 2, 6 et 7). Cette façon dont les individus sont conduits à se placer « progressivement à la source de la norme » (Ehrenberg, 1997 : 63) participe au « travail de soi » et « sur soi » (Darmon, 2013) qui est exigible des usagers entrant dans ce rite de passage qu'est le séjour en CTR. De la même manière que dans la recherche de Darmon sur les anorexiques (2003) ce travail est d'abord désiré et effectué par l'individu, et il se voit seulement ensuite, dans un second temps, encadré par l'institution médicale qui qualifie et oriente l'évolution de ce travail. Mais parallèlement, ce travail sur soi répond à une demande sociale de positionnement et à la singularisation qui est devenue une norme sociale partagée, en sélectionnant les meilleurs individus pour opérer ce travail de soi qui est sans doute accessible à d'autres mais non achevable sous les mêmes modalités – comme en ce qui concerne les étudiants en classes préparatoires (Darmon, 2005). Deux éléments nous semblent ici à souligner, avant de rappeler les caractéristiques d'une conception sociologique de la conversion. Le processus dont nous parlons excède un rapport de causalité simple entre institution et sujets, ou plus généralement entre la socialisation primaire et celle secondaire, fournie par l'institution – quand bien même elle aurait une action « totale » sur les individus. Les deux s'interpénètrent et à aucun moment on ne peut présupposer que l'une aurait priorité sur l'autre. Les ajustements auxquels se prêtent les individus, en modulant leurs dispositions en fonction des attentes institutionnelles viennent tout autant de la pression du système institutionnel sur leurs pensées et leurs actions que d'un mouvement inverse, de volonté individuelle de tenir un rôle et d'adhérer à la vision du monde fournie par l'univers institutionnel auxquels les résidents ont accès peut-être pour la première fois. Que ce soit pour les postulants au métier de policier (Gautier, 2021) ou pour les patients récupérant des conséquences d'un AVC (Darmon, 2021), le travail sur soi est autant imposé que désiré, il relève d'une forme d'*illusio* socialement partagée par tous les participants à ce passage. Mais il révèle aussi, à l'inverse, que l'intériorisation des normes, la « disposition à se laisser instruire » (Gautier, *ibid.* : 39), et la capacité de se laisser transformer par les « transitions statutaires » (Glaser, Strauss, [1971]) ne sont pas également partagées dans le monde social ordinaire. Sans trancher ici de si cette prédisposition à se laisser transformer dépend de la

³ Annexe 6, schéma sur les deux seuils du rite de passage en CT et CTR (article en cours d'évaluation).

socialisation primaire des individus (ou plutôt de l'extension de sa dimension « plurielle »⁴), nous voudrions à présent rappeler la tripartition des socialisations secondaires formalisées par la chercheuse, dans le développement des travaux de Bourdieu et Passeron dans *La Reproduction* (1970) :

Certaines socialisations tiennent de la socialisation de renforcement, aux effets moins transformateurs que fixateurs sur les individus, qui se limitent à renforcer des dispositions ou des attitudes déjà présentes et en « remettent une couche » ; d'autres socialisations peuvent être qualifiées de socialisations de transformation, s'exerçant sur un plan ou un autre (par sur un domaine pratique particulier, le corps, ou les pratiques culturelles, etc.) et selon des degrés divers (ce sont des transformations qui sont donc par définitions « limitées ») ; enfin, d'autres socialisations peuvent être qualifiées de socialisations de conversion, du fait de la radicalité et de l'étendue des transformations qu'elles font subir aux individus. (Darmon, 2011 : 27)

Muriel Darmon proposait déjà dans son ouvrage sur la socialisation (2016 – 1^{ère} édition : 2006) d'ajouter au doublet *confirmation* de la socialisation antérieure (« entretien » ou « renforcement » des habitus chez Bourdieu et Passeron) ou *conversion* de la socialisation antérieure (« substitution » ou « conversion » des habitus chez Bourdieu et Passeron ; « alternation » chez Berger et Luckmann) une troisième modalité d'évolution dans le temps des produits de la socialisation : la socialisation de *transformation* (Darmon, 2016 : 115). Cette dernière se définit par « les processus qui impliquent, à un degré ou à un autre, une transformation de l'individu, sur un plan ou sur un autre, cette dernière étant par définition limitée au regard de ce qu'impliquerait un processus de conversion » (*ibid.* : 120) – la limitation concernant le temps ou les domaines d'application de cette socialisation, ou encore le remplacement inabouti par un ensemble d'autres dispositions en lieu et place de la socialisation antérieure (socialisation plus « destructrice » que « constructive », *ibid.* : 121). L'introduction de ce terme permettait à la sociologue de faire valoir pourquoi la socialisation peut à la fois être « forte et continue », ou encore pourquoi les socialisations de renforcement et de transformation peuvent s'entremêler au sein de la vie d'une personne, plutôt que d'entrevoir l'existence individuelle comme une suite d'épisodes successifs qui seraient parfois scandés par des transformations radicales et soudaines (*ibidem.*). Par ailleurs, cette tripartition permet de dépasser les apories qu'entretient le clivage trop net entre socialisation primaire et secondaire – qui ne permet pas de penser certaines socialisations aux effets différenciés. Par exemple, la première année de maternelle peut s'apparenter à une socialisation de renforcement pour certains enfants des classes moyennes et supérieures, dans la continuité de leur socialisation familiale, contrairement aux enfants de classe populaire pour lesquels l'entrée à l'école peut constituer davantage une socialisation de transformation ou de conversion (2011 : 27). Ce dernier exemple nous frappe par sa ressemblance avec notre propre terrain, où la socialisation institutionnelle à l'autonomie et au souci de soi peut venir renforcer des dispositions antérieures ou au contraire transformer les habitus des résidents. Forte des apports constitués par Darmon à cette sociologie des transformations individuelles, je m'interroge néanmoins sur les critères constitutifs qui permettraient de distinguer la socialisation de transformation et la socialisation de conversion, étant donné que le caractère « limité » du temps ou du domaine d'application de la transformation peut lui-même évoluer, dans un processus temporel comme le rétablissement. Un ex-résident de CTR sort-il déjà

⁴ Sur la pluralité des socialisations primaire, voir le deuxième chapitre de Darmon, 2016.

« converti » à d'autres manières de faire, de se penser et de se raconter⁵ ? Ou l'apprend-t-il progressivement, sur le long chemin du rétablissement dont le CTR ne constituerait qu'une étape socialisatrice de transformation ?

Par ailleurs, les transformations vécues en CTR modifient parfois radicalement la suite de l'existence individuelle des individus qui ont l'occasion d'y vivre une expérience qui transforme leur identité – comme en témoignent les divers parcours d'usagers en passe de devenir ou devenus MSP, évoqués dans le chapitre 8. De même, certains résidents de CT ou membres des groupes AA/NA, une fois leur intégration effectuée au sein de leur nouvelle communauté d'appartenance, réussissent à vivre de nombreuses années en étant complètement abstinentes. Cela n'est évidemment pas prévisible au temps *t* du sevrage qui sera pour eux définitif ; mais alors comment entrevoir qu'une socialisation configurera la « conversion » existentielle d'un individu, et non pas seulement une socialisation transformatrice qui se verra limitée dans le temps ? Ce « caractère étendu et radical de la transformation » qui est patent par exemple dans la métamorphose anorexique n'est-il désignable qu'*a posteriori* comme conversion ? Sa radicalité s'annule-t-elle pour autant si une jeune fille reprend du poids, de manière à ne plus apparaître visiblement comme anorexique (est-ce une énième conversion, ou la reprise d'une socialisation de transformation allant dans un sens contraire) ? Ces mêmes questions peuvent s'appliquer, de manière cruciale, aux sortants des CTR. Leur socialisation institutionnelle les a-t-elle renforcés dans leurs dispositions antérieures ? Les a-t-elle modifiés, au sens d'une simple transformation passagère – susceptible de s'annuler sitôt le retour à leur environnement social d'origine entrepris – ou bien les a-t-elle plus radicalement métamorphosés, au sens d'une socialisation de conversion ?

Cette dernière question en recoupe une autre, à savoir s'il serait plus approprié de parler de « re-conversion » pour ce qui constitue un retour à la vie ordinaire de la part d'*outsiders*, et dans le cas spécifique en ce qui concerne le passage de la carrière d'usager dépendant à celle d'usager en rétablissement. Cette hypothèse est abordée par Muriel Darmon dans son mémoire d'HDR de 2011, lorsqu'elle distingue la carrière anorexique du travail qui vient, dans un second temps, parachever cette carrière mais aussi y mettre possiblement un point d'arrêt – à savoir la prise en charge médico-psychologique de l'anorexie comme trouble comportemental :

La carrière anorexique, par exemple, s'organise dans ses premières phases autour d'un travail individuel de conversion — ce qui ne veut évidemment pas dire qu'il n'est pas socialement déterminé —, travail individuel qui n'est que dans un second temps suivi par un travail hospitalier et collectif de « re-conversion ». (2011 : 40)

Cette hypothèse forte pourrait aisément se voir appliquée aussi aux usagers de drogue et d'alcool fréquentant les CTR : leur carrière d'usager dépendant se serait organisée dans leur cas autour d'un travail individuel et collectif de consommation et de transformation

⁵ Si c'était le cas, ces processus de rétablissement qu'on pourrait qualifier de réussis ne sembleraient accessibles qu'à ceux qui arrivent à se projeter dans la « vocation » de personne rétablie, en mesure de réintégrer la société ordinaire. À l'inverse de la docilité préemptée et favorable à l'incorporation de l'éthos policier caractéristique des impétrants décrits par F. Gautier, ceux qui arriveraient à « s'y voir avant d'en être » seraient dans notre cas ceux dont les dispositions culturelles et sociales seraient les plus facilement associables aux attentes d'introspection et d'anticipation de ses comportements. Pour autant, l'institution a du mal à n'« investir [que] des convertis » (Gautier, 2021 : 47), au sens où l'esprit de corps proposé *via* une association d'usagers de produits psychoactifs a très peu à voir avec le « nous » qui se constitue dans les corps de police.

individuelle menant à une conversion de leur mode de vie – carrière marginalisante à laquelle le CTR proposerait, dans un second temps, une re-conversion.

Néanmoins, il me semble plus intéressant de penser de manière plus large le concept de conversion, sans le limiter à un travail individuel d'enfoncement dans une carrière déviante – en regard duquel le travail institutionnel serait celui d'un redressement des pensées comme des corps, d'un travail de disciplinarisation doublé d'une reprogrammation cognitive des représentations des usagers. Cette dimension, qu'elle soit fantasmatique ou inhérente aux aspects du CTR qui correspondent au modèle de l'institution totale, est pourtant bien présente – même dans le CTR plus « moderne », comme en témoigne l'extrait suivant :

[Entretien-bilan entre Brice et Samantha (4^{ème} semaine). Samantha lui dit qu'il pourrait mettre en place des choses ici qu'il pourrait appliquer ensuite à l'extérieur. Elle lui demande comment il trouve les ateliers :]

Brice – C'est intéressant... parfois, c'est un peu redondant. C'est difficile. Parce que j'suis un flemmard, je vous ai dit. Parfois, j'aimerais bien [mieux] une sieste, ou un film. Oui...parfois ça tourne un peu en rond...

Samantha – Oui, parce que ça revient dans tous les axes, la relation au produit, la relation aux autres... *Du coup, c'est vrai que ça peut paraître répétitif, parce qu'on le fait, jusqu'à ce que ça rentre, quoi.*

Brice – ...du bourrage de crâne, ah ah ! *[il se reprend]* ...enfin, non, ça va pas jusque-là.

Samantha – Oui, ça va pas jusque-là.

Cdt 2 – Métanoïa – 22/09/21

Seul ce type de dispositif destiné à la transformation collective d'une population (sélectionnée et triée au fur et à mesure du séjour) a vocation à faire « rentrer » dans la tête des individus un certain nombre de notions, et de mécanismes de pensée. La répétition permet d'insister sur l'incorporation de cette dynamique de renouvellement des pratiques au sein de l'existence des usagers. Dans cet extrait, les choses sont dûment signifiées, des deux côtés : si on ne peut pas aller « jusqu'au » bourrage de crâne, « actient » et professionnelle sont ici conscients du côté endocrinant de l'apprentissage du lieu - de ce côté rituel, orienté par une réelle visée de conversion de l'institution médico-sociale. Si on cherche en effet les synonymes possibles de ce mot d'endoctrinement, on trouve les mots « catéchisation », « instruction », « intoxication », « propagande »⁶ - qui sont intéressants dans la mesure où ils mettent respectivement en relief la dimension religieuse, scolaire, pharmacologique et médiatique de cette inculcation d'un nouveau rapport à soi et au monde. Mais au-delà du fantasme du « lavage de cerveau », qui est un *topos* de la littérature sociologique américaine des années 1960 concernant les métamorphoses de l'individu opérées dans un cadre institutionnel (McHugh, 1966 ; Strauss, 1992 : 124-125), l'idée de conversion nous semble plus probante que celle de reconversion, car elle fait valoir la dimension subjective et proactive de ce travail de transformation individuelle. Elle renvoie d'ailleurs à un phénomène bien plus ancien, dont Foucault postule l'émergence à l'époque hellénistique, dans son cours de 1982 sur *L'herméneutique du sujet* – où il marque comment la pratique de soi s'est désenclavée d'une pédagogie de type platonicienne, d'édification du soi au service de la cité, pour évoluer vers une véritable culture de soi, qui prend le sujet pour point d'arrimage :

⁶ [ENDOCTRINEMENT : Synonymie de ENDOCTRINEMENT \(cncrtl.fr\)](http://cncrtl.fr)

C'est l'histoire de l'image de la toupie. La toupie, c'est bien quelque chose qui tourne sur soi, mais justement *qui tourne sur soi comme il ne faut pas que nous nous tournions vers nous-mêmes*. Car la toupie qu'est-ce que c'est ? Eh bien, la toupie c'est quelque chose qui tourne sur soi à la sollicitation et sous l'impulsion d'un mouvement extérieur. [...] Or, par rapport à ce mouvement de la toupie, *la sagesse consistera au contraire à ne se laisser jamais induire à un mouvement involontaire par la sollicitation ou l'impulsion d'un mouvement extérieur*. Au contraire il faudra chercher au centre de soi-même le point auquel on se fixera et par rapport auquel on restera immobile. *C'est vers soi-même, c'est vers le centre de soi-même, c'est dans le centre de soi-même que l'on doit se fixer son but*. Et le mouvement que l'on doit faire doit être de revenir à ce centre de soi-même pour s'y immobiliser, et de façon définitive.

Toutes ces images du retournement – du *retournement vers soi en se détournant de ce qui nous est extérieur* –, tout ceci nous approche évidemment de quelque chose que l'on pourrait appeler, peut-être, en anticipant un peu : *la notion de conversion*. (Foucault, 2001 : 198-199 – je souligne)

La conversion ainsi entrevue, comme retournement vers soi et comme détournement des sollicitations extérieures au sujet, située aux racines de la morale stoïcienne, est plus proche du phénomène que nous tentons de décrire que la reconversion – au sens professionnel ou religieux du terme, à savoir la transition statutaire entre un ancien métier et un nouveau, ou entre une religion socialement acquise et une religion individuellement choisie. La définition foucauldienne permet d'inclure dans la notion de conversion la visée entendue comme le lieu où l'on doit « fixer son but » (le centre de soi-même) et permet de comprendre l'intérêt que peuvent trouver les usagers, la part active qu'ils mettent, dans ce travail de transformation de soi proposé par l'institution (mais qu'ils ont en réalité impulsé d'eux-mêmes, en venant dans ce centre). Ce que Foucault voit comme un désenclavement par rapport à la pédagogie grecque, au rapport dialectique entre maître et disciple, a une autre conséquence : que la pratique et la maîtrise de soi s'étend à tout un autre ensemble de relations (et peut donc excéder le cadre de la relation d'apprentissage) – mais surtout qu'elle concerne le sujet en lui-même et pour lui-même. Avant on s'occupait de soi pour être en mesure de s'occuper des autres et de la cité : « Maintenant il faut s'occuper de soi pour soi-même, le rapport aux autres se déduisant, étant impliqué dans le rapport que l'on établit de soi à soi. [...] *On se soucie de soi pour soi. C'est dans cette auto-finalisation [...] que se fonde, je crois, la notion de salut.* » (ibid. : 198). Rien de plus illustrant, somme toute, pour décrire comment le rétablissement en addictologie ne peut fonctionner que s'il est voulu par le sujet : il doit évoluer de la préoccupation d'autrui (familiale et sociale) ou d'une relation d'apprentissage à un rapport de soi à soi. Le *souci de soi* doit être à lui-même sa propre fin pour qu'il puisse y avoir une « sortie » de l'addiction.

On ne saurait évoquer la notion de « salut » sans entrevoir en filigranes comment cette morale stoïcienne est ensuite venue nourrir la conception chrétienne de l'individu dans les premiers siècles. Foucault distingue bien les deux visions de la conversion que le passage de l'une à l'autre occasionne, car l'empreinte de la vision chrétienne de la conversion demeure sans doute au premier plan de nos représentations contemporaines, et plus encore peut-être son interprétation protestante, comme l'analyse Erica Bornstein au sujet des récits du *charitable choice* : « un changement serait possible pour les individus qui en font le choix » (2006 : 192). Elle démontre que ce sont précisément les notions de libertés et de choix individuels, développés au cours des siècles par le christianisme, qui ont servi et qui servent encore à un pastoralisme contemporain, où le gouvernement de soi et des autres, pour reprendre les notions foucauliennes, est assuré *via* ces notions sanctifiées par la culture occidentale. Le prosélytisme en effet n'est pas direct ; il est assuré par ce que Bornstein décrit comme un « évangélisme du style de vie » (2006 : 189) : « L'idée que les individus peuvent être réformés, transformés — convertis, amenés à une re-naissance —, de toxicomanes, de mères vivant de

l'aide sociale, de prisonniers, en citoyens responsables, actifs (et acquittant des impôts) est un présupposé de la législation concernant la charité aux États-Unis. » (*ibid.* : 192). Tout en reconnaissant les divergences qui existent entre la société américaine et la nôtre, il nous semble que cette question d'un rapport indirect, et quasiment inconscient à ce qu'il reste du christianisme dans nos sociétés – notamment eu égard à l'absolution des fautes commises par certains individus⁷ – est un point aveugle des recherches en sciences sociales françaises actuelles ; et que ce passage par les États-Unis permet sans doute d'entrevoir ce que nous mettons en place d'analogue dans la perspective d'une responsabilisation laïcisée des citoyens.

La proposition d'une conversion qu'occasionnerait le parcours de soins en addictologie se renforce notamment grâce à la connexion entretenue avec la dimension spirituelle que véhiculent encore aujourd'hui les groupes d'auto-support, qui constituent le pendant des soins en addictologie française, et dont l'origine est précisément états-unienne. À l'hôpital M., on accueille même, sur un temps spécifique (un jour ouvré, à l'heure du déjeuner) et dans la salle des conférences de l'établissement, une réunion NA – précisément pour que les usagers du CSAPA de la structure puissent entrer en contact avec ce groupe s'ils le désirent. Dans un espace hospitalier censé proscrire les opinions religieuses ou politiques de ses fonctionnaires pour mieux favoriser un accueil démocratique et respectueux de chacun, on entend ainsi prononcer une fois par semaine la prière de la Sérénité des NA, et ses membres invoquer l'aide de Dieu. « Ici la spiritualité ne se confond plus avec l'expérience psychotrope, elle vient à sa place » selon J.-M. Granier, qui rajoute :

Le lien aux autres, l'entraide, l'identification, sont bien sûr des vecteurs majeurs (religion/*religare*/relier), mais il s'agit bien de proposer un itinéraire spirituel qui vise à libérer le sujet d'une souffrance intérieure, à le libérer de l'obsession de consommer, à lui proposer des étapes qui le conduisent à définir en son for intérieur, un espace spirituel favorable à l'estime de soi, permettant une mise à distance de l'ego, de la toute-puissance sur soi-même qui n'est que l'autre visage de l'assuétude. (Granier, 2020 : 66-67)

Il est en outre fréquent que les usagers réguliers de ces groupes d'auto-support, identifiables dans mes terrains surtout au sein de la CT Stella, se « convertissent » à la philosophie des AA/NA, incarnée dans le programme des 12 étapes et sous le regard de leur Puissance Supérieure (« Dieu, tel que chacun se le représente »). S'il est clair que dans ce type de subjectivation la maîtrise du comportement est clairement déléguée (du moins symboliquement) à une instance transcendante, qui viendrait en lieu et place de la Drogue, orienter les actions de l'utilisateur, nous constatons que l'explication bio-psycho-sociale des origines de l'addiction transmise par exemple à Métanoïa ne modifie pas substantiellement cette appréhension d'un Moi clivé, où une partie de l'individu – dans ce cas dévolue à la foi et à la confiance placée dans une puissance transcendante – devrait prendre la place du produit qui lui-même aurait pris la place de l'adulte moralement responsable. Nous verrons comment cela se décline de manière différenciée, selon l'étiologie qu'on attribue personnellement à l'addiction – et selon sans doute sa réceptivité aux socialisations antérieures.

⁷ Une intuition brillante de Grégory Bateson peut nous aider à contextualiser cette actualité du pastoralisme dans les politiques d'action sociale françaises : « Dans la mesure où la religion a à faire avec l'absolution de la faute (et, comme on le sait, la religion occidentale a quelque chose à voir, entre autres choses, avec cela), le rite qui est la condition nécessaire de l'absolution doit être en partie (mais quelle partie ?) inconscient, non délibéré. » (Bateson Grégory, Bateson Mary Catherine, *La peur des anges*, Paris, Editions du Seuil, 1989, p. 108)

Par ailleurs, toujours dans la continuité de la défense d'une conception sociologique de la notion, il semble qu'on puisse considérer la socialisation institutionnelle des usagers en CTR comme une conversion aussi bien du fait des contenus visés et/ou transformés par l'institution, que du point de vue de sa nature d'« activité, ou processus actif » (Darmon, 2011 : 38). Au niveau des contenus, rappelons les deux définitions données par la sociologie classique, que l'analyse de Darmon permet de discerner :

- une définition « par la pratique » (et les dispositions qu'elle présuppose et engendre), qui cherche à objectiver les effets réels de la transformation dans les modifications des pratiques, mais aussi des visions du monde des enquêtés. Cette définition est par exemple celle de Durkheim, de Bourdieu et en partie de Berger et Luckmann ;
- une définition de la conversion comme « prise de conscience » et discours de la modification de soi, comme fait de se vivre et de se dire différent, à soi-même ou aux autres, c'est-à-dire, pour reprendre une analyse de Louis Quéré sur Goffman, « *la transformation de la représentation ou de l'idée que la personne se fait d'elle-même* »²⁸. Une telle définition [...] s'inscrit de fait davantage dans ce que Strauss nomme, après *Miroirs et Masques*, le « travail biographique » [...] que dans des processus de socialisation, c'est-à-dire de transformation effective de l'individu, selon la définition que je propose de donner du terme (Darmon, 2011 : 37-38)

Quelque chose de particulièrement probant se dégage, dans le tissage que ces deux définitions de la conversion (conversion comme transformation des habitus ou des dispositions ; conversion comme transformation de l'image de soi, du travail biographique) sont capables de générer, dans ce qu'on observe du travail de soi et sur soi mené en CTR. Bien entendu, nous pourrions également être plus vigilante aux transformations pratiques ou dispositionnelles, que les deux CTR permettent (ou non) de mener. Le TCHAT est en particulier représentatif, dans le but d'accompagner vers une autonomie fonctionnelle (cf. chapitre 4), de cette vocation du centre à faire « changer » les pratiques des usagers. Ce changement ne constitue pas véritablement une transformation identitaire au sens où l'utilisateur aurait concrètement à « devenir un autre » ; mais il est plutôt – nous espérons l'avoir montré tout au long de la thèse – paradigmatique d'une tentative de transformer les activités, le rapport au temps et les manières de vivre des usagers. Que Monsieur X. soit capable de se faire à manger tout seul, ou de déclarer ses impôts, ou de se mettre à chercher un travail – la visée première du centre s'exprime dans ce désir que « ça bouge », même un tout petit peu (dans le sens de ce que les thérapeutes d'inspirations analytique associent à une mise en mouvement psychique, à une forme de vitalité subjective). Si les commentaires de l'équipe se résument dont parfois à un commentaire sur ces mouvements existentiels des usagers (« Jonas, ça change pas trop... »), auxquels leur propre posture ne contribue pas nécessairement à l'activation (cf. chapitre 5), c'est bien parce que le devenir des usagers demeure incertain, et qu'ils ont là l'occasion d'y apposer leur marque – de favoriser ou défavoriser l'incorporation de certaines règles de vie, de certaines dispositions. D'où également l'insatisfaction provoquée par les usagers du CSAPA qui ne passent que sur obligation du CPIP*, pour avoir leur attestation de suivi psychologique dans des cas d'injonction thérapeutique :

Mon collègue dit : « Nous d'un certain côté, ça va rien changer pour nous... On va pas les embêter ; mais en tous cas, on va prendre ce temps-là pour des gens qui veulent vraiment. » Après on va quand même leur demander, parce que *leurs objectifs ou leur vie peut changer en un mois...*

Cdt 1 – TCHAT entretien informel avec Laura, stagiaire psychologue 04/06/21

La dialectique entre professionnels et usagers s'articulent donc entre (l'illusion d'un) « ça ne change rien pour nous » (ou encore, comme pour l'organisation des repas : « la règle c'est on ne change pas ») de la part de l'équipe, contre la possibilité d'un changement de la part des usagers, qui doit être l'objet d'une négociation et d'une régulation : les usagers changent toujours trop, ou trop peu, de la part de professionnels qui essaient tant bien que mal de contrôler leur trajectoire incertaine. Mais bien entendu, cette modification des pratiques ne peut pas se faire sans la transformation concomitante de l'image d'eux-mêmes, et de la narration de leur histoire, que véhiculent les usagers. Tout le travail psychologique tel qu'il prétend être conduit se fonde sur la transformation de cette représentation et de ce rapport à soi que les usagers peuvent travailler et développer – *via* le soutien et l'accompagnement de leur psychothérapeute.

En regard, l'ordre des priorités semble inversé à Métanoïa, tout en conservant cet entremêlement d'une conversion pratique et d'une conversion représentationnelle. Le travail de cette institution porte d'abord semble-t-il, sur l'estime de soi – et donc l'image de soi que charrient les résidents entrants. Le questionnaire GSM donné à l'entrée, le quadrilatère de l'estime de soi, les premiers ateliers portant sur leurs interactions et leurs « dialogues intérieurs » (je rappelle qu'un quart du programme est dédié à la question, à travers l'axe « connaissance de soi ») tous ces éléments contribuent à une prise de conscience, une mise en comparaison avec autrui et une forme d'acceptation de l'être que l'on est – et de ce que l'on peut accepter, ou choisir de transformer, de cette personne. La transformation des pratiques est pensée à mon sens comme devant découler de cette modification de la confiance que l'on s'accorde, de la gestion de ses émotions, de la connaissance plus profonde de ses problématiques (biographiques ou sociales) que le séjour aurait permis d'amorcer. Le passage de l'hétérocontrôle normatif à une logique d'auto-contrôle de l'individu sur lui-même s'explique plus facilement par cette indexation des pratiques à la conversion du rapport à soi que le séjour en CTR aurait occasionné.

Les deux processus ne s'opposent pas, comme l'écrit M. Darmon, mais se renforcent, dans la mesure où l'individu est invité jour après jour à convertir ses impressions et ses représentations personnelles en pratiques et en nouvelles conceptions de soi et du monde, et à en rendre compte de manière réflexive. En vérité, nous devrions mettre en lumière ces analyses portant sur la socialisation, avec celles que nous avons rapporté dans le chapitre 7 concernant l'incidence majeure des neurosciences sur la représentation contemporaine de l'individu. En effet, rappelle A. Ehrenberg, « le cerveau des neurosciences cognitives est un héritage des formes d'autorégulation du comportement apparues au sein des Lumières écossaises du XVIII^e siècle sous le terme générique de conversion des passions » (Ehrenberg, 2018 : 70). Je forcerai le sens de cette citation en soulignant ici exagérément le terme de « conversion » employé par l'auteur [dont il faudrait rechercher s'il est vraiment relatif au corpus de David Hume], mais il faut remarquer cette coïncidence. D'autant que l'enjeu de cette régulation des passions de l'empirisme anglo-saxon était de remarquer les régularités propres à constituer la « nature » humaine : « L'enjeu est de mettre en lumière le fait qu'un naturalisme bien distinct de celui revendiqué aujourd'hui par les neurosciences cognitives est à l'œuvre : un naturalisme non du fondement biologique, mais de la *régularité* dont l'outil majeur est *l'exercice* et l'effet recherché la prise d'*habitudes* qu'il procure – l'habitude qui était pour Aristote une seconde nature. » (et précédentes – Ehrenberg, 2021 : 70)

Cette conversion par modification et ancrage par l'exercice de nouvelles habitudes rappelle par ailleurs ce que Berger et Luckmann soulignaient déjà des dynamiques de conversion, en marquant que « ce n'est pas la crise mystique qui produit en elle-même le

converti, mais bien l'inscription dans une structure sociale qui « confirme » jour après jour les produits de la re-socialisation et qui permet de *rester* converti. » (Darmon, 2016 : 119). Cette intuition était également celle de Goffman, pour lequel les institutions totales, pour autant qu'elles sont capables de « convertir » des individus, ne peuvent s'assurer de le faire de façon ni durable ni définitive (Goffman, 1968 : 116 – cité par Darmon, 2011 : 41) Mais alors, si « hors de l'Eglise, point de salut » (cité par Darmon, 2011 : 39), comment la conversion produite en CTR peut-elle effectivement produire une socialisation durable dans le temps ?

Cela nous oblige à considérer le caractère nécessaire ou secondaire d'un environnement d'*intégration* et de *maintien* de cette conversion individuelle, pour ne pas être contraints de la penser uniquement dans les termes d'une reprogrammation des conduites individuelles, à la manière d'un jeu de rôles où l'individu apprendrait dans un espace sécurisé comment se comporter dans le monde social. Ce type d'apprentissage existe et se développe par ailleurs de plus en plus, en ce qui concerne la prise en charge des troubles autistiques, sous le nom de « groupes d'entraînement aux habiletés sociales » (GEHS) (Garrec et al., 2022) – mais il est clair pour nous que cette possibilité n'existe que dans la mesure où un capital social et culturel vient déjà servir de support à un apprentissage qui peut s'ancrer chez un individu dont la problématique psycho-sociale est susceptible d'être tolérée dans son environnement familial ou professionnel. Ces deux critères (importance d'un capital social et culturel de base, et tolérance de l'environnement) ne sont de toute évidence pas facilement réunis en ce qui concerne la population des usagers de drogues dépendants. D'où l'importance accrue d'un cadre dans lequel construire ces processus de resocialisation permettant la conversion individuelle – ou l'alternation au sens de Berger et Luckmann : « Ces processus ressemblent à une socialisation primaire où ils doivent redistribuer de façon radicale les accents de réalité et dès lors reproduire à un degré considérable l'identification fortement affective au personnel de socialisation qui était caractéristique de l'enfance. » (Berger, Luckmann, [1966] 2018 : 214). La conversion dont nous traitons est donc plus analogue à un démantèlement des socialisations antérieures, pour la reconfiguration d'une socialisation de nature analogue à celle primaire – ce que nous voulions tenter de saisir, sous le terme pris dans sa littéralité, de « ré-éducation » dans la partie II de cette thèse. Abdelhak Qribi, reprenant les apports de Berger et Luckmann, écrit que les processus à l'œuvre dans une conversion religieuse nécessitent « un cadre objectif, sorte de laboratoire, où l'on (re)travaille la personne, c'est-à-dire, disent ces auteurs, « une structure de plausibilité », représentée en l'occurrence par la communauté religieuse » (Qribi, 2010 : 136). Le contexte où se produit cette conversion individuelle est donc tout sauf accessoire – comme le démontrait plus haut l'exemple des institutions totales. La rupture biographique vécue par l'individu, dans les deux passages qui le font entrer puis ressortir de ce dispositif de conversion, doit être soutenue par « un appareil de légitimation plus puissant et des opérations, qui soutienne la désaffiliation et la ré-affiliation » (Qribi, *ibidem*.) La question qui émerge donc, c'est donc dans quel monde se joue cette resocialisation ? Ou plutôt, quelle ré-affiliation est possible, compte tenu d'une réintégration pensée dans l'unité de la communauté (*Gemeinschaft*) ou bien directement au sein de la « réalité souveraine », le monde social ordinaire et son ensemble de normes à intérioriser (*Gesellschaft*) (Tönnies, [1887] 2010). Une autre question, corrélée à celle-ci, étant évidemment celle du monde que ce type de ré-affiliation contribue en retour à produire.

I. B/ Se convertir pour quel « monde » ?

On a vu comment les résidents en CTR peuvent ressaisir de ce moment de « pause » et de parcours de soins de leur vie pour transformer des hexis de classe (ou habitudes incorporées), des pensées, des modes d'existence qu'ils n'auraient jamais pu convertir dans le monde social ordinaire – où ils étaient plutôt destinés à une succession de socialisations de renforcement. La différence qui s'opère entre le fait que le CTR puisse être pour eux une socialisation de transformation ou bien une socialisation de conversion dépend principalement de la durée et de l'extension qui sera permise à cette transformation – éléments qui dépendent en grande partie du contexte de socialisation dans lequel se retrouvera le résident, en sortant du centre. Nous distinguons trois types de contextes : le processus de rétablissement peut être entrevu comme devant continuer « au dehors », dans l'environnement familial et professionnel duquel est originaire l'utilisateur – dans ce cas on peut dire que la transformation doit se perpétuer en *milieu ordinaire*. Il est plus souvent envisagé que l'utilisateur continue de manière complémentaire son parcours de rétablissement *via* le soutien et le contrôle d'une autre institution de soins – que ce soit par un retour à un suivi régulier en CSAPA, ou que ce soit par le renforcement des changements acquis au sein du CTR, en passant par exemple à une institution spécialisée, une autre post-cure, ou un appartement thérapeutique. On appellera ce cas une transformation en *milieu protégé*. Enfin, dans certains contextes, l'utilisateur choisit de se rendre dans une communauté thérapeutique, ou de consolider le changement inauguré à travers la participation régulière aux groupes d'auto-soutien AA/NA ; parcours que l'on désignera par transformation en *milieu pair*. Les deux dernières formes ne sont bien sûr pas incompatibles avec la première – compte-tenu du fait que quand bien même l'utilisateur choisirait de se rendre dans une CT, celle-ci ne fonctionne jamais véritablement comme une institution coupée du monde ordinaire, mais entretient toujours une sorte de circulation avec ce dernier. Mais cette typologie nous permet au moins de distinguer trois formes de vie au sortir du CTR – la tentative d'un retour à sa vie « normale », la continuité accordée à une médiation médico-sociale entre soi et le monde, et l'orientation vers un type de communauté restreinte constituée par les autres « (ex)dépendants » – qui nous permettra de caractériser à minima les socialisations choisies par nos résidents en fonction de leur contexte de sortie. Nous partirons pour ce faire du contexte le plus contraignant (transformation en milieu pair) au moins contraignant (milieu ordinaire).

B/1) Rétablissement dans le milieu pair

Les rémissions de l'addiction qui se fondent sur le modèle des 12 étapes (cf. encart 7.1) se caractérisent par l'adhésion idéologique aux principes des AA/NA, mais aussi par la reconstitution d'une communauté substitutive aux cercles sociaux antérieurs, qu'ils soient familiaux ou amicaux. Maria Caiata Zufferey rappelle que si les Anonymes font appel à la transcendance d'une puissance supérieure assistant et surveillant leurs comportements, la motivation est surtout « fournie à la personne par une collectivité qui possède des normes sociales, idéologiques et comportementales très définies. » (Caiata Zufferey, 2006 : 27) Les personnes qui fréquentent les réunions AA ou NA, ou qui suivent un parcours de rétablissement en CT font deux à quatre réunions hebdomadaires ; chacun d'entre eux dispose d'un parrain ou d'une marraine, qui accompagne leur nouvelle intégration dans le groupe ;

on pousse rapidement les nouveaux à assumer des activités spécifiques au sein du groupe d'auto-support, ou on leur facilite les débuts d'une activité de bénévolat. Kassel et Wagner, dans leur revue de littérature portant sur les facteurs favorisant le changement chez les AA/NA distinguent ce qu'ils nomment des techniques de soutien (*supportive techniques*) comme l'empathie et la contamination de l'espoir, des techniques d'expression (*expressive techniques*) (la catharsis, le fait de raconter sa propre histoire), et des techniques d'introspection (*insight-oriented techniques*) – ces diverses techniques se superposant dans le temps et ayant plus ou moins d'efficace en fonction du fait que les patients soient dans des parcours hospitaliers ou ambulatoires (Kassel, Wagner, 1993 : 230). Mais ils soulignent surtout l'importance de l'idéologie AA/NA – qui peut tout autant attacher que repousser certains usagers. Ils reprennent sur ce point les analyses de Paul Antze, qui suggère que ces groupes d'auto-support constituent une communauté solide de croyance : adhérer à ces groupes, c'est « entrer dans un nouveau champ d'autres personnes engagées dans certaines notions très précises sur le monde, et ce, à long terme » (Antze, 1976 : 325 – trad. pers.). Le fait de raconter son histoire, de refonder son présent et d'envisager son avenir par rapport à d'autres significatifs, forts des mêmes expériences et de la même volonté de purification voire de rédemption, est représentatif des nouvelles valeurs et manières de percevoir le monde qui se déploient au sein des groupes AA/NA – ce qui en rend parfois la compréhension difficile à un observateur profane :

En somme, le rôle de l'idéologie dans les AA peut être un rôle d'unification, qui fournit aux membres une compréhension commune (*mutual way of understanding*) de leurs problèmes et des techniques pour pouvoir les surmonter. L'idéologie du groupe peut également fonctionner comme une sorte d'« antidote cognitif » aux distorsions cognitives qui caractérisent l'alcoolisme (Antze, 1976 ; Ray, Freidlander, & Solomon, 1984). L'intégration de l'idéologie des AA dans la façon d'être (*way of being*) de l'alcoolique peut lui faire soudain prendre conscience de ses limites et de son impuissance face à d'autres « personnes, lieux et choses », et l'amener à les accepter. Ce lien idéologique entre les membres, en corrélation du fait que tous les membres partagent déjà le même problème, est susceptible de faciliter l'établissement d'une cohésion et d'une confiance au sein du groupe. Cette atmosphère, à son tour, prépare le terrain pour que le changement s'amorce. (Kassel, Wagner, 1993 : 229 – traduction personnelle)

Cette hypothèse d'une efficace fondée sur un lien idéologique partagé est corroborée par plusieurs études qui décrivent les caractéristiques psychologiques qu'entretiennent souvent les membres des groupes d'auto-support : besoins importants d'affiliation, étiquetage fortement intériorisé, présence possibles de troubles de santé mentale ou de problèmes de santé physique ou psychique, plus forte culpabilité que les alcooliques hors AA (Trice, Roman, 1970) ; ou encore un plus fort besoin de contrôles externes pour arrêter de boire (O'Leary et coll., 1980). La place de la communauté est donc fondamentale pour ce type de socialisation de conversion, où l'individu a besoin d'un groupe qui représente et incarne, dans la continuité sinon au jour le jour, les contrôles sociaux qui sont nécessaires au maintien de sa motivation à ne pas consommer. L'adhésion aux groupes d'auto-support ou la participation à la vie communautaire d'une CT pendant plus d'un an représentent donc une modalité possible de la conversion du style de vie de l'ex-usager dépendant – pour lequel elles viennent combler le *double déficit* des « moyens nécessaires pour mener une vie conventionnelle » (par la solidarité entretenue au sein des groupes AA/NA, ou par la prise en charge moyennant contribution financière du quotidien, du logement et de la santé de l'utilisateur en CT), et de la « motivation à conduire une existence ordinaire » (Caiata Zufferey, 2006 : 29).

B/ 2) Rétablissement en milieu protégé

Certains profils d'usagers, pour autant qu'ils traversent une évolution et paraissent gagner une autonomie au moins fonctionnelle en CTR, semblent présenter de nombreuses difficultés une fois sortis. C'est d'ailleurs pour ces raisons que les professionnels paraissent parfois réticents à les laisser retourner au milieu ordinaire et qu'ils développent parfois une vision plus réaliste des possibilités d'existence qui s'offrent à eux, et du soutien envisageable que peut constituer l'intervention sociale par rapport à ces « choix » de vie. En témoigne par exemple cet extrait de discussion avec Grégory, éducateur spécialisé au CTR TCHAT :

Grégory – Tu vois, on a des gens qui viennent ici, ils sont sous drogue, ils se démerdaient avant quoi... *Tu les lâches, tu les revois deux jours après, c'est des SDF quoi... alors qu'ils avaient développé des aptitudes...* Tu vois, on veut prendre soin... et puis parfois, *ils savent plus faire sans toi, quoi... On les chronicise quoi, ils repartent, ils reviennent...* Tu regardes les noms sur le cahier – eh bien tu te rends compte que c'est toujours les mêmes ! Alors on peut se dire que c'est bien, on a créé un pseudo-transfert, ils ont un point d'accroche là-dessus, mais parfois on peut se demander si c'est bien... [...]

Après, t'as aussi, et moi dans ma pratique je lutte contre ça, le côté bien-pensant, du genre : « Faut faire ci, faut faire ça... ». Moi, quand j'étais à E. [l'antenne du TCHAT à la campagne], je pouvais aider les gens à acheter un camion pour l'aménager... *Je vais pas forcer quelqu'un à avoir un appart avec bobonne et les enfants, tu vois ce que je veux dire ?* J'essaye de les ramener un tout petit peu vers la norme sociale pour qu'ils puissent vivre leur indépendance. Mais après, je leur disais, je sais pas moi, *qu'ils aient un petit pied dans la société, un papier d'identité, des droits, une protection sociale...* Parce que le côté bien-pensant « tu feras si tu feras ça, t'auras un travail »... *il y en a qui sont pas adaptés à cette société-là ; tu pourras pas les mettre dedans à tout prix, ça n'a aucun sens.*

Cdt 1 – TCHAT – 09/06/2022

L'idée que le CTR viendrait entraver des socialisations antérieures et des pratiques consolidées dans le temps est rarement pris en considération dans ces structures. La conception majoritairement partagée par les professionnels (qu'ils soient au TCHAT ou à Méta) est que la vie que menait les résidents avant d'arriver au CTR était une vie précaire, à la marge, ou de débrouille entre leurs diverses sphères d'action (« *ils se démerdaient* »). En témoigne d'ailleurs le peu d'attention porté aux Catégories Socio-Professionnelles lors de la présentation des dossiers d'admission, lorsqu'ils ne sont pas surprenants (un usager cadre supérieur est immédiatement remarqué à son entrée à Métanoïa) ou supports d'identification (professions du sanitaire ou du social). La peur principale de même des équipes est que « ça ne tienne pas » à la sortie, que tous les calibrages temporels et pratiques mis en place au CTR s'effondrent de nouveau, une fois que l'usager retourne à l'environnement qui était le sien. Un facteur central de cette impermanence est un hétéro-contrôle constant de la part des professionnels concourant au maintien de la dépendance institutionnelle de certains usagers, ce qui se voit admis de la part d'éducateurs lucides comme Grégory (« *On les chronicise quoi* », « *c'est toujours les mêmes* »). Pour reprendre la tripartition de Livia Velprey (2008) on pourrait dire que le risque de trop vouloir « faire pour » les usagers est pointé ici comme pouvant conduire à la chronicisation des résidents en CTR, dans un circuit où à la sortie suit inévitablement, peu de temps après, un retour en soins résidentiels. Mais que le risque inverse intrinsèque au « faire faire » est également soulevé par l'éducateur, derrière la manière ou le « côté bien-pensant » de certains collègues qui incitent, suivant les circulaires en vigueur, au retour au milieu

ordinaire. Selon l'éducateur en question, il ne s'agit pas nécessairement d'aider le résident à s'insérer dans les normes sociales dominantes (avoir une maison, un travail, une femme et des enfants), mais de les soutenir jusqu'à ce qu'ils puissent aussi bien avoir « un petit pied dans la société » que « vivre leur indépendance ». Pour autant que les résidents s'insèrent dans les contraintes légales de la vie en société (des papiers, des protections sociales), leur devenir leur appartient théoriquement. Mais, avec le réalisme propre à certains travailleurs du social, Grégory marque également que *certaines et certaines ne parviennent pas à choisir leur vie*. Dans ces cas-là, c'est le constat de l'inadaptation, frôlant le stigmate du handicap, qui plane alors sur le profil des résidents qui n'arrivent pas à se hisser à la hauteur de cet impératif de la réinsertion sociale, passant en grande partie par l'idée d'une réinsertion professionnelle.

Pour ces personnes, il me semble qu'on peut dire qu'il y a *échec de la socialisation de conversion* proposée par le CTR. Ne parvenant qu'à mettre en place une transformation précaire, incapable de se pérenniser dans le temps, les institutions proposent dès lors, lorsqu'elles réaccueillent ces mêmes usagers qui restent dans le circuit CSAPA-CTR, une forme de *double socialisation de renforcement*. Renforcement des habiletés fonctionnelles acquises lors des socialisations institutionnelles antérieures – et donc renforcement de ce qui devrait être un changement vers l'autonomisation. Mais également renforcement des socialisations primaires, et d'une certaine manière pour l'usager de « rester soi-même », d'accepter *qui* il est – orientée souvent par une conception déficitaire qui stigmatise socialement l'individu incapable de s'activer selon les critères de l'*empowerment* contemporain. Nous verrons plus loin quelle mise en sens étiologique peut dès lors rétrospectivement se produire de la part de ces usagers, souvent les plus démunis en termes de capitaux économiques et culturels.

Un autre élément est à souligner. L'existence de cet échec de la conversion contribue en partie au maintien de la nécessité du travail social, et de la place qui se voit accordée encore aujourd'hui à ces dispositifs de soins en résidentiel. En effet, si le fantasme du caractère transitoire de ces institutions de vie communautaire pouvait encore exister il y a une quinzaine d'années, lors de la mise en réseau de l'addictologie émergente, il n'en est rien aujourd'hui, et la fonction sociale du CTR n'épouse pas complètement sa fonction théorique, qui serait celle d'être seulement un lieu de passage dans un parcours de soins linéaire devant conduire au rétablissement. Les communautés thérapeutiques se sont multipliées ces dernières années, contrairement à ce qui était envisagé dans la phase d'expérimentation de leur lancement au milieu des années 2000, et – comme nous le verrons en II. – des CTR comme le TCHAT prennent désormais entre autres des fonctions de lieu d'enkystement ou de circuit en vase clos d'une même file active⁸.

Ainsi, ce que ce type de conversion « ratée » suggère, c'est qu'un type de population requiert fondamentalement des structures de type médico-sociale comme celles-ci, comme monde intermédiaire – ou plutôt comme médiation incontournable pour tenir dans le monde ordinaire. Ce qu'ont en commun tous ces individus placés sous l'horizon de la vulnérabilité, « c'est la régularité d'un rapport social dans lequel la présence d'un tiers dans le rapport à soi-même, c'est-à-dire dans les parties les plus retranchées de soi, est devenu ordinaire, systématique, allant de soi, presque pourrait-on dire prévisible. » (Le Goff, 2006 : 169)

⁸ La circulaire DGS/DHOS du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie ([Microsoft Word - 203m.doc \(respadd.org\)](#)) annonçait ainsi la disparition possible des CT (et des structures résidentielles de durée de séjour longue) après la première phase d'expérimentation : : « Les communautés thérapeutiques ont vocation à être transformées en CSAPA une fois la phase d'expérimentation terminée et sous réserve de leur évaluation » (p. 8-9)

Par ailleurs, cette réflexion sur ce que serait l'échec de la conversion de soi en CTR conduit en miroir à l'interrogation sur ce que serait un séjour réussi. Le constat qui se dégage des lignes précédentes peut en effet sembler amer aux professionnels « réalistes » du milieu de l'addictologie, en ce qu'il leur paraît parfois de simplement contribuer au redoublement de la logique de distinction ascensionnelle des plus dotés en capitaux ou de disqualification sociale et d'exclusion de celles et ceux qui en sont le moins pourvus. Sur ce point, Christophe Dargère, lui-même instituteur spécialisé en Institut médico-professionnel, présente une perplexité analogue en ce qui concerne le clivage personnels et usagers : « L'ambiguïté de l'Impro réside dans le fait qu'il est un tremplin : il permet la qualification et l'ascension sociale de ses personnels ; il ordonne la chute pour les adolescents qu'il déqualifie. » (Dargère, 2014 : 10). Cette division sociale extrémisée devient celle, au CTR, qui se produit dans la bifurcation entre les usagers « motivés » et les inadaptés. Le CTR constitue à la fois l'expérimentation des compétences et l'ascension professionnelle de certains usagers destinés à devenir des usagers-experts, *via* la professionnalisation de leurs parcours et le statut de MSP (chapitre 8), et la déqualification et discrimination sociale d'autres, au sens où la mise en comparaison de leur situation avec celle d'autres usagers plus adaptés aux injonctions du monde contemporain leur fait prendre conscience de leur plus grand retard, et de la difficulté qui sera la leur de pouvoir trouver un ancrage stable dans le monde ordinaire. Le CTR permet de fait une séparation nette, de la part des professionnels, entre ceux qui « [se donnent] les moyens d'aller mieux », et ceux qui demeurent les « précaires » de la réhabilitation psycho-sociale, à savoir ceux qui ne sont pas « disposés psychiquement »⁹ à suivre le programme fourni par l'institution. Que ces moyens ou cette précarité soient interprétés en termes psychiques de la part de mes opérateurs de terrain, et que les sociologues l'interprètent en revanche comme la résultante de capitaux antérieurs ou d'une précarité sociale, le traitement différentiel des usagers eu égard à leur devenir s'éclaire ainsi à l'aune de la transformation aboutie ou inaboutie que les résidents parviennent à opérer dans le centre. Sou Ici et Nono, pour reprendre des exemples déjà évoqués, sont des personnes qui se projettent déjà sur leur avenir lors de leur premier séjour à Karma. Jonas à l'inverse, au TCHAT ne se projette pas dans un futur à lui – c'est sur commande de l'assistante sociale qu'il rédige un projet pour un séjour dans une autre postcure, et quand bien même il performe à ce moment une certaine détermination de mettre en avant sa bonne volonté et sa persévérance, il demeure dans le « trop » de la réponse artificielle fournie face aux attentes des professionnels. Comme l'écrivait Muriel Darmon, aussi bien à l'égard des patients en rééducation post-AVC que des étudiants en classe préparatoire, se distinguer en tant que bon élève d'une socialisation de transformation, c'est avoir un comportement à l'« entre-deux entre le trop et le trop-peu » (Darmon, 2021 : 182), sans excessives démonstrations d'obéissance et d'adhésion inconditionnelle à la socialisation institutionnelle (ce qui serait la preuve d'un manque d'initiative personnelle), mais également sans désertion. Ces analyses rappellent encore en écho celles de Robert Castel à la fin du siècle dernier, qui voyait dans la formation de ces dispositifs hyperspécialisés les résultats des mutations de la fonction du sujet à l'époque post-disciplinaire, et de la division conséquente entre populations qui en découle :

[...] les nouvelles technologies préventives ne se laissent pas réduire à la fonction de détection des anomalies, des déficiences et des risques. Elles pourraient constituer des filières pour les sur-doués autant que pour les handicapés, programmer des circuits promotionnels aussi bien que ségrégatifs,

⁹ Je rappelle que cette expression vient d'un propos de l'éducateur Romain à Métanoïa (« Je pense pas que Lucky soit prêt, par exemple, je sais pas s'il est *disposé psychiquement à ce format-là* », Cdt 2 – 27/09/21 – cf. chapitre 1 I.C/)

et même distribuer les individus normaux-moyens selon des itinéraires tracés d'avance. Non seulement désherber le corps social en arrachant les plantes indésirables, mais en faire un jardin à la française avec ses allées royales et ses culs-de-sac, ses flux de population à circulation variable et les circuits montés en dérivation qui mènent à des impasses. (Castel, [1981] 2011 : 210)

B/ 3) Rétablissement dans le milieu ordinaire

Car on pourrait dire, plus fondamentalement, que ce dont il est question dans ces institutions, c'est d'opérer un passage d'un univers de sens à un autre, d'une réalité restreinte du monde de la drogue à celle plus globalement partagée de la « réalité souveraine », comme l'expriment Berger et Luckmann. Toute la question est donc d'orienter vers un « saut » possible, de cet univers de sens restreint à une perspective plus vaste, dans laquelle l'individu tiendra d'autant mieux dans le monde qu'il aura davantage de connexions sociales, et de points d'accroches pour décider de son devenir. Sans exclure les « sauts » qui quotidiennement peuvent détourner le sujet du flux de l'attention à la vie quotidienne, il importe de la même manière pour les professionnels en CTR que les usagers puissent passer d'un univers de sens à un autre en tant que « le langage assure sa continuité », et qu'ils puissent traduire leurs expériences (passée ou actuelle) dans la langue de cette réalité souveraine (Berger, Luckmann, 2018 : 74) :

Fin de l'atelier sur les *cravings*.

Romain – Patience. [*en souriant*] Je pense que vous avez besoin de trouver des trucs pour apprendre à envisager les situations dans lesquelles vous vous retrouvez dans des moments de *cravings*, et voir comment vous allez y pallier...

Keufra – Non mais là, notre corps il s'est sevré du produit, mais après ça va être dehors que le truc va reprendre...

Romain – *Le truc ?*

Keufra – Bah, la vie quoi... tout ce qui est difficile à aborder, les contrariétés...

Brice – ...Oui, c'est comme nous jeter dans le grand bain...

Romain – Oh là là, les méchants éduc's qui là vous jettent dans le grand bain...

Brice – Non mais... vous nous avez enseigné des choses. *Vous nous avez mis...des brassards – vous nous avez dit « il y a une bouée, vous pouvez la prendre », « ou pas »...*

Romain – Bah oui, et apprendre à nager... [...] Est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez approfondir cette semaine ? [...] Des choses qui n'ont pas été très claires, des points spécifiques...

Keufra – Non mais je vous dis, moi le programme il se mettra en place quand je sortirai d'ici...

Brice – C'est la fin de la cure, mais c'est le début du chemin...

Keufra – Moi, si je tiens, je fêterai ma première année [d'abstinence] le 15 octobre, le jour de ma sortie...

Yassine – Et puis, il y a eu un grain de confiance en soi [...] *c'est peut-être qu'on peut le faire à l'extérieur...*

Romain – Pour vous les gens qui sont ici, vous avez au moins un point commun : le produit. Et au dehors, c'est pareil – vous avez toujours au moins un point commun avec les gens que vous rencontrerez...

Cdt 2 – Métanoïa – 11/10/2021

À Métanoïa, dans les réunions institutionnelles, par ailleurs, il est souvent fait part aux professionnels (de la part des formateurs du siège de l'association) de la nécessité de construire

un « langage commun » avec les usagers, c'est-à-dire de porter (*via* la participation des « actients » à la formalisation de ce vocabulaire commun) un discours qui s'étende au-delà de la sphère d'action de la structure. On repèrerait aisément en dehors de cette institution les usagers qui ont appris à parler d'eux en tant qu'« actients », qui utilisent des stratégies de *coping* et qui parlent de gestion de leurs émotions et de leur consommation. Même si cela semble antithétique avec l'éthique du milieu, qui cherche avant tout à préserver l'anonymat des usagers de drogues du fait de leur stigmatisation sociale, ce projet a pour mérite de chercher à dialectiser l'opposition entre communauté et société, qui structure en filigranes la conception du rétablissement présente chez les usagers dépendants. Le rétablissement est en effet une perspective individuelle, qui lorsqu'elle se voit pensée au sein de la communauté d'autres usagers en rétablissement (comme dans la Fraternité des AA/NA), correspond tout à fait au modèle communautaire proposé par Tönnies à la fin du XIX^e siècle. Dans cette communauté (*Gemeinschaft*), l'individu demeure essentiellement le membre d'un groupe, dont il continue à dépendre tout au long de la vie – contrairement au modèle de la société (*Gesellschaft*) anonyme, où les hommes ne sont plus liés organiquement. Le modèle communautaire où chacun a une place, et des obligations envers le groupe qui sont relatives à cette place, est donc parfois plus rassurant pour bien des usagers dépendants, car il apparaît a priori plus solide qu'une société d'individus liés uniquement par d'impermanents liens interpersonnels (Martuccelli, de Singly, 2018 : 20). Car dans notre société moderne, l'individu n'est plus lié par l'appartenance à un unique groupe, mais par une multitude d'appartenance, à ce que Georg Simmel voyait de son côté comme des séries de cercles sociaux, non liés entre eux, et non nécessairement stabilisés sous la forme d'institution (comme un groupe d'amis, un collectif sportif, un cercle de discussion, etc.) Cette société moderne ne peut garantir une forme de liberté qu'aux individus qui sont en mesure de se situer au croisement de ces nombreux cercles, en trouvant pour chaque penchant, une communauté en mesure de satisfaire ses besoins (« plus la variété des intérêts de groupe qui se rencontrent en nous et veulent s'exprimer est plus grande, plus le moi prend nettement conscience de son unité », et en tout cas de lui-même. »¹⁰), et en réalisant un travail intérieur, intime, qui lui garantit de se ressaisir comme l'auteur de sa vie et de son individualité : « L'individu est divisé à l'intérieur de lui-même, pris entre ces différentes appartenances, et grâce à cette multiplication des cercles, il peut devenir lui-même. » (Martuccelli, de Singly, 2018 : 25-26)

Les points communs que les résidents peuvent trouver au dehors avec autrui seront-ils suffisants pour qu'ils réintègrent « le grand bain » de la vie ordinaire, dans leur environnement ou en changeant de lieu de vie, de travail, de relations sociales ? Est-il si facile d'évacuer la question des ressources dont on dispose, dans ce passage proposé d'un monde à un autre ? Il semble qu'à force de se penser comme un tout, le monde social ordinaire – et donc, chacun de « nous » – oublie souvent que certains individus ont besoin de plus de temps, ou de plus de liens resserrés, pour pouvoir affronter les réalités du monde courant. C'est le risque que présente le fait de penser la société comme machine, comme le rappelle Howard Becker :

Nous (c'est-à-dire moi comme les autres) souffrons surtout de ces trous de mémoire lorsque nous voulons transformer le monde pour en faire un lieu meilleur pour la démocratie, ou pour la classe moyenne, ou pour les citoyens honnêtes et respectueux des lois, ou pour les malades mentaux, etc. A chaque fois que nous voulons améliorer les choses, nous risquons fort d'oublier [...] bon nombre

¹⁰ G. Simmel, *Sociologie*, Paris, PUF, 1999, p. 417 (1^{ère} éd. 1908) – cité par Martuccelli, de Singly, 2018 : 25.

de personnes, de groupes ou de choses qui contribuent au résultat que nous voulons modifier. (Becker, 2002 : 73)

Abordant par exemple la question de la désinstitutionalisation, et de la sortie des malades mentaux de l'hôpital, Becker rappelle que l'aporie à laquelle ont conduit les impensés de ce processus : les communautés dont étaient originaires les malades (à savoir les familles et leur contexte de voisinage) n'étaient pas nécessairement enthousiastes de voir revenir ces personnes au sein de leur microsociété ; et la société civile n'a pas non plus absorbé ces malades de manière à ce qu'ils cessent de subir leur étiquetage discriminant. Recouvrant leurs droits de citoyens, les malades auraient simplement dû « mener leur vie comme tout le monde : trouver un travail, louer un appartement, faire leurs courses, faire la cuisine, se marier, avoir des enfants, les élever... Bref, devenir des citoyens productifs normaux et ordinaires. » (*ibidem*).

On peut croiser d'ailleurs cette perspective critique avec l'approche opposée d'autres chercheurs, qui envisage qu'on puisse entrer et sortir de certains parcours de soins de façon non déterminante par rapport à son identité sociale ordinaire. La perspective d'Albert Ogien nous semble ainsi particulièrement féconde si on l'applique à ce qui permet de distinguer entre le « schème médical type », où les patients vont en hospitalisation psychiatrique comme ils iraient chez le dentiste, et le « modèle de placement », reliquat de l'ancien asile (Ogien, Toledo, 1994 : 173-174). Si les auteurs considèrent que la différence entre ces modèles découle de la variation entre les diverses logiques organisationnelles qui régissent la psychiatrie, on peut retrouver cette variation dans le traitement différentiel qui s'applique aux divers publics d'utilisateurs qui se retrouvent pris dans une même logique organisationnelle. Le schème médical type pourrait ainsi s'appliquer en CTR à une certaine catégorie, culturellement et socialement dotée, de résidents qui ne sont pas celles et ceux auxquels fait référence Becker dans l'extrait ci-dessus. Ou plutôt, qui sont des citoyens normaux et ordinaires ayant par ailleurs des problèmes psychiques, et qui vivent leurs potentielles hospitalisations en psychiatrie comme une activité sociale contingente et négociée où ils démontrent être capables de stratégies face aux soignants et à l'institution (Ogien, Toledo, 1986). Ce point de vue est essentiel à maintenir en sciences sociales, pour ne pas décrire un monde où les usagers seraient simplement les objets passifs d'une disciplinarisation qui leur est imposée, mais, lorsqu'on aborde la question du rétablissement dans le monde social ordinaire, il faut bien garder à l'esprit que certains déterminants et inégalités de ressources configurent l'ensemble des situations qui demeurent possibles aux différents types d'utilisateurs. « Si certains patients ont des stratégies, sont des acteurs de leur prise en charge, s'il y a des « habitués de l'institution », d'autres subissent leur prise en charge et ne maîtrisent pas leur « trajectoire de malade ». » (Sicot, 2006 : 209). Ce sont à présent ces différents types de profils et de devenir configurés par l'institution que nous allons aborder dans l'une de ces sections conclusives.

I. C/ Une interprétation différente de l'addiction en fonction des « sorties » ?

À la suite du travail pionnier mené en 1999 par Henri Bergeron sur les croyances collectives partagées par les acteurs du champ de l'intervention en toxicomanie, nous voudrions participer à cette réflexion en développant les facteurs d'explication qui permettent de comprendre comment et pourquoi certaines nouvelles croyances viennent endossées par nombre d'usagers anciennement dépendants, dans l'étape de rétablissement que constitue le CTR. Pour autant « que l'on a tendance à endosser les croyances déjà constituées à un moment historique donné, plutôt qu'on ne les forge soi-même », il ne suffit pas en effet de parler d'intériorisation des croyances instituées par un lieu pour expliquer pour quelles raisons elles sont admises par les acteurs, ou de parler de « résistance au changement », d'« aveuglement » ou de « mauvaise foi » pour expliquer que ces derniers refusent de se les approprier (Bergeron, 1999 : 17). De la même manière que le chercheur en sciences politiques revient sur les motifs qui ont fait que les acteurs du champ de l'I.T avaient « de *bonnes raisons* pour continuer de croire à ce qu'ils ont cru et, donc, d'agir comme ils ont agi » (*ibid.* : 18), il nous importe de notre côté d'illustrer, au moins en partie, pour quelles bonnes raisons les usagers dépendants choisissent (ou non) de se convertir aux formes de « devenir soi » transmises en CTR selon les styles institutionnels de chaque institution. C'est là dire que nous souhaitons montrer que s'ils choisissent un modèle de devenir plutôt qu'un autre, c'est en fonction de ce que ce modèle leur *permet* en termes de reconfiguration de leur subjectivité, de relecture de leur histoire – mais aussi en termes d'identité sociale à pouvoir présenter au monde.

Cela constituerait d'ailleurs un apport spécifique des sciences sociales par rapport à ce que les recherches en psychologie sur les processus thérapeutiques exposent déjà : selon Jerome Frank (1961), il y a processus de guérison (*healing*) à partir du moment où le patient est en mesure de transformer son « monde présumé » (*asumptive world*), c'est-à-dire non pas de changer concrètement son environnement extérieur ou son existence, mais de les considérer sous un angle différent. Sous un autre « point de vue » disciplinaire, Wittgenstein a pu affirmer en philosophie que l'être humain constitue la « frontière » du monde qu'il perçoit, à savoir qu'il est sa propre condition de perception transcendante¹¹. Ce point de vue sur sa situation existentielle peut être trouvé de manière individuelle, mais de la même manière que les sevrages et les sorties de l'addiction sans soutien extérieur demeurent rares, c'est bien parce qu'ils trouvent des croyances collectivement partagées ou partageables que les usagers acceptent d'abandonner l'ensemble des croyances antérieures qui configuraient leur existence. Kassel et Wagner rappellent que la force de l'idéologie des AA réside dans la simplicité et la capacité expansive de son modèle herméneutique, qui permet à un nombre important de membres de relire et d'interpréter passé, présent et avenir à l'aune de la « maladie de la dépendance » que constitue l'alcoolisme ou l'addiction. Mais elle apporte également des solutions concrètes au problème de la dépendance, *via* le manuel existentiel des 12 étapes et elle réalise un idéal de vie, celui d'une existence soutenue par une forme communautaire

¹¹ Il écrit ainsi dans le *Tractatus* que : « 5. 632 - Le sujet n'appartient pas au monde, mais il est une frontière du monde. [...] 6.43 - Si le bon ou le mauvais vouloir changent le monde, ils ne peuvent changer que les frontières du monde, non les faits ; non ce qui peut être exprimé par le langage./ En bref, le monde doit alors devenir par là totalement autre. Il doit pouvoir, pour ainsi dire, diminuer ou croître dans son ensemble./ Le monde de l'homme heureux est un autre monde que celui de l'homme malheureux. » Wittgenstein, ([1921] 1993).

d'appartenance (la Fraternité AA) dans un monde social qui en est globalement fortement dépourvu. « En bref, les AA lèguent à leurs membres une idéologie détaillée et étendue qui leur permet de réévaluer, de réinterpréter et, finalement, de surmonter leur profonde dépendance à l'égard de l'alcool. » (Kassel, Wagner, 1993 : 228)

Par ailleurs, la thèse que nous défendons ici – celle d'une « mise en sens » construite par les usagers en fonction de l'interaction de leurs socialisations antérieures avec la socialisation institutionnelle – permet de dépasser la notion des « modes d'adaptation » élus par les reclus au sein d'une institution totale selon Goffman (1968), qui ne permet pas de comprendre les raisons qu'auraient les usagers dépendants de « croire » dans leur possible rétablissement, et donc de coproduire leur nouvelle identité. Pour rappel, Goffman s'intéresse à l'adaptation des détenus et des patients, comme moment de la subjectivation imposée par l'institution totale : au-delà des formes de repli sur soi ou de résistance à l'institution, il décrit en effet comment certains *inmates* se soumettent jusqu'à incarner la discipline institutionnelle, ou trouvent une sorte de zone de confort dans cet espace disciplinaire, dont ils semblent s'approprier l'idéal, de manière paradoxale. Si certains interprètes voient dans cette adaptation une forme de résistance (Harcourt, 2020 : 191), à l'opposé de celle qui pousse les patients à adopter une forme de repli sur soi et de retrait, on ne peut dissocier ces logiques d'adaptation d'une constitution par « groupes », pour faire face à l'institution. « Des liens se tissent entre des détenus qui expriment les mêmes types de résistance », qu'elles soient de repli ou de « conversion » à l'idéologie institutionnelle (*ibid.* : 192).

Or, le traitement et l'orientation différentielle des résidents menés en CTR nous incite à penser ces phénomènes de subjectivation sous un autre angle que celui de l'adaptation individuelle et collective à la prise totalisante de l'institution. Dans nos observations, on relèvera sans doute des phénomènes groupaux – dans le cas par exemple où un usager charismatique, qui est institué comme leader d'un groupe de résidents, adopte une stratégie de rejet ou au contraire adhère à la philosophie institutionnelle ; et où les autres membres de son groupe l'imitent, ou adoptent des résistances similaires. Mais il nous semble important de considérer comment, au fil des entretiens individuels et de la construction narrative des projections possibles de l'usager vis-à-vis de son futur, se construit une représentation de l'addiction (et plus généralement de son parcours de vie) qui est intrinsèquement rattachée aux dispositions antérieures de l'usager, et de l'autre côté à la manière dont il envisage de convertir ou non ces dispositions pour modifier sa position sociale. Nous allons étayer avec des extraits de terrain cette affirmation, qui fait ressortir de cette enquête qualitative en CTR que si la conversion est possible, elle ne l'est que pour une certaine catégorie d'usagers – que nous situons de manière intermédiaire entre ceux qui *se servent du CTR* pour assumer une socialisation de renforcement de leurs dispositions antérieures, et ceux dont nous dirons qu'ils *restent dans le sas* de la transformation visée par le CTR. Mais l'hypothèse de la « mise en sens » étiologique différenciée de l'addiction s'étaye aussi par un éclairage conceptuel, apparent dans le travail de Paul Farmer et de Françoise Héritier sur le sens conféré à l'épidémie du sida – et que nous discuterons brièvement à la fin de cette section pour appuyer notre démonstration.

C/ 1) Ceux qui restent dans le sas : l'addiction comme destin

Les résidents dont l'équipe ne parvient à envisager que le rétablissement en milieu protégé (tous ceux qui risquent la « chronicisation institutionnelle » dont nous avons traité au chapitre 5, et ici en I/ B. 2) se renforcent souvent dans la croyance que l'addiction constitue ou bien un fléau qui leur est incombé, et dont ils ne viendront jamais à bout. Ou alors, ils et elles se convainquent à travers l'institutionnalisation en addictologie et la prise en charge médicale et médico-sociale, que ce phénomène les concernant est non seulement une maladie, mais une maladie chronique, face à laquelle il leur faudra accepter de « faire avec ». Négativement ou positivement donc, l'addiction est perçue comme une compagne de vie, dont il faudrait assumer les conséquences (mort précoce, incarcérations possibles, hospitalisations fréquentes) pour être en mesure de résister davantage face au monde. L'individu peut donc se considérer non-responsable des conditions qui ont favorisé l'émergence de l'addiction, tout en se considérant responsable de ce à quoi cette maladie l'a porté et voulant sincèrement y remédier par le projet d'une « guérison ». Mais les résidents incarnant ce profil ont souvent « fait » plusieurs centres et vécu plusieurs rechutes, et s'ils font de leur mieux pour correspondre aux attentes institutionnelles lors du séjour, ils maintiennent peu de confiance dans la perspective d'un retour au monde extérieur. Ils adoptent une attitude d'abnégation ou de soumission au règlement intérieur parce qu'ils savent ne pas avoir d'autre choix pour modifier ponctuellement leur comportement ; ce qui nous rappelle un extrait de Lorna Rhodes évoquant un homme entré et sorti de prison régulièrement au cours des vingt années précédentes – et pour lequel une nouvelle incarcération paraît tout à fait supportable. Rhodes écrit qu'il « se dit confiant de pouvoir surmonter (*weather*) cette incarcération : « C'est moi qui me suis fait ça » (*I did this to myself*), dit-il, « mais je ne suis pas institutionnalisé. Je suivrai le programme. » (Rhodes, 2004 : 101). La multiplication des séjours en CTR, de la même manière, peut les amener à assumer à la première personne les séquelles physiques et psychologiques dont ils sont fréquemment porteurs. Passer du « Elle » de la drogue agissant dans leur vie au « Je » assumant la responsabilité de ses « bêtises » (Jacob – Cdt 1 – 09/06/21), cela peut déjà constituer le projet d'une vie. On pourrait même accepter le discours professionnel visant à dire que c'est déjà un grand pas pour les usagers les plus amoindris et peu confiants dans leur perspective de sortie.

Mais le Moi qu'ils constituent en posture n'a souvent pas suffisamment de supports extérieurs pour soutenir leur projet thérapeutique à la sortie (qui est de manière significative souvent celui du maintien de l'abstinence). Rechute après rechute, ces usagers à la faible estime d'eux-mêmes développent – ou renforcent – la croyance dans le fait qu'ils sont incapables de consolider leur projet d'abstinence en étant seuls :

[Gael (prof de Chi-Kong) commente le fait qu'Alex (en phase 1) ait rechuté :] – Non, mais quelle vie !
Passer comme ça, d'institution à institution...

Leïla (IDE) – Non mais il le dit, que dès qu'il est tout seul il rechute !

Cdt 3 – CT Stella – 07/03/2022

[Intervenant dans un débat entre Brice et Romain (ES), où ils discutent de savoir si même dans l'échec, on apprend quelque chose ou non :]

Keufran – Moi je serai toujours alcoolique... mais la rechute, ça fait partie de la guérison, on va dire... [...]

Cdt 2 – Métanoïa – 11/10/2021 (dernière semaine du séjour)

Si la solitude est considérée comme un pas inéluctable en direction de la rechute, il est évident que ces sujets seront d'autant plus enclins à préférer une socialisation institutionnelle longue en CTR ou en CT (ce sont habituellement ces profils qu'on oriente vers les communautés) et à craindre le « retour à la maison ». La contradiction que produit chez Keufan l'intériorisation des nouvelles croyances fournies par Métanoïa (« la rechute, *ça fait partie de la guérison* ») avec ses propres convictions profondément ancrées (« je serai *toujours* alcoolique ») rend ici tangible les tensions qu'elle provoque irrémédiablement chez ce type de résidents dans une institution qui n'épouse pas l'idée d'une invariance de l'identité de dépendant. L'altercation est palpable, entre un Soi qui se sait immuable, qui est convaincu d'être malade, et qui en a fait une condition de possibilité identitaire (Je lutte en tant que malade, je suis alcoolique et chaque jour je dois lutter avec/contre cette vérité) et un Soi qui est en devenir, qui peut se raconter différemment chaque jour. Keufan a certes été *transformé* par l'approche thérapeutique de Métanoïa : on lui y a dit « tu as le droit à l'erreur » ; « tu es sur le chemin », « tu peux changer », « rechuter ça fait partie de la guérison »... C'est comme si Keufan était venu dans ce centre *dans l'espoir qu'on le convertisse*. Ou pour qu'on lui fasse croire à une autre version possible de lui-même – c'est très explicite dans son cas. Mais l'articulation de sa socialisation primaire et de son environnement (il vit en logement social, il est brouillé avec toute sa famille – où tous consomment – sauf avec sa mère, dont il essaie de prendre soin, il n'a pas vraiment d'amis, hors les personnages qui défilent chez lui car ils savent qu'ils pourront consommer) avec la socialisation institutionnelle n'a pas *pris*, durant les six semaines du séjour. Quand bien même il essaie de faire de son mieux pour « coller » avec ce qu'il appelle « le style de la maison », et pour jouer la partition qu'on lui demande de faire ici, il a du mal à ancrer en lui les représentations nouvelles qu'on lui inculque en CTR. En témoigne ci-dessus le « *ça fait partie de la guérison, on va dire...* » qui lui permet de se distancier par rapport à cette seconde affirmation, en laquelle en vérité il croit un peu moins qu'en la première (« je serai *toujours* alcoolique »). Nous avons en outre montré dans le chapitre 7 que c'est précisément face aux moyens d'actions rationnels et orientés par l'anticipation de ses actions que quelqu'un comme Keufan se retrouve démuni, et qu'*il n'y croit pas* parce qu'il n'a pas les moyens matériels d'y croire – d'y croire *pour lui*, en pensant au retour à son environnement ordinaire. Keufan rappelle pourtant régulièrement à ses accompagnateurs les conditions qui sont les siennes, et dans lesquelles il lui sera bien difficile de mettre en place – malgré sa bonne volonté – le programme établi dans le centre :

Romain – Vous êtes en quatrième semaine. Comment vous vous sentez, par rapport à vos consos ? [...] Keufan – J'ai peur... Parce que quand je vais rentrer chez moi, je sais que *sur la nappe, à côté du canapé, y aura encore le rond de la canette de bière...* bon, faut changer la nappe, vous allez me dire. Mais j'ai peur, faut vraiment remettre la chose au clair, faut qu'il y ait du changement, mural pour ainsi dire... *J'ai besoin de refaire l'intérieur de chez moi, et mon intérieur à moi...* Il y a certainement une salle de sport à côté de chez moi, j'aimerais m'inscrire...

Brice – [*en souriant*] Bois pas la peinture, ça marche pas...

Keufan – Non, mais je sais que dans les premiers temps, faudra que je m'éloigne vraiment des bars, des endroits de conso...

Brice – Et pour les courses aussi, Keufan, tu feras comment ?

Keufan – Je les ferai pas seul. J'en ai déjà parlé à un pote, et il m'accompagnera... Il me connaît... [*il revient sur combien son quotidien est difficile*] Et puis la solitude...

Keufran – Ici je sais que je suis protégé, mais au-dehors, j’aurais eu une canette, je sais pas si je la boirais... C’est pour ça que la sortie... c’est comme si je retournais dans la jungle...

Romain – Et il y a quoi dans la jungle ?

Keufran – [rire] Il y a de l’alcool partout...

Cdt 2 – Métanoïa – 11/10/2021

Même si cette représentation d’un Soi qui a le droit de changer a introduit une variable d’espoir dans sa vie, Keufran semble ne pas pouvoir assumer pleinement cette nouvelle forme de vie – le risque étant de sombrer dans une identification trop incertaine dans un environnement qui lui est déjà suffisamment hostile, et qu’il n’est pas parvenu à affronter autrement que *via* le recours à l’alcool. Il illustre bien cet échec du devenir-soi des résidents qui restent dans le sas de la transformation désirée en CTR. Le modèle d’identification proposé par ces centres ne pouvant incarner un des chemins de conversion identitaire que ce type particulier d’usagers pourrait emprunter, il se produit généralement dans l’interaction entre la socialisation possible pour l’usager et les attentes du centre cet *abaissement des prétentions* que j’ai décrit précédemment, notamment dans les interactions Romain- Keufran :

Dans le même bilan des AGA (Atelier Gestion des Addictions) évoqué plus haut.

Romain – Qu’est-ce qui a été acquis comme perspective ? [...]

Keufran – Eh bah, bonne question. Pour moi, c’est l’*abstinence totale*. Donc, pour des AGA où vous parlez de conso limitée, de boire un ou deux verres, c’est pas possible...

Du coup, moi les AGA, j’ai entendu ce que j’ai entendu – c’est-à-dire dans mon cas *ce que j’avais besoin d’entendre*. Moi, pour moi, « gérer ma conso » c’est pas possible. [...] Non mais je reviendrai vous voir, pour la journée portes ouvertes...

Romain – Avec fierté ?

Keufran – Oui, non, avec fierté, mais sans forcément la montrer. Moi j’ai envie d’être bien avec tout ce qui m’entoure – ma maman déjà...

Romain – Et qu’est-ce que vous voudriez approfondir dans l’AGA ?

Keufran – Non, pas vraiment approfondir... [...] *Il faudrait venir 3 semaines de plus, à la limite*.

Brice – Haha... L’homme qui ne voulait pas partir de Méta...

Keufran – Non mais, c’est que j’ai peur... après, dès que tu seras sorti... Mon pote il vient me chercher, je sais que ça va aller, mais...

[ils parlent du test psychotechnique pour le permis, que Keufran veut passer au plus vite, pour récupérer son permis et sa voiture. Mais il a peur de ne pas réussir à le passer.]

Romain – *Non mais, vous avez peut-être le droit de pas réussir non plus ?*

Keufran – *Bah oui... fin, ça coûte 90€ le test psychotechnique...*

Cdt 2 – Métanoïa – 11/10/2021

Par rapport aux AGA, on constate encore une fois que ces ateliers sont accessibles à un type de public spécifique ; et que face aux représentations véhiculées par ce type de discours, d’autres, comme Keufran, ne peuvent eux, faire le choix que d’entendre « ce qu’[ils ont] besoin d’entendre » – en croyant autre chose que ce à quoi ils devraient être sensibilisés. La question des besoins et de la disposition psychologique à acquérir est posée *a priori* comme correspondant à des formes d’acceptation et de transigeance à l’égard de soi. Mais de fait, il est inaudible que le discours de l’usager vienne contredire les croyances et la morale de l’individualisme humaniste de cette institution où on « apprend à gérer ». La projection dans le futur est de manière ambivalente envisagée sous l’angle de la réussite (Keufran devrait

revenir les voir « avec fierté ») mais aussi de la rechute probable (l'éducateur se fait porteur d'un message de tolérance envers soi-même en disant qu'on a « le droit de ne pas réussir »). Alors que l'intervenant met cela sur le compte du fait que certaines choses n'ont pas été peut-être « approfondies » suffisamment pour Keufraan, on voit que ce dernier se réfugie dans l'idée claustrophile¹² qu'il faudrait rester plus longtemps, ou revenir encore, à Métanoïa. Son camarade commente d'ailleurs cette peur de sortir, en projetant sur Keufraan l'image d'un homme « qui ne [veut] pas partir » de l'institution.

Enfin, les dernières répliques mettent en lumière la différence de langage, de représentation du monde, qui rend le dialogue entre ce type d'usagers et les institutions souvent impossible. On parle de quelque chose de très concret : Keufraan doit passer un test psychotechnique pour récupérer son permis et sa voiture, étape essentielle s'il veut pouvoir faire commencer un bénévolat en-dehors de son espace de vie quotidien, ou même simplement utiliser ce support évident d'autonomisation. Face à sa peur de ne pas « passer » ce test, l'intervention du jeune éducateur se fait sur le terrain des bonnes intentions et des considérations abstraites : si les représentations apprises dans ce centre doivent avoir accru la confiance en eux des usagers, sur le fait par exemple de pouvoir se projeter et avoir un travail, elles devraient aussi permettre d'accepter plus facilement l'échec, de « ne pas toujours réussir ». Romain parle donc dans la langue de ce domaine psychologique de l'acceptation de soi ; et reçoit en réponse le pragmatisme de Keufraan, homme d'un certain âge, issu des classes populaires : on a le « droit » de ne pas réussir certes, mais cela a un « coût » concret (90€ en l'occurrence), matériel et tangible. Un coût que peut-être lui, Keufraan, ne peut pas se permettre, selon la morale existant dans les classes populaires, milieu plus matérialiste où l'on soupèse la question des moyens de subsistance permettant la survie à la lumière du respect et de la dignité sociale acquises, et où l'erreur elle, se paie toujours.

Précédemment, nous avons pu mettre en lien cet abaissement des prétentions du devenir-soi avec le retrait identitaire décrit par Kaufmann comme une forme d'acceptation de « ce que la vie a fait de soi » (Kaufmann, 2004 : 228). Ce retrait sur la socialisation primaire apparaît aux yeux des sociologues du handicap ou de l'action sociale comme étant la résultante de « l'itinéraire institutionnel » qu'on propose aux populations les plus démunies (Blanc, 1999 : 151). Nous soutenons quant à nous qu'en CTR l'orientation des trajectoires de soins continue de favoriser la pure et simple reproduction de cette socialisation orientée *par et vers l'échec d'intégration*, en ce qui concerne les individus les plus isolés des classes populaires. Le CTR fait partie de filières médico-sociales qui de l'adolescence au milieu du travail protégé participent « de vastes coulisses parallèles au fonctionnement de la société [...] destinées à gérer le destin d'individus dans l'impossibilité d'y trouver une place et de se réaliser en son sein, compte tenu de ses exigences plurielles. (Dargère, 2014 : 22) Ces coulisses ne cessent de confirmer « l'invalidation initiale » (Diederich, 2004 : 36 – citée par Dargère) de personnes prises en charge sans espoir d'une émancipation ou d'une trajectoire de vie qui démente les facteurs sociaux invalidants les conditionnant. Cette dérive était déjà pointée par Marc-Henry Soulet, et avant lui Robert Castel, concernant la « gestion des immotiles » (sic. – Soulet, 2012). M.-H. Soulet développe l'idée que l'évolution du travail social vers « la gestion du non-travail » a conduit à des formes d'« insertion de sas », à travers « ces programmes d'insertion censés mettre en mouvement alors même qu'ils ne font pas grand-chose d'autre qu'entretenir l'existant, tâche déjà énorme en soi, et de confirmer ce faisant l'immobilité. » (Soulet, 2012 :

¹² Le concept de « claustrophilie », nous le rappelons ici, provient de l'ouvrage d'Elvio Fachinelli (1983) et renvoie à l'appel et la propension humaine au repli dans un espace clos, fermé et sécurisant (Pelagalli, Rochet, 2022).

183) Il montre dans ce texte que la refonte des politiques d'intervention sociale à la fin du XX^e siècle a fait émerger un faisceau d'interventions différentielles, en fonction des problématiques thématiques et des populations ciblées. D'une part des politiques « adressées aux inactifs aptes au travail », qui outillent l'individu dans un suivi d'accompagnement particularisé. Et d'autre part, des formes assistancielles, développées « parallèlement et complémentirement » aux « configurations activationnelles » évoquées : ces formes mineures font office de « politiques d'entretien », « adressées au solde des ingérables », et si elles valorisent également la personnalisation, celle-ci y est plus drastiquement tournée vers la « réhabilitation de l'individu comme personne morale, comme être porteur de dignité » (Soulet, *ibid.* : 184-185) plutôt que comme un être capable d'accéder au marché du travail. Ces secondes politiques selon lui « s'affrontent au problème du sens d'une intervention qui n'a *plus de visée transformatrice de l'autre* et mettent au centre la question de *la durée sans finalité* ». (*ibid.* : 185 – je souligne). Une intervention qui a fini par perdre sa visée de transformation d'autrui et qui intervient sans finalité sur le temps long : si je concorde, en ce qui concerne ces deux caractéristiques du travail social appliquées à la population 1 dont je dresse ici la typologie, je discuterai plus loin le premier élément de ce doublet (la visée transformatrice), en ce que pour un troisième type de population, il me semble à l'inverse que ces visées de réduction du risque et d'évitement du pire conservent profondément une visée transformatrice au sens d'une tentative de *conversion des habitus* des plus précaires. Je vais à présent analyser pour quel type de population le CTR peut figurer une des « configurations activationnelles » décrites par Soulet : ceux qui demeurant aptes pour le travail, arrivent à venir au CTR pour leur devenir personnel, et à se projeter déjà dans « l'après ».

C/ 2) Ceux qui parviennent à envisager « l'après » : l'addiction comme étape

Pour celles et ceux qui envisagent la possibilité d'un rétablissement en milieu ordinaire (I.B/ 3), l'addiction est rarement conceptualisée comme une maladie. Sensibles aux interprétations fournies par le modèle bio-psycho-social établissant les facteurs de cause favorisant l'émergence de l'addiction, on trouve d'autres usagers attentifs à ce décalage d'une position de condamnés dans bien d'autres structures que Métanoïa. Il est probable que la majeure partie des usagers se rendant en CSAPA de manière régulière ou ponctuelle se reconnaîtrait plus probablement dans cette typologie. L'addiction étant pensée depuis le départ comme une problématique qu'a connu l'individu dans sa vie d'adolescent ou de jeune adulte (plus rarement chez des usagers plus âgés), elle est marquée comme tout phénomène vital, par une phase de croissance, un pic, une phase de stabilisation et un décroissement. Elle est socialement perçue comme un cap à passer, une étape dont on peut se remettre, après laquelle il sera envisageable de passer à autre chose – de construire sa vie ailleurs, en déportant son attention sur d'autres objets, et d'autres modes de consommation. Les personnes qui semblent appartenir à ce profil-type d'usagers en CTR ont statistiquement deux modes d'adaptation visibles :

1) il y a celles qui acceptent la norme d'idéal produite par l'institution (Dujarier, 2006, les désignerait comme « les héroïques »), et ils se mettent au travail pour obéir et suivre le plus fidèlement possible la norme de responsabilité qui émane de l'institution comme du monde social ordinaire. Un bon exemple de cette intériorisation de la norme sociale commune, et de son renforcement au sein du centre, est dans le cas des résidents de Métanoïa, Yassine – qui sort enthousiaste de son séjour, en ayant l'impression d'avoir une meilleure estime de lui-

même et de pouvoir réaffronter plusieurs thématiques importantes de sa vie (le lien à sa famille, son agoraphobie, la problématique du travail) avec davantage d'outils.

2) il y a également celles et ceux qui sont déjà brillant-es dans ce système de responsabilisation des milieux ordinaires du travail (des responsabilisé-es qui incarnent le « bon modèle », et qui participent déjà à transformer et coproduire la norme d'idéal (sans pour autant appartenir à la 3^{ème} catégorie des « décideurs » de Dujarier, ils participent à la production de cette même norme qui demeure inapplicable à d'autres). Dans les exemples les plus patents évoqués au cours de la thèse, on a évidemment Sou Ici, la formatrice-usagère Laurence, mais aussi Nono.

Ce qui les distingue des autres populations accueillies en CTR, c'est que l'univers microsociologique construit ici semble fait pour eux, comme si ces personnes pouvaient enfin s'épanouir, être elles-mêmes, dans cette communauté humaine reproduisant en miniature ce qui est conçu un peu naïvement comme les enjeux de la vie ordinaire extérieure au centre :

[L'équipe parle du prochain départ de Jessica, qui a investi plein de nouvelles « dimensions » au CTR : la poterie, le badminton. Ils ont l'impression qu'au dehors, « elle va pouvoir se recréer un monde avec plein de petites passions et activités » (Coralie, ES), en plus de son travail d'infirmière, déjà très accaparant (et en contraste duquel elle fait des excès de consommation de cocaïne, parce qu'elle « s'ennuie » hors du travail). Elle est par exemple une des usagères qui utilise le plus les moments de pause du programme du CTR pour lire.]

Nono (MSP) *[commentant]* – Mouais, mais la lecture, c'est pas de la coke. J'en parle en connaissance de cause.

Ludovic (psycho) – Je pense que ça nous fait plus peur à nous qu'à elle [ce qu'elle fera à la sortie].

[Marion (cheffe de service) interroge l'équipe sur quel était le but de son séjour – étant donné que c'est le second qu'elle fait dans la structure en deux ans.]

Albin (ES) – Moi je pense que c'est au niveau du bien-être. Elle vient pour se faire du bien. Elle veut se ressourcer dans tous les domaines. [...]

Nono – Elle s'excuse moins d'exister.

Coralie – Mais oui, parce qu'ici elle peut être elle. Elle peut montrer ses mains, son cou [l'usagère a une maladie de la peau, à cause de laquelle elle se sent habituellement stigmatisée], elle peut s'affirmer...

Marion – Comment faire pour que ça se projette, que ça continue pour l'après ?

Ludovic et Albin *[ensemble]* – Mais elle le fait déjà ! Avec le badminton déjà, et tout... Elle est déjà dans l'après, elle est déjà dans le processus...

Cdt 2 – Métanoïa – 11/09/22, retour sur terrain

Jessica par ailleurs, au quotidien, est une résidente plutôt dans le « trop » que dans le juste milieu attendu par les professionnels, qui se plaignent souvent de ses questionnements incessants, ou de sa manière de montrer qu'en tant qu'infirmière, elle « sait » plein de choses, et qu'elle voudrait aider ses camarades de séjour. Mais elle apparaît ici comme ayant un parcours-modèle, eu égard au devenir-soi tel qu'il est envisageable en CTR, ou à la visée de *projection* au cœur de l'inflexion des politiques de l'action sociale qui vise à l'activation des usagers. Ce qui compte dans le parcours en CTR, c'est *in fine* de réussir à « s'affirmer » et « être soi », indépendamment de ce qu'on fera après. De la poterie, des lectures, du badminton... – pourquoi pas ? Si l'équipe ne se pose pas la question de la reprise au travail, c'est d'une part ici parce que cette résidente va sans aucun doute reprendre son travail d'infirmière à plein temps, avec enthousiasme, son séjour terminé : la question de la manière dont elle transfère son énergie dans le travail, jusqu'à s'épuiser, ne constitue visiblement pas (du moins vis-à-vis

de ce type de profil social) un axe de travail des professionnels du centre. Il ne s'agit vraiment pas de remettre en cause son insertion salariale. Mais pour d'autres femmes, mariées, avec enfants, cette question est également absente – parce que comme l'écrit également Muriel Darmon, l'entreprise rééducative se caractérise par un « conservatisme de genre » (2021 : 250), où il semble plus important que les femmes pensent « à elles », à leur « bien-être » et à l'état de leur intérieur domestique, plutôt que de penser aux moyens de leur indépendance économique et de leur reconnaissance sociale.

Cette manière de valoriser les retrouvailles du sujet avec lui-même fait clairement écho selon nous à la problématisation sociologique de « l'individu incertain » (Ehrenberg, 1995), qui correspond selon nous à une focale portée sur ceux que R. Castel nomme les « hyper-modernes », après Lipovetsky ([1983]) et Gauchet (1998) (Castel, 2010). Dans son dialogue avec Claudine Haroche, R. Castel notait toutefois qu'une indistinction planait entre cette configuration de l'individu contemporain, hypertrophié, narcissique, et réduit à des investissements psychologiques à l'égard d'autrui (un individu sans social), tel que le décrit une certaine sociologie de l'individu contemporaine, et la figure d'une population de désaffiliés, dont ses propres travaux démontraient la recrudescence :

[...] la question est de savoir si ce que j'ai proposé d'appeler la désaffiliation continue ce même processus ou en représente une bifurcation inédite. Les individus désaffiliés ont décroché, les individus « hyper-modernes » ne se sentent plus attachés. Est-ce la même chose ? [...]

Ne pourrait-on pas dire que celui qui a décroché ou qui a été décroché – j'ai pris tout à l'heure l'exemple du chômeur de longue durée – est un individu par défaut d'appartenances, tandis que l'individu qui n'adhère plus à rien serait un individu par excès de subjectivité, un individu que l'excès d'investissement de lui-même détacherait du social ? (Castel, Haroche, 2001 : 132-133).

Ce que nous tentons de démontrer ici, c'est que ces deux processus ne concernent généralement pas les mêmes profils sociaux, bien que les représentations sociales soient évidemment baignées dans un même contexte où peur de la désaffiliation, et culture narcissique s'entremêlent indistinctement. D'où la nécessité de rendre apparente une troisième voire une quatrième catégorie d'idéal-type, pour comprendre ce qui se produit véritablement de nos jours, en écho à cette volonté individuelle d'exister socialement. Cette typologie différentielle nous paraît importante à faire aussi bien entre les centres, qu'à l'intérieur des contingents reçus dans chaque centre. Car on ne peut pas dire que Métanoïa ne recevrait aujourd'hui que les hyper-modernes et que le TCHAT ne prendrait en charge pour sa part que les désaffiliés. Les jeunes constituaient par exemple un sous-groupe sociologique intéressant aux yeux de Castel : « tous ceux qui sont désormais incapables de s'inscrire dans des collectifs protecteurs, tels les jeunes qui ne peuvent se ménager une place stable dans la société et qui « galèrent » » (Castel, Haroche, *ouv. cit.* : 117) – et dans le cas des addictions, on voit qu'ils peuvent aussi bien entériner par là leur désaffiliation sociale que trouver dans les parcours de soin un tremplin vers l'acceptation de l'individualité hyper-moderne. Au-delà de la seule caractéristique de l'âge, je distinguerais pour ma part deux populations, au sein d'une troisième catégorie d'individus – ni complètement désaffiliés et condamnés à la chronicisation institutionnelle, ni incarnations de la norme de responsabilité hyper-moderne et réflexive. D'une part, cette catégorie rassemble celles et ceux qui acceptent d'être poussés au-delà d'eux-mêmes, et pour lesquels ce passage offre la possibilité d'une socialisation de transformation pouvant les amener à réintégrer la norme sociale. Et ceux qui échouant dans une socialisation de transformation souple, centrée sur la mise en cohérence avec l'adéquation du désir individuel avec les contrôles sociaux, préfèrent une socialisation de conversion, où ils

partageront avec un collectif de nouvelles valeurs et représentations, en mesure d'ancrer leur identité sur des bases toutes autres.

C/ 3) Ceux dont l'avenir reste à voir : l'addiction comme faute

Entre les deux typologies précédemment décrites, qu'on pourrait situer aux deux extrêmes du spectre caractérisant cette définition de l'addiction comme identité produite pour son porteur (addiction comme destin, ou addiction comme phase passagère de la vie), il y a évidemment un éventail de vécus très divers. Il nous semble néanmoins qu'on pourrait saisir facilement dans la figure des résidents en CTR la récurrence d'un troisième profil : celui de l'usager ou l'usagère à l'avenir imprévisible – dont on ne sait pas s'il s'orientera plutôt vers l'une des extrémités du spectre, ou bien vers l'autre. Leur profil est souvent moins empreint d'une socialisation primaire fortement déterminante ; ou bien ils peuvent également être allés à l'opposé de leur socialisation de classe – comme Brice, dont la famille de salariés de classe moyenne, contenante, soudée, n'aurait pas permis d'envisager qu'il finisse à la rue, à faire la manche. Rétrospectivement, lorsque je reparcours mentalement l'échantillon des usagers rencontrés, je distingue très clairement les résidents qui correspondaient à ce profil social, par leur différence d'avec les deux autres groupes. Ils et elles n'étaient jamais clairement « condamnés » par l'addiction – à une vie de non-adultes, désormais institutionnalisés et passant de structure en structure : ils avaient au contraire des périodes de stabilité, des périodes de travail salarié, souvent les débuts de la construction d'une vie amoureuse et/ou familiale (les pères rencontrés font souvent partie de cette troisième typologie), et leurs rechutes étaient fréquemment arrivées à la suite d'un échec de type professionnel ou amoureux, ou bien après le deuil d'une personne chère. Ils n'étaient pas non plus les individus les plus « brillants » qu'on rencontre en CTR ; ils étaient souvent moins cultivés ou moins adeptes d'une forme d'introspection et de retour sur soi promus par le centre Métanoïa – ce qui, par ailleurs au TCHAT, les faisait souvent passer pour des résidents agréables, car ils étaient moins demandeurs envers l'équipe. Une autre caractéristique centrale de ces usagers et usagères médians, c'est qu'ils continuaient souvent à garder un rapport ambivalent à la substance psychotrope à laquelle ils étaient addict – un rapport tantôt victime, tantôt coupable, comme s'ils entretenaient encore une relation avec elle, où le rapport de force restait inanticipable à long terme. D'une certaine manière, j'ai l'impression que c'est à cet endroit que les professionnels venaient les « tester »¹³, comme on viendrait vérifier la maturité ou le degré de pourrissement d'un fruit. On cherche pour ces individus à anticiper, ou à s'assurer du fait qu'ils *tomberont*, d'une certaine manière, dans le groupe des usagers pour lesquels l'addiction est une compagne de route (typologie 1) ou dans celui pour lesquels elle n'aurait constitué que l'une des séquelles d'un rite de passage actualisable (typologie 2). C'est envers cette troisième typologie d'usagers que le travail institutionnel du CTR ne peut se contenter d'une définition en termes de socialisation de renforcement, mais vise clairement une socialisation de transformation. Comme on le voit dans l'extrait suivant, cela peut prendre parfois la forme de « défis » qu'on lance au résident :

Entretien Brice-Samantha

Brice – Il y a plein de trucs avec lesquels je suis au clair maintenant... par exemple sur les conso, 3 jours ça va, plus, c'est forcé [au sens où il se sent capable de consommer 3 jours

¹³ Bien qu'en CTR ce soient plutôt les résidents qui soient décrits comme « test[ant] les limites ».

de suite, mais plus, il se verrait rechuter dans la dépendance]... Après, il a quelque chose avec l'affirmation de soi, je sais que c'est dur...

Samantha – C'est vrai que j'ai remarqué que vous êtes une personne qui arrondit beaucoup les angles... Comment ça se passe ici dans le quotidien, avec les autres actients ?

Brice – Bien, globalement... Et avec mon groupe, c'est encore mieux.

Samantha – Et au niveau de l'affirmation de soi ?

Brice – Bah, j'arrive à dire non je crois...

Samantha – Et vous vous lancez pas des petits défis, parfois, où vous voudriez ou vous pourriez dire oui, et vous dites non ?

Brice – Non. Parce que c'est pas dans mon caractère. ...j'ai pas envie de tester.

Samantha – Vous n'avez pas forcément envie de vous montrer que gentil ici ?

Brice – Non. Naturel, juste ; d'être un peu en lien avec ce que je ressens...

Cdt 2 – Métanoïa – 22/09/2021

Pour Brice, il semblerait que l'équipe éducative ait décidé de le pousser dans ses retranchements – plutôt que de le ménager, comme Romain fait avec Keufraan par exemple dans les extraits cités plus haut. Il me semble que ces « défis » sont destinés tant à s'assurer de la maîtrise de la contingence et de l'authenticité que Brice peut mettre dans ses actions, que à « tester » précisément, le potentiel de transformation de cet individu. En effet, « [l]a faible aptitude/possibilité à se mettre en mouvement des populations concernées ne signifie pas pour autant leur impossible mobilisation sur elles-mêmes et sur leur devenir. C'est même tout le travail des intervenants que de tenter de libérer des potentialités d'action restées enfouies, faute bien souvent d'avoir pu trouver des scènes d'expression et des formes d'écoute ouverte » (Soulet, 2012 : 188).

Brice, contrairement à Keufraan, n'est pas bloqué dans son devenir. Lui proposer des épreuves n'est pas uniquement destiné à une dimension palliative, faute de mieux, qui consisterait à réduire les risques de sa consommation à l'extérieur en lui proposant par exemple l'application stricte de l'abstinence. Il paraît prêt aux yeux de l'institution à une étape en plus, concernant non seulement sa consommation mais son rapport identitaire : il doit apprendre à tester d'autres versions de lui-même (« vous n'avez pas forcément envie de vous montrer que gentil ici ? »¹⁴), pour pouvoir s'essayer à un rôle qu'il lui faudrait pouvoir endosser au dehors, une fois sorti de l'institution. Il ne suffit plus seulement qu'il soit congruent avec son projet de gestion de consommation, il convient qu'il travaille à être quelqu'un qui peut être en mesure de repousser des choses – des autres trop envahissants, la drogue, un certain mode de vie dans lequel il risque de s'anesthésier. Il est particulièrement intéressant de voir comment Brice perçoit cette dimension « activatrice » de l'institution tout au long du séjour, et de comprendre que la revendication d'un Moi « naturel » de sa part est une défense – contre une institution qui essaierait de forcer cette nature, quand bien même elle serait déviante. À la fin de l'extrait, il se défend *via* le vocabulaire de l'institution en disant qu'il est dans sa nature d'être gentil, pour refuser la socialisation de transformation que lui propose le CTR. Juste après, il va mettre en avant sa fainéantise comme trait de caractère personnel¹⁵ (« C'est difficile. Parce que j'suis un flemmard, je vous ai dit. ») qu'il développe sur le mode de la faute, pour

¹⁴ L'équipe a sans doute en tête la référence au livre du psychothérapeute et formateur en CNV Thomas D'Ansembourg – comme en témoigne le lien vidéo que l'équipe met en ligne pour les usagers souhaitant approfondir les ateliers vus à Métanoïa sur le site consacré au centre : [Thomas D'Ansembourg : Cessez d'être gentil, soyez vrai - Communication Non Violente #cnv \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=...)

¹⁵ Brice défendait ce trait caractériel également dans les entretiens que je l'ai vu faire avec le psychologue de Métanoïa. Selon ses propres mots : « J'ai un trait de caractère aussi...je suis un flemmard, de base... »

continuer à assurer la défense de son Moi qui sinon devrait embrasser la socialisation institutionnelle. Ce n'est pas que les ateliers seraient « répétitifs » ou iraient « jusqu'au bourrage de crâne » (cf. extrait cité plus haut, page 640), c'est que Brice est « flemmard », il le sait, et s'en attribue la faute.

Cela se produit donc sur fond d'une naturalisation du caractère, sinon du comportement de l'utilisateur déviant – qui est réticent à se plier à la socialisation institutionnelle. Cette naturalisation ne vient même pas de la part de l'équipe : elle est produite par ce type d'utilisateurs, qui renforcent ici une identité fondée sur la culpabilité et sur le fait que s'ils ne parviennent pas à se détacher de l'addiction, c'est non parce que celle-ci fonde leur identité (comme dans la typologie 1), mais parce qu'ils seraient caractériellement inaptes au type de travail à fournir. En synthèse, *ils pourraient mais ils ne veulent pas* – contrairement à ceux qui voudraient mais ne peuvent, et à ceux qui veulent et peuvent. C'est donc au niveau de la faute que se répercutera, s'il le doit, cet échec de socialisation transformatrice. L'individu demeure seul responsable de sa non-acceptation du travail de soi à fournir. Cet exemple nous permet d'envisager le parcours en CTR à l'aune de ce que Claude Dubar analysait à propos de l'échec de formation. Lorsqu'il s'interroge sur la finalité de la formation professionnelle, une des conclusions établies par le sociologue du travail est en effet que « la formation a finalement pour enjeu *la conversion identitaire des salariés qui y sont consentants*, soit par leur implication au travail (première logique), soit par leur performance de type scolaire (seconde logique), soit par leur acceptation de la mobilité (troisième logique). Les autres s'exposent à l'exclusion. » (Dubar, 2006 : 122-123 – je souligne). Il me semble que l'on peut inférer de ces trois logiques ou de l'échec de leur application (la quatrième voie) les diverses typologies que nous mettons ici en lumière en ce qui concerne les profils sociaux des utilisateurs en rétablissement :

- 1) Ceux qui acceptent la socialisation de conversion de l'institution, et qui progressivement, de séjour en séjour, peuvent produire une identité d'utilisateur en rétablissement par une performance de type scolaire. Yassine est un bon exemple de ce type de socialisation à Métanoïa, Lucy en est un autre dans le centre TCHAT (typologie 3 *réussie*) ;
- 2) Ceux qui sont déjà brillants dans ce système (des individus responsabilisés qui fournissent le « bon modèle » du rétablissement), et qui rapidement réussissent à franchir l'étape du rétablissement, pour avancer vers une identité d'adulte responsable : Sou Ici, Laurence, Guibole, Nono, *etc.* (typologie 2) ;
- 3) Ceux qui acceptent d'être poussés au-delà de leur zone de confort, mais qui résistent encore à la mobilité identitaire qui leur est prescrite par l'institution. Leur futur reste indistinct, mais peut-être à un moment cette circulation entre institutions d'accompagnement et vie ordinaire fonctionnera (ils passeront donc d'une typologie 3 *dans l'échec* à une typologie 3 *réussie*) : Brice, Jérémy, Mehdi, Yohann, *etc.* (ce profil concerne de nombreuses personnes en CTR) ;
- 4) Ceux qui s'exposent à l'exclusion – ils n'arrivent pas à travailler, ni à choisir un modèle identitaire souple, en mouvement : Jonas, Keufan, Dimitri, Lucky, de nombreux utilisateurs du TCHAT... (typologie 1).

I. D/ Une possible mise en sens étiologique de l'addiction

On répond toujours à la question du sens à donner à l'événement :
pourquoi est-moi qui suis frappé et pourquoi est-ce par ce truchement-là ?

Cela peut être la sanction divine : si je me trouve pour mon malheur dans un lieu où l'environnement miasmatique m'est fatal, c'est peut-être une punition de mes fautes ou des fautes d'un de mes parents. Cela peut être l'agression des autres, l'agression sorcière, la responsabilité de l'autre proche ou lointain, et le plus souvent lointain. [...]

La troisième cause possible c'est celle de la faiblesse constitutive qui correspond en gros à l'épidémiologie. Cette faiblesse constitutive de l'individu est à l'opposé de la « force » dont certains sont pourvus, ce qui leur permet de résister victorieusement aux attaques, aux sanctions divines, peut-être, et au mal en général.

Françoise Héritier, *Sida, un défi anthropologique* (2013 : 135)

La conclusion de cette section est destinée à construire un modèle provisoire d'une *mise en sens* étiologique du fait social et de l'identité que contribue à créer la dépendance à une substance ou à un comportement, en fonction des trois/quatre typologies d'usagers que nous venons de dégager. Cette mise en sens demeure une interprétation, et nous demandons à notre lecteur la compréhension requise pour cette hypothèse conclusive qui serait inévitablement à confronter à nouveaux aux terrains, ou à de successifs espaces d'observation, pour mettre à l'épreuve sa solidité. Nous nous appuyons ici sur les travaux fondamentaux de Françoise Héritier et Paul Farmer pour pouvoir établir un modèle étiologique qui explicite les raisons du succès ou de l'échec de certains programmes de soins avec des usagers qui appartiennent comme on l'a vu à un éventail varié de positionnement vis-à-vis de l'addiction, et de ce qu'elle leur permet ou non de *devenir* de manière identitaire. En donnant une définition anthropologique de la « maladie » que serait l'addiction, nous sommes redevable aux travaux antérieurs de l'anthropologie de la maladie, qui permettent aussi bien de concevoir la maladie tantôt comme une méconduite disculpée grâce au transfert de responsabilité sur une cause extérieure à l'individu (Young, 1978), tantôt comme une sanction qui n'évince pas la question de la responsabilité individuelle dans l'apparition du mal mais au contraire la prend comme critère déterminant l'émergence du phénomène touchant l'individu (Zempléni, 1985) (Fainzang, 1994 : 82).

Tout en partageant la conviction de Sylvie Fainzang du fait que les schémas étiologiques formés par les usagers dépendants (et dans son cas les anciens buveurs) « ne supposent pas nécessairement une causalité bijective », c'est-à-dire une causalité stricte entre un événement et l'apparition de l'addiction (Fainzang, 1994 : 91), nous nous attacherons comme elle et d'autres anthropologues à distinguer divers modèles de mise en sens, ou de « mise en accusation » de l'instance instigatrice du problème vécu par l'individu. Si selon elle l'accusation de la « société » serait majoritaire parmi les Français, en regard de l'accusation de l'autre proche, de l'autre éloigné, ou de l'auto-accusation (Fainzang, 1989), nous préférons ici l'approche étiologique développée par Paul Farmer et Françoise Héritier, dans la considération portée sur les personnes touchées par le virus du sida. L'application analogique de leur partition nous semble d'autant plus pertinente que le virus du VIH a redéployé en France et dans le monde l'image épidémique d'un mal autonome, qui possède « la puissance de se déplacer et de passer volontairement d'un être à un autre, pourvu qu'il se trouvent

ensemble dans un même lieu », tout en étant l'objet d'une interaction entre l'homme et une entité qui a croisé malencontreusement sa route : « il s'est produit une rencontre, on a touché quelque chose qu'il ne fallait pas toucher. » (Héritier, 2013 : 50). Face à cette puissance autonome d'une entité qui peut produire ou non le mal à l'occasion d'une exposition individuelle – le même imaginaire qui s'est déployé pendant des décennies à l'égard des drogues et substances psychotropes – Héritier analyse « qu'il s'agit bien d'occasions qu'il convient de savoir maîtriser plutôt que des humeurs elles-mêmes qui seraient fautives » (*ibid.*), ce qui dans les termes des acteurs de l'addictologie est bien l'enjeu du séjour en CTR : maîtriser les raisons, les occasions et les moments de la rencontre avec le produit, plutôt que de diaboliser la substance en soi. Mais elle éclaire également la manière dont les hommes se représentent le *pourquoi* de cette rencontre, en ce qu'elle est venue toucher aux supports de leur identité personnelle. La schématisation étiologique que présente l'anthropologue doit donc éclaircir la manière dont les humains, partout dans le monde, ont besoin de donner du sens à « l'événement pur, et donc la maladie » (Héritier, 2013 : 60). Cette schématisation suit trois voies possibles selon F. Héritier : le mal comme sanction pour une infraction sociale ; le mal comme résultat d'une agression extérieure à l'individu ; le mal *en soi*, comme marque d'une faiblesse intrinsèque à la personne. Elle reprend ensuite l'étude de Paul Farmer ([1992] 1996), qui montre comment différents individus atteints du sida à Haïti combinent les motifs traditionnels attribués aux peines et aux maladies (jalousie et agression sorcière¹⁶) avec d'autres explications plus modernes des causes biologiques ou environnementales du mal qui les touche (et qu'ils appellent « *mové san*[g] ») :

Qu'il s'agisse de périodes dans l'évolution d'un cas ou d'une analyse globale, chacun des ordres d'explication peut intervenir à son tour. Anita est un modèle du genre. Elle est une « victime », non de l'envie, vu son extrême dénuement, mais d'un engrenage du destin qui l'a emmenée à treize ans « à prendre le mal d'un homme à la ville ». [...] Manno, l'instituteur qui cherche éperdument la cause, a des éléments de réponses. Il a trois salaires [...] ce qui serait à l'origine du mauvais sort que des envieux lui ont jeté. Pour les autres, son mal vient plutôt de ce qu'il a frappé durement un élève pauvre, ce qu'il n'aurait pas fait avec le fils d'un riche. Mais ces explications peuvent se cumuler. Après un traitement antituberculeux, il va mieux, mais comme on dit : une feuille ne pourrit pas dès qu'elle tombe à la rivière. Mais il avait le *mové san* pour trois raisons possibles : contaminé par sa femme après la naissance d'un bébé, frappé par l'éclair quelques années plus tôt ou ayant eu le sang retourné lors de la colère qui lui avait fait frapper un enfant. *Le destin, la faute, l'envie*. [...] Paul Farmer nous montre ainsi la genèse et l'évolution d'un modèle local d'interprétation du malheur. Il est bâti avec les matériaux que l'observation du réel fournit aux acteurs et que ceux-ci interprètent à travers les moyens d'analyse traditionnelle, mais aussi moderne, dont ils disposent. (Héritier, 2013 : 82 – je souligne.)

Cet extrait de Françoise Héritier nous ayant profondément marquée au tout début de la thèse, nous voudrions à présent en livrer une interprétation personnelle – en appliquant la triade qu'elle dégage de l'entrelacement des explications étiologiques analysé par Farmer à

¹⁶ P. Farmer approfondit en fait la grille interprétative classique en anthropologie où le mal est d'origine extérieure à l'individu, et plus spécifiquement le résultat d'un acte de sorcellerie. Il montre cependant, qu'au sein de cette « géographie de l'accusation » (expression employée par Héritier, *ouv. citée* : 83) la sorcellerie est une réponse possible (comme opération menée du fait de la jalousie d'un autre proche), mais la discrimination morale, ou la conspiration, en sont deux autres – relatifs également à ce champ de la théorie de l'agression. Il explique ainsi par l'intériorisation du jugement porté par les États-Unis sur les Haïtiens la discrimination morale – de type auto-accusatoire –, qui fait que les victimes du sida font parfois peser sur eux le poids d'une double accusation d'altérité (exotiques *et* infectés).

notre propre terrain. Le destin, la faute et l'envie. Ces trois éléments, dont Héritier décrypte en outre la présence concomitante dans différentes époques, en parallèle de l'évolution des représentations de la maladie (des humeurs hippocratiques, aux germes agents extérieurs de la révolution pasteurienne, à l'épidémiologie contemporaine – *ouv. cité* : 134), sont éminemment pertinents, si on veut schématiser la mise en sens qu'opèrent nos usagers résidant en CTR sur les causes qui les ont conduits à l'addiction.

- *Le mal comme destin* : on éclaire ainsi le titre de notre première typologie d'usagers – pour lesquels l'addiction est envisagée comme un destin social, duquel on est purement victime, et auquel il est assez inenvisageable d'échapper. La cause de la destinée est beaucoup plus pertinente si on l'envisage à l'aune d'une perspective scientifique contemporaine, comme l'épidémiologie ou la génétique : certains sujets sont plus faibles que d'autres, et résistent moins bien à l'assaut de certaines maladies spécifiques. Elle éclaire notamment la spécificité des discours genrés et de ceux concernant les classes populaires, au sujet de l'alcoolisme : Fainzang montre par exemple que ce qui se voit mis en cause dans l'étiologie de l'alcoolisme féminin c'est « la fragilité intrinsèque des femmes alcooliques qui boivent parce qu'elles sont dépressives » (1994 : 93) contrairement aux hommes dont les motifs psychologiques sous-jacent à l'émergence de la pathologie sont fréquemment occultés au profit des événements ou "coups durs" de l'existence. On espère avoir démontré par ailleurs au cours de cette thèse que les discriminants sociaux conduisant à la « précarité psychique » ou au manque de moyens culturels des résidents sont encore à outrance naturalisés – comme étant la marque d'une faiblesse constitutive qui caractériserait les plus démunis dans une hiérarchie sociale implicite mais toujours présente.

- *Le mal comme faute ou sanction* : pour les usagers qui se situent à l'intermédiaire du spectre, et dont on ne peut prévoir le devenir (typologie 3), la recherche étiologique peut souvent conduire à mêler les voies interprétatives, comme dans les exemples rapportés par Farmer et Héritier. Substantiellement néanmoins, l'individu est souvent enclin à mettre en lumière un ou plusieurs événements extérieurs, où un autre plus ou moins proche peut être tenu pour responsable (divorce, licenciement, perte des enfants à charge...), *et/ou* où le sujet se considère lui seul responsable des échecs, des ruptures ou des pertes vécues – une fois qu'il n'impute plus univoquement à la Drogue l'origine de ses comportements. C'est donc sous le registre de la faute que l'individu se perçoit, et qu'il devra apprendre à faire la part de ce qui est de l'ordre de ses responsabilités, et de celles d'autrui, parents ou proches qu'ils soient.

- *Le mal comme conséquence d'un mauvais environnement (« envie » d'autrui ou originalité de l'individu)* : pour les usagers qui présentent le profil esquissé dans notre deuxième typologie, la voie de la sanction divine ou de l'agression par autrui (sorcellerie) peuvent être employées de manière mixte – en ce que ces usagers arrivent assez facilement à faire la distinction entre ce qui résulte de leurs mauvaises conditions de départ (*destin* social non favorable), ce qui est lié à des événements imputables à un autre (*envie*) et ce qui est lié à leur responsabilité personnelle dans leur réaction à ces événements (*sanction*). Ce qui me paraît caractéristique de cette frange de mon échantillon, c'est qu'ils parviennent le plus facilement à appliquer un décalage de la causalité à la finalité du comportement addictif, à passer « du *pourquoi* au *pour quoi* » (Fainzang, 1994 : 82).

Après avoir élaboré dans cette première section de notre chapitre conclusif la manière dont les usagers entrant en CTR peuvent réinterpréter la ou les causes de leur addiction en corrélation avec la manière dont cette mise en sens leur permet une identité sociale, nous

voudrions montrer que les mêmes croyances ou rapports de corrélation existent pour les institutions qui se font charge de ces individus. Il nous résulte plus évident en effet à présent que c'est le registre et le schéma d'explication de la *faute* qui est privilégié au TCHAT – parfois en concurrence avec le motif de la « précarité » et de la maladie comme destin social. Comme sans doute dans tous les CTR dont l'organisation est plus ancienne ou fondée sur une thérapie par la parole, visant à redonner conscience au sujet de son histoire et de sa place d'acteur dans cette histoire. Le risque étant, dans ce type d'institutions, que la visée de la responsabilisation poursuive dans ces cas une forme de prise en charge de la déviance et de la marginalité sociale. Le modèle étiologique du *mauvais environnement* paraît en revanche tendancielllement validé par les centres plus « progressistes » de l'addictologie contemporaine, en ce que la mise en cause de la société (de la pression sociale, de la souffrance au travail, des mutations de l'individualité contemporaine où il est difficile de « se trouver », d'affirmer *qui l'on est* vraiment) permet plus aisément de gagner la confiance et de bâtir l'alliance thérapeutique entre l'équipe et l'usager, censée conduire celui-ci à s'intéresser plutôt aux moyens de contrôler la finalité et les modalités de ses comportements à risque, s'il désire poursuivre ses pratiques. Néanmoins, cela ne signifie pas que les modèles soient antagonistes – bien au contraire, on pourrait dire qu'il se complètent dans la formalisation de la pensée médicale entourant l'addiction aujourd'hui. Comme l'écrivait Héritier :

Il est vrai que nous devons faire place à la mutation épistémologique, mais il y a un « mais » de grande ampleur car ces trois modèles explicatifs ne se sont pas remplacés mutuellement : ils sont toujours là. Pasteur n'a pas remplacé Hippocrate et l'épidémiologie n'a pas remplacé Pasteur dans les idées des gens. Se constituent ainsi des modèles mixtes d'interprétation, y compris dans nos sociétés occidentales dites développées car rationnelles, et qui combinent ces trois formes d'interprétation sous trois registres causaux dans lesquels on reconnaît les modèles explicatifs hippocratiques, pastoriens et épidémiologiques. (Héritier, 2013 : 134-135)

On pourrait dire que de la même manière que l'épidémiologie n'a pas remplacé le modèle pasteurien, le modèle étiologique des CTR progressistes n'a pas pour autant remplacé celui des centres plus anciens. Et que c'est ainsi que chez les usagers et les professionnels des CTR français peuvent coexister ces différentes visions de l'addiction – qui ne lui attribuent une origine « bio-psycho-sociale » selon le modèle explicatif contemporain de l'addiction que pour autant que les individus continuent à intérioriser la « faute morale » que constitue socialement le sacrifice de sa vie à une relation de dépendance, et pour autant également qu'ils considèrent que certains résisteront à cette épreuve, alors que d'autres sombreront inéluctablement.

*

II. Grandeur et décadence d'une institution résidentielle : l'évolution contemporaine des structures du médico-social en addictologie.

Au premier coup d'œil, quiconque fait partie d'un monde (ou d'un micro-monde) se trouve être associé à ses activités. Mais certains participants sont perçus (ou se perçoivent) comme étant plus authentiques de ce monde, ou plus représentatifs. [...] Certaines personnes se tiennent pour les défenseurs de « la forme » d'un monde, d'autres souhaitent son changement.

Anselm Strauss, « Une perspective en termes de monde social », ([1978] 1992 : 276)

Le secteur associatif constitue, depuis les années 1970 et les premières lois françaises en matière de décentralisation, l'un des acteurs principaux à même de définir, de prévenir et de traiter les problèmes sociaux. La forte professionnalisation de ce secteur tertiaire (1, 5 millions de salariés en 2006 – 2,2 millions aujourd'hui selon l'enquête INSEE de 2021¹⁷) a participé à la formation progressive d'un salariat de droit privé au service de l'action publique et à la transformation de la notion d'intérêt général, au profit de celle d'« utilité sociale » (Hély, 2006 : 173). Quant aux associations du domaine sanitaire et médico-social, elles concentrent à elles seules plus de la moitié de l'emploi associatif, et 5% de l'emploi privé – alors qu'elles ne représentent qu'un sixième du nombre d'associations existantes en France (Malet, 2012 : 47). L'essor du secteur associatif a donc contribué à la dissolution du clivage public/privé tout en prenant la relève de ce qui est souvent analysé comme la désagrégation de l'État-providence, garant de la solidarité nationale : en s'occupant des services « non marchands » ou faiblement rentables, les associations assument la réponse fournie aux besoins non pris en charge par l'État ou le marché, tout en pouvant s'adresser à des secteurs particuliers de la population, ou sur un territoire local dans un contexte donné, et en pouvant définir à elles seules « le champ sémantique et empirique de ces besoins » (Hély, 2006 : 178). L'« utilité sociale » est donc aujourd'hui une notion fortement équivoque, émergente dans la négociation toujours plus tendue entre l'État et le secteur associatif, à mesure que ce dernier s'étend ou veut s'assurer de la solvabilité de son domaine d'activité : « [l']utilité sociale peut ainsi être successivement assignée par les pouvoirs publics, comme dans le cas de la gestion des tutelles ; résulter d'un compromis entre différents acteurs institutionnels par l'outil du partenariat, comme dans le cas de l'accompagnement scolaire ; relever d'une demande solvabilisée par des politiques publiques, comme dans le secteur de l'aide à domicile ; ou enfin, provenir d'une demande non suscitée par des politiques publiques, comme l'illustre le cas de l'entrepreneur de spectacles. » (*ibid.* : 180-181). Dans notre cas, le secteur médico-social consacré à l'intervention en toxicomanie fut au départ socialement « utile » par assignation de cette mission par les pouvoirs publics à ce secteur. Les acteurs du champ ont su faire des compromis et des partenariats plus serrés avec l'État au cours des années, ce qui a donné au secteur l'apparence

¹⁷ L'enquête montre néanmoins les fortes disparités qui touchent le secteur associatif, car sur un total de 1,3 million d'associations actives en France en 2018, seules 170 000 sont employeuses. Sur les 2,2 millions de salariés, 1,5 million d'emplois sont en équivalent temps plein, le recours au temps partiel concernant 53 % des postes. Et concernant les secteurs d'activités, ce sont seulement les domaines de l'hébergement social et médico-social, et de l'action sociale humanitaire ou caritative, qui concentrent près de 46% des ressources courantes (budget total de 51 milliards d'euros) (INSEE, 2021).

d'un compromis durant quelques décennies ; mais on pourrait considérer que la multiplication des initiatives de préventions et la diversification de l'offre en addictologie que vit le secteur depuis une quinzaine d'années résulte en revanche d'une troisième étape, qui rend compte d'une demande de solvabilité de la part des politiques publiques.

Plutôt que de justifier le décalage que nous avons observé entre le TCHAT et Métanoïa par une simple différence d'histoire ou de philosophie institutionnelle, prise dans la narration du déclin de la psychanalyse comme orientation thérapeutique hégémonique en parallèle de l'essor des nouvelles thérapies et du cognitivisme, il nous importe ici de comprendre l'histoire politico-sociale de l'institution CTR. Nous ne pouvons que constater, en nous appuyant sur des analyses antérieures, que la dynamique d'essor et d'innovation portée par le secteur associatif dans les trente dernières années a rompu avec ce qui constituait autrefois la primauté de ce secteur – à savoir la valeur accordée au militantisme charitable ou humanitaire, ou encore à la compétence professionnelle et technique (Dartiguenave, 2010 : 122). De la même manière que dans les entreprises d'autres secteurs d'activité, cette processualité de transformation des organisations suscite de manière conséquente une sélection et une hiérarchie entre les divers « projets » associatifs : elle « implique la réussite d'une socialisation professionnelle nécessitant une conversion culturelle, une nouvelle vision du monde et de l'avenir, liée à de nouvelles anticipations et projections dans des carrières organisées et rendues attrayantes (et la marginalisation de ceux qui échouent) » (Dubar, 2006 : 124).

Cette évolution vers une dimension entrepreneuriale des associations a bien été documentée (Castro, Alix, 1990 ; Bastide, 2015 ; Mertens, Marée, 2015), et elle n'excepte pas le secteur médico-social (Andrien, 2014 ; Priou, Demoustier, 2023). Par ailleurs, chaque année, c'est 12% des associations nouvellement créées que ce secteur est sommé d'absorber – ce qui crée de réels risques d'engorgement (Malet, 2012 : 46). La logique de concurrence a transformé un secteur d'activités qui y échappait encore jusqu'au début des années 2000, à l'exception de l'hébergement pour les personnes âgées. Mais « avec le « nouveau management public », les valeurs et logiques de la gestion d'entreprise sont transposées aux administrations, qui à leur tour les répercutent sur les associations en développant de nouveaux outils et pratiques de régulation et de contrôle » (Penon, 2020 : 283). Si on ne peut parler pour autant d'« entreprises sociales » en ce qui concerne les CTR, il faut faire entendre la juxtaposition de ces deux termes à la manière dont le trio d'auteurs ayant rédigé *La casse du siècle* emploie le syntagme d'entreprise pour désigner les enjeux qui pèsent également sur le service public qu'est l'hôpital :

Le concept d'« hôpital-entreprise » [...] est l'objet d'interprétations diverses et vient cristalliser les désaccords dès lors qu'il est à la fois un concept analytique visant à décrire la conversion de l'institution à une logique marchande et un instrument sémantique de lutte dénonçant une distorsion aux antipodes des missions de service public. Ce concept s'est construit progressivement à partir de la fin des années 1970 sur le rapprochement étroit de l'organisation hospitalière et d'un ensemble de techniques et savoirs managériaux issus de champs économiques concurrentiels et capitalistes. Si un hôpital se distingue à maints égards d'une entreprise (bien que ce terme recouvre des réalités bien diverses), il partage désormais avec elle le foisonnement d'une bureaucratie managériale, ainsi que *la nécessité de considérer comme réel le risque de faillite, c'est-à-dire la contrepartie morale de la responsabilité individuelle en régime capitalistique*. (Juven et al., 2019 : 81 – souligné par les auteurs)

Le CTR-entreprise est un concept opérant ici, dans la mesure où il nous permet de comprendre comme la notion de responsabilisation s'est étendue aux institutions, et non

seulement aux sujets qu'elles sont censées accompagner et prendre en charge. Le « nouvel esprit des associations » est aujourd'hui assez clair : substitution progressive des subventions par des aides à la personne mettant en concurrence sur le marché associatif les différentes structures ; politisation partisane des rapports locaux pour garantir la pérennité d'une association sur un territoire ; essor du financement « par projets », qui se révèle également le levier principal d'une mise en compétition de l'offre associative (Alix, 2019 : 69). D'autant plus dans les services du social et du médico-social, après la loi 2009-879 aussi appelée loi « Hôpital, patients, santé et territoires » qui organise une mise en concurrence directe entre prestataires de statut juridique différent, par le biais des appels à projet (Gallois, 2023 : §3). L'un des apports de la concurrence selon les nouveaux discours managériaux étant la plus grande « transparence » qu'elle impose aux organisations gestionnaires (Penon, 2020 : 284). Cela rejoint l'analyse de Juven, Pierru et Vincent qui pointent de leur côté, la morale libérale qui se dégage derrière ces nouvelles impositions économiques :

*Autrement dit, cette morale suppose que l'échec, parce qu'il est le fait de celui qui échoue, conduit à une issue à la fois dramatique et nécessaire : la liquidation et la disparition de la structure. La faillite n'est envisageable que comme la conséquence d'une responsabilité mal assumée, de mauvais choix d'investissements. Elle a donc à voir avec l'autonomie de la personne ou de la structure, libre d'emprunter, de produire, d'appliquer des stratégies marchandes susceptibles de la consacrer comme de la condamner. » (Juven et al., *ibid.* : 82-83 – je souligne)*

C'est une conception politique des responsabilités inspirée d'une morale de marché : l'échec est le fait de celui ou de celle qui échoue. (*ibid.* : 100)

Au-delà de cette image, on peut considérer à la suite de Johan Priou (2007) qu'une association a un rôle économique dans la mesure où elle influence aussi bien ce que la société peut reconnaître comme besoin social à satisfaire et que les pouvoirs publics dans les moyens matériels qu'ils donnent à cette reconnaissance. Les associations font donc « reconnaître, puis satisfaire, les besoins sociaux qu'elles révèlent et construisent » (Gallois, 2023 : §29) – ce que Priou nomme spécifiquement la « fonction tribunitienne » des associations, qui se distingue du *lobbying* dans la mesure où l'objectif visé et déclaré est l'amélioration du bien social, et non directement la puissance de l'organisation. À partir de là, on peut considérer qu'un classement ou qu'une hiérarchie entre associations d'un même secteur se construit nécessairement, en fonction de leur capacité à exercer leur fonction tribunitienne, c'est-à-dire à faire valoir médiatiquement et politiquement leur vision des besoins sociaux et des réponses à y apporter. Et qu'une association « échoue » à partir du moment où elle ne parvient plus à faire la preuve de son efficacité à répondre aux nécessités du présent.

On peut ainsi donner une autre clef de lecture au positionnement de nos deux institutions dans l'univers de l'hébergement médico-social en addictologie : d'une part on assiste à l'implantation et à l'essaimage d'un modèle victorieux, psycho-éducatif, qui pourrait avoir vocation, sinon à devenir hégémonique, du moins à produire d'autres structures analogues. D'autre part, les modèles médico-sociaux plus anciens, continuent de faire valoir l'utilité sociale qu'ils ont à prendre en charge et à tenter de réintégrer des individus socialement déviants : les missions d'un centre tel que le TCHAT n'ont pas évolué ; mais ce sont les prérogatives économiques et politiques qui tout autour évoluent – et qui mènent progressivement à attribuer d'autres missions à des centres d'hébergement incapables de porter l'innovation portée par les modèles concurrents, en leur déléguant la charge de celles et ceux qui demeurent laissés pour compte du réseau actuel.

Nous allons ainsi analyser la dualité des institutions que nous avons décrites tout au long de cette thèse, en tant que structures transformées par le processus de néolibéralisation du secteur médico-social. Prises entre l'impératif de créativité et le risque de normalisation (Combes-Joret, Lethielleux, 2017), les structures que nous avons observées ont des modalités de réponse différentes aux injonctions d'autonomie et de solvabilité – pas parce qu'elles sont foncièrement différentes, comme nous avons cherché à le démontrer, mais en grande partie parce qu'elles se situent à un « moment historique » différent de leur histoire, et qu'elles ne portaient pas au départ avec les mêmes « ressources ». C'est donc une section où nous cherchons à analyser de manière synchronique le positionnement de ces deux CTR dans l'espace social des associations d'accompagnement en addictologie ; tout en pouvant inférer de manière diachronique le fil rouge de l'évolution de l'objet-CTR et des missions qui lui ont été confiées.

Nous verrons d'abord l'aporie dans laquelle se retrouve l'ancien modèle organisationnel du TCHAT – petite association condamnée à voir transférer ses compétences auprès d'un autre champ de juridiction, celui juridico-pénal, pour ne pas se trouver aspirée au sein d'un conglomérat associatif plus puissant ou bien en faillite. Nous traiterons ensuite de l'ambivalence du projet Métanoïa, porté par une association ambitieuse qui s'étend aujourd'hui dans le paysage médico-social français. Subversive dans le paysage antérieur de l'intervention en toxicomanie, elle paraît à sa création intégrer une partie des aspirations de transformation sociale portées par l'idée du rétablissement et de *l'empowerment* des usagers, tout en valorisant des outils et des représentations de la contre-culture, développant au sein du CTR ce que Castel désignait comme le modèle de « l'utopie conviviale » : « L'imaginaire de la quête du Graal y fonctionne encore : recherche d'un dépassement personnel et d'une communauté libérée des aliénations et des hiérarchies. Mais, en se cherchant des cautions savantes, l'utopie se monnaie en technicisme et gagne ainsi ses brevets de réalisme. » (Castel, 2011 : 203). Pour autant ainsi, cette structure doit depuis plusieurs années négocier avec de nouvelles contraintes organisationnelles, produire de nouveaux gages de scientificité et trouver une manière de s'institutionnaliser sans perdre le dynamisme du projet inaugural. C'est cette évolution que nous voudrions brièvement évoquer car – tout en étant pas le cœur de notre thèse – ces transformations institutionnelles sont indispensables pour comprendre l'horizon dans lequel peuvent se projeter les usagers arrivant aujourd'hui dans les CTR français. Elles permettent également de comprendre pourquoi c'est la « segmentation institutionnelle » qui a créé « la possibilité de sous-univers socialement compartimentés de signification », et non nécessairement poreux entre eux, ni même « accessibles aux profanes » (Berger, Luckmann, 2018 : 153-155). Les typologies que nous avons établies dans la première section ne s'expliquent que si elles sont traitées, en miroir, relativement au champ de l'action médico-sociale tel qu'il se déploie aujourd'hui, tel qu'il trie les populations ciblées, et tel qu'il participe à leur socialisation de renforcement, ou alors, pour certains cas dont le destin échappera à l'institution, à une socialisation transformatrice.

II. A/ L'isolement ou la faillite d'un modèle non-aligné avec le changement de paradigme de l'addictologie : le TCHAT, entre mise à l'arrêt et orientation placée.

Cette sous-section vise à éclairer à la lumière de l'ethnographie et des éléments contextuels rapportés dans cette partie III la situation actuelle du CTR TCHAT dans le paysage français de l'accompagnement en matière d'addictions. Si la transition du centre vers le projet contemporain de l'addictologie n'est sensiblement pas achevée, mettre en lumière les facteurs sociaux et économiques des vingt dernières années qui ont pesé sur la transformation des pratiques professionnelles permettra d'expliquer sous un autre angle l'ambivalence qui sous-tend l'interaction professionnels-usagers autour de l'autonomie de ces derniers (cf. chapitre 5). Cela permettra d'éclairer la faillite du modèle psychanalytique comme orientation hégémonique des structures d'accompagnement en addictologie, eu égard aux injonctions actuelles en matière d'individualisation des parcours de soin ; mais aussi de montrer les tensions actuelles existant au sein des équipes qu'occasionne le processus global de disqualification qu'elles décrivent durant ces dernières années. Nous évoquerons d'abord l'évolution de l'idéal des pratiques de l'intervention en toxicomanie entre les années 1970 et les années 2000 – une évolution qui, manquée à cause de la fidélité à la doctrine psychanalytique du côté du TCHAT, a conduit à un renforcement si ce n'est à une clôture idéologique sur le mythe institutionnel. Ce renfermement entretient, si ce n'est accentue, une mauvaise appréhension de la temporalité préconisée pour l'accompagnement résidentiel et une immobilité institutionnelle que nous analyserons dans un deuxième temps. Enfin, nous analyserons une des conséquences de ce repli, à travers la dérive d'une normalisation produite par l'institution et le transfert de l'intérêt stratégique de la structure vers une population captive, plus susceptible d'alimenter les partenariats actuels restants.

Le tournant de l'addictologie contemporaine – outre la réunion des disciplines auparavant séparées de l'alcoologie et de l'intervention en toxicomanie – peut se voir caractérisé par le passage du triple idéal des années 1970-1990 de la *morale* de l'abstinence, d'une *clinique* du sevrage, et d'une *politique* d'éradication des drogues (incarnée par le mot d'ordre de la « *War on drugs* » de Nixon) à un idéal beaucoup plus pragmatique ou réaliste de la régulation des pratiques et de ce qu'on a appelé la réduction des risques (Quirion, Bellerose, 2007 : 32). Un des éléments explicatifs de l'évident retard – voire de l'affirmation d'un *non-alignement avec ce changement de paradigme* – du TCHAT réside dans la perte d'autonomie que l'organisation et ses professionnels ont subie. Le TCHAT s'est constitué dans un moment où le champ de l'intervention en toxicomanie était encore peu balisé, et même vierge dans des régions comme celle où il s'est implanté. Ce champ s'est bâti à partir d'une nébuleuse d'initiatives individuelles qui pouvaient à l'époque, d'ici de là, établir une renommée d'efficacité de leurs méthodes sur des terrains déjà conquis, sur fond d'impuissance des pouvoirs publics à résoudre la crise de l'héroïnomanie de la jeunesse. En effet, c'est auprès des populations que se fabriquent, en réponse à cette préoccupation montante, les premières interventions novatrices de certains médecins « entrepreneurs de cause » (Cobb, Elder, 1972). Concrètement, de la même manière que Olievenstein, qui institue d'abord à l'hôpital psychiatrique de Villejuif un premier département accueillant les jeunes toxicomanes, pour obtenir enfin la direction d'un centre d'hospitalisation et d'accueil, distinct de la psychiatrie

(l'hôpital Marmottan), certains fondent leurs propres expériences en créant des structures, le plus souvent en dehors de l'hôpital. Comme le disait B.S., psychiatre interviewé dont j'ai cité les propos dans le préambule, il suffisait à l'époque de quelques « personnes entreprenantes qui allaient au ministère, pour dire j'ai un projet, soutenez-le » (entretien avec B.S., psychiatre alcoologue, du 27/01/21).

En parallèle de ces initiatives, et sur les interventions médiatiques fréquentes de figures charismatiques comme le « Monsieur Drogue » de la télévision et de la radio que devient Olievenstein, il y a accompagnement progressif d'une législation naissante permettant l'accompagnement et le traitement des dépendances aux substances, mais avec des moyens qui restent maigres encore avant le milieu des années 1990. Selon ces derniers, leur intervention se fondait sur certains grands principes qu'ils définissent de « médecine sociale », et dans un contexte où cette problématique allait bientôt susciter un marché concurrentiel. La dénonciation d'ailleurs tardive de certaines dérives sectaires comme celle du Patriarche s'explique fondamentalement par le fait que les centres de post-cure prenaient en charge de manière « efficace » la question d'État qu'était devenue la toxicomanie (Bergeron, 1999 ; Goguel d'Allondans, 2003 : 51).

L'institutionnalisation de ces dispositifs de prise en charge et la fin de l'enthousiasme et de la créativité de ces premières tentatives constituent déjà un premier élément de désillusion par rapport à l'idéal de « médecine sociale » et d'autonomie créative des professionnels qui pouvait s'expérimenter durant ces années. Un grand coup est porté par ailleurs au « paradigme français du soin » qu'est la psychanalyse dans les années 1990, face à l'épidémie du sida et à la rigidité de certains professionnels du champ de l'I.T. face à la transformation nécessaire de leurs pratiques (Bergeron, 1999 : 232 et s.). Il est rétrospectivement important de souligner comment mes premiers interlocuteurs (des chefs de services ou figures-clefs de la constitution de l'addictologie française) se positionnaient tous de manière critique ou mea-culpiste par rapport à cet héritage psychanalytique, comme si déjà à l'époque ils avaient tous été transfuges ou lanceurs d'alerte de sa dérive dogmatique :

[...] j'avais vécu une vraie gêne, en disant : mais moi ma pratique de l'analyse m'a énormément aidé, pour moi, mais alors, dans le centre de soins où j'arrive à M., dans ce quartier [défavorisé], je me disais : mais moi je... pfffiou. Voilà, et j'ai senti très tôt dans ma clinique qu'[il fallait] que j'aie chercher des outils complémentaires [...] C'est-à-dire j'ai été un analyste qui avait fait autre chose avant... et donc, aller chercher des outils autres que dans l'analyse, ça m'a pas paru trahir l'analyse et ça m'a permis de rester en éveil là-dessus. *Et après, quand il a fallu faire alliance contre [...] les analystes*, qui effectivement, par exemple je pense à des collègues qui disaient : « *Mais il est hors de question de distribuer des traitements de substitution. Faut que les personnes fassent d'abord une demande de soins.* », [ou] « *Ils auront leur méthadone, s'ils acceptent de commencer une psychothérapie.* » - je me rappelle il y a un groupe où ça avait chauffé, on devait voter après, je me revois monter à la tribune [pour s'opposer à eux]. [...] C'est con, hein... *on le voyait pas comme ça, maintenant que c'est dit comme ça... on le voit comme ça.*

Entretien avec P.-Y J.,
psychologue clinicien, ancien président de la Fédération Addictions (20/01/21)

Mes interlocuteurs qui ont assumé au cours des vingt dernières années des fonctions importantes au niveau de l'institutionnalisation de l'addictologie assument clairement un positionnement où, comme P.-Y J. ici, même s'ils étaient eux-mêmes psychanalystes dans ces années-là, ils auraient été lucides à l'époque par rapport à l'aveuglement général de certains de leurs collègues – voire même ils se mettent en avant comme certains de ceux qui ont permis

de faire tomber le dogme analytique de son piédestal. En cela, ils correspondent parfaitement au modèle à la description que donne H. Bergeron des « conversions précoces » de certains intervenants du champ, pour des raisons de positionnement particulier au sein de ce dernier (Bergeron, *ibid.* : 268). Dans les interviewés de mon échantillon, on a par exemple C.C., médecin généraliste ayant travaillé comme haut-fonctionnaire à la DGS, qui décrit cette période comme grevée par une crise des pratiques, et qui raconte comment au début des années 2000, il a participé à mettre en place un rapport de l'INSERM en 2004 sur l'efficacité des psychothérapies. Un rapport qui provoque une réaction explosive dans le milieu :

Et effectivement, quand l'INSERM a rendu son expertise collective, la réponse était : on a des preuves de l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans certaines indications, euh...et *il n'y a aucune preuve d'efficacité de la psychanalyse*. Bon, ça a été un tollé... [...] Si vous relisez les déclarations de l'époque, vous verrez que le ministre de la Santé, pris de court [*sourire amusé*] a dit absolument n'importe quoi [...] ; il y avait le milieu intellectuel germanopratin qui a dit « c'est un scandale, d'attaquer la psychanalyse, Freud, etc. ». Mais je veux dire, une technique médicale qui ne fait pas la preuve de son efficacité, plus de cent ans après sa fondation, c'est un sujet quand même... ! Donc, il y a eu cette crise-là, qu'est... *Et alors la chute de la psychanalyse de son piédestal a contribué à l'inconfort théorique de la discipline...* Parce qu'il y avait pas de... Je veux dire, tout le monde se référait quand même à ça comme à un totem... »

C.C. - médecin généraliste, devenu fonctionnaire de la Santé publique, pour le Haut-Conseil de la santé publique et pour la Délégation Générale de la Santé (DGS), à présent retraité et ex-président de l'ANPAA

Ce moment de rupture des années 2000-2005 coïncide avec les premières lois qui rassemblent l'intervention en toxicomanie et l'alcoologie dans un unique réseau d'accompagnement ambulatoire et résidentiel, et qui éclipsent ainsi l'orientation psychanalytique comme thérapie dominante des circulaires instituant l'addictologie. L'unification du champ se fait paradoxalement en rupture avec ce qu'un certain courant psychanalytique avait tendu à hypostasier sous le nom de « la clinique du toxicomane » (Colloque des Journées de Reims, 2014). Restés fortement empreints de cette orientation, hégémonique il y a quarante ans mais délégitimée depuis, certains professionnels du TCHAT se vivent clairement comme des vaincus de l'Histoire. Ils vivent la rationalisation et l'exigence de transparence portées sur leur pratique comme une violence faite à leur ancienne autonomie professionnelle, à une époque où éducateurs comme assistantes sociales se voyaient adoubés comme « thérapeutes » par le fondateur de la structure. Les protocoles et les pratiques désenchantées que leur propose désormais la nouvelle direction en place depuis cinq ans ne semblent pas leur convenir ; mais pour autant, ils n'ont pas acquis de savoir professionnel transférable à d'autres structures, du fait de leur formation et de leur ancienneté construite à un seul endroit. Chez les professionnels infirmiers et travailleurs sociaux du TCHAT (éducateurs spécialisés et deux assistantes sociales) on a pu déceler une disposition au « déclassé immobile » semblable à celle décrite par Martin Sarzier, au sujet des aides-soignant-es et des infirmières d'un service de gériopsychiatrie (2020). Les conditions qui mènent à une telle immobilité sociale et au désinvestissement des tâches professionnelles peuvent être ici brièvement rappelées, avant de tisser quelques hypothèses parallèles avec les analyses de Sarzier pour expliquer les tensions et les lignes de fractures entre professionnels au sein du TCHAT.

La perte d'autonomie professionnelle de nos acteurs s'explique par divers processus à l'œuvre plus généralement dans le milieu de la santé depuis une trentaine d'années. Le déclin

de l'approche de la psychothérapie institutionnelle s'est en effet produit de manière concomitante à une forme de délégation des tâches par subsidiarité dans la psychiatrie extrahospitalière et le médicosocial (Vincenot, 2020) : c'est dire que les formes de « participation » offertes aux anciens patients, nouvellement « usagers de la psychiatrie » (Cloutier, Maugiron, 2016 ; Godrie, 2016b) ont pris une importance concurrençant parfois la légitimité des soignants à continuer à organiser leur profession et leur espace de travail comme ils l'entendaient. Plusieurs comptes-rendus critiques soulignent les formes de délégation et de mise au travail généralisée, ainsi que les difficultés nouvelles qui sont apparues dans ces services depuis le début des années 2000 (Linder, 2020). Laurie Kirouac montre elle que la diffusion de la désignation du *burn-out* dans le milieu du travail social rend compte d'un sentiment d'impuissance accru par l'impression d'un travail « sans fin » :

Une impuissance imputable, de l'avis de plusieurs, à la nature même de leur activité professionnelle. En effet, les intervenants et travailleurs sociaux notent d'abord devoir constamment composer avec l'« échec », c'est-à-dire être sans cesse appelés à transiger avec la misère sociale, les laissés-pour-compte, les exclus, etc. Ensuite, ils remarquent que leurs interventions débouchent, la plupart du temps, sur des résultats flous ou difficiles à associer à des réussites durables. (Kirouac, 2012 : 59)

Les transformations du médico-social ont clairement impacté la subjectivation de ces professionnels, qui ne se reconnaissent pas dans l'idéal de performance et la perspective de voir leurs pratiques davantage évaluées pour être reconnues comme efficaces. Dans l'héritage d'une profession où ils se percevaient autrefois comme des « techniciens de la relation », tout en alimentant la figure de travailleurs « militants » ou « engagés », « un « nouveau » style de professionnel issu des mutations dans le champ social » a émergé, selon Jean-Sébastien Alix (2012 : 52) : « un *technicien du social* ou un *ingénieur du social*, qui serait soucieux des règles et procédures qui définissent les « bonnes pratiques », celles qui mêlent transparence, efficacité et projectivité ».

Mais par ailleurs, tributaires de ce « nouvel esprit de l'action » (Ehrenberg, 2010 : 16 – cité par Alix, 2012), les professionnels participent d'eux-mêmes à « la réduction de leur faisceau de tâches à ce qu'indique strictement leur fiche de poste » (Sarzier, 2020 : §52), puisque la majeure partie de ce qui constitue leur métier, à savoir le « social » informel, ne se verra comptabilisé que s'ils le créditent à leurs propres yeux comme des « actes » valorisables. Pour nuancer néanmoins le constat que le jeune sociologue porte sur les tâches administratives et leur refus de la part des aides-soignantes – tâches qui a priori n'ont rien à voir non plus avec le travail quotidien des éducateurs en CTR – celles-ci commencent néanmoins à être progressivement acceptées comme faisant partie du « boulot » des travailleurs sociaux. Alors qu'elles sont présentées comme une manière d'accroître le pouvoir décisionnel des éducateurs dans la structure, l'observation ethnographique nous montre qu'elles participent dans le concret à l'inertie professionnelle. « Noter ses actes » permet en fait de se tenir longuement dans le bureau des thérapeutes à l'entrée du CTR, avec la légitimité du fauteuil, de la tâche à accomplir – et de s'absenter ainsi un moment plus ou moins long, de se tenir éloignés des usagers, dont la fréquentation en continu est présentée comme un motif d'épuisement :

Ce matin je suis reçue par Emeric (ES). Il m'accueille dans le « bureau des thérapeutes », nous parlons quelques minutes puis il me dit qu'il est en train de renseigner des données sur le logiciel Odessa. Je lui demande de m'expliquer comment cela fonctionne : déjà il faut informer des rendez-vous et déplacements des patients (ils ont deux agendas, un pour le centre d'accueil et un autre pour CTR) ; chaque patient a un dossier informatisé à son nom qui doit être renseigné ; et puis chaque professionnel doit noter les actes qu'il a

effectués (depuis le CTR, puisque le logiciel n'est pas en libre accès)
Emeric discute avec moi de l'absurdité du codage dans le médico-social : il note ce matin un « entretien référent de séjour », mais il me montre la liste des types d'actes existants : « suivi social » ; « suivi de justice » ; « suivi IDE » (même le retrait du courrier correspond à un acte...) Emeric commente : « On nous rappelle souvent de lister les actes – pour la survie de l'institution, dans le moment actuel... »
Il me parle du fait que « tout rentrer » de leurs activités s'apparente à un travail de Sisyphe : il y passe plusieurs matinées par semaine, mais il est impossible de « tout » coder, notamment en ce qui concerne les discussions informelles avec les usagers – qui prennent un temps conséquent du temps professionnel passé dans la structure. Sur la manière de rédiger ces « notes » il me dit qu'il y a différents styles de narration parmi ses collègues : « il y en a qui sont factuels, certains essaient de faire une narration, ou une analyse... »
Je fais ensuite un tour du rez-de-chaussée, pour dire bonjour aux résidents présents en bas... Mais Emeric me rappelle très vite dans le bureau, pour que j'assiste au moment où il fait une transmission à son collègue Melvin.

Cdt 1 – TCHAT – 04/06/2021

Dans le centre TCHAT, une partie non négligeable des travailleurs sociaux (AS et ES) passait ainsi plusieurs heures par jour à recopier des informations et des remarques dans le dossier des patients ; ou bien à coder leurs propres activités journalières en actes. Le « sale boulot » (Hughes, 1996) comme on le voit, est toujours contextuel : dans un cas de résistance à la dynamique de changement d'organisation au sein des CTR tel qu'il apparaît au TCHAT, ce qui devient le plus « impropre » au travail des éducateurs c'est finalement de passer du temps informel avec les usagers.

Les injonctions bureaucratiques et administratives alimentent donc un contexte décrit précédemment, dans lequel se réalise déjà une délégation de certaines tâches aux usagers eux-mêmes – notamment en ce qui concerne une partie du travail *domestique* (cf. chapitre 6). La légitimité à exercer diagnostic et fonction thérapeutique devient conséquemment de plus en plus difficile à arroger pour les professionnels, car ils disposent de toujours moins de temps pour travailler à l'alliance thérapeutique. C'est l'identité même de travailleurs sociaux – ou, dans le cas du TCHAT, de « thérapeutes » – que nos acteurs perçoivent comme menacée par les changements souhaités dans le service, qui renvoie pour eux à une redistribution des métiers du social moins lisible, aux repères mutables, et surtout dans laquelle ils apparaissent comme dépassés. Les tendances actuelles sont à l'émiettement, mais surtout à une diversification des qualifications où il faut parvenir à faire valoir sa trajectoire professionnelle de manière singularisée (Ott, 2011). Dans ce contexte d'individualisation et d'assouplissement des pratiques, ils n'ont plus leur place. « Les acteurs collectifs ne semblent plus maîtres de leur destin. » (Ion, Ravon, 2005 : 109) Cela accroît en outre la question de la lassitude ressentie au travail. Les intervenants sociaux doivent de fait composer avec les difficultés des personnes qu'ils accompagnent tout en tenant compte des objectifs de la structure, de leurs propres visées de travail, de leurs valeurs – et avec tout cela, en essayant de pas s'épuiser psychologiquement et de « survivre institutionnellement » : « De ce fait, mettre toutes ces compositions et ces préoccupations en interaction et en adéquation avec celles des autres est parfois impossible. Travailler dans le secteur médicosocial est donc un *vaste compromis* qui s'avère souvent être une *source de frustration*. Et c'est cette frustration qui fournit le terreau de la violence spécifique à l'institution médicosociale » (Dargère, 2014 : 30).

L'équipe côtoyée aménage alors ce qui s'apparente à une zone-refuge où s'enfermer, dans une apparente routinisation où on obéirait ainsi aux attentes nouvelles de l'institution.

Le repli des professionnels dans « le bureau » nous semble caractéristique d'une subjectivation désabusée engendrée par l'imposition de « l'idéal au travail », et particulièrement celle des « pratiques » décrits par Marie-Anne Dujarier¹⁸ (2006 : 187 et s.). Néanmoins, il nous semble qu'on puisse complexifier cette intuition car l'idéal de l'institution TCHAT semble dédoublé. Il y a en effet l'idéal présent, porté par la direction et une partie de l'équipe, de la mise en conformité du lieu avec les circulaires et les évolutions récentes de l'addictologie. Mais il y a aussi l'idéal passé, auquel les professionnels sont de manière tacite targués de rester fidèles. Cet idéal passé les porte à adopter des caractéristiques propres à deux autres groupes identifiés par Dujarier, les « héroïques » et les « enchanteurs », mais vis-à-vis d'un idéal déchu – ce qui ne peut conduire qu'à un attachement apparemment absurde au mythe institutionnel, au détriment du présent et des difficultés réelles traversées par l'institution.

Cet attachement au passé est par exemple rendu patent dans les entretiens, à travers le rappel nostalgique de comment était autrefois le TCHAT. Toute une partie de l'équipe, que j'ai caractérisé dans mes carnets par l'appellation « les Anciens », se plaignent du manque d'écoute ou de compréhension de l'actuelle direction par rapport à la précédente, qu'ils décrivaient comme plus proche de la clinique. Par ailleurs, à d'autres moments lors du terrain, on pouvait remarquer la fréquence régulière avec laquelle l'expression « Avant... » était évoquée par les professionnels :

J'ai jamais le temps de lire *L'Union... Avant j'avais le temps*, maintenant je sais pas pourquoi... (03/06/21 – Anthony, IDE)

Avant, il y a 10 ans, il y avait une vraie volonté institutionnelle que tous les professionnels aient un temps ici, parce qu'on faisait même les nuits à l'époque. (09/06/21 – Grégory, ES)

Avant, tous les jours, il y avait une heure et demie, de 7h à 8h30, où il y avait un infirmier sur 2 professionnels, pour faire les traitements. (24/05/22 – Eduardo)

Hugo – *Avant, quand j'étais arrivé*, c'était trois mois max [le séjour en CTR] [période 1998-1999]. Tu pouvais revenir, mais t'avais pas [la possibilité de rester] un an...

Grégory – Il y a eu une période où l'après-midi aussi, les gens ils sortaient... (04/05/22)

Ces extraits montrent à la fois comment les professionnels ont l'impression qu'ils avaient davantage de marge de manœuvre dans leur autonomie professionnelle, mais aussi comment les règles du CTR semblaient bien davantage liées aux décisions institutionnelles qu'à un système extérieur légiférant les pratiques à appliquer dans ces centres.

Le dernier extrait est particulièrement intéressant. Ce jour-là, je demande, à la suite de la remarque de Grégory, pourquoi à présent les résidents ne sortent plus systématiquement l'après-midi – sachant qu'ils n'ont parfois pas même une heure de sortie à disposition. Hugo commence alors à justifier la chose par une histoire confuse, il essaye de se souvenir et dit quelque chose comme : « Sûrement, il y aura eu un problème une fois avec un des patients... ». Comme pour l'épreuve du frigo (cf. chap. 5 II.C/), on peut donc supposer qu'il y a eu

¹⁸ M.-A. Dujarier illustre clairement dans son ouvrage *L'idéal au travail* comment, aussi bien à l'AP-HP que dans tous les contemporains « services de masse », s'opère en réalité une « responsabilisation » en cascade, c'est-à-dire ce qu'elle désigne comme une « délégation de l'arbitrage des contradictions » aux opérationnels situés à l'échelon inférieur. Ce qui est patent selon elle, c'est que le management contemporain produit une injonction d'identification à un idéal impossible à atteindre – qui se trouve ensuite intériorisée par les salariés. Cette dynamique de déqualification des professionnels au nom de leur responsabilisation et de leur nécessaire *adaptabilité* aux situations imprévisibles qui se présentent à eux dresse une cohérence d'ensemble qui remonte au moins à la fin des années 1980 mais qui s'est accrue de nos jours.

édification et banalisation de la règle « on ne sort plus » à partir de la résolution circonstancielle d'une situation. C'est à proprement parler l'institutionnalisation d'un problème, qui n'en était pas un avant le cas particulier qui est venu créer un état d'exception. Certains professionnels y sont d'ailleurs particulièrement sensibles :

[À la suite de ce qui vient d'être résumé]

Grégory – Tu vois, on discute, *quand il y a un problème, plutôt que voir le cas de la personne, on préfère tout fermer...* Notre réflexe institutionnel, il va être d'interdire l'objet. Alors qu'il y a pas forcément de problème, c'est une personne qui a une problématique avec cet objet-là... *On a toujours ce réflexe-là.*

Hugo – Oui, mais c'est pas que le nôtre. *C'est pour se protéger...*

Grégory – Mais c'est pas évident. Récemment, ils sortaient le weekend, et il y avait beaucoup de reconsos... Alors il y a eu l'hypothèse qu'on diminue les sorties – et moi je réfléchis, et je me dis, en fait c'est un mal pour un bien. Ça nous donne plus de boulot, mais *autant qu'ils rechutent alors qu'ils sont chez nous...*

Cdt 1 – TCHAT – 04/05/22

« Tout fermer ». Les paroles de Grégory sont éloquentes, et il semblerait qu'il a pleinement conscience de la dérive vers la fermeture de l'équipe et institutionnelle à laquelle tend parfois son CTR. Nos acteurs ont recours à principalement deux stratégies : le repli identitaire et/ou la réduction de l'agir – ce qui est une même manière de se protéger, du manque de reconnaissance et de l'épuisement. Cette manière de vouloir constamment mettre des limites au nom de la protection de soi est une posture courante chez ceux que M.-A. Dujarier appelle « les pratiques », qui l'exercent d'autant plus que le travail social, dans sa définition même et dans ses conditions d'exercice actuelles, semblerait devoir les supprimer (Dujarier, 2006 : 197). Cette posture est directement liée au constat d'une attitude professionnelle routinisée qui constitue leur posture défensive face à la norme d'idéal prescrite :

Lorsque cette posture est mise en péril ou attaquée – par l'encadrement, les clients ou usagers, les fonctionnels et consultants –, une défense collective sourde et en définitive solidaire se dresse. La résistance collective aux « changements » – changement de planning, de service, de méthodes, de prescriptions, de modes de transmission, introduction de la traçabilité, de la flexibilité, de l'informatique – consiste en la défense de la défense. La routine, en tant que défense, protège celui qui est mis en situation « impossible » du pire, mais l'immobilise en même temps dans une répétition qui le dessert objectivement et dont il souffre subjectivement. (Dujarier, 2006 : 197)

Les agents routinisés dans leurs journées au TCHAT sont un petit groupe, et il n'est pas rare que leur position figée soit prétexte à une altercation ou à un conflit latent, avec leurs collègues ou la direction. Plusieurs ont déjà reçu des avertissements. Je pense notamment à un éducateur, resté très rigide sur un positionnement psychanalytique devenu désuet même dans l'institution, qui se faisait reprendre presque toutes les semaines de la part de ses supérieurs hiérarchiques. Sa position de pouvoir, au sein de l'unique instance de représentation des employés, lui attribuait un rôle ambivalent de figure de proue mais aussi de bouc émissaire – qui d'une part était autorisé par le collectif des opérationnels à exprimer tous les motifs de divergence ou d'insatisfaction par rapport à la direction, mais sur lequel pesaient d'autre part les accusations de manquement et de créateur de dissensus, lorsque l'équipe du CTR s'opposait trop longtemps aux décisions hiérarchiques.

Par ailleurs, on peut souligner comment ces rigidifications subjectives de l'équipe sont contextuelles, et souvent directement liées aux moments où l'autonomie des usagers fait écho

à leur perte d'autonomie professionnelle : un durcissement significatif de l'équipe se fit jour, par exemple, au sujet de Sacha, au moment précis où celui-ci fut amené à partir du CTR. Alors qu'il n'y avait rien de particulier à dire auparavant sur son évolution au sein du centre, la plupart des professionnels se trouvaient soudainement crispés par son attitude, et cherchaient des critiques sur sa manière de faire, dans un jeu de rebond mimétique entre collègues. On pourrait ajouter l'hypothèse que la claustrophilie institutionnelle se déclenche plus facilement dans les moments d'indépendantisation vis-à-vis de la structure, qui a rempli sa fonction pour l'individu. C'est la peur professionnelle de se voir déqualifiés et pour ainsi dire "expropriés" des sujets auprès desquels ils déploient leurs pratiques, qui pousse certains opérationnels de terrain à « fermer » ainsi les pratiques, dans une totalisation qui rappelle les propos de Giddens sur l'identité : « Toute identité, quelle qu'elle soit, a une propension à la totalité [...]. Car elle est un système de valeur globalisant ayant pour fonction de donner un sens clair. [...] Les totalisations moins fortes brouillent et affaiblissent le sens. L'individu est condamné à chasser les dissonances significatives, pour construire un "cocon protecteur aidant à maintenir la sécurité ontologique" » (Giddens, 1991 : 187 – cité par Kaufmann, 2004 : 209).

Le maintien de l'orientation psychanalytique des professionnels de ce centre s'explique donc – par-delà l'adhésion théorique à l'idée que l'analyse des mouvements inconscients peut aider la personne à résoudre les problèmes qui sont au fondement de son addiction – par la posture de repli que la défense acharnée de la psychanalyse permet aujourd'hui. Pour reprendre les mots de R. Castel « la rentabilité de cette posture a été encore renforcée avec le reflux du mouvement » (2011 : 26). Les éducateurs et les psychologues férus de *psychanalysme* que nous avons rencontrés au TCHAT ne sont aucunement de fins connaisseurs de la pensée lacanienne, ou des cliniciens érudits, en mesure de chercher dans les sources de la psychanalyse les concepts pertinents à son emploi actuel dans leurs pratiques cliniques. Ils s'attachent au jargon lacanien qui continue à flotter dans leur institution depuis les années 1980-1990 – années où c'était la langue hégémonique de l'I.T. – parce qu'est une idéologie *rentable psychiquement*, dans leur situation actuelle. Se penser comme un bastion de l'orientation psychanalytique au cœur des transformations économiques des dernières décennies des services du médico-social permet de se donner une contenance, de continuer à nourrir la dichotomie entre une mauvaise psychiatrie complice de l'administration (autrefois répressive, désormais normalisatrice et homogénéisante) et une bonne psychanalyse, subversive, faisant la promotion de la « singularité » réelle des sujets. Elle permet surtout de ne pas se positionner face à ces transformations autrement que dans le rejet idéologique ; c'est-à-dire, précisément, en les laissant passer et en déléguant à autrui la responsabilité de ces changements, ou en considérant qu'ils ne sont pas *réels*, qu'ils ne concernent pas vraiment la « vraie vie » des usagers avec qui ils ont par exemple à faire. En témoigne l'extrait ci-dessous, pourtant assumé par l'un des professionnels plus alignés avec les nouvelles recommandations en matière d'accompagnement en CTR :

[Discussion informelle avec Grégory (ES). On parle de la différence entre CTR et SSR-A (Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie). Il me décrit le centre Les Aulnes de la ville de C. par exemple, qui fonctionne très différemment d'un CTR selon lui. « C'est des programmes thérapeutiques de 6-8 semaines, c'est très réglé... » (la comparaison avec Métanoïa me vient aisément à l'esprit).]

Grégory – Après, nous on part de loin aussi, même s'il y a comme une réforme dans nos pratiques. On veut pas ressembler à ça, parce qu'on pense que *c'est un peu trop...* mais c'est pas tout ou rien, il y a un curseur à tracer. [...] les SSRA, certes, ça peut les mettre en mouvement, ça va les occuper... mais je me dis *c'est pas la vraie vie* quoi ! Bien sûr que quand t'enchaînes les activités, tu penses pas à la drogue, mais bon... *Nous la vraie vie, c'est*

pas du bowling... Sur l'instant oui, après est-ce que un mois après, ça tient... Après je dis pas qu'ici ça tient mieux, hein... Mais je me dis que c'est pas que du comportementalisme... Si tu vas pas régler un peu le problème, ça va revenir incessamment sous peu.

Cdt 1 – TCHAT – 09/06/21

La prise de position institutionnelle qui est transmise au TCHAT est ici exprimée, à travers un plaidoyer pour un certain pragmatisme, voire un certain réalisme devant la situation des usagers. Le CTR sert selon les professionnels du TCHAT à se reconfronter à « la vraie vie », telle qu'ils la conçoivent, ou plutôt telle qu'elle peut correspondre au modèle standardisé d'existence a minima, de *survie sociale* qu'on leur propose dans ce centre. Par ce même constat désabusé, Grégory témoigne d'une autre dimension conscientisée par les travailleurs sociaux de l'institution, celle d'une inégalité foncière de leurs conditions de travail (isolement géographique et social, file active relativement clôturée sur elle-même, avec des usagers âgés ou chronicisés, précarisation de leur fonction mais aussi des ambitions de leur travail...) par rapport à celles d'institutions plus dotées. Ce réalisme émanant d'une institution en perte de vitesse, qui s'opposerait aux illusions des structures plus modernes et alignées sur le modèle actuel promu par les politiques publiques, rappelle un peu les plaintes qui peuvent émerger des soignants du secteur public en psychiatrie – dans un univers où les mutations et les innovations proposées pour renflouer les services ne concernent pas tout le monde. Ce sentiment d'être tenu à l'écart des bénéfices de la modernisation de leur discipline alimente la représentation dichotomique d'une population d'usagers où les « meilleurs » iraient aux services plus modernes, tandis que ces services laissés à eux-mêmes hériteraient en plus des patients et des cas les plus « difficiles ».

En quête de légitimité, certains professionnels du TCHAT semblent donc être les acteurs malgré eux d'un jeu de rôles qui leur fait prendre une position hiérarchique, verticale, à l'égard de « patients » toujours moins autonomes selon eux. S'ils ne restent pas au stade du réalisme désabusé comme Grégory, certaines et certains de ses collègues trouvent refuge dans une autre forme d'idéal que celui, prescriptif, de l'idéal d'entreprise de soins de laquelle ils se sentent devenir un rouage. S'ils ne sont pas « *dupes* » des visées économiques » contemporaines auxquelles se soumet progressivement leur institution (Alix, 2012), ils prétendent ne pas en faire les frais : cette catégorie de professionnels joue donc sur son ancienneté dans la structure pour pouvoir continuer à nourrir les positions et les rôles que leur socialisation institutionnelle leur avait antérieurement enseignés. On constate que pour ce groupe s'entretient en réalité le recours à une organisation bien ordonnée des rôles, où chacun serait à sa place, les parents-soignants d'un côté (qui pourraient ainsi conserver leur vieille autonomie de travail, c'est-à-dire le moment où ils avaient un réel pouvoir décisionnaire), et les enfants-soignés de l'autre (qui continueraient à disposer d'une prise en charge dont ils seraient les bénéficiaires redevables). Cela permet de déléguer la question de la reconnaissance professionnels aux usagers – dans un contexte où dans une ambiance de conflit latent avec la direction, elle est venue à manquer.

Dans cette représentation caricaturale des professionnels à eux-mêmes, certains semblent s'être figés, dans une temporalité hors du monde social ordinaire, qui ne pourrait pas leur donner ailleurs une place similaire, un travail semblable à celui qu'ils tentent de sanctuariser, au sein de cette institution. C'est sans doute ce qui continue d'attirer de nouvelles recrues, dans les profils des jeunes stagiaires éducateurs et éducatrices arrivés de l'IRTS le plus proche en stage, et qui souvent sont ravis de se voir proposer des remplacements l'été suivant

leur première expérience au TCHAT. Passée la période de remplacements saisonniers, ils et elles viennent ensuite souvent embauchés en CDD – comme cela est arrivé aux professionnels plus anciens dans la structure – et après une ou deux années, ils peuvent espérer voir arriver le CDI. Ce recrutement en interne alimente l’auditoire pour la narration d’une histoire institutionnelle qui ne peut se voir démentie par aucun récit concurrent.

Par ailleurs, le jeu de rôle se dédouble, également dans l’assignation de chacun aux tâches relatives à sa qualification professionnelle. C’est ainsi que s’explique le repli sur les tâches qui concernent chaque profession strictement, selon ce qui est rédigé dans les fiches de postes : compte tenu de la dissolution contemporaine du pouvoir statutaire qui leur était arrogé auparavant, les professionnels de l’institution doivent s’attacher à d’autres types de rites sociaux les légitimant, permettant entre autres d’entretenir la relation duelle avec l’usager¹⁹. Les trois infirmiers que nous avons observés au TCHAT insistent souvent sur cette spécificité de leur travail qui consiste notamment à « faire les piluliers », et à distribuer les médicaments – j’é mets l’hypothèse que c’est parce qu’autrement, ils seraient bien en peine de démontrer ce qui les distingue des éducateurs, pour ce qui est de leur « fonction » auprès des usagers (mener des ateliers, parler, incarner une figure d’autorité morale, être un soutien pour l’usager). S’ils doivent parfois déléguer à leurs collègues éducateurs cette tâche – sur leurs jours d’absence de la structure – ils tiennent néanmoins à encadrer strictement les conditions de cette délégation, et de la cérémonie rituelle que constitue l’administration médicamenteuse. Les travailleurs sociaux leur adressent souvent une reconnaissance spécifique à cet endroit, et il n’est pas rare qu’ils leur posent des questions concernant le traitement de tel ou tel patient, ou leur demande leur avis dans les cas particuliers de refus ou de non-prise de traitement.

Cela illustre le figement de la spécificité du rôle que chacun se donne dans l’institution en tant que professionnel : les infirmiers l’approvisionnement et l’administration des médicaments ; le médecin leur prescription ; l’accent mis à l’inverse sur une demande de logement, un dossier MDPH* ou la gestion du budget, pour les assistantes sociales. Les professionnels que nous regroupons parmi le groupe des « Anciens » sont ainsi parmi les premiers à prétendre et à être fiers d’avoir exercé le même métier toute leur vie, et qui plus est dans une même structure. Le risque est celui à long terme d’un compartimentage où la valorisation du travail se limite à l’exécution de la tâche standardisée accomplie : chacun se contente du travail formel à accomplir, par peur de déroger et de se faire accuser de dépasser le cadre de ses fonctions. Si dans d’autres contextes cela accompagne irrésistiblement la technicisation de la prise en charge et la priorisation de l’aspect diagnostique ou strictement médical, dans le cadre du TCHAT cela renvoie davantage à une logique d’efficacité professionnelle soutenue par la relation duelle de « transfert » – c’est-à-dire à une approche psychanalytique du sujet qui trouve dans l’activation de la parole de l’usager par le « thérapeute » la fin ultime de son action. Mais si le « collage » des professionnels à cette identité de « thérapeute » paraissait leur garantir auparavant aussi bien le titre symbolique leur conférant une identité stable, que la légitimation de continuer leurs manières de pratiquer et de fonctionner en équipe, les circulaires récentes et les transformations du champ de l’addictologie sont en train de changer la donne. Il semble que les professionnels se rendent compte en partie qu’ils ont développé une forme de dépendance à l’institution TCHAT. Ils et elles s’y sont renfermés, ce qui leur a empêché concrètement de se former et d’aller voir ailleurs d’autres pratiques, et ce qui a fait d’eux des inemployables sur le marché du travail –

¹⁹ Je renvoie encore à notre article concernant la pharmaco-philie, en hommage à l’ouvrage de Elvio Fachinelli, *Claustrofilia* (1983) (Pelagalli, Rochet, 2022).

« déclassé-es *parce qu’immobiles* » pour reprendre l’expression de Sarzier (2020). Certaines, comme Anne-Marie ou Nadine, toutes deux anciennes dans la structure, parviennent parfois à concilier leur attachement à l’institution avec les injonctions du présent : Nadine dit en entretien avoir repris récemment ses études pour valider un diplôme d’ASS (Assistante de Service Social). De même, Anne-Marie, depuis 2001 au TCHAT et en place pendant des années sur un poste d’éducatrice spécialisée, commence seulement depuis quelques années à valoriser sa formation d’assistante sociale, et à demander des formations continues à la direction, notamment en systémie. Mais pour la plupart des Anciens, leur repli semble caractéristique de cette sensation de ne pouvoir prétendre à devenir eux-mêmes ailleurs que dans ce lieu. Ils ont d’autant plus de raisons de rester dans une équipe où ceux qui continuent de porter les valeurs passées constituent une minorité importante encore, au sein de l’équipe. La fonction narcissisante de savoir bien faire son travail dans un lieu, d’avoir de l’expérience et ne pas avoir la force de refaire son parcours ailleurs, sont des éléments importants qui ajoutent à ce que nous décrivions comme la force de rétention claustrophilique de l’institution TCHAT.

Cette logique de l’entre-soi s’élève jusqu’aux échelons les plus élevés de la structure. En juin 2021, je discute avec Maxime Leprince, chef du pôle hébergement de cette année-là, dans son bureau. Il me décrit le fonctionnement de la gouvernance au TCHAT où souvent, pour faciliter les démarches et éviter de passer par le CA* (constitué de neuf personnes), on délègue à un Comité Exécutif (CE) les décisions importantes à acter. Je lui demande concrètement qui est présent, dans ce CE : les trois membres de ce comité sont de fait des anciens cadres de la structure ou des amis du psychiatre et ancien président de l’association. Il me parle lui-même d’une « gouvernance d’amis », qu’il critique mais qui facilite grandement les choses ; il affirme que s’il était directeur, il « ferai[t] la même chose ».

En synthèse, les mêmes processus de freinage voire de mise en arrêt du devenir sont repérables au TCHAT, tant chez les usagers que chez les professionnels de la structure. Tous semblent destinés à rester "dans le circuit" de l’association de cette petite ville, de ses partenariats ou de ses logiques de copinage, sans grande possibilité d’évoluer professionnellement ou personnellement au-delà du périmètre d’action du TCHAT. Sauf à une rupture radicale avec cette ville, ou la sécurité identitaire apportée par ce modèle d’institution déclinante, les personnels et les usagers transitant entre ces murs semblent destinés à alimenter encore pendant plusieurs années la machine institutionnelle. Jean-Claude Kaufmann décrit ce processus de subjectivation comme propre à certains groupes sociaux modestes, d’enracinés : « tenter d’être ce qu’ils sont a toujours été pour eux une défense, les protégeant d’abord des effets de la domination, puis des agressions déstabilisantes de la modernité. Et ils s’y sont maintenus. Une défense avant tout contre la généralisation de la compétition interindividuelle. Être (et n’être que) ce que la vie fait de soi représente en effet la meilleure façon de se mettre en jeu. Mais le refus de la compétition implique aussi le refus du travail identitaire. » (Kaufmann, 2004 : 228).

Cette subjectivation ne poserait pas problème si elle ne se savait pas être symptomatique d’une souffrance, d’une inadéquation avec le monde contemporain et le flux de ses injonctions à changer. Elle est également soumise aux aléas de transformations institutionnelles que les acteurs ne choisissent plus, face auxquelles ils ne sont plus libres de se positionner et conséquemment qui les portent plutôt qu’ils ne les portent. Ce qui ressort clairement de notre observation ethnographique du TCHAT – pour aussi brève qu’elle fut et pour autant que ces intuitions mériteraient d’être avalisées par un travail diachronique plus ample – c’est que ce type d’institution devient dès lors reléguée à des fonctions sociales de cantonnement et d’isolement des populations non seulement les plus vulnérables, mais dont

l'exclusion sociale relève du double stigmatisme de la dépendance et de la délinquance. Je renvoie ici aux analyses abordées lors du chapitre 3, pour réévoquer le devenir du CTR comme institution totale – dans la mesure où pour certaines structures comme le TCHAT, c'est ce marché de l'accueil des placements extérieurs qui constitue l'avenir et l'espoir de survie d'une petite association sur le marché contemporain de l'addictologie. Sans présumer de l'horizon du TCHAT, on peut ainsi regretter que les dynamiques de transformation actuelles maintiennent dans une allégeance spécifique certaines structures isolées qui, du fait de leur histoire et de leur difficulté à opérer un travail de transformation organisationnel, échouent au projet de l'individualisation de la prise en charge des usagers et semblent destinées à l'inverse à réaliser au contraire un projet de normalisation. Le « vide organisationnel » que rencontre le fonctionnement actuel du service, qui génère en conséquence un « vide d'appartenances, d'espaces et de raisons collectives de participation » de la part des usagers (pour reprendre les termes de Ota de Leonardis, 2012 : 53) ne semble pouvoir déboucher que sur un traitement sérialisé de populations, de « collections d'individus » (Castel, 2003 : 47), qui a pour spécificité de « fondre l'anormal dans le normal établi, de rendre identique sans rendre égal » – processus caractéristique de la normalisation (Mennrath, 2019 : 72). Ce qui nous rend sensible au fait que le TCHAT n'est que le maillon d'un réseau, auquel les nouvelles politiques de santé mentale confient, sans le reconnaître, le paradigme de gestion des risques des populations marginales :

le souci panoptique céderait le pas à un idéal « synoptique » dont la priorité se limite à neutraliser des individus à risques et à maintenir ces déchets « surnuméraires » dans des espaces sociaux bien balisés, aux confins de la société. « Dans le travail en réseau, "une population de "justiciables", de "patients" ou de "clients" selon les terminologies en vigueur, vont et viennent, repartent et reviennent, se déployant dans un réseau balisé par les divers nœuds du réseau de prise en charge et illustrant les effets de la violence du social ». (Van Campenhoudt, 2004 : 43 – cité par Sicot, 2006 : 204)

II. B/ Le succès du modèle dystopique de l'épanouissement individuel par le travail et la responsabilité au bien-être : Métanoïa, ou l'utopie de la coopération.

Les idéologues du mouvement ont certes un discours sur la société en général conçue comme facteur d'aliénation, avec ses hiérarchies rigides, la réification des relations personnelles sous les exigences de la rentabilité, etc. Mais il n'existe jamais d'analyse de ces mécanismes sociaux pour eux-mêmes, de la manière dont y fonctionne réellement l'autorité, dont le pouvoir s'incarne et s'exerce dans des structures, des institutions, des classes. *L'aliénation sociale est rabattue sur ses implications personnelles, et on ne peut se libérer que par une stratégie individuelle.* Opposition non dialectique à la société, puisqu'elle se contente d'inverser les signes de l'aliénation : à la négativité des contraintes s'oppose la positivité d'une nature.

Mais, dans la mesure où l'aliénation pré-existe, la nature n'est pas donnée d'emblée et il faut la reconstruire par des techniques psychologiques, travailler dans l'espace du groupe l'immanence d'un sujet pour en faire jaillir le modèle d'une sociabilité vivable.

Robert Castel, *La gestion des risques* (2011 : 179)

Cette dernière sous-section, en miroir de la précédente, aura pour fonction de mettre en lumière les facteurs sociaux et culturels contemporains contribuant à la réussite du projet

de Métanoïa et de l'association qui en est à la tête dans le paysage actuel de l'addictologie. « Le succès du changement repose en effet en grande partie sur sa capacité à se dire en plusieurs langues et à transformer (voire faire disparaître) les langages concurrents » (Fortané, 2014b : 44). Le constat sur les évolutions récentes de l'organisation, observés à travers les formations, le site, les outils développés en ligne et les mails promotionnels de l'association, permettront d'établir quelle spécificité du modèle français d'accompagnement médico-social est en train de se construire à-travers la notion-clef de la « coopération » ; ainsi que d'émettre quelques hypothèses quant aux possibilités d'extension – au modèle utopique ou dystopique de société – que cette notion pourrait tendre à diffuser. D'une part il nous faudra expliquer les sources du succès de cette formule de responsabilisation de soi par soi dans l'utopie de la coopération, dans ce que nous envisagerons comme la spécificité du développement personnel et du modèle communautaire à la française. Ce succès se trouve de plus encadré par une transformation des pratiques organisationnelles qui épouse la culture du médico-social promue dans ce centre. D'autre part il faudra expliquer l'idéal d'utopie coopérative que ce modèle génère, en promettant l'épanouissement personnel à des individus dont il devrait théoriquement veiller à la réinsertion sociale.

De manière liminaire, nous voudrions revenir sur le fait que le modèle de l'institution Métanoïa, de par le fait qu'il fait plus de place aux usagers et à la dimension d'*empowerment* (à commencer par leur appellation d'« actients ») se positionne de manière différente des autres centres en addictologie. La médicalisation des addictions est un processus diffus, qui impacte nécessairement les représentations des professionnels et les messages véhiculés par les structures – quand bien mêmes ils et elles auraient conscience de l'importance de la « part sociale » de la problématique addictive. Pour en témoigner, voici le descriptif du « webinaire » (séminaire en distanciel) proposé par l'association Agora en novembre 2022 :

La pathologie addictive est de mieux en mieux expliquée par les travaux des neurosciences, notamment dans les jeux de recherche et de perte d'équilibre entre contrôle, récompense, gestion des stress et recherche de plaisir.

Les comportements d'usage qui en sont l'origine, et *les agencements d'actions au service du rétablissement du pouvoir d'agir de l'usager qui en accompagnent les transformations thérapeutiques* s'inscrivent elles, dans la prévention comme dans l'accompagnement expérientiel, dans les pratiques de la santé communautaire, rappelant cette dimension sociale et relationnel (sic) de l'usage et de ses pathologies. Cette table ronde devrait permettre de partager les actions de quatre de nos collègues rappelant l'importance de continuer l'action communautaire sur les territoires de vie. (Présentation du *webinaire* annuel d'Agora, mail reçu le 22/11/22)

Quand bien même à Métanoïa on ne désigne jamais l'addiction comme une « maladie » mais bien comme une « problématique bio-psycho-sociale » plus complexe et dont l'individu peut faire dévier la trajectoire, pour son public professionnel extérieur, l'association-mère parle de « pathologie addictive » et des « travaux des neurosciences », se rapprochant ainsi de la désignation des addictions telle qu'elle s'institutionnalise depuis les années 2000. Je souligne également que l'accompagnement et les soins professionnels viennent décrits comme des « transformations thérapeutiques », ce qui étaye encore empiriquement notre argumentaire en direction d'une socialisation de transformation pratiquée par ces centres²⁰.

²⁰ Sur 185 pages Word de report de mes notes de terrain au CTR n°2, je ne relève aucune occurrence de la notion de « transformation ». Celle-ci a donc uniquement été le produit de mes réflexions, jusqu'à ce que, en fin de thèse (2023-2024), je la retrouve aussi bien dans l'ouvrage sur la socialisation de Darmon (2016), non consulté auparavant et dans ces formulations insolites produites par les chargés de communication de l'association Agora.

Le relatif succès de l'institution Métanoïa par rapport à des institutions plus « à l'ancienne » comme le TCHAT ou d'autres structures s'explique par le fait qu'elle incarne au plus haut degré le « nouveau contexte moral et social » de la santé mentale contemporaine – à savoir, comme l'écrit Alain Ehrenberg, une réorientation des pratiques et un déplacement du statut du patient « vers celui de *partenaire* moral et social *capable* de montrer son autonomie par une *compétence*. » (Ehrenberg, 2019 : 27) Ce succès est empiriquement lisible à travers le récit que font une grande partie des usagers qui ont transité dans ce centre. Les assistantes sociales de l'hôpital M., qui me parlaient de leurs orientations en matière de CTR, disaient avoir reçu d'excellents échos des séjours passés dans ce centre. La satisfaction des usagers eu égard au programme psycho-pédagogique proposé à Méta s'éclaire en partie par les méthodes et les outils concrets fournis par l'institution et qui paraissent directement applicables à la sortie du CTR. Cette mallette de nouveaux conseils et astuces à pouvoir mettre en œuvre dans son quotidien rend bien compte de la pénétration de la culture du développement personnel dans la société française, pourtant éloignée du modèle américain de construction de soi. Le sociologue belge Nicolas Marquis a des pages éclairantes à ce sujet – sur la spécificité du développement personnel (DP) francophone :

Le DP francophone cherche à offrir une parenthèse chaleureuse dans un monde de brutes. Pour ce faire, il se distancie des éléments trop *bling-bling* du DP à l'américaine : *exit* la référence constante à l'insolente réussite et à l'argent, ridiculisés les plans en douze étapes et les recettes qui fonctionnent en toutes circonstances, tempéré l'espoir du bonheur « ici et maintenant », moqués les exotiques aspects *new age* et autres annonces mystico-messianiques du grand soir à venir. Le DP francophone se veut humble, grave et adulte. Il ne promet pas la lune mais entretient une douce utopie. Et puis, surtout, plutôt que d'en être le symptôme, il lutte lui aussi contre les maux de l'individualisme qui rongent notre société. [...] En France, le DP endosse aujourd'hui volontiers une responsabilité sociétale. [...] Être bien n'est plus une fin en soi, c'est un moyen pour être bien avec les autres, et au-delà, guérir le monde de ses maladies. (Marquis, 2017a : 52)

Nous verrons comment la coopération prend spécifiquement, au sein de Métanoïa, un statut intermédiaire entre la « coopération distanciée » d'avec la psychiatrie de L. Velprey (2008) et ce mot d'ordre au service de la « responsabilité sociétale » pointée par N. Marquis, que devrait porter tout un chacun pour résorber l'individualisme caractérisant nos attitudes et nos modes de vie. En nous inspirant de son analyse, qui vise à questionner « ce dont témoigne le succès du discours du DP, même amendé, dans une terre qui lui est historiquement plutôt hostile » (*ibidem.*), nous voudrions montrer qu'au-delà du remplacement du paradigme psychanalytique par celui du comportementalisme pratiqué à l'égard de soi-même, ce renversement de perspective est indissociable de la diffusion de la quête de l'épanouissement personnel dans les organisations du travail – et donc de la managérialisation des associations médico-sociales. Sans qu'on puisse répondre de qui, de l'œuf ou la poule, est venu le premier, il est certain que l'activation des usagers d'aujourd'hui a en partie trait à cette lutte à coup d'optimisme et de développement personnel appliqué aux entreprises. Le revers de la médaille de l'épanouissement et du bien-être promu aux usagers pour leur réinsertion sociale, c'est un monde du travail où le principe de subsidiarité et la coopération comme synonyme d'implication active des travailleurs dans leur entreprise sont devenues des principes régulateurs. La face solaire de la coopération dessine un « meilleur des mondes possibles » où l'horizontalité et la coopération réguleraient les rapports humains ; l'envers de cet idéal, c'est un monde où le travail se voit délégué au nom du principe de subsidiarité.

B/ 1) Un apprentissage organisationnel orienté par l'idéal « coopératif »

Il est particulièrement marquant, de ce fait, de constater que la perspective d'apprentissage à Métanoïa est une dimension commune aux professionnels et aux usagers. Si pour les résidents ce processus est constitutif d'une visée de *devenir autre*, pour *devenir adulte* et enfin pour certains accéder au *devenir soi*, pour les professionnels l'apprentissage organisationnel fait partie du « construit collectif » de l'institution, la réalité dans laquelle ils s'inscrivent et ils sont censés pouvoir selon elles développer au mieux leurs capacités (Vallat, Bertezene, 2018 : 14). Les cadres de l'association-mère ont clairement lu, et appliquent des méthodes directement tirées du management des connaissances, visant à développer « des connaissances contextualisées et opérationnelles (« actionnables » selon le terme d'Argyris et al., 1985) » à l'échelle collective. Dans un bref moment informel obtenu avec elle, la directrice transitoire de Métanoïa développe ainsi son approche :

[Discussion interstitielle avec Delphine, dans le bureau à gauche à l'étage, en attendant Thibaud, qui doit aussi signer le contrat thérapeutique, après Yassine passé avant lui.]

Je la remercie et lui fait valoir l'intérêt de la scène à laquelle elle m'a donné l'autorisation d'assister, en marquant que c'est rare de voir la direction traiter directement avec les usagers au niveau de leur investissement dans l'institution. Elle me répond sur l'importance tant d'un cadre formalisé que de la possibilité de tester « différents jeux de rôle » de la part des usagers mais aussi des équipes. Je lui demande si la démarche visée n'est pas en conséquence, en contrepartie de la responsabilisation des usagers, une « responsabilisation de l'équipe » :]

Delphine – Si, bien sûr. *La commande elle vient de là...* Moi je pense qu'il faut travailler de plus en plus à des approches coopératives au sens noble du terme, et où on applique strictement le principe de subsidiarité. C'est-à-dire des groupes autonomes, mais aussi dans l'interdépendance... A tous les endroits, il faut construire une autorité qui est institutionnelle, parce qu'elle est co-portée.

Ici je trouve qu'on a une chance folle, parce qu'il y a quand même une culture très... ici quand les gens arrivent le matin, ils vous demandent pas ce qu'ils ont à faire.

[Ne pouvant m'empêcher de faire une comparaison avec l'observation du TCHAT, je lui évoque abstraitement cette autre expérience, très différente, où selon les jours, les humeurs, le rapport à l'autorité, les déséquilibres institutionnels peuvent se ressentir]

Delphine – *[me répondant, comme comprenant tout de suite la problématique]* Oui, c'est vicieux, parce que les équipes, elles deviennent indépendantes, elles font ce qu'elles veulent, et dès qu'il y a une faille, les gens, ils la trouvent... *[sous-entendu, les usagers, trouvant les failles dans l'institution]* Et puis, chacun joue son rôle, c'est facile. Vous avez toujours celui qui va tenir le beau rôle, celui qui va se refermer sur lui... Pour moi c'est une dérive très organisationnelle tout ça, qui vient pas tant des individus, mais peut-être d'une culture qu'on n'a pas su conserver et préserver...

Elle décrit l'« énorme bureaucratisation de notre secteur, sous la pression des financeurs ». Selon elle, « Agora a fait un vrai pari là-dessus, c'est-à-dire promouvoir un modèle associatif qui est encore largement décrié, celui de la coopérative... »

Cdt 2 – Métanoïa – 14/09/2021

En effet, si l'enjeu est désormais pour les organisations que sont les associations du médico-social de s'adapter et de faire une place dans un contexte toujours plus compétitif et incitant à la flexibilité, il faut que celles-ci – et les opérateurs en leur sein – soient disposées à

apprendre de leurs erreurs et à modifier leurs missions et leurs actions : « Pour résumer, [...] disons que la survie d'une organisation et sa vision stratégique dépendent de sa capacité à apprendre, et ajoutons que cela passe inévitablement par la mise en œuvre d'un apprentissage organisationnel efficace (Argyris, 2003) » (*ibidem.* – je souligne), autrement dit, il faut selon les mots de Chris Argyris que l'organisation soit capable de développer une « compétence à apprendre » (Argyris, 2003 : 19 – cité par Vallat, Bertezene : 15).

À Méta, la mise en place de cet apprentissage organisationnel au sein des équipes associatives a directement pu être observée, *via* la participation à des journées de formation au siège de l'association, à des MOOC sensibilisant au « langage commun » porté sur le monde des addictions par l'association, et par certaines réunions institutionnelles au sein de Métanoïa – notamment durant la période critique où la directrice de transition qu'était Delphine, vint pour assurer une phase de latence durant laquelle les opérationnels pouvaient douter de l'horizon vers lequel se dirigeait le CTR. En effet, sortis d'une période de lancement des dix premières années du centre, et d'une direction bicéphale qui leur simplifiait l'existence (un directeur et une cheffe de service très admirés et accommodants), les salariés de Métanoïa étaient quelque peu déboussolés, au moment où je commençais mon séjour chez eux en septembre 2021. Dès les premières réunions auxquelles elle assiste, je note que Delphine, à peine arrivée, remarque le désordre organisationnel régnant à Métanoïa. Elle les incite à « séparer les fonctions : quels sont les lieux d'information, quels sont les lieux de coopération et de concertation – vous allez me dire la réu, mais vous ne passez que trois heures par semaine en réunion... – et quels sont les lieux de décision ». Elle les pousse le plus possible à « se parler » et à élaborer ensemble une réflexion autour du fait « qu'on participe d'un projet collectif » (Cdt 2 – 13/10/2021). Lors de la réunion institutionnelle du 14 octobre 2021, elle présente le modèle de « coopération » propre à l'association en proposant un débat participatif où chacun et chacune des membres de l'équipe sont invités à compléter les deux phrases « La coopération, pour vous, c'est... » et « La coopération, pour vous, ce n'est pas... ». Elle n'aura pas manqué juste avant de souligner l'importance d'attendre son tour et de respecter la parole de chacun, en disant « Et puis, comme la dernière fois, j'ai remarqué que vous étiez comme les actients, vous vous coupez toujours la parole... ». Elle suggère de réorganiser « comment on vit le règlement, comment on recadre et comment on se sépare des personnes », tout cela, « [en essayant] de le faire à l'aune d'une organisation coopérative ». Elle rappelle que le modèle de la coopération, qui relève avant tout d'« un état d'esprit », demande d'être investi, c'est-à-dire que « c'est un modèle qui doit être partagé, et construit comme une culture commune », où « il faut penser, plus seulement depuis sa place, mais depuis le collectif » et « avancer ensemble, la direction comprise, comme dans une même direction ». Elle précise ce qu'elle entend par cette direction commune : « Ça veut dire pour une direction, renoncer à des outils de pouvoir (comme le planning). Mais ça veut dire aussi du côté des soignants, des professionnels, que je suis co-responsabilisé. Ça veut dire que j'attends pas qu'on me dise quoi faire. » (tous les extraits précédents – Cdt 2 – réunion du 14/10/2021).

En ajoutant ce jour-là que faire de la coopération c'est « aller dans le sens de l'histoire », j'interprète rétrospectivement qu'elle jetait dès ce jour les jalons d'une reconfiguration organisationnelle de l'équipe – dans un moment d'institutionnalisation qui devait vivre un rebond, si la structure voulait continuer de porter un projet dynamique et opérant. C'est à une réunion institutionnelle début décembre, spécifiquement dédiée au thème « Améliorer la coopération organisationnelle à Métanoïa » que Delphine jette les jalons (et nous permet de comprendre de l'extérieur) ce que sont les méthodes d'apprentissage employées aujourd'hui envers les opérateurs de terrain dans le cadre des nouveaux modèles de gouvernance, plus

« horizontaux », du management associatif. Je transcrirai ici certaines bribes de son discours (déjà évoqué au chapitre 3), dont je retiens en les soulignant les points saillants :

[Delphine fait d'abord un compte-rendu global de l'aspect organisationnel de Métanoïa depuis sa création en 2011. Elle le présente de manière élogieuse comme un projet innovant à sa création, « fondé sur une approche de l'addiction et une démarche expérientielle singulières » et « des principes d'action fondés sur la coopération ». Mais elle décrit comment en grossissant, l'association a dû faire face globalement à des transformations qui ont touché l'organisation interne (période de licenciements en 2016-2017) et engagé la recherche de nouvelles sources de financement (via des subventions annuelles récompensant le « développement »).]

Delphine [insistant] – Quand on a un financement pour un établissement autorisé, si on ne fait pas de développement on se sclérose. Ce développement, il est intégré dans le temps de travail financé des fonctions support et encadrement, qui doivent aussi aller chercher du financement, aller voir ailleurs...sauf que vous, quand vous avez commencé à travailler, les fonctions d'encadrement elles étaient juste dédiées à la fonction de gestion interne ! Du coup, faut qu'on retravaille sur toutes ces fonctions-là...parce que qui va faire du développement ? C'est des vraies questions, c'est aussi une évolution normale des institutions, qu'il faut entendre...

[Tout en pointant que « la mise en conformité exigée » par les politiques publiques est énorme, eu égard à l'incertitude de leur secteur et de la société en général (surtout dans la période post-Covid), et qu'ils font face à des injonctions paradoxales, Delphine signifie aux opérateurs présents que leurs principes d'action et d'organisation ne sont pas mis en œuvre comme ils le devraient.]

Delphine – Et puis, ici à Métanoïa, vous avez quelque chose qui n'est pas donné à tout le monde, c'est une culture commune. Vous avez créé une formation qui fait que vous avez tous la même philosophie des addictions... Vous avez des fonctions-supports au service des territoires. Vous avez un siège à votre service, vous avez une richesse qui est quand même exceptionnelle – je voulais vous le dire, parce que, quand on est dedans, on a quand même tendance à se plaindre...

Mais du coup, là où les problèmes et les injonctions paradoxales se logent c'est, bon, parfois oui, les négociations avec les RH, les outils de gestion qui ne sont pas toujours en cohérence avec les principes de l'organisation, oui d'accord tout ça... Mais quand même, le paradoxe, je vais vous le dire, c'est quand même votre urgence de toucher à l'orga ; votre envie de plus de cadre, toujours plus de cadre... C'est une injonction paradoxale aussi parce que ça va à l'envers de vos principes ! C'est pour ça que j'aimerais vous interroger aujourd'hui sur comment on doit faire dans ce cas : comment on interroge les principes de l'organisation, mais tous ensemble dans ce cas ? comment on est bien sûrs de s'engager tous dans le même bateau ?

Cdt 2 – Métanoïa – Réunion institutionnelle du 02/12/2021

En mettant en lumière la nécessité de changement organisationnel, au risque d'une sclérose institutionnelle, Delphine met en cause directement les opérationnels de terrain. Elle établit d'abord un grand panorama du contexte de financement des associations telles que Agora aujourd'hui en France, pour dire qu'il est somme toute *normal* que les cadres qui prenaient en charge essentiellement il y a dix ans la gestion courante du fonctionnement du CTR (emplois du temps, plannings des salariés, fonctions d'autorité en matière de sanctions et d'expulsions, etc.) doivent désormais consacrer une grande partie de leur temps à des fonctions d'administration et de développement. Elle minimise ouvertement les problèmes pointés par les salariés (négociations difficiles avec les RH, poids des outils de gestion), pour remettre en question le comportement des travailleurs. La « culture commune » de l'entreprise familiale que semble Agora dans la bouche de la directrice de transition sert par ailleurs d'argument pour décréter une loyauté institutionnelle envers le siège qui voudrait conduire

les opérationnels à se rendre plus flexibles et autonomes : accusés d'être dans le paradoxe de « toucher à l'orga » mais de demander « plus de cadre », ils sont invités à « s'engager tous dans le même bateau » de l'adaptation organisationnelle décrétée par la direction. Pour ce faire, Delphine leur rappelle les grandes règles :

Delphine – Pour ça, je vais vous dire ce qui pour moi sont les principes fondamentaux à la base d'Agora :

- *le principe coopératif* : associer tout le monde, professionnels, direction, usagers. Ça vous le connaissez bien... sa finalité doit être inscrite dans la gouvernance

- *le principe de subsidiarité* – celui-là souvent vous le connaissez moins. C'est quoi la subsidiarité ? C'est le fait d'attribuer le pouvoir de décision le plus près possible de l'action. Chacun, à son niveau, a le droit de décider de tout à l'exception de ce qui doit être formalisé par le niveau supérieur – ce qui est un peu comme le positionnement du siège à l'égard des établissements, soit dit en passant. [Manon, une animatrice de prévention, demande de préciser plus simplement]. En fait, c'est le contraire de la délégation – où ça se passe en disant « toi, tu vas faire ça, ça et ça... ». En réalité, les organisations ne fonctionnent pas comme ça. Le bon niveau de décision que vous prenez, vous, c'est celui qui n'engage que vous, et qui n'engage pas forcément le niveau supérieur de la hiérarchie. C'est compliqué à comprendre, parce que c'est pas notre structuration depuis 30 ans... Mais ça engage de se mettre d'accord sur ces règles du jeu qui sont des règles communes... [...] C'est vous dire que chacun à son niveau prend des décisions : même la femme de ménage, elle prend des décisions... Alors que bien souvent on délègue à l'échelle au-dessus ! Du coup, à quel moment on se concerte réellement sur la question des sanctions, et à quel moment chacun peut prendre des décisions à son niveau ?

- le troisième principe c'est la transdisciplinarité. Vous le faites, ce n'est pas la question ; mais ça serait plutôt celle de penser comment on l'équilibre autrement, parce que la reconnaissance existante, elle est présente, mais parfois elle vient à manquer.

[Delphine se lance dans un grand lâïus sur l'opposition qui serait souvent faite dans les institutions du médico-social entre « le trivial et le sublime », ou « le monde d'en haut et le monde d'en bas » – où je la cite « il y a des fonctions que personne ne veut faire, mais qu'il faut qu'on se les coltine, alors autant que ça soit en haut, quoi ! ». Il y a toujours cette idée latente que c'est mieux de faire de la clinique que d'aller faire les courses, ou faire je sais pas quoi... Elle propose alors d'« alléger le millefeuille des tâches administratives » :]

Delphine – Il y a des tâches délaissées, faute de délégation de répartition ou d'absence de coopération pensée... Pour éponger cette charge mentale qui pèse sur l'échelon intermédiaire [elle fait de manière transparente référence aux cadres de la structure], il y a à mon avis une *compensation* nécessaire à fournir de nouvelles répartitions. Mais aussi il y a des choses dont on pourrait se passer... Parce que le risque, pour tout vous dire, ce serait que cette charge mentale elle pète, et que ça ait des incidences sur les autres en-dessous... [...]

C'est quoi mes préconisations ?

- Travailler la cohésion d'équipe dans la mise en œuvre opérationnelle du projet.

- *Différencier* ce qui est de l'ordre de l'information quotidienne, mais par contre cerner les difficultés autour de comment la décision va être mise en œuvre et surtout appliquée. Si vous voulez que la clinique fonctionne bien, faut que vous passiez plus de temps à l'organisationnel, et sans doute de manière plus concertée. [...]

- Construire la culture commune et se développer : mieux comprendre les enjeux pour s'impliquer dans la réflexion politique et la *construction stratégique des projets* – faut que vous compreniez... Vous êtes à un chouilla de ça, l'autonomie et l'interdépendance...

Le triptyque proposé par Delphine (coopération – subsidiarité – transdisciplinarité) fournit le cadre de pensée de l'apprentissage organisationnel promulgué à Métanoïa. Il s'agit d'associer tous les acteurs de l'organisation (direction, salariés, usagers), dans une idée qui dépasse amplement celle de la « participation », pour correspondre aux attentes des politiques publiques en matière de démocratisation de l'offre médico-sociale. Les salariés doivent de leur côté assumer davantage de charges administratives à leur échelon – au nom du principe de subsidiarité (comme Delphine le rappelle à la fin : « si vous voulez que la clinique fonctionne bien, faut que vous passiez plus de temps à l'organisationnel »), à partir de « règles du jeu communes » qui reposent fondamentalement sur une adhésion inconditionnelle au discours de l'organisation, sans remise en cause de ses logiques de fonctionnement. Il faut enfin reconnaître l'interdépendance de tous les acteurs organisationnels, et donc montrer plus de reconnaissance aux échelons administratifs de l'organigramme – qui sont ici désignés comme stigmatisés par un discours qui valoriserait la « clinique » par rapport à tout le reste. Il est tout de même surprenant de voir comment ce discours managérial produit une inversion de l'ordre des valeurs classiques dans la hiérarchie du travail, où il semblerait que contrairement à ce qui prévaut dans le discours ordinaire, tout ce qui est de l'ordre du trivial ou du « sale boulot » serait délégué aux échelons supérieurs – à ce qui est « en haut » (on pourrait penser que Delphine défend les secrétaires administratives, qui sont en réalité « le bas du haut » ? il n'en est rien évidemment, elle prend en fait la défense de la cheffe de service). Cela rejoue par ailleurs une division du travail spatiale existant à Métanoïa, où les bureaux sont de manière non anodine placés dans des bâtiments séparés et « en haut » par rapport à la maison principale. Comment parvenir à convaincre pour autant que les professionnels d'« en bas », les éducateurs et animateurs (moins payés que les cadres, rappelons-le), négligeraient toutes les tâches ingrates au profit de leur travail « sublime » qui est d'être avec les usagers ? En passant par la question de « la charge mentale » et la question des risques psycho-sociaux, qui sont l'une des cartes préférées du management contemporain et où la question de la souffrance des salariés est bien souvent éludée par le biais de l'évaluation des risques (Benquet et al., 2010). Ici, c'est la charge mentale des cadres qui est l'unique type de souffrance évoquée, dans le but de réaliser une forme de délégation du travail organisationnel sous couvert de faire appliquer aux opérationnels l'esprit d'équipe qui correspond au projet-Métanoïa.

Cela rejoint les analyses de Danielle Linhart sur la négation de la professionnalité des salariés dans le management contemporain²¹ : ici non seulement la souffrance des opérationnels est déniée, mais le manque de flexibilité de leur attitude professionnelle – corrélative d'une négation en bonne et due forme de leur professionnalité (l'accompagnement et donc le fait d'être *auprès* des personnes accompagnées) – est tenu pour l'obstacle majeur dans la transition évolutive que devrait faire le CTR pour faire perdurer son projet. Linhart citait elle pour sa part les remarques issues d'un *think tank* de responsables de la SNCF, « où l'on n'entendra pas que la professionnalité des salariés et des agents représente une ressource de qualité sur laquelle s'appuyer pour introduire des changements et des adaptations à un environnement fluctuant, mais seulement qu'elle constitue un facteur de résistance au changement » (Linhart, 2015 : 38). La sociologue décrit également l'aspect condescendant voire

²¹ Linhart déploie dans son ouvrage l'historique de cette « tendance à ne voir que des êtres humains avec leurs talents, leurs prédispositions, leurs désirs, là où il y a des professionnels au travail », notamment en reprenant les travaux des sociologues Danièle Kergoat et Margaret Maruani sur la construction de la déqualification des femmes employées dans les usines au cours du siècle dernier, à travers la naturalisation de qualités considérées spécifiquement « féminines » (et donc non rémunérées). Elle fait remonter cette manière de bannir la professionnalité aux fondements de la logique taylorienne constituée à la fin du XIX^e siècle.

infantilisant employé par les managers (nous avons ici : « celui-là [ce principe] souvent, vous le connaissez moins », « faut que vous compreniez », « vous êtes à un chouilla de ça... ») pour faire accepter le devenir inéluctable de la « procédurisation » du travail : « Il faut donc faire accepter un rétrécissement des marges de manœuvre, cet état inéluctable des choses, et c'est tout à fait possible « si on prend la peine d'expliquer ». » (*ibidem*.)

Par ailleurs, toujours dans la continuité des recherches de D. Linhart, nous constatons également dans le discours de la directrice de transition – mais aussi dans les notions et les représentations véhiculées au sein du centre sur l'estime de soi et la recherche du bien-être personnel – les effets d'une surimposition de l'utopie managériale à la simple croyance universelle dans un bonheur accessible sur terre. La sociologue décrit la « sur-humanisation » managériale comme une manière de jouer sur le terrain des aspects les plus humains et personnels des individus, plutôt que de s'adresser « aux registres professionnels qui permettent d'établir une délimitation entre ce que ces individus engagent au travail et ce qu'ils sont. » (Linhart, 2015 : 10-11). La particularité sans doute du milieu médico-social que j'observe est que les professionnels doivent à la fois, face aux usagers, produire un travail émotionnel cadré par des règles professionnelles validées par un univers de pairs de référence, mais mettre cette spécificité de leur travail de côté lorsqu'ils parlent à leurs supérieurs hiérarchiques, pour se considérer uniquement comme des « membres » d'un même projet, d'une même communauté. Si on veut pousser l'image plus loin, ils doivent incarner la « responsabilité individuelle au bonheur » (Linhart, *ibid.* : 28) que l'organisation promeut comme possible, pour les usagers. Et de ce fait, l'organisation a tout intérêt à promouvoir les qualités humaines, les émotions et les opinions de ses salariés, si elle veut s'assurer de leur loyalisme et de leur opérationnalité : « Loyalisme et « raisonnement constructif » s'influencent mutuellement. L'absence de « raisonnement constructif » n'est pas propre à susciter le loyalisme (puisque l'arbitraire règne). En revanche *faire reposer le fonctionnement de l'organisation sur la transparence de l'information, sa fiabilité et sur la possibilité de discuter librement les idées sans tabous, rassure.* » (Vallat, Bertezene, 2018 : 16-17). Comme le dit encore D. Linhart :

Les émotions, l'intuition, l'esprit de compétition, l'intelligence qui s'adapte, voilà ce sur quoi l'entreprise doit miser pour être rentable et performante, mais aussi pour créer du consensus. Voilà qui permet de sortir du registre de la confrontation, de l'antagonisme et du conflit. L'entreprise devient le lieu où l'on est tous frères. On partage des sentiments humains : des émotions, de la peur, de la souffrance, du plaisir, de l'attention aux autres, du courage. On partage avant tout la condition humaine. Et le manager est celui qui fait vivre et fructifier au mieux la contribution essentiellement humaine de chacun. L'heure de la réconciliation a sonné. *Le manager est celui qui permet la qualité de l'engagement et de la coopération.* En somme, la logique du profit, la rationalité capitaliste deviennent l'opportunité pour tous ces humains que sont les salariés *de faire l'expérience de leur dimension humaine.* L'entreprise, sa finalité, sa rationalité, ses critères de fonctionnement deviennent secondaires par rapport à ce qui se joue, à savoir *la possibilité pour les êtres humains qui y œuvrent de se réaliser, se réparer et devenir eux-mêmes.* (Linhart, 2015 : 43-44 – je souligne)

Plusieurs points centraux nous semblent ici à souligner. L'idéal de transparence et de facilitation de la communication au sein de l'équipe de Métanoïa, promu par la directrice de transition Delphine, trouve ici son origine théorique, dans le fait que la participation « constructive » et pro-active des professionnels est tout sauf une entrave au loyalisme institutionnel, elle en devient même le premier élément de garantie. D'autre part, je ne peux que m'étonner, arrivée à la fin de la thèse, des échos que l'extrait de D. Linhart ici cité provoque avec le CTR Métanoïa, sa visée, et le vocabulaire « commun » diffusé aux « actients » et qui

paraît pourtant si inhérent à cette structure : « sortir [du registre] du conflit », « condition humaine », « la contribution de chacun », « la coopération », « faire l'expérience de », « se réparer », « devenir [soi-même] ».

Ce langage d'une réalisation de soi permise par le cadre de travail entrepreneurial n'est pas directement mobilisé par cette directrice de transition et équivalent d'une *coach* des professionnels du CTR en plein travail de reconfiguration organisationnelle, puisqu'elle vise avant tout la mobilisation active des salariés au service de l'institution-CTR – qui est en vérité le véritable *sujet* dont il faut viser l'épanouissement. Mais cet emboîtement de la réalisation personnelle dans la réalisation de son environnement est typiquement le discours tenu de nos jours dans l'addictologie française, telle qu'elle se voit enseignée aux professionnels de terrain. Tout organisme veut tendre à la réalisation de soi, et chacun doit le faire à son niveau d'action possible (principe de subsidiarité). Le psychiatre Alain Morel et le psychologue Jean-Pierre Couteron citent ainsi Carl Rogers dans leur manuel d'addictologie, qui exprimait une idée similaire dans un registre psychologique, déjà en 1977 : « Nous pouvons dire qu'il y a, dans tout organisme, à quelque niveau que ce soit, un courant inné qui entraîne celui-ci vers la réalisation positive de ses propres possibilités. Il y a chez l'homme une tendance naturelle vers un développement complet. Le terme qui a souvent été utilisé pour cela est celui de tendance à la réalisation de soi, ou tendance actualisante, et elle existe dans tous les organismes vivants. » Et ils commentent alors :

Se réaliser ou « s'actualiser » prend ici un sens quasi mystique : *devenir soi-même en laissant advenir ce qu'enseigne sa propre expérience*. Mais si l'expérience est la matrice de toute existence individuelle, elle n'est pas pour autant toujours limpide à soi-même et riche que de créativité. Elle peut receler des douleurs terribles, des conflits indépassables, des traumatismes irréparables. (Morel, Couteron, 2008 : 156)

La problématique sous-jacente à cette conception – c'est que le milieu dans lequel se produit cette expérience n'est pas remis en cause, ni même réfléchi à l'aune des contraintes différentielles et de la violence structurelle qu'il produit. On n'est pas si éloigné, dans le contexte évoqué précédemment du monde du travail actuel, d'une injonction paradoxale à l'épanouissement de l'individu dans le travail qu'Alain Ehrenberg pointait déjà en 1991 (en citant le directeur RH d'Apple France qui déclarait alors : « Le développement de l'entreprise passe par l'épanouissement de l'individu. Mais il faut qu'il s'épanouisse. »²²), et Robert Castel dix ans avant lui. En calquant le trait, on pourrait même entendre que le CTR Métanoïa, dans l'une des dernières analogies que nous pouvons produire à son égard, fonctionne comme ce que Vincent de Gaulejac décrit de « l'entreprise managériale », à savoir « un système « sociopsychique » de domination fondé sur un objectif de transformation de l'énergie psychique en force de travail » (2005 : 83). À plus d'un titre, ce CTR incarne d'autres fonctions sociales – que nous avons vues dans les chapitres précédents. Mais plus que d'autres, il est aujourd'hui l'incarnation de l'utopie de la réalisation de soi à travers le travail, au sein d'un projet collectif, où chacun doit se mobiliser et « coopérer » de son mieux pour le bien commun – *parce qu'il en va* de son épanouissement personnel. En effet, si l'histoire de la coopération inclut autant des initiatives de gauche proche du libertarisme (Spitz, 2006), elle renvoie aussi à l'origine des entreprises dites « libérées » et à leur promotion par Mary Parker Follett dans les années 1920. Cette pionnière du management défendait une vision humaniste de l'entreprise, considérant que l'intérêt des individus n'avait pas à s'éclipser derrière celui de

²² Dans l'article « Le stress au boulot », de L'Express, 23 septembre 1988 – cité par Ehrenberg, 1991 : 270-271

l'organisation, et promouvait à l'inverse une vision « gagnant-gagnant » de l'investissement de l'énergie et du psychisme des acteurs au sein de la structure à travers le concept de « coopération » (*cooperative competition*) (Donzel, 2020).

Comment expliquer qu'une pratique de diagnostic et d'accompagnement d'une problématique psycho-sociale telle que l'addiction se soit faite aussi inconsciemment le relais d'une telle réduction des « buts » de l'être humain ? Comment expliquer que l'idéal de la coopérative sociale semble désormais tout entier au service d'explications naturalistes ? Pour l'analyser, nous devons nous pencher du côté de la diffusion de deux faisceaux de représentations culturelles ces dernières décennies – la culture psychologique décrite par Castel, mais aussi l'« humanitarisme » et son application française à travers l'utopie de la coopération. En reprenant les approches sociologiques qui ont approfondi la notion, nous tenterons ici d'apporter une compréhension sociologique du terme qui ne se confonde pas avec l'acception défendue et diffusée par Métanoïa

B/ 2) Apports sociogénétiques à la notion de coopération et hypothèses sur son utilisation actuelle

Les expérimentations menées dans les années 1970 – dont nous avons retracé l'historique détaillé dans le chapitre 7, et notamment dans le champ de la psychologie sociale, avaient déjà exploité cette notion d'une interaction coopérative – en cherchant à valoriser ce qu'elle permettait en termes de majeure productivité des acteurs. Elles émergent également dans le contexte politique particulier qui fait suite à la Seconde Guerre mondiale. En France, Didier Anzieu exploite par exemple à la suite de Kurt Lewin les potentialités des dynamiques de groupe, développées de manière fortement contextuelles au cours de la seconde guerre mondiale. Dans son ouvrage co-écrit avec J.-Y Martin en 1968, il écrit que les premières recherches en laboratoire sur des petits groupes réalisées par Lewin avaient ainsi eu pour résultat de démontrer expérimentalement « la supériorité de la conduite démocratique sur la conduite autocratique ou sur la conduite « laisser-faire », tant au point de vue de l'efficacité du travail qu'à celui de la satisfaction des participants à œuvrer ensemble » (Anzieu, Martin, [1968], 1990 : 26). Pour la démocratie américaine de l'époque, il s'agissait en effet d'apporter des raisons psychologiques à l'engouement des masses pour le fascisme et le nazisme, et de prévenir le retour de ces phénomènes d'adhésion idéologique. Anzieu et Martin disent ensuite que dans d'autres contextes et à d'autres époques, ces expérimentations produisaient évidemment des résultats variables – et que si « le succès ou l'échec de certaines expériences de groupe tient en effet à leur bonne ou mauvaise insertion dans une mythologie sociale souvent inconsciente », l'engouement pour le petit groupe était contextuellement lié à la conjonction d'un thème sociologique (le groupe comme remède à la massification sociale) et d'un thème religieux (l'appropriation de la vérité est une tâche collective) fondamentaux au sein des représentations états-uniennes (*ibid.*). Il n'est pas anodin de ce fait que le champ des addictions soit celui où il y a eu le plus de groupes d'entraide ou de « fraternités » aux États-Unis. Le succès des thérapies de groupe et du programme Minnesota dans ce pays s'éclaire *via* ces raisons conjoncturelles et historiques qui fondent l'engouement américain pour la dynamique de groupe. En France, une autre tradition du groupe est à dégager, où se mêle également « la tradition anarchiste à laquelle les événements de mai 1968 ont redonné vigueur. Le groupe est conçu comme s'autorégulant et s'autogérant », dans la filiation sartrienne du « groupe-sujet » (Sartre, [1960] 1985) (Anzieu, Martin, *ibid.* : 27-28)

Nous avons pu voir de ce fait tout au long de la thèse que l'investissement de l'individu est aussi nécessaire que son inclusion et son identification possible au sein d'un groupe de pairs pour qu'il puisse opérer à la fois un détachement de la substance psychotrope et envisager son inclusion dans un monde social déterminé, quand bien même ce dernier serait restreint. Nous avons évoqué à travers l'exemple des premières CT comment avait été diagnostiqué le risque entrevu que la communauté d'appartenance vienne remplacer tout simplement la Drogue dans la vie de l'individu, qu'elle lui dicte ses règles et ses comportements comme l'individu suivait tout bonnement les commandements d'une entité à laquelle il attribuait du pouvoir. La multiplication des groupes d'auto-support dans le champ des dépendances est d'ailleurs sans doute l'une des sources d'inspiration de l'essor accordé aujourd'hui à la dynamique entre pairs, et à la démarche des groupes d'entraide au-delà du champ des addictions (Coulon, 2010). Il semble surtout que le passage par la vie en communauté, constitué dans des espaces de post-cure comme ceux offerts par l'addictologie, constitue une opportunité pour bien des individus qui se sentent isolés dans leur vie quotidienne, du fait de l'atomisation du lien social et des contraintes matérielles du travail et de la quotidienneté contemporaine. Dans la rencontre avec la culture nord-américaine du lien communautaire incarné par les « fraternités », il nous semble que les promoteurs de l'addictologie contemporaine ont pu saisir que le développement de la sociabilité est une des clefs qui permet à l'individu de transcender les difficultés de la sortie de l'addiction. Ils ont donc commencé à investir la dimension groupale autrement que ce qui avait pu être mené comme thérapie auparavant, *via* le dispositif psychanalytique de la cure-type. On comprend ainsi l'importance qu'a pris l'importation des « nouvelles thérapies » issues des États-Unis, qui ont prolongé l'extension de la culture psychologique inaugurée en France par la psychanalyse (cf. chapitre 7 III. A/). Ces nouvelles thérapies, alors qu'elles portaient d'une critique des normes sociales et des exigences de rendement au détriment de l'épanouissement individuel, ont étendu la vocation anciennement psychanalytique de pratiquer une « thérapie pour normaux », en étendant leur mission à la prise en charge de « la problématique du bonheur (l'épanouissement) » au-delà de celle du malheur qu'incarnerait la pathologie (Castel, 2011 : 169).

Le modèle français de ces nouvelles thérapies a évolué au cours des décennies, et a trouvé des secteurs spécialisés dans lesquels ils pouvaient davantage faire fructifier le potentiel caché des individus qui s'y retrouvent embarqués. D'un point de vue analytique, on peut donc formuler une hypothèse concernant la transformation proposée par des centres comme le CTR : serait-il possible que pour la rendre compatible avec le cadre culturel français, et permettre qu'elle dépasse le thème de la renaissance ou de la conversion individuelle des politiques de la foi américaines (décrites par Erica Bornstein, 2006) les promoteurs de ces thérapies aient fait en sorte qu'elle corresponde davantage à un dépassement de soi passant par l'engagement social de l'individu, dans un projet lui assurant son appartenance au corps de la société ? En France, l'individu ne pourrait être valorisé que s'il s'engage dans une tâche plus grande que lui – qui peut être la participation à une entreprise, à un projet, à une association – mais en tous cas, les conditions d'émergence dans lesquelles le talent de chacun peut apparaître seraient clairement *sociales* dans le modèle français de la conversion. Ce type de subjectivation est d'ailleurs promu par le modèle économique actuel et par sa production normative d'idéal, comme en témoigne Marie-Anne Dujarier avec son idéal-type de subjectivation « héroïque » dans les organisations du travail contemporaines. Pour réaliser les injonctions contradictoires suscitées par la norme d'idéalité dans les services de gériatrie ou dans la restauration de masse, « il faut, disent-ils [ces salariés « héroïques »], un «

dévouement », ou un engagement de nature « religieuse ». Pour « tenir », il faut « avoir la foi ». [...] L'acteur et le sujet partagent alors une épopée commune, pour des raisons et des déraisons fort différentes. Dans une perspective sociopsychique, ce phénomène a été interprété comme celui de la rencontre entre un idéal du moi et un système organisationnel qui l'utilise (Aubert, de Gaulejac, 1991²³) » (Dujarier, 2006 : 228-229).

L'idéal coopératif se loge au cœur de ces transformations de la subjectivité confrontée à l'isolement et aux normes de flexibilité du monde du travail contemporain, et il lui propose de faciliter son quotidien. Il est de plus envisageable dans une conception individualiste à la française (Martuccelli, de Singly, 2018) dans la mesure où si la communauté demande de faire abstraction de la condition de chacun, la coopération exige de faire indépendamment de ces conditions individuelles, mais aussi de les valoriser, de compter avec elles.

Le modèle de coopération impulsé par le psychiatre entrepreneur de cause, et ancien président de l'association Agora, semble de fait directement fondé sur la diffusion d'une sociabilité qui servirait de remède aux maux actuels des avancées de la modernité – et sur le fantasme d'une mise en accord de cette idéologie avec la nature profonde des individus, avec un retour au biologique. Lorsque je l'interviewais en janvier 2021, un des premiers ouvrages de référence qu'il m'évoqua fut l'ouvrage de Pablo Servigne, *L'entraide* – dont le sous-titre me mit immédiatement la puce à l'oreille – « *l'autre loi de la jungle* » (pour lire un résumé de l'ouvrage, voir Connac, 2018). Cet ouvrage, abondamment référencé, vise expressément à démontrer que l'entraide est davantage présente que l'égoïsme dans le monde du vivant, et que ce sont donc tout un ensemble de représentations accumulés au cours des siècles qui dissimuleraient aujourd'hui à l'être humain sa « nature » pro sociale. L'ouvrage, fondé en grande partie sur des comparaisons biologiques et éthologiques, fait valoir que, contrairement à l'hypothèse darwinienne, les groupes coopératifs s'en sortent mieux que les groupes égoïstes, *surtout dans un contexte de pénurie ou de raréfaction des ressources*. Il est inévitable que ce type de message soit particulièrement bien reçu, à une époque où l'une des préoccupations centrales des résidents de la Terre est désormais l'anthropocène (Le Gall *et al.*, 2017). Néanmoins, ce qu'opère ce renversement de pensée, c'est surtout la substitution de ce modèle de coopération au concept de solidarité, qui exprimait pourtant jusqu'à il y a peu « le fondement de la vie sociale », à savoir « les liens qui unissent les individus entre eux et qui les attachent à la société dans son ensemble » (Paugam, 2013 : 23).

Néanmoins, au-delà de cette vision isolée ou de la représentation angélique de la coopération comme fondamentalement bienveillante, un détour par la signification que ce terme a pu avoir dans le champ spécifique de la médecine et de l'étude des groupes pourra nous permettre de saisir un peu mieux la valeur d'usage de son réemploi actuel. La notion de coopération permet de fait de renouer avec une approche sociologique fonctionnaliste de la médecine. Talcott Parsons lui-même considérait que la spécificité fonctionnelle du médecin, l'universalité de son savoir et sa neutralité affective n'étaient pas suffisantes pour permettre son intervention sur le malade ; encore fallait-il qu'un cadre de confiance mutuelle s'instaure entre les deux, qu'il désignait par le verbe coopérer : « le médecin fait de son mieux pour aider le malade et celui-là fait de son mieux pour coopérer avec celui-ci » (Parsons [1951] – cité par Saliba, 1994 : 71). Mais ce postulat est celui d'un modèle consensuel où dans l'interaction il y a « identité de buts entre médecins et patients » (Carricaburu, Ménoret, 2004 : 58), où l'on ne

²³ Nicole Aubert et Vincent de Gaulejac parle plus précisément d'un « système managinaire », où l'entreprise semble être le moyen de « l'accomplissement de soi-même » – et où « le désir est exalté par un Idéal du Moi exigeant et gratifiant. » (de Gaulejac, 2005 : 184)

tiendrait plus compte de tous les rapports de divergences qui peuvent exister dans la représentation que le médecin se fait de l'état de santé et de celle que le patient peut lui-même avoir ou s'autoriser.

On retrouve également chez Goffman cette idée de la coopération, pour désigner cette fois plus singulièrement le lien entretenu entre les médecins et la famille (1973). C'est dans la relation à la demande sociale que la famille, et parfois le patient semble-t-il – sans que cela soit explicite – « coopèrent » avec la médecine :

L'idée qui soutient l'acte médical ressemble beaucoup à celui d'autres services légitimes, et, de même que pour ceux-ci, il se réalise souvent. *Le malade vient librement voir le médecin, se remet entre ses mains, suit ses ordres, et obtient des résultats* qui justifient amplement la confiance et les honoraires.

Il est bien sûr des points de tension. Il se peut que le malade ne sache pas qu'il a besoin du médecin ; que, le sachant, il s'adresse à des charlatans ; que, désirant un acte médical, il n'en ait pas les moyens : que, en ayant les moyens, il tourne trop longtemps avant de se fixer sur un praticien déterminé ; que, en ayant choisi un, il ne suive pas ses avis ; que, les suivant, il trouve sa situation quelque peu adoucie, mais non pas fondamentalement modifiée. [...]

Traditionnellement, l'acte médical a confié certaines fonctions à la famille du malade. Par exemple, *on attend très communément de la famille qu'elle coopère, qu'elle supplée, qu'elle mobilise les ressources domestiques nécessaires* pour satisfaire les besoins particuliers et temporaires du malade. (Goffman, 1973 : 315)

L'opposition entre les verbes relatifs au malade et les verbes relatifs à la famille est chez Goffman très claire : le patient « vient librement », il « se remet entre » les mains du médecin, il « suit ses ordres » et il « obtient des résultats » (qui, comme cela est précisé par la suite, peuvent être mitigés). La famille « coopère », « supplée », « mobilise les ressources » qu'elle a disposition. Par ailleurs, lorsque les instructions du médecin à la famille, leur prise en charge sous la forme de tutelle, ou le secret professionnel révélé aux tiers et non à l'intéressé entrent en jeu, nous avons vu que Goffman parle alors d'une « coalition » ou plus proprement du « réseau collusoire » qui se constitue entre famille et médecins autour de l'intéressé (*ibid.* : 316 – cf. chapitre 5 II. A/). Si chez Parsons, la coopération implique une identité de buts entre le médecin et le malade, chez Goffman, la coopération est ici une activité que le médecin peut déléguer à la famille, dans le but de satisfaire les besoins particuliers du malade, qu'il est parfois susceptible d'ignorer lui-même.

Dans le travail de recherche de Livia Velpry sur les CMP, deux acceptions de la coopération se trouvent par ailleurs distinguées dans le parcours de soin psychiatrique, qui constitue pour elle une inscription sociale parmi d'autres des usagers (Ogien, 1986 ; Grard, 2011 : 307). Je résume ici la différence qu'elle établit entre « coopération intégrée » et « coopération distanciée » en CMP, en m'appuyant également sur la thèse de Julien Grard (2011), qui a appliqué cette division aux modalités d'engagement des usagers d'un GEM de métropole. Bien que les personnes observées dans les structures du médico-social puissent évidemment passer d'une modalité de coopération à l'autre au sein de leur parcours, Livia Velpry met ainsi en évidence d'une part « un rapport de coopération intégrée dans la mesure où la psychiatrie représente une inscription sociale durable des personnes, qui n'envisagent pas à terme de se constituer une vie « sans la psychiatrie » » (Velpry, 2008 : 275) ; et de l'autre un rapport de coopération distanciée qui « consiste à coopérer au travail psychiatrique », et « à utiliser les ressources qui sont offertes dans ce cadre », mais dans un sens « où la personne tente toujours de préserver la maîtrise de ses relations avec la psychiatrie. » (*ibid.* : 249). Nous comprenons dans ce contexte l'emploi de l'expression de coopération, qui permet d'ailleurs d'expliquer pourquoi

certaines personnes, souvent plus âgées et aux parcours généralement plus longs en psychiatrie, finissent par considérer la psychiatrie comme un support leur permettant de formuler et de réaliser des objectifs et projets de vie – tout en constatant néanmoins que cette coopération devient peu à peu « la cause et la conséquence de leur disqualification sociale » (Grard, 2011 : 313). Mais l'emploi de la « coopération » à Métanoïa est très différent de cette acception, et concerne plutôt les personnes qui – bien qu'elles pourraient être susceptibles de se passer de l'addictologie – sont capables de leur gré de collaborer avec elle. La coopération proposée par le CTR suit les modalités de la coopération distanciée, et jouit d'ailleurs favorablement, nous l'avons vu à travers la typologie des usagers qui s'établit dans ce centre, à celles et ceux qui « semblent connaître moins de difficultés sociales » et être plus actrices de leur prise en charge (Grard, 2011 : 308). « Cela suppose que la personne ait la possibilité, matérielle et morale, d'adopter cette position », et qu'elle dispose de suffisamment de supports autres dans le monde social, pour « maintenir la psychiatrie comme une partie délimitée de [sa] trajectoire. » (Velpy, 2008 : 249-250).

Avec le transfert des prérogatives de la santé mentale sur l'utilisateur acteur de son rétablissement, c'est vraisemblablement davantage le médecin qui doit s'aligner sur les buts du soigné, contrairement à la dynamique inverse qui allait de soi jusqu'à il y a encore quelques décennies. Le passage par la coopération chez Goffman nous permet en outre de concevoir que la délégation de responsabilités qui s'opérait autrefois du milieu de l'institution au milieu familial doit être recherchée similairement, dans une discipline comme l'addictologie qui a pourtant historiquement tenu à l'écart les familles, dans le processus de sortie d'une dépendance. Enfin, l'apport significatif de Livia Velpy nous permet de concevoir qu'une même partition s'opère entre coopération intégrée et coopération distanciée en CTR – cette dernière modalité étant préférée dans des centres comme Métanoïa pour mettre en application l'idée localement produite de « coopération », qui devrait idéalement régler les rapports entre « actants » et professionnels, mais aussi entre professionnels de terrain et direction.

Nous formulons encore une hypothèse : la notion de coopération ne témoignerait-elle pas d'un transfert de la logique d'alliances que les soignants pouvaient autrefois établir avec les familles, et qu'ils sont désormais incités (et évalués ce faisant) à tisser avec les premiers intéressés, à savoir les résidents ? Dans la suite de nos réflexions sur l'activation et le passage d'une position d'objet passif de l'accompagnement à l'acteur rationnel et motivé que se doit d'être l'utilisateur contemporain, cette notion nous paraît être le jalon manquant des transformations de la santé mentale contemporaine et de sa *managerialisation*. Les professionnels doivent être coopératifs avec leur direction ; les usagers doivent être coopératifs avec les professionnels – chacun, à son échelon, faisant fonctionner le principe de subsidiarité. L'institution médico-sociale peut devenir une entreprise "libératrice et libérée", promouvant l'épanouissement individuel dans un cadre collectif d'action transformatrice des comportements antisociaux. Si la participation au système de production et la coopération sont l'idéal à atteindre, il est en effet évident que tout individu qui a uniquement pour visée l'accroissement de bien-être ou la diminution des souffrances individuelles – et qui se bloque dans ce fonctionnement de manière compulsive, comme le fait un *addict* – est une figure qui s'oppose à l'« insociable sociabilité » humaine, qui s'isole du monde, et que conséquemment, la société cherche à réintégrer ou choisit d'abandonner.

Pour étayer cette hypothèse, je reprends ici brièvement la lecture de Wilfried Lignier des notions d'alliance et de coopération – dans son ouvrage sur la construction des alliances

enfantines à travers la préhension²⁴. Une des conclusions de l'ouvrage est de pouvoir « envisager une liaison de type *fonctionnelle* entre les choses et les personnes », à savoir revaloriser la place des choses, des objets dans le tissage des alliances inter-humaines. Se fondant dans la perspective maussienne de l'échange et des mélanges qui existent entre les choses et les âmes, Lignier développe ainsi la conclusion de son ouvrage en développant l'idée que « *l'appropriation des autres* », la création de liens interpersonnels forts et d'alliances sur lesquelles on peut compter, repose en grande partie sur le fait qu'on puisse « *donner les choses que l'on a* » – c'est-à-dire sur les ressources et les dispositions que les premières socialisations ont généré chez l'individu. « L'idée est que la prise des objets ne concernerait pas seulement l'usage, ni même la valorisation sociale du monde matériel environnant : elle toucherait aussi à la formation de liens électifs, durables, décisifs pour la vie en société. » (2019 : 252).

À ce stade – et c'est ce point précis qui nous intéresse – Lignier développe la réponse « naturaliste » à cette question (*dans quelle mesure la possibilité de s'allier repose sur les choses que l'on possède et que l'on peut donner ?*), en écrivant : « Il existe une façon naturaliste de répondre à cette question, en disant en substance que nous, les êtres humains, avons été biologiquement disposés par l'évolution à la coopération avec autrui. » (*ibid.* : 270) Après avoir développé les sources récentes de ce type de réflexions, il produit de son côté un plaidoyer pour un examen proprement sociologiques des motivations qui font que les êtres humains s'allient entre eux. Ces références incluent le livre du psychologue cognitiviste Michael Tomasello, *Why We Cooperate* (Cambridge, MIT Press, 2009) qui conclut à la probable²⁵ innéité de la coopération pour cinq raisons : la précocité du comportement coopératif observé ; sa non-modification par des incitations extérieures (de type récompense) ; son observabilité chez les singes ; son invariance culturelle chez l'humain ; l'existence d'un comportement corrélé et considéré également comme naturel chez le jeune humain (l'empathie à l'égard des autres). Sans reprendre l'invalidation détaillée de ces cinq motifs par le sociologue, tous entièrement rattachables au caractère *social* de ces comportements humains, la coopération telle qu'elle demeure pensée aujourd'hui au centre Métanoïa nous semble se clôturer sur une série d'hypothèses biologiques non-démonstrables, pour rendre fonctionnelle et valoriser économiquement une entreprise de valorisation de la sociabilité humaine. Elle dresse le cadre de la citation de Castel mise en exergue : celui d'« une sociabilité qui se suffit à elle-même » où quand bien même on réfléchit aux conditions ayant prédisposé l'individu à s'aliéner (et donc on peut penser l'aliénation sociale), celles-ci sont uniquement saisies dans leurs implications « personnelles » sur la vie des individus. On comprend qu'un usager ou une usagère soit devenu *addict* à la suite des abus et traumatismes subis pendant l'enfance, à cause des discriminations vécues à l'adolescence, du fait de conditions de travail insupportables, à la suite d'un deuil qui l'a rendue dépressive, de par la dureté ou la soumission aux codes brutaux de son environnement... Mais ce centre lui propose uniquement de retrouver « la positivité d'une nature », celle de *l'humain* sous la *personne sociale*, conditionnée par un milieu et une

²⁴ Wilfried Lignier dit préférer l'emploi de ce terme anthropologique à celui, consensuel en sociologie, de *sociabilité* : le terme d'alliance permet de se référer plus directement à l'enjeu de cette pratique – « on s'allie pour faire quelque chose », par rapport à l'apparente « gratuité » contenue dans le terme de sociabilité, qui nécessite donc souvent l'apport d'autres termes (Lignier, 2019 : 251 – n.b.p.).

²⁵ Lignier marque néanmoins que le ton du chercheur cognitiviste reste assez prudent, qu'il s'agit d'une *croyance* scientifique – et absolument pas d'une démonstration rigoureuse : « Il y a cinq raisons de croire [*believe*] que le fait d'aider les autres [...] est un comportement humain d'origine naturelle » ; « Nous croyons [*We believe*] que l'aide qu'apportent précocement les enfants n'est pas un comportement créé par la culture ou par la socialisation parentale » [Tomasello, p. 7] » (Lignier, *ibid.* : 270 – n.b.p.)

histoire. La coopération est un des moyens d'action pour retrouver cette positivité d'une nature humaine, décrite comme « naturellement » sociale – mais précisément parce que « la nature n'est pas donnée d'emblée [...] il faut la reconstruire par des techniques psychologiques, travailler dans l'espace du groupe l'immanence d'un sujet pour en faire jaillir le modèle d'une sociabilité vivable » (et précédentes : Castel, 2011 : 179)

Le centre Métanoïa, en se faisant le support de cette reconstruction, confirment les hypothèses cognitivistes d'une « nature » sociale et coopérative de l'humain – en ignorant tout le travail d'une société qui, parce qu'elle a déconstruit voire détruit cette nature, a aujourd'hui besoin de la recréer. Loin de s'opposer au tournant des neurosciences à travers une vision bio-psycho-sociale humaniste qui mettrait au cœur de ses préoccupations l'épanouissement individuel, il l'avalise – en ce qu'il trace une ligne de partage entre les individus qui sont prêts à coopérer et ceux qui ne sont pas encore « à la hauteur » de ce projet social et humain. Ou qui, pour des raisons qu'on affirme biologiques mais qui sont en réalités sociales, semblent ne jamais devoir l'être. Alain Ehrenberg le remarque de son côté également, en évoquant les conclusions auxquelles porte ce schématisme des mécanismes neurobiologiques qui conduiraient l'humain à la sociabilité :

Les qualités morales qu'exige la coopération entre individus sont conçues, dans les neurosciences cognitives, *selon un critère de liberté négative radicale qu'elles héritent des sciences sociales du comportement : on ne contraint pas un individu à coopérer*. En revanche, on se demande quels sont les mécanismes cérébraux et cognitifs qui favorisent ou défavorisent la coopération, et *comment on pourrait agir sur le cerveau de l'homme pour augmenter son intérêt ou son appétit à coopérer, son sens de l'équité, son altruisme ou sa confiance dans l'échange*. Et cela d'autant plus que les sentiments moraux et les émotions ont une base biologique (que les lésions du précortex fontal et l'autisme permettent d'explorer), ce qui laisse évidemment espérer à terme pouvoir accéder directement aux mécanismes. (Ehrenberg, 2018 : 195-196 – je souligne)

Si on ne contraint pas un individu à coopérer, on peut donc favoriser, tenter de transformer ou encore optimiser les mécanismes cognitifs qui le favoriseront à coopérer. C'est bien, en somme, ce que fait Métanoïa. En revanche, en laissant aux neurosciences le soin de trouver des solutions pour agir directement sur le cerveau humain « pour augmenter son intérêt ou son appétit à coopérer », il est également sensible que les humains actuels qui travaillent au CTR sont déjà eux en mesure de discriminer les personnes qui sont capables de donner d'elles-mêmes au sein de ce projet utopique d'une coopération sans rapports de pouvoir, d'y croire, et de donner des garanties du fait qu'elles continueront de tisser des alliances au dehors. Comme il est probable qu'en revanche, ceux qui ne sont pas capables de tisser ces alliances dans ce contexte qui tient du laboratoire social (qui est tout sauf socialement neutre, comme nous l'avons démontré) continueront d'être stigmatisés pour des raisons qui leur échappent, sur lesquelles ils n'ont, précisément, pas de prise.

Nous établissons donc ici quelques pistes de réflexions conclusives : se pourrait-il que la coopération soit le *nexus* qui permet de comprendre le motif principal de l'institutionnalisation de l'addictologie au cours des vingt dernières années, dans un contexte des transformations des pratiques psychiatriques et d'une conception plus démocratique de la médecine et focalisée sur les besoins des usagers ? Comme nouveau fondement des pratiques thérapeutiques, la coopération permettrait à l'heure actuelle de retrouver du consensus parmi les différents acteurs concernés par l'addictologie – là où les mobilisations des associations d'usagers de drogue, notamment après l'épidémie du sida, avaient emmaillé l'idée d'une identité de buts entre médecins et patients, et lorsque les politiques publiques délèguent

désormais à la discipline d'autres fonctions en amont et en aval que celle de l'accompagnement des usagers. Elle permet en outre de naturaliser le processus d'adhésion d'un individu au social, en ayant directement la réponse pour celles et ceux qui auraient des réticences à mettre en œuvre cette interdépendance pensée par l'addictologie. L'addictologie contemporaine *défait* l'individu d'un lien nocif à une substance qui l'aliène, pour le faire *coopérer* – conformément à ce qui serait sa nature humaine – au monde social contemporain, de par son travail de transformation, et son désir d'y apporter sa contribution. Cette entreprise de libération/responsabilisation a pour corrélat de valoriser économiquement la « coopération », en la fondant sur des bases biologiques qui dans un même mouvement naturalisent le social et pathologisent les anormaux qui s'opposeraient à cette captation économique de la socialité.

Cette conclusion prolonge les prédictions de Robert Castel sur les effets de la diffusion des « nouvelles thérapies » et d'une vaste « culture psychologique » dans l'ensemble de la société. Elle voit dans l'expansion et l'importance prise à l'échelle nationale par des associations telles qu'Agora le reflet d'une préoccupation montante pour l'atomisation du social, l'isolement et les nouveaux troubles psychiques produits par le système productif actuel, d'exploitation et de destruction des ressources et des individus. Ces associations paraissent apporter une forme de remède au mal-être social dans la mesure où elles définissent les coordonnées d'une sociabilité vivable – dans un cadre expérientiel où seraient idéalement suspendus les rapports de pouvoir, les inégalités sociales et les différences de rapport au monde. En faisant de la coopération leur étendard, nous croyons deviner qu'elles ambitionnent de transplanter ce modèle expérimental à d'autres domaines de prise en charge de l'aide sociale ou du médico-social – dans un monde où la sociabilité qui est pourtant le propre de l'homme, peut se voir à son tour extraite, implantée, et valorisée économiquement.

*

Conclusion générale

On pourrait dire que la compréhension sociologique de la « réalité » et de la « connaissance » se situe quelque part entre celle de l'homme de la rue et celle du philosophe. L'homme de la rue ne se soucie pas d'habitude de ce qui est « réel » pour lui et de ce qu'il « connaît » à moins qu'il ne soit arrêté tout net par un problème quelconque. Il considère sa « réalité » et sa « connaissance » comme acquises. Le sociologue ne peut agir ainsi, ne serait-ce que par sa conscience systématique du fait que l'homme de la rue considère comme allant de soi des réalités très différentes d'une société à une autre. [...] Logiquement, sinon stylistiquement, [le sociologue] est condamné aux guillemets.

Peter Berger et Thomas Luckmann, *La Construction sociale de la réalité* ([1966] 2018 : 40)

Cette recherche parvient à son terme. Avec le souci d'objectivation que défendent les sciences sociales, et avec leurs moyens limités mais spécifiques en ce qui concerne l'analyse de phénomènes comme le changement et le devenir, elle désirait comprendre en quoi les CTR français apparaissent dans le paysage médico-social contemporain comme des lieux particuliers de fabrication de la subjectivation attendue des individus contemporains. Tout en montrant comment se trouvent configurées les perspectives de devenir qui s'offrent aux diverses populations qui se voient prises en charge de nos jours en addictologie, elle a cherché à rendre compte de ce processus de modelage et de transformation de l'individualité à travers la notion-clef de *responsabilisation*.

La première partie a analysé les processus qui, de l'admission à la prise en charge « quasi totale » de la vie quotidienne, incitent les usagers considérés comme dépendants à prendre la voie de la « sortie » de l'addiction via une transformation que l'observation a permis de décrire et d'interpréter comme une perspective de *devenir autre*. Elle met en lumière le fait que malgré le *style institutionnel* propre à chaque structure, les CTR en général ont des règles explicites et d'autres tacites qui encadrent tant le fonctionnement du séjour que les étapes que doivent franchir les hébergés, s'ils veulent être accompagnés par l'institution dans leur perspective de « rétablissement ».

La deuxième partie a approfondi le sujet des apprentissages et de l'intériorisation des normes sociales inculqués dans les centres observés, en montrant comment les CTR fonctionnent comme un espace de transition d'un type particulier, où la responsabilisation effectuée est censée d'après les équipes outiller et guider les résidents vers une forme d'autonomie, *fonctionnelle* et *décisionnelle*, qui puisse leur permettre de négocier leur statut et

une identité sociale d'adulte dans la société contemporaine. Ces lieux constituent donc également un espace d'entraînement, ou de reproduction microsociale, des aptitudes, de la capacité réflexive et des comportements attendus, d'après les professionnels, dans le monde ordinaire – correspondant à ce que nous avons nommé le *devenir adulte*.

La troisième partie, enfin, a porté sur ce qui, dans la transformation attendue, doit conduire les usagers à assumer une forme d'individualisation de leur parcours de soins, et conséquemment de vie. Elle traite donc du *travail addictologique* mené par les équipes et les résidents en CTR et des différentes perspectives de *devenir soi* qui s'offrent à ces derniers, en fonction de leurs dispositions sociales antérieures. Retour à une vie de producteur-consommateur en milieu ordinaire caractérisé par la (re)prise d'un emploi, socialisation transformatrice et intégration dans un milieu pair, ou horizon d'un maintien en milieu institutionnel : telles sont les trois options qui se profilent à la sortie du CTR. Certaines trajectoires singulières, comme celles des (futurs) médiateurs-santé-pair, permettent en même temps de témoigner d'une souplesse possible dans les parcours envisagés, ainsi que d'une capacité de certains usagers à s'adapter aux différents milieux et à permettre la circulation entre ces mondes.

L'une des questions principales qui orientait cette thèse concernait l'application d'un *modèle de devenir*, pour résoudre le problème individuel et social de l'addiction, à une population rendant pourtant compte de profils sociaux et de rapports aux substances psychoactives très hétérogènes. Comment les CTR, et l'addictologie plus généralement, peuvent-ils aujourd'hui orienter des individus aussi divers que ceux qui fréquentent ces structures vers un seul schéma de subjectivation que serait la « sortie de l'addiction » ? Indépendamment des formes concrètes que peut prendre cette « sortie » (maintien d'un traitement de substitution, abstinence, « gestion » des consommations), c'est la question du caractère processuel et de la transition identitaire proposées par ces centres qui a constitué notre objet d'étude, à travers ce que nous avons caractérisé comme un processus de « libération/responsabilisation ». Quand bien même certaines personnes « sortiraient » par elles-mêmes de leur addiction à l'époque contemporaine, nous soutenons que la majeure partie des usagers de drogues qui considèrent avoir un problème d'usage, ou auxquels on impose de « se soigner », doit en passer par ce processus double. C'est donc l'accès à une pluralité de devenirs que leur proposent ces centres (devenir *autre* – ou envisager le changement ; devenir adulte – ou *se responsabiliser* ; devenir *soi* – pouvoir accéder à la « liberté » et au choix de *rester ou devenir soi-même*, en fonction du capital social et culturel de la personne), pour autant qu'ils leur donnent à *croire* en un avenir où ils et elles ne seront plus considérés, et ne se percevront plus, comme des *addicts* ou des personnes dépendantes.

Cette conclusion peut dès lors se diviser en trois temps et réflexions conjointes, portant sur les usagers d'une part, sur les professionnels de l'autre, et enfin sur les fonctions et le devenir de l'institution-CTR. Pour terminer, nous ouvrirons une quatrième et ultime piste de réflexion, sur la manière dont l'anthropologie sociale peut servir d'appui fondamental pour considérer et comprendre les processus de devenir.

Les attentes pesant sur les résidents en CTR, dans la perspective d'une « sortie » de l'addiction

Nous avons pu voir, tout au long de la thèse, qu'une sélection et un traitement différentiels des usagers entrant en CTR s'opérait en fonction de leur ancienneté dans les dispositifs de l'addictologie (chapitre 1), de leur origine (chapitre 2), de leur sexe et de leur situation parentale (chapitre 6), de leur âge et de leur employabilité potentielle (chapitres 7 et 8), et enfin de leur socialisation antérieure et de leur capital culturel et social, qui déterminent dans ces centres leurs capacités de négociation (chapitres 2, 4 et 5). Il s'avère que, dans certains cas, cette différenciation des résidents s'effectue malgré l'intention déclarée des professionnels, en vertu de la défense de leur cadre de travail, des biais de sélection que comportent ces parcours de soin où demeure capitale la « volonté » de se soigner, mais aussi des préjugés sociaux par lesquels les professionnels comme les usagers sont traversés, ainsi que des fonctions sociales qui sont attribuées à ces centres.

Néanmoins, nous pouvons caractériser les attentes pesant sur les usagers résidant en CTR selon trois volets. Le premier concerne les attentes de mobilisation active, au *présent*, de la part du résident. La « libération/responsabilisation » des usagers ne consiste pas, en effet, dans une manière de se laisser porter par l'institution et ses règles, mais dans une mise au travail et une mise à l'épreuve de la volonté de la personne face à l'adversité, à la frustration et à la nécessité de respecter les règles de la vie en communauté. Nous avons examiné de quelle façon ces attentes s'appliquent à un ré-apprentissage de l'autonomie fonctionnelle au sein du centre et à une intériorisation de certaines normes spécifiques de l'adultéité : l'expression de ses besoins et de ses limites, une position motrice d'agent de ses actions et la participation dynamique à la vie collective d'un groupe.

Le second volet concerne le travail psychothérapeutique de soin et d'acceptation du *passé* de la personne. Les équipes supposent que la personne sera ainsi plus à même d'affronter l'existence, malgré les traumatismes traversés et les difficultés vécues, sans avoir besoin de recourir à des substances psychoactives. Dans l'un des centres étudiés, Métanoïa, le programme adjoint un objectif comportemental d'anticipation de ses pensées et actions, et certaines stratégies d'esquive relatives à ce travail de remémoration et de contrôle sur l'esprit du résident. L'activation de certaines capacités réflexives a pour fin de lui permettre d'agir en connaissance de cause face à la tentation de reconsommer, et face aux choix qu'il sera amené à faire dans son quotidien. Les attentes ici décrites concernent donc une transformation dans la perception que la personne a pu avoir d'elle-même par le passé, ainsi que dans la mise en œuvre des moyens que l'institution lui confie pour changer cette appréhension et les comportements qu'elle a adoptés pour correspondre à ce schéma perceptif.

Ce volet se conjugue conséquemment avec le dernier, celui d'une transformation identitaire qui doit se poursuivre dans le temps – et qui doit donc valoir pour le *futur*. L'ex-usager de drogues ou l'ancien buveur doit adopter au sein du CTR une identité de transition, celle de résident (« patient » ou « actient » en CTR), qui lui garantit d'abord la perspective d'une modification de sa « problématique », dans le sens d'un abandon dans le cas de l'abstinence et dans celui d'une maîtrise retrouvée dans le cas de la gestion de consommation.

Cette perspective s'accompagne de l'ouverture d'une multiplicité de « projets » de vie – qui peuvent aller de la recherche ou de la reprise d'un emploi, de l'inscription dans des dispositifs d'aide sociale ou du bénévolat dans une association, au transfert de son intérêt à d'autres sphères de l'existence (famille, activités sportives, spiritualité) – et qui dans tous les cas constituent une autre ambition des horizons d'attente des travailleurs sociaux qui les accompagnent dans leur réinsertion sociale. L'identité sociale que pourra acquérir par la suite « l'ex-résident » lui appartient : les CTR donnent simplement le cadre et l'orientation préférentielle que doivent dessiner les usagers pour définir un projet de vie acceptable socialement, et réalisable.

Nous avons vu néanmoins que les moyens mis en œuvre par ces institutions se calibrent au fur et à mesure du parcours, pour sélectionner certains individus *et/ou* conforter leurs socialisations et leurs représentations antérieures. Si l'addiction continue à faire partie de la vie de l'utilisateur de manière surdéterminante, si elle est perçue comme un destin duquel il est vain d'espérer « sortir » par ses propres moyens, les institutions de l'addictologie, parmi lesquelles le CTR, lui offrent un espace d'accueil de crise, où l'individu peut venir s'isoler de son milieu, réduire momentanément ses consommations, et essayer de trouver d'autres solutions institutionnelles qui permettront de contenir ou de limiter ses comportements dans l'avenir prochain (mise sous curatelle, foyer d'hébergement, CHRS, poursuite des soins dans un autre dispositif, une CT ou autre, *etc.*).

Pour les résidents qui répondent en revanche aux attentes de *libération/responsabilisation* déployées en CTR, la « sortie » de l'addiction peut être considérée par les professionnels et donc également par les usagers comme un changement de statut identitaire ; ce centre les aide à opérer, selon leurs dispositions sociales antérieures, une socialisation de renforcement de leur capital social et culturel, ou bien une socialisation de conversion de leurs *habitus* précédents. Dans les deux cas, ce processus devrait les conduire à se voir socialement considérés comme des adultes responsables, potentiellement productifs et acteurs de leur vie. L'addiction est alors perçue comme une étape de l'existence, dont la personne peut se sortir, notamment via l'apport de responsabilisation et de (ré)acquisition d'une autonomie décisionnelle promis par ces dispositifs.

Pour la première catégorie de résidents, nous avons envisagé dans le chapitre 9 que l'addiction peut alors être représentée et vécue comme une maladie chronique – l'institutionnalisation de l'addictologie, comme la médicalisation de l'addiction, contribue à traiter ce type d'usagers selon des caractéristiques propres à la gestion sur le long cours d'une pathologie dont ils ne seront pas amenés à pouvoir se défaire. À l'inverse, pour la seconde catégorie, certains CTR semblent être amenés à se spécialiser dans l'objectif de « faire passer » certains résidents de l'autre côté du miroir – où, en transformant leur perception de l'addiction, ils pourront entamer une rupture décisive (au moment de leur séjour ou dans un futur indéterminé) et réintégrer le monde social ordinaire. C'est ce qui nous a permis d'entrevoir les CTR comme un *espace liminaire*, où peut s'opérer un rite de passage pour certains individus déviants de la société contemporaine – notamment les plus jeunes d'entre eux, dont la potentielle utilité sociale est de manière tacite considérée comme majeure. Nous défendrons plus bas l'emploi de l'adjectif *liminaire* pour caractériser ces centres, notamment parce qu'il permet de souligner l'importance accordée en CTR au franchissement de certains *seuils* par

l'individu, passant de l'état et de l'identité antérieurs le caractérisant (dépendance et stigmatisme de la toxicomanie ou de l'alcoolisme) à l'état et à l'identité qui devraient naître du processus de « sortie de l'addiction ».

Cela étant, s'il est nécessaire de remplir certaines caractéristiques pour réaliser ce passage, et si la « volonté de se soigner » reste décrite comme le pilier principal du rétablissement prévu par les CTR, la thèse a également mis en lumière que les résidents doivent permettre aux « autres » que sont les professionnels au sein de l'espace institutionnel de travailler et de mener sur eux des opérations, afin de valider les diverses étapes et de produire l'efficacité rituelle des formes de transformation et de consécration nécessaires à l'acquisition de l'âge adulte, selon la perception qu'en ont ces derniers.

Le travail des professionnels de l'addictologie, à l'équilibre entre la triple fonction sociale dévolue à ces centres et les dynamiques comparées des institutions du secteur médico-social

Cette thèse a souhaité apporter un point de vue sociologique inédit sur le *travail addictologique* et sur les pratiques concrètes et les interactions que les professionnels de l'addictologie construisent chaque jour dans les services de soins et d'accompagnement. La focale portant sur les CTR, à travers deux d'entre eux, a permis de concevoir que leur action se nourrit certes des ambivalences qui existent dans tous les services d'hébergement du champ médico-social qui prennent en charge des populations vulnérables, mais qu'elle présente certaines spécificités propres au milieu de l'addictologie. Les groupes professionnels hétérogènes qui constituent les équipes des CTR sont en effet confrontés à la prise en charge de populations extrêmement diverses – des jeunes fumeurs de cannabis aux chômeurs alcooliques, des mères-travailleuses qui consomment pour demeurer productives aux sortants de prison récidivistes, des éducateurs ou des infirmières en *burn-out* aux nouvelles générations de *cyberaddicts* ou de *gamers*. Ils leur proposent un même format de séjour, les mêmes activités et règlement dans la vie quotidienne, mobilisant des processus d'identification et de partage qui sont censés favoriser une prise de conscience individuelle et accentuer la volonté personnelle du résident ou de la résidente de se saisir des outils psycho-éducatifs de l'institution. Les dotant de nouvelles clés d'interprétation de leur situation et de stratégies concrètes permettant d'infléchir leur quotidien dans le sens d'une meilleure gestion et d'une estime de soi majorée, les équipes les accompagnent dans un « aller mieux », qui pourra aussi, dans certains cas, avoir une incidence sur leur position sociale et sur leurs possibilités matérielles de *choisir* leur vie. À terme, ce fonctionnement permettrait de confirmer aux yeux des soignants que la dynamique maïeutique visée par ce dispositif d'accompagnement ressemble à une course avec passage de « témoin », comme l'écrit Marie-Hélène Boucand, « pour que le soigné trouve sa propre voie à partir du savoir qui lui est donné » et puisse de nouveau « se positionner comme sujet capable de décision » et « s'inscrire dans l'avenir, c'est-à-dire dans le réel de sa vie telle qu'elle est devenue ». Ce qui permet d'inscrire le travail addictologique dans ce qui est appelé plus globalement, par les sociologues du travail et les

psychosociologues, le travail de « soin » : « Prendre soin serait alors la capacité de susciter chez l'autre sa manière la plus juste de prendre soin de lui » (Boucand, 2011 : 37).

Nous avons vu que ce travail varie, plus que selon la profession de ceux qui l'effectuent, selon le *style institutionnel* propre à chaque CTR, lequel peut être défini comme suit : *le style d'une institution caractérise l'ensemble constitué des règles qu'elle édicte, du rapport strict ou labile qu'elle définit face à leur transgression, des prescriptions et des programmes psycho-éducatifs qu'elle entreprend de développer, et du cadre spatio-temporel qu'elle établit et entend faire respecter*. Ce style définit l'autonomie locale dont une institution bénéficie dans son univers social et au sein de sa discipline de référence. Mais plus globalement, ces structures du secteur médico-social que sont les CTR doivent répondre à un certain nombre de fonctions et d'impératifs auxquels se subordonne la relative autonomie professionnelle de leurs travailleurs. La mission des professionnels de l'addictologie se doit de rester en effet d'effectuer le triple mandat que les politiques publiques leur confient : l'éducation (ou la ré-éducation) de celles et ceux qui peuvent encore « s'en sortir » ; l'incitation à l'autonomie et à l'autoformation des adultes potentiellement employables sur le marché de l'emploi ordinaire (ou restreint au milieu de l'addictologie) ; aux marges, le contrôle et la maintenance des populations des (non-)adultes inemployables.

Cette triple fonction des CTR produit sur les équipes des dynamiques ambivalentes, dans l'alternance entre la préférence accordée à l'une ou à l'autre de ces missions, et dans le contexte d'une évolution temporelle qui impacte les fonctions usuelles que les professionnels attribuaient à leur travail. Ces derniers doutent désormais régulièrement du sens qu'ils peuvent lui accorder, confrontés aux fonctions répressives ou de contrôle qu'ils sont tenus d'adopter, ou encore face à la dissolution de leur spécificité professionnelle dans la nébuleuse des nouvelles figures éducatives et de support du secteur tertiaire (MSP, *counsellors*, *coachs* professionnels, ou d'autres encore). Ayant mené une série d'entretiens approfondis au cours de l'année 2022 avec une trentaine de professionnels, parmi celles et ceux rencontrés sur le terrain, nous regrettons de ne pas avoir davantage rapporté le point de vue de ces derniers, souvent contrasté en ce qui concerne leurs aptitudes, leur autonomie de travail, ou encore les raisons pour lesquelles ils et elles ont choisi ce métier et continuent de l'exercer. Cela pourrait constituer l'objet d'une recherche à venir, en choisissant de prendre pour focale les discours produits par les acteurs de terrain eu égard aux contradictions de leur pratique (pousser les usagers à développer une autonomie fonctionnelle dans un dispositif qui les y contraint), qui contrastent d'ailleurs souvent avec les discours officiels des théoriciens de l'addictologie.

Ayant entraperçu ces hiatus entre théories de l'addiction et mises en œuvre quotidienne des professionnels de terrain, nous envisageons également dans un futur proche de consacrer un article spécifique aux espaces officiels de production et de diffusion du savoir en addictologie. De fait, le congrès annuel de la Fédération Addiction ou les espaces de formation des associations importantes dans le milieu sont des espaces où se réfléchit et s'élabore l'addictologie française contemporaine ; une enquête sur ces lieux de construction et de mutation de la discipline constituerait certainement un apport décisif à la compréhension des stratégies et des logiques propres à ce milieu professionnel.

Enfin, une analyse de ma propre position auprès de ces travailleurs sociaux et soignants est susceptible d'éclairer un tant soit peu la difficulté qui a été la mienne de mener une investigation strictement sociologique de leurs pratiques. Fréquentant les milieux « alternatifs » de la psychiatrie française depuis une dizaine d'années (que ce soit les structures et lieux officiels de la psychothérapie institutionnelle ou bien des espaces plus aux marges, militant pour une certaine approche du « soin » psychique ou communautaire), j'ai développé une certaine affinité, voire une forme de collaboration et de solidarité, avec nombre des professionnels rencontrés dans ces milieux psychiatriques – dont certains et certaines sont indubitablement devenus des amis. Le décalage de ces interconnaissances pour aborder un milieu voisin mais jusqu'alors inconnu, l'addictologie, m'a sans doute permis de me dissocier des mécanismes de fréquentation et d'implication antérieurs – en fonction desquels j'aurais produit une observation sans doute trop partielle, parce que trop « proche », mais aussi politiquement orientée par rapport à mon objet d'étude. J'en ai donc tiré les avantages d'une observation située à une plus « juste distance », celle de l'ethnographe qui aborde une terre inconnue et questionne ses interlocuteurs directs dans cet univers, en pouvant faire des allers-retours et établir des comparaisons avec ce que je connaissais précédemment de la psychiatrie et de ses mondes, très divers au demeurant.

Parfois j'ai tenté d'approfondir les liens avec les professionnels travaillant dans ces centres ou de mieux comprendre leurs points de désaccord ou de divergence (théoriques ou politiques) ; j'aurai voulu saisir leur quotidien, leurs habitudes, au-delà de la façade du personnage social qu'ils présentaient sur leur lieu de travail. Au TCHAT, j'ai sans doute trop accentué cette tendance, qui aurait pu être très productive sur le plus long terme. Le fait de passer trop peu de temps sur ce terrain, en raison du sentiment d'enfermement que j'évoquais au chapitre 3, m'a sans doute poussée à provoquer certaines interactions, ou à vouloir imprudemment les accélérer. J'ai bien entendu obtenu beaucoup plus de détails sociologiques sur la vie et le parcours des professionnels du centre Métanoïa ; je me suis également davantage liée à eux, dans la continuité de mes visites répétées, au cours de l'année suivant mon premier terrain. Néanmoins, je pense m'être volontairement préservée d'une implication majeure, dans les deux centres, pour privilégier une lecture de mes résultats de recherche non déformée par mes vécus. Cette implication majeure, souhaitée par les acteurs sur place, serait allée dans le sens de suggestions, d'une participation plus soutenue à leurs espaces de formation ou de débat interprofessionnels. J'ai essayé de m'effacer au moment opportun, pour éviter de mettre l'analyse sociologique au service de la seule analyse des pratiques, ou de finir par les prendre à partie – car je portais le désir de sortir de cette position de tiers analyseur, au moins durant le temps de cette thèse. Cela signifie certes que j'ai pu me rapporter préférentiellement à certains interlocuteurs plutôt qu'à d'autres, ou que j'ai pu avoir tendance à fuir une institution et à passer au contraire toujours plus de temps dans l'autre, pour essayer de saisir ce qui m'intriguait (et me dérangeait) en elle. J'ai cependant tenu à rendre compte de façon égale des deux terrains, en m'efforçant de montrer les logiques et les missions similaires qui s'y voient entretenues, mais également les empêchements dans la visée de l'autonomie et de ces apprentissages « de la vie », ou plutôt « pour la vie », que s'efforcent d'apporter les équipes rencontrées. De plus, il ne me semblait pas suffisamment rigoureux de chercher à donner, par leur itinéraire professionnel ou par leur vie familiale ou personnelle (bien que j'y

ai eu accès), les facteurs sociologiques qui motiveraient les comportements ou les bonnes ou mauvaises pratiques de ces professionnels. Cela étant, j'espère honnêtement que cette thèse pourra servir de support de réflexion à celles et ceux qui travaillent quotidiennement dans des services similaires à ceux que j'ai décrits. Il demeure qu'il n'était guère dans ma visée ni de hiérarchiser les pratiques professionnelles, ni de devoir de mon côté proposer un modèle alternatif aux CTR existants. Ce travail universitaire propose uniquement un regard distancié, des pistes de réflexion, que je serais heureuse de pouvoir, demain, approfondir avec les acteurs de terrain qu'elles concernent directement.

Le devenir des institutions du secteur médico-social sur un marché de la santé mentale exposé à la spécialisation et soumis à l'empiètement d'autres champs de juridiction

En outre, cette thèse a esquissé une réflexion plus ample, concernant les dynamiques de spécialisation qui affectent le travail dans les structures du médico-social de l'addictologie contemporaine. Nous avons pu aborder à travers les nouveaux profils se présentant à ces services d'hébergement et de soins que le CTR était une institution plurivoque, présentant diverses facettes, parfois apparemment contradictoires. D'un côté, il constitue de plus en plus une alternative de placement pour des individus sortants de prison ou qui peuvent écourter leur peine en remplissant leurs obligations de soins formalisées sous main de justice – ce qui n'est pas sans provoquer des mutations importantes dans les modalités de fonctionnement et dans la fonction sociale même que peuvent se donner les CTR. De l'autre, lorsque les centres peuvent accueillir des publics plus urbains et dotés d'un fort capital économique et culturel, l'espace semble se transformer et devenir le support d'un lieu de formation accélérée, voire d'un séjour de « repos » des contraintes de la vie ordinaire, permettant un espace-temps d'entraînement et de réélaboration de la nécessité de ces mêmes contraintes, pour vivre en étant un adulte socialement intégré. Certains centres plus novateurs permettent en outre au résident de se focaliser sur ses supposés besoins réels, et d'approfondir ses connaissances en matière d'interrelations, de connaissance de soi et de développement personnel. Pour d'autres sujets, qui cherchent une voie de recours dans leur existence, le CTR peut en outre devenir un tremplin pour la professionnalisation de son expérience d'usager en rétablissement – et proposer, en plus d'un parcours de soins, un itinéraire de formation qui peut conduire à travailler dans les lieux mêmes où l'on a été auparavant bénéficiaire.

Quelles que soient les ressources dont disposent les usagers entrants, ils sont donc invités à les faire fructifier en CTR, et à sortir meilleurs ou grands de cette « épreuve de vie » que constitue le passage par un tel centre. Ce discours n'est pas véritablement produit par les promoteurs de l'addictologie contemporaine ; il se situe plutôt au carrefour des impératifs et de la légitimation qu'accordent les professionnels à leur travail, d'un côté, et de la rhétorique du rétablissement qui se construit par la voix des usagers, que ce soit en CTR, dans les groupes d'auto-support, ou dans les forums en ligne, de l'autre. Il témoigne d'un changement dans la « nécessité sociale » du XXI^e siècle, non pas tant celle de trouver sa place dans une société d'individus, mais celle de se trouver *soi*, à travers un parcours qui doit conduire idéalement les êtres humains à la réalisation d'une pleine conscience et maîtrise d'eux-mêmes. Et il laisse

entendre, de manière non uniforme et variable en fonction des contextes sociaux, l'importance grandissante que prend de nos jours le secteur médico-social dans la construction de cette rhétorique et de ces programmes visant l'adaptabilité des personnes au monde social ordinaire.

Les CTR constituent donc, à l'échelle des usagers, l'une des options se présentant sur le marché de la réhabilitation psycho-sociale en addictologie, destinée à les faire accéder à une forme de « libération/responsabilisation » face à la substance psychoactive dont ils sont devenus dépendants. En revanche, du point de vue des centres qui composent le paysage de l'offre médico-sociale d'hébergement, les diverses alternatives qui s'offrent aux usagers de droit commun (CT, appartements thérapeutiques, familles d'accueil) et aux usagers enjointes aux soins (bracelet électronique, suivi de l'injonction thérapeutique en CSAPA), mais aussi la concurrence qui s'établit entre les différentes structures sur un marché émergent, incitent les directions à affirmer leur projet local et à tenter de se singulariser par rapport aux autres. Ils sont désormais obligés de se positionner vis-à-vis de la prise en compte des droits des usagers, de la participation et de la valorisation des savoirs-experts, mais également de répondre aux évaluations des organismes de contrôle et de garantir leurs capacités maximales d'accueil et/ou de *turn-over* des résidents, s'ils veulent conserver la même enveloppe annuelle de financement. Nous avons vu que cette mise en concurrence des structures a pour conséquence, de la part de celles qui sont ou semblent moins innovantes ou plus isolées, le développement de tendances allant dans le sens inverse de l'autonomisation des usagers promue par les circulaires, et d'un renforcement des fonctions de contrôle et de maintenance de certains individus plus marginaux ou vulnérables – ce, tant pour conserver une patientèle fidélisée à l'institution que pour diversifier leur offre d'accompagnement face aux juridictions variées qui prennent parfois aussi en charge ces personnes (services sociaux, système judiciaire). Cette première pierre que constitue la thèse de doctorat pourrait ensuite permettre de contribuer à la réflexion sur le statut du champ médico-social français et ses fonctions concrètes, dans un moment historique où l'essor du secteur associatif a fini par accompagner visiblement la désagrégation du service public et sanitaire. De plus, le transfert des fonctions de soins et d'accompagnement social vers des fonctions d'alternative aux circuits « classiques » de la justice, pénale en particulier, nous incite à constater que les futurs qui s'esquissent pour les CTR observés illustrent concrètement les transformations produites sur les politiques assistanciennes par le passage du *welfare* au *workfare*, ou plus simplement au projet néolibéral. Ces institutions au croisement « de la double régulation des fractions précarisées du prolétariat postindustriel », qui se donne à voir dans le couplage des politiques sociales et pénales, ou de la « main droite » et de la « main gauche » de l'État (Wacquant, 2010b : §24), semblent dévolues à « gérer », par la responsabilisation individuelle, un ensemble de problématiques qui dépassent de loin le champ des théories médicales et psychologiques de l'addictologie. Elles témoignent en même temps du double-visage de l'État et de la manière dont se traitent, dans le tissu institutionnel, à l'échelle d'un établissement, ces contradictions. Le CTR est lui-même à un niveau local un Janus *bifrons*, parce qu'il doit représenter les deux instances, État social et État pénal, face à un problème social dont les contours ne sont pas encore résolument ceux d'une problématique de santé, mais délimitent plutôt les questions biopolitique et gouvernementale du contrôle des populations.

Une contribution à l'objectivation des processus de devenirs individuels et collectifs touchant à l'apparition de certaines « maladies mentales »

Si cette thèse s'est appuyée sur différents termes s'accordant avec le verbe *devenir*, au sein du travail addictologique effectué en CTR, elle l'a fait tant par dette philosophique que par volonté de s'inscrire, dans le sillon tracé par Muriel Darmon sur la socialisation des transformations individuelles, dans une recherche socio-anthropologique sur les processus de devenir. Ma dette envers la pensée du devenir de Félix Guattari et Gilles Deleuze avait déjà été partiellement acquittée à travers la rédaction de mon mémoire de philosophie, « Conversions de l'hétérogène », portant sur la « capture » idéologique et les processus de récupération des luttes minoritaires des années 1960-1970. Cela étant, le désir de comprendre et de retracer l'évolution de ces devenirs multiples – devenir(s) d'un mouvement de lutte, d'un moment historique, d'une institution, ou de tous ceux qui peuplent ces entités collectives (la multiplicité des devenirs individuels) – est sans doute demeurée une ligne sensible au cours des années successives et de mon propre parcours de conversion pour l'appréhension du monde anthropologique plutôt que philosophique.

Par ailleurs, les sciences sociales apparaissent sans doute mieux outillées pour saisir les mutations de ces devenirs, ne serait-ce que parce qu'elles partent avant tout des pratiques, de ce que vivent les agents, et de la façon dont ils perçoivent et parlent de leur devenir – et non des questions ontologiques qui ne les concernent qu'indirectement. L'apport d'une sociologie des transformations individuelles, telle qu'elle a été théorisée par M. Darmon, présente ainsi l'intérêt de montrer, sinon de démontrer indubitablement, à quel point l'influence du social *forme, informe et déforme* les processus de devenir, loin d'être une simple auxiliaire, « accompagnatrice, ou au mieux réparatrice » des transformations biologiques vécues par les êtres humains (Darmon, 2011 : 76). De la même manière que l'autrice sur ses divers terrains (structures spécialisées dans « l'anorexie mentale », services de rééducation post-AVC), j'ai rencontré certaines réticences de la part des interlocuteurs incarnant la culture légitime à considérer que l'anthropologie ou la sociologie puissent parvenir à dire quelque chose de plus, ou de différent par rapport au discours « bio-psycho-social » en vigueur, sur la question des addictions. Or, il me semble au contraire que c'est cet apport spécifique qui permet de comprendre et de ne pas considérer comme allant de soi les devenirs possibles de l'addiction, tant au niveau individuel que collectif.

Si, du mot même de certains sociologues de la santé mentale, « la question du sociologue ou de l'historien n'est donc pas d'élaborer les critères définissant une authentique pathologie mentale (cette question doit être débattue par les cliniciens), mais de saisir les transformations des significations de ladite pathologie » (Ehrenberg, 1998 : 24), j'ai souhaité développé ici une analyse permettant de saisir ces transformations historiques à travers une grille sociologique qui se rapporte non seulement aux significations *sociales* que l'addiction peut porter de nos jours (« pathologie » touchant les non-(encore)adultes de nos sociétés, incapacité individuelle à réaliser l'idéal de l'efficacité et de la maximisation du profit, spectre de la « mauvaise estime de soi » minant le moral des perdants au jeu de la « performance »

contemporaine), mais qui tient compte et qui rapporte également les significations *individuelles* que l'addiction peut rencontrer, à travers le prisme du social formant et déformant ces croyances individuelles (l'addiction comme *destin*, comme *étape*, ou comme *faute*).

Mon souhait n'était pas dans cette thèse de considérer les facteurs sociaux, au même titre que les facteurs biologiques (prédisposition génétique, antécédents familiaux, métabolisme) et psychologiques ou biographiques (violences intrafamiliales, abus et traumatismes subis durant l'enfance, dépression), comme la pièce supplémentaire d'un puzzle complexe, censé pouvoir rendre compte de la « réalité » de l'addiction et en donner une « conception globale ». En effet, je considère que ce qui constituerait un travail de diagnostic des facteurs ou des dispositions sociales favorisant l'émergence de la dite « problématique » ne remet pas fondamentalement en cause le primat neurobiologique de l'addiction, qui se voit entendue de nos jours comme une « pathologie » sans que se trouvent analysés bien souvent les enjeux sociaux structurant son apparition (mais aussi sa potentielle *disparition*) dans l'existence des individus. Je crois en revanche qu'une sociologie des transformations individuelles peut constituer un outil épistémologique puissant, dans un champ où la question du devenir social des personnes est souvent reléguée à l'ordre de la responsabilité individuelle – les équipes et les institutions se préoccupant au mieux de freiner ou d'enrayer la trajectoire de la maladie. S'intéresser à la perspective du devenir, c'est précisément contribuer à un projet de rétablissement, thérapeutique *et* social, où soit prise en considération la personne, plutôt que ce que le stigmat, la maladie, ou l'individuation négative fondée sur son absence (l'absence de symptômes ou plutôt de « troubles psychiques invalidants », pour reprendre la terminologie de Florence Weber, 2018) peuvent supposément dire d'elle. Un travail de recherche ultérieur permettrait peut-être en outre de l'entremêler avec la perspective du « nominalisme dynamique » et la théorisation des « niches écologiques » (*ecological niches*) de Ian Hacking (2002, [1999] 2008), permettant de comprendre de quelle manière l'apparition, le développement et l'éventuelle disparition des maladies mentales sont socialement situés.

La matrice des niches écologiques permet en effet d'identifier les « vecteurs », c'est-à-dire les conditions sociales qui permettent dans un contexte et dans une société donnés de voir apparaître l'émergence d'une « maladie mentale transitoire », grille qui peut tout à fait s'appliquer à la « pathologie addictive ». La lecture proposée par Baptiste Brossard de cette matrice permet en outre d'identifier les « seuils » (*thresholds*), « c'est-à-dire des réalisations structurées de ces possibilités », qui permettent de rendre compte de l'impact de ces conditions d'activation ou « vecteurs » dans le monde social, et donc dans les existences individuelles (Brossard, 2019). Le seuil du premier vecteur (*la taxonomie médicale*) est franchi dès lors qu'on observe une certaine configuration sociale où certaines personnes s'investissent dans la diffusion d'une appellation médicale, et que d'autres acceptent d'endosser cette catégorie pour se décrire (Brossard, 2019 – proposition 4). Le second vecteur (*l'observabilité du comportement*) est attesté dès lors que trois catégories d'observateurs (les personnes concernées et leurs proches ; les « confidents » ou les figures permettant de chercher le sens de ce comportement ; les professionnels et institutions représentant l'ordre social) rendent compte d'une série de déviations dans le rôle social attendu de ces personnes, qui peuvent dès lors être désignées comme malades (proposition 5). Le vecteur de polarité culturelle est quant à lui attesté lorsqu'on peut identifier « une configuration sociale où un trouble mental présente un

positionnement problématique au sein des figures sociales existantes, à la fois reflété par l'économie dominante des représentations sociales, et les sentiments exprimés par les individus par rapport à ces représentations » (proposition 6). Cette configuration sociale, enfin, produit certaines tensions qui reposent sur des enjeux structurels, et dont la « maladie » configure une forme possible de « libération » (*release* – proposition 7).

Cette double lecture peut nous mettre sur la piste d'une hypothèse qui restitue sa véritable part au social dans la compréhension du phénomène des addictions. Elle témoigne d'un positionnement toujours plus difficile, pour nombre d'individus, vis-à-vis de « *l'économie dominante des représentations sociales* » fondée sur l'image d'un individu autonome et responsable de son existence (Ehrenberg, 1998 ; Genard, 1999, 2009 ; Astier, 2007 ; Bajoit, 2007 ; Soulet, 2009). Elle permet de rendre compte que l'addiction, dans son apparition au sein d'une existence individuelle (corrélée évidemment à des facteurs d'hérédité génétique, de prédispositions biologiques, d'événements traumatiques, d'un terrain psychologique favorable, et d'un environnement facilitateur de certaines pratiques) peut constituer une pratique constituant une forme de réponse aux sentiments contradictoires que de nombreuses personnes développent de nos jours à l'égard de cette représentation idéale de l'individualité, et définir un des « malaises » contemporains qui frappent les individus au sein de ces processus de subjectivation par l'idéal, particulièrement au sein de leur univers professionnel (Dujarier, 2006 ; Hautefeuille, 2009). Cette lecture montre enfin que les perspectives de devenir recherchées par les individus sont potentiellement toujours orientées par la recherche d'une forme de « libération » ou de « mieux-être », quand bien même celle-ci se revêt parfois des traits de la « maladie ». Il semble donc que la proposition faite par les centres résidentiels en addictologie d'atteindre une sorte de « libération/responsabilisation » réinclut ces trajectoires individuelles dans un cadre social duquel elles ne peuvent en vérité se passer. Ces centres transmettent le projet d'une « libération » individuelle qui ne peut socialement être acceptable, et acceptée, qu'au sein d'un cadre qui n'exclut pas les rôles sociaux que les individus sont obligés d'assumer s'ils veulent, d'une manière ou d'une autre, tenir dans le monde.

Nous croyons de ce fait que, plus encore qu'une thèse sur le devenir (des individus, des institutions ou de certaines « maladies mentales »), ce travail de recherche peut être décrit comme portant sur l'importance et la « réalité » sociale de certaines entités abstraites, comme la « liberté », la « responsabilité », le « soi », dans une époque et une société qui aménagent concrètement des procédures de récupération ou de reconquête de ces constructions sensibles, lorsqu'il arrive que l'individu égare l'une de ces « propriétés » qui lui donnent une consistance sociale. Ce qui renvoie au paragraphe suivant l'extrait de Berger et Luckmann cité en exergue de cette conclusion :

Par exemple, l'homme de la rue peut croire qu'il possède la « liberté de la volonté », et qu'il est dès lors « responsable » de ses actions, niant en même temps cette « liberté » et cette « responsabilité » aux enfants et aux aliénés. Le philosophe, quelle que soit sa méthode, cherchera le statut ontologique et épistémologique de ces concepts : *L'homme est-il libre ? Qu'est-ce que la responsabilité ? Où sont les limites de la responsabilité ? Comment peut-on connaître ces choses ?*, etc. Inutile de dire que le sociologue n'est pas en mesure d'apporter des réponses à ces questions. Ce qu'il peut faire et doit faire, cependant, c'est de demander comment la notion même de « liberté » finit par être considérée comme allant de soi dans une société et pas dans une autre. Comment sa « réalité »

est maintenue dans une société et comment, de façon encore plus intéressante, cette « réalité » peut une fois encore être perdue pour un individu ou pour une collectivité entière. » (Berger, Luckmann, 2018 : 40-41)

Nous avons observé et interprété dans cette thèse les manières dont, en France, à chaque niveau d'intervention, certaines institutions du médico-social, les professionnels qui y travaillent, les usagers qui s'engagent dans un parcours de soins, s'efforcent de maintenir ou de reconstruire la « réalité » de certaines idéautés, une fois qu'elle semble avoir été perdue. Cela nous a permis d'analyser non seulement le fait que la « réalité » de la « liberté », de la « responsabilité » ou du « soi » sont loin d'être des évidences, mais qu'elles se trouvent être l'objet de processus de croyance, et de mise en adéquation de ses comportements avec cette série de postulats, parfois contradictoires, qui construisent la solidité et le caractère sensible de ces entités qui gouvernent nos existences. Nous avons vu qu'en CTR, on donne à *croire en elles*, et on incite à *les « agir »*, pour maintenir la « réalité » de ces instances, tant au niveau de l'existence individuelle que pour le maintien de leur « réalité » collective.

Cette réflexion peut se raccorder à deux questions, restées possiblement en suspens tout au long de cette recherche : est-ce que les CTR *fonctionnent* ? Et *que deviennent* les usagers, une fois qu'ils et elles ont quitté l'institution ? Si nous avons délibérément évité d'y apporter une réponse définitive, il nous reste néanmoins à analyser ce que les conclusions de cette thèse suggèrent, du moins à titre provisoire, eu égard à l'efficacité de ces centres et aux processus de devenir qu'ils permettent.

Prenons de nouveau la question de la « liberté ». Les CTR permettent-ils effectivement, selon le but décrit par la médecin de l'hôpital M. évoquée dans l'introduction, d'« être libres », ou plutôt de « rendre libres » les usagers qui se considéraient dépendants ? La thèse, sur ce point, ne permet pas de trancher : on ne peut en effet ni affirmer qu'un être qui a renoncé à l'usage d'une substance, au prix d'une limitation de ses élans et de stratégies comportementales psychiquement coûteuses, est « plus libre » que celui qui s'abandonnait sans frein à la compulsion de l'addiction ; ni décrire comme « plus libre » la vie d'un homme ou d'une femme qui choisit de vivre en suivant les règles morales d'une communauté de vie, d'un groupe d'auto-support, ou selon les principes intériorisés lors d'un séjour en CTR, par rapport à celle d'un ou d'une autre qui n'adopterait pas ces nouvelles normes choisies. L'objectivation ne peut qu'admettre ses limites, là où il s'agit de tous les choix subjectifs qu'une personne établit à l'aune de son existence antérieure et de l'avenir qui se propose à elle ou à lui. Ce qui est certain, c'est que les CTR, du fait qu'ils parviennent à développer des processus de consolidation ou de transformation des croyances individuelles vis-à-vis d'une perspective de « rétablissement », « *fonctionnent* » (entre guillemets), en ce sens qu'ils donnent à croire à certains individus qu'ils pourront un jour devenir « libres », ou bien encore être « eux-mêmes ». Parfois, ils leur permettent en outre de développer les capacités, ou les « capacités » au sens de Nussbaum (2012), qui attestent de la mobilisation de ressources correspondant à ces croyances chez les personnes qui désirent « s'en sortir », et de la manière dont ces ressources se voient co-produites par certaines institutions. Ce qui montre d'ailleurs que le « devenir soi » est inconciliable avec une liberté abstraite, absolue, c'est-à-dire une liberté ne tenant pas compte des responsabilités sociales qui apparaissent comme nécessaires pour se

voir admis au nombre des adultes « libres ». Libération de la drogue et responsabilisation vont de pair, dans le monde social qui est le nôtre, où un individu ne peut pas se libérer d'un cadre social qui détermine quelle consistance peut avoir la « liberté ».

Cette réflexion, qui vaut pour la « réalité » de la « liberté », peut se voir appliquée de façon similaire à la consistance sociale du « soi », comme nous avons tenté de le démontrer dans la troisième partie de cette thèse. Car comme l'écrit Jean-Claude Kaufmann (2004 : 291) : « S'inventer soi-même ne s'invente pas ; les mécanismes de la création identitaire n'ont rien d'aléatoire [...] ils s'inscrivent dans des procédures socialement définies et très précises. *Ego* ne se rêve pas n'importe comment ». Pour devenir lui-même, l'individu a besoin d'en passer par diverses procédures, qui le font d'abord tout à la fois vouloir être un autre – à travers des « prise[s] de rôles divers, qui offrent la possibilité de retravailler continuellement son répertoire d'identités » (*ibid.* : 124), mais également ressembler à autrui, à ses semblables – et donc en passer par l'identification collective pour lui donner « l'impression de posséder une plus grande personnalité » (Mead, 1963 : 266). Il doit ainsi s'inscrire dans un monde en respectant ses règles, ses codes sociaux spécifiques, et choisir entre les divers univers de signification que lui offrent ses semblables : « Le moi n'est personne sans les autres (y compris sous une forme virtuelle). Il n'est rien sans les univers de signification dans lesquels il s'inscrit. La vie souvent n'est qu'un arbitrage entre ces différents univers. Le moi est là, dans cet arbitrage, et nulle part ailleurs » (Kaufmann, *ibid.* : 124).

Car lorsqu'un individu arrive dans un CTR, il ne vient pas que pour se « sevrer » du produit, mais pour accepter que toutes ses coordonnées existentielles se trouvent bouleversées, dans un temps plus ou moins long (de quelques semaines à plusieurs années), afin qu'il puisse se confronter à la question de son « devenir ». Ce devenir peut être professionnel, personnel, spirituel ; il concerne en tout cas son devenir social, en tant que personne souhaitant (même minimalement) la réintégration à l'univers partagé par ses semblables. Il nous semble que ces structures permettent à leurs hébergés une sorte de transmutation du regard – à savoir qu'elles cherchent à faire sortir l'utilisateur de la boucle discursive du « ça finit toujours comme ça », « je serai toujours alcoolique », *etc.*, pour lui proposer d'adhérer à un « soi » en mesure d'imaginer d'autres versions de lui-même. Les professionnels de certaines institutions, comme Métanoïa, y croient profondément : ils envisagent la subjectivité des personnes qui viennent les voir comme des processus, comme devenirs, et leur présentent en miroir la question de ce qu'ils peuvent concrètement réaliser pour se percevoir comme tels. D'autres comme le TCHAT le font également, mais sans que personne (professionnels et usagers associés au dispositif institutionnel) n'y croient profondément – ce qui fait que cela paraît sans doute plus souvent « échouer ».

Par rapport à ces constats, cette ethnographie a permis de mettre en lumière que la grille d'interprétation dont dispose un individu pour analyser le monde et les rapports de son Moi avec ce dernier doit se voir recalibrée, lorsqu'il se sent (ou est perçu comme) « défaillant » par rapport à un univers social dont les piliers sont devenus la rationalité et l'obéissance aux règles, la responsabilité, et la performance de soi. « Faute d'être soi » à cause de l'usage excessif et incontrôlable de substances psychoactives, l'individu dépendant accepte de perdre temporellement sa liberté pour suivre un programme d'accompagnement censé lui redonner la maîtrise de ses comportements et de sa vie. Cette libération/responsabilisation constitue un

modèle de prise en charge qui sélectionne, trie et oriente de manière différentielle les divers individus qui traversent les CTR. Tous ne parviennent pas à la fin du séjour, et tous n'accèdent pas au « devenir soi » promu par les centres les plus novateurs, par manque de certains codes sociaux ou de certains capitaux antérieurs plus que par défaut de régulation morale. Nous avons pu illustrer comment cette processualité d'un devenir soi inculquée dans les CTR « fonctionne » certes pour les individus qui peuvent disposer d'un certain capital social et culturel fondé sur leur socialisation primaire ou sur des socialisations institutionnelles antérieures, mais qu'elle en discrédite d'autres, les obligeant à rester pris dans des formes de dépendances institutionnelles ou d'interdépendances. Bien que « posée comme le support nécessaire de la citoyenneté », l'aporie fondamentale de la « propriété de soi » demeure que, encore de nos jours, une grande partie des citoyens continue d'en se voir exclue (Castel, Haroche, 2001 : 42).

Néanmoins, loin de vouloir réduire cette thèse à la critique de l'efficacité restreinte (ou relative à une population spécifique) des institutions qui ont constitué mon objet, je voudrais marquer ce que ces dernières permettent parfois d'opérer *positivement*. D'une part, ces institutions sont des espaces-temps où une réflexion sur son passé et sur ses erreurs est rendue possible. Elles offrent à l'individu de pouvoir ressaisir ce qu'il veut être et dans quel monde il désire évoluer, et de tisser subjectivement une continuité entre celui qu'il a été et celui qu'il compte devenir. La *liminalité* des CTR donne consistance à ces périodes d'entre-deux de l'existence individuelle, qui se retrouvent sans cela grossièrement décrites comme le passage entre un *avant* et un *après*. Cette notion a été par ailleurs approfondie par l'anthropologue Victor Turner ([1969] 1990), pour lequel la liminalité se caractérise par les adverbes « *betwixt and between* ». Par ce double emploi de l'entre-deux, Turner désigne à la fois *la phase* centrale du processus de transition que constitue un rite de passage, *le lieu* dans lequel cette transition s'opère et *l'état* ressenti par la personne¹ qui l'effectue (Cook-Sather, 2006 : 110). De ce fait, non seulement le CTR est une institution « *betwixt and between* », mais il constitue aussi une étape dans le parcours d'un individu, et une expérience vécue à l'aune de la notion d'*entre-deux*. C'est un espace de mise à l'écart de la société tout en y étant inclus, un lieu qui est tout à la fois *un sas* préservant des dangers du monde extérieur et *le seuil* d'une nouvelle vie possible. Le changement d'espace de vie étant caractéristique du passage matériel et symbolique d'un statut social à un autre, il nous semble que le CTR peut également représenter temporellement ce que Martine Segalen caractérise comme une « période de marge », en écho à la notion d'« état transitoire » de Robert Hertz [1907] (Segalen, 2017 : 45-46).

Cette réflexion finale sur le CTR comme *institution liminaire* – pour l'individu qui y pénètre comme pour le corps social qui lui attribue certaines fonctions de passage ou de relégation – présente l'intérêt de déplacer la focale de l'aspect coercitif-identitaire de ces institutions vers l'interprétation de ce qu'elles peuvent réaliser : parvenir à faire appréhender sa vie comme un processus souple, comme un devenir et non un état définitif. Cela permet aussi d'attester que ce que réalisent sensiblement les professionnels des CTR, c'est tenter

¹ Par ailleurs, cette conception étend la portée du concept de liminalité à *tout objet ou situation* se situant dans cet entre-deux : « [d]es moments isolés, des périodes plus longues, voire des époques entières peuvent être considérés comme liminaux. La liminalité peut également s'appliquer à des individus isolés et à des groupes plus importants (cohortes ou villages), ou à des sociétés entières, voire à des civilisations entières » (Thomassen, 2014 : 89).

d'ouvrir des alternatives aux formes de vie existantes, au sein d'une société qui participe de leur configuration mais qui ouvre plus rarement le débat sur la perspective d'en changer. Ce qui requiert de mener toute une analyse sur comment changer le futur suppose d'être en mesure aussi (ou pas) de changer le passé. Ce dernier extrait pourrait en témoigner :

Romain (ES) – En même temps, on vit dans une société où on joue, on joue tout le temps, et souvent quand on échoue, on a du mal à croire que ce n'est pas *game over*. [...]

Brice – Mais parfois je suis un peu extrême dans mes raisonnements, parfois [au contraire] j'arrive à revenir dessus plus tard... Je me dis « j'aurais pu... ».

Romain – *Je vous demande pas de changer le passé.*

Brice – Non. *Mais je vais essayer d'avoir un futur à plusieurs possibilités.*

Cdt 2 – Métanoïa – 11/10/21, dernier entretien-bilan avec Brice

En définitive, les CTR se présentent comme des lieux où l'on peut apprendre à « gérer » le présent, et à envisager le futur. Des espaces liminaires où les usagers de drogues dépendants qu'ils étaient peuvent envisager « d'avoir un futur à plusieurs possibilités », qui inclut d'autres voies que celles du maintien d'une vie de dépendant. Ces institutions participent donc à la fabrication du devenir individuel, sans pour autant que ce devenir soit prévisible, complètement déterminé, ou à l'inverse complètement indistinct et non-modifiable. C'est aussi cette appréhension que transmettent les CTR à leurs hébergés et que ces derniers recherchent en partie. La réflexion sur leurs « erreurs » passées et sur leur possible désir de transformation identitaire ne doit pas occulter que l'utilisateur n'en sera pas moins « libre » de retourner vers la dépendance, une fois son séjour au CTR accompli. L'avenir qu'il se choisit lui appartient, comme la possibilité d'échouer, et d'apprendre de nouveau. Au dehors, il ne suffira pas de répéter un exercice cinq ou vingt fois effectué correctement en CTR, pour *faire le choix* de le rater, ou de le réussir de nouveau : le futur d'une existence individuelle demeure imprédictible, et échappe à toute tentative d'interprétation linéaire.

*

Bibliographie générale

- *Publications académiques, communications et ouvrages en sociologie, anthropologie, sciences de l'éducation, économie et marketing, philosophie – portant ou non sur l'univers des drogues et/ou de l'addictologie :*

ABALLEA François, 2005. « La professionnalisation inachevée des assistantes maternelles », *Recherches et Prévisions*, n°80 : 55-65.

ABBOTT Andrew, 2003. « Écologies liées : à propos du système des professions », in Menger P.-M. (dir.), *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Paris, Éditions de la Msh : 29-50.

ADAMIEC Camille, 2016. *Devenir sain : Des morales alimentaires aux écologies de soi*. Tours, Presses universitaires François-Rabelais.

AÏACH Pierre, FASSIN Didier, SALIBA Jacques, 1994. « Crise, pouvoir et légitimité », in Aïach P., Fassin D. (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris, Anthropos-Economica : 199-214.

AKRICH Madeleine, CALLON Michel, LATOUR Bruno Latour (éd.), 2006. *Sociologie de la traduction*. Paris, Presses des Mines.

ALIX Jean-Sébastien, 2012. « La performance comme marqueur d'une transformation des modes de subjectivation », *Empan*, vol. 87, no. 3 : 50-54.

ALIX Nicole [Entretien avec], 2019. « Le « nouvel esprit » des associations, ou l'entreprise associative en questions », *RECMA*, vol. 353, no. 3 : 59-73.

ALTHAUS Virginie, LADREYT Sébastien, LE HENAFF Yannick, MEZZA Joëlle, LHUILIER Dominique, 2020. « Chômage et usages de substances psychoactives », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 22, no. 1.

ANDRIEN Loïc, 2014. « Penser la gestion médico-sociale. Peut-on gérer un établissement social ou médico-social comme une entreprise ? », *Revue française de gestion*, vol. 243, no. 6 : 127-140.

ANTOINE Frédéric, 2010. « Le télé-coaching ou la légitimation de la télé-réalité », *Télévision*, vol. 1, no. 1 : 65-78.

ANTUNES LIMA Maria Elizabeth, 2017. « Les substances psychoactives au travail : de l'usage fonctionnel à l'addiction », in Crespin Renaud (dir.) *Se doper pour travailler*. Toulouse, Érès : 189-203.

ANTZE Paul, 1987. « 9. Symbolic action in Alcoholics Anonymous », in Douglas Mary (dir.), *Constructive drinking : perspectives on drink from anthropology*, London, Routledge: 149-181

ANZIEU Didier, MARTIN Jacques-Yves, [1968] 1990, *La dynamique des groupes restreints*, Paris, Presses Universitaires de France.

ARAB Abdelwahab, 2023, « La transformation de l'offre médico-sociale : effets et impacts sur les managers et équipes professionnelles du secteur de l'hébergement pour personnes adultes en situation de handicap », *Projectics*, vol. s, no. HS1 : 175-200.

ARDELET Caroline, VEG-SALA Nathalie, GOUDEY Alain, HAIKEL-ELSABEH Marie, 2017. « Entre crainte et désir pour les objets connectés : comprendre l'ambivalence des consommateurs ». *Décisions Marketing* 86, no. 2 : 31-46.

ARGYRIS Chris, SCHÖN Donald, 1978. *Organizational learning: A theory of action perspective*. Boston, Addison-Wesley Eds.

ASSAD Luce, 2014. « L'expérience du rétablissement en santé mentale : un processus de redéfinition de soi ». *Le sujet dans la cité* 5, no. 2 : 76-84.

ASTIER Isabelle, 2007. *Les nouvelles règles du social*. Paris, Presses Universitaires de France.

ASTIER Isabelle, 2008. « Écriture de soi, une injonction réflexive. L'exemple de la Validation des acquis de l'expérience. » *Sociologie et sociétés*, vol. 40, no. 2, automne : 51-68.

ASTIER Isabelle, DUVOUX Nicolas (dir.), 2006. *La société biographique : une injonction à vivre dignement*, Paris, L'Harmattan.

AVANZA Martina, 2008. « Comment faire de l'ethnographie quand on n'aime pas "ses indigènes" ? Une enquête au sein d'un mouvement xénophobe », In Bensa Alban (dir.) *Les politiques de l'enquête*. Paris, La Découverte : 41-58.

BAILLEAU Francis, GOURMELON Nathalie, MILBURN Philip, 2012. « "Comme un poisson dans l'eau". L'Éducation nationale au sein des Établissements pénitentiaires pour mineurs ». *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 59, no. 3 : 85-96.

BAJOIT Guy, 2007 « La Tyrannie du Grand ISA », in Soulet M. H. (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg, Academic Press Fribourg, Res Socialis, 31 : 17-31.

BARBIER Kathia, 2016. *Accessoires. L'invisibilisation des femmes dans les procédures pénales en matière de stupéfiants*, thèse de sociologie, Université Paris Saclay (COMUE).

BARRAULT Marion, 2013. « Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes », *Psychotropes*, vol. 19, no. 3-4 : 9-34.

BARRETT Robert, 1999. *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*. Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.

BARROCHE, Julien, 2008. « La subsidiarité : Le principe et l'application ». *Études*, 6, t. 408 : 777-788.

BASTIDE Jean, 2015. « Les mutations institutionnelles du monde associatif », *Mouvements*, vol. 81, no. 1 : 26-37.

BASZANGER Isabelle, 1986. « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 27, 1 : 3-27.

BASZANGER Isabelle, 1992. « Les chantiers d'un interactionnisme américain », Introduction à Anselm Strauss (dir.), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan.

BATESON Gregory, JACKSON Don D., HALEY Jay, WEAKLAND John H., 1956. « Vers une théorie de la schizophrénie », in Bateson G. (dir.) *Vers une écologie de l'esprit*. Paris, Seuil, 1980 : 345-365

BATESON Grégory, « La cybernétique du « soi » : une théorie de l'alcoolisme », in Bateson G. (dir.), [1971] 1980, *Vers une écologie de l'esprit*, Paris, Seuil.

BAUMAN Zygmunt, 1999. *Le coût humain de la mondialisation*. Paris, Hachette.

BAUMAN Zygmunt, 2006, *Vies perdues : La modernité et ses exclus*. Paris, Payot.

- BAYER Véronique, 2023. « Le genre dans le travail social. Focus sur les processus d'entrée, d'exercice et de mobilité des cadres », *Revue des politiques sociales et familiales*, vol. 146-147, no. 1-2 : 81-96.
- BECK François, 2004. « Usages illicites. Mesures d'une évolution », *Ceras - revue Projet* n°282.
- BECK François, LEGLEYE Stéphane, 2003 « Sociabilités, styles musicaux et usages de substances psychoactives à 18 ans », *Psychotropes*, vol. 9, no. 3-4 : 11-36
- BECK François, OBRADOVIC Ivana, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, LEGLEYE Stéphane, 2010. « Regards sur les addictions des jeunes en France », *Sociologie*, 1 : 517-535.
- BECK Ulrich, [1986] 2003. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion.
- BECK Ulrich, BECK-GERNSHEIM Elisabeth, 2002. *Individualization*. Londres, Sage Publications.
- BECKER Howard Saul, [1963] 2020. *Outsiders*. Paris, Métailié. 1^{ère} éd. française 1985 – édition augmentée.
- BECKER Howard Saul, 2002. *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte.
- BECKER Howard Saul, CEFAÏ Daniel, 2019. « A-t-il jamais existé un modèle de l'étiquetage ? La déviance comme problème social dans les années 1960. » *Sociologie et sociétés*, vol. 51, no. 1-2, printemps–automne : 277–320.
- BEETLESTONE Emma, LOUBIERES Céline, CARIA Aude, 2011. « Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques », *Santé Publique*, vol. 23, no. HS : 141-153.
- BELLOT Céline, RIVARD Jacinthe, 2007. « L'intervention par les pairs. Un enjeu multiple de reconnaissance », in E. Baillergeau E, Bellot C (dir.), *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?* Québec, Presses de l'Université du Québec.
- BENOIST Jean, 2007. « Logiques de la stigmatisation, éthique de la destigmatisation », *L'information psychiatrique*, vol. 83, no. 8 : 649-654.
- BENOIT Jean-Claude, 2005. *Double lien, schizophrénie et croissance. Gregory Bateson à Palo Alto*. Toulouse, Érès.
- BENQUET Marlène, MARICHALAR Pascal, MARTIN Emmanuel, 2010. « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », *Sociétés contemporaines*, vol. 79, no. 3 : 121-143.
- BERGER Peter, LUCKMANN Thomas, [1966] 2018. *La Construction sociale de la réalité*. Malakoff, Armand Colin.
- BERGERON Henri, 1999. *L'État et la Toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Paris, Presses Universitaires de France.
- BERGERON Henri, CASTEL Patrick, NOUGUEZ Étienne, 2013. « Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière : Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité. » *Revue française de sociologie*, 54 (2) : 263-302.
- BERGERON Henri, CASTEL Patrick, DUBUISSON-QUELLIER Sophie, LAZARUS Jeanne, NOUGUEZ Étienne, PILMIS Olivier, 2018. *Le Biais comportementaliste*. Paris, Presses de Sciences Po.
- BERLINER David, 2013. « Le désir de participation ou Comment jouer à être un autre », *L'Homme*, 206 : 151-170.
- BERLINER David, 2022. *Devenir autre. Hétérogénéité et plasticité du soi*. Paris, La Découverte.
- BERLIVET Luc, 2007. « Les démographes et l'alcoolisme. Du « fléau social » au « risque de santé » », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 95, no. 3 : 93-113.

- BERNARD Julien, 2013. « Une histoire de la sociologie des émotions ? » in Fernandez F., Lézé S., Marche H., (dir.), *Les émotions. Une approche de la vie sociale*. Paris, Editions des archives contemporaines : 7-29.
- BERTRAND David, 2018. « L'essor du féminisme en ligne. Symptôme de l'émergence d'une quatrième vague féministe ? », *Réseaux*, vol. 208-209, no. 2-3 : 232-257.
- BESOZZI Thibaut, 2020. « « Dans la rue, il y a de plus en plus de femmes. » », *Idées reçues sur les SDF. Regard sur une réalité complexe*. Paris, Le Cavalier Bleu : 45-50.
- BESSIN Marc, 2005. « Le travail social est-il féminin ? », in J. Ion. (dir.) *Le travail social en débat(s)*. Paris, La Découverte : 152-169.
- BEULNE Thierry, DANDOY Stéphanie, 2009. « La place de l'ESAT dans la réadaptation sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap psychique », in Gérard Zribi (éd.), *Les handicaps psychiques. Concepts, approches, pratiques*. Presses de l'EHESP : 71-84.
- BLANC Alain, 1999. *Les handicapés au travail*, Paris, Dunod.
- BLATTERER Harry, 2007. *Coming of age in times of uncertainty*. Oxford, New York: Berghahn Books.
- BLUM Pauline, NEUBERG Samuel, 2019. « Les temps retrouvés de l'insertion », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1, 226-227 : 104-119
- BODIN Romuald, 2018. *L'Institution du handicap. Esquisse pour une théorie sociologique du handicap*. Paris, La Dispute.
- BONETTI Michel, de GAULEJAC Vincent, 1988. « L'individu, produit d'une histoire dont il cherche à devenir le sujet », *Espaces Temps*, 37 : 55-63
- BONHOMME Julien, 2003. *Le miroir et le crâne. Le parcours rituel de la société initiatique Bwete Misoko (Gabon)*. Thèse en anthropologie sociale et ethnologie, EHESS.
- BONNEMÈRE Pascale, 2015. *Agir pour un autre. La construction de la personne masculine en Papouasie Nouvelle-Guinée*. Aix-en-Provence, Presses Universitaires de Provence.
- BORELLE Céline, 2016. « La controverse autour de l'autisme. Les associations de parents et la qualification du handicap de l'enfant », in Valérie Boucherat-Hue (éd.), *Handicap psychique : questions vives*. Éres : 73-86.
- BORNSTEIN Erica, 2006. « Charitable Choice. L'humanitarisme et les politiques de la foi », *Vacarme*, 1 n° 34 : 189-193
- BOUCAND Marie-Hélène, 2011. *Dire la maladie et le handicap. De l'épreuve à la réflexion éthique*. Toulouse, Éres.
- BOUCHER Guy, 2015. *La Participation. Les GEM, un modèle exemplaire*. Nîmes, Champ social.
- BOUDIER Fabienne, BENSEBAA Faouzi, JABLANCZY Adrienne, 2012. « L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante », *Innovations*, vol. 39, no. 3 : 13-25.
- BOUHNİK Patricia, 1996. « Système de vie et trajectoires des consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé. », *Communications*, 62 : 241-25.
- BOUHNİK Patricia, 2008. « Héroïne et consommations de précarité dans la France des années 1990-2000. Généalogie du processus de relégation aux psychotropes », *Déviance et Société*, vol. 32, no. 3 : 267-284.
- BOURDIEU Pierre, 1977, « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps », *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 14, avril : 51-54.
- BOURDIEU Pierre, 1979. *La Distinction*, Paris, Editions de Minuit.

- BOURDIEU Pierre, 1980. *Le sens pratique*. Paris, Editions de Minuit.
- BOURDIEU Pierre, 1982(a). « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 43, juin : 58-63
- BOURDIEU Pierre, 1994. *Raisons pratiques, sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil.
- BOURGOIS Philippe, [1995] 2013. *En quête de respect. Le crack à New York*, Paris, Seuil.
- BOURGOIS Philippe, 2002. « Violence, respect et sexualité chez les revendeurs de crack portoricains d'East Harlem », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 18, no. 3 : 5-5.
- BOYD Susan, 2004. « Femmes et drogues. Survol des lois et des conflits mères/État aux États-Unis et au Canada », *Psychotropes*, vol. 10, no. 3-4 : 153-172.
- BOZON Michel, 2002. « Des rites de passage aux « premières fois ». Une expérimentation sans fins. », *Agora débats/jeunesses*, 28 : 22-33.
- BRACKE Rudy, 2008. « L'organisation des CT », in Georges van der Straten, Broekaert Eric (dir.), *La nouvelle communauté thérapeutique*, Louvain-La-Neuve, Bruylant-Academia.
- BREVIGLIERI Marc, 1999. *L'usage et l'habiter. Contribution à une sociologie de la proximité*, Thèse de doctorat, EHESS.
- BREVIGLIERI Marc, 2005. « Bienfaits et méfaits de la proximité dans le travail social. » in Jacques Ion (dir.) *Le travail social en débat(s)*, Paris, La Découverte : 219-234
- BREVIGLIERI Marc, 2008. « L'individu, le proche et l'institution. Travail social et politique de l'autonomie », *Informations sociales*, vol. 145, no. 1 : 92-101.
- BREVIGLIERI Marc, 2012. « La juste distance et l'enjeu du "bien habiter" dans le soin et l'aide à domicile », *Contact. La revue de l'aide et des soins à domicile*, n°131 : 15-18.
- BREVIGLIERI Marc, PATTARONI Luca, STAVO-DEBAUGE Joan, 2003. « Quelques effets de l'idée de proximité sur la conduite et le devenir du travail social. », *Revue suisse de sociologie*, 29 : 141-157.
- BRODY AYMERIC, 2022. « Devenir "joueur compulsif" : analyse sociologique du récit de vie d'un membre des Joueurs Anonymes », *Sciences sociales et santé*, vol. 40, no. 2 : 71-94.
- BRONSARD Guillaume, BRUNEAU Nathalie, 2015. « Dans les Maisons des adolescents, mixité et ouverture se dosent », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 91, no. 1 : 79-88.
- BROSSARD Baptiste, 2019. "Why mental disorders flourish and wither: Extending the theory of ecological niches", *Social Science & Medicine*, Volume 237, 112445.
- BOULET Elsa, 2018. « Avant que l'enfant paraisse. La grossesse en milieu populaire, entre reconduction et renforcement des rapports de domination. » *Genèses. Sciences sociales et histoire*, Belin, La production quotidienne du genre en milieu populaire : 30-49.
- BUREAU-POINT Eve, HERMANN-MESFEN Judith, 2014. « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 8, mis en ligne le 06 avril 2021.
- CAIATA ZUFFEREY Maria, 2006. *De la toxicomanie à la conventionalité. Sociologie des sorties de la drogue à l'époque de la réduction des risques*, Zürich, Editions Seismo.
- CALLON Michel, 1986. « Éléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique*, 36 : 169-208.
- CANCE Caroline, PLOOG Katja, 2020. « La coconstruction discursive des objets de soin en addictologie : du protocole de soin en unité méthadone à la santé globale », *Langage et société*, vol. 169, no. 1 : 103-128.

- CANDEA Matei, 2011. "Endo/Exo", *Common Knowledge* 17, 1 : 146-150.
- CANDEA Matei, 2016. « De deux modalités de comparaison en anthropologie sociale », *L'Homme*, 218 : 183-218.
- CARDI Coline, « Le contrôle social réservé aux femmes : entre prison, justice et travail social », *Déviance et Société*, vol. 31, no. 1, 2007 : 3-23.
- CARDI Coline, 2015. « Les habits neufs du familialisme Ordre social, ordre familial et ordre du genre dans les dispositifs de soutien à la parentalité », *Mouvements*, 2 n° 82 : 11-19
- CARDI Coline, PRUVOST Geneviève, 2008. *Penser la violence des femmes*, Paris, La Découverte.
- CASTEL Robert, 1973. *Le psychanalysme*. Paris, Maspero.
- CASTEL Robert, [1981] 2011, *La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*. Paris, Editions de Minuit.
- CASTEL Robert, 1990. « Le roman de la désaffiliation. À propos de Tristan et Iseult », *le Débat*, n° 61 : 152-164.
- CASTEL Robert, 2003. *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris, Editions du Seuil.
- CASTEL Robert, 2010. « 25. Individu par excès, individu par défaut », in Christian Le Bart *et al.* (éd), *L'individu aujourd'hui*. Rennes, Presses universitaires de Rennes : 293-305
- CASTEL Robert, COPPEL Anne, 1991. « Les contrôles de la toxicomanie », in A. Ehrenberg (éd.), *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, Esprit : 237-256
- CASTEL Robert, BENARD-PELLEN M., BONNEMAIN C., BOULLENGER N., COPPEL A., LECLERC G., OGIEN A., WEINBERGER M., 1998. *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg, Éditions Universitaires de Fribourg.
- CASTRO Sami, ALIX Nicole, 1990. *L'Entreprise associative. Aspects juridiques de l'intervention économique des associations*. Paris, Economica.
- CHAMBOREDON Jean-Claude, 2015. *Jeunesse et classes sociales*. Paris, Éditions Rue d'Ulm.
- CHANTRAINE Gilles, 2004 (a), « Prison, risque, contrôle. Mutations de l'emprise carcérale », *Ecorev* n°15 [En ligne] ; URL : [Prison, risque, contrôle - Revue Critique d'Ecologie Politique \(ecorev.org\)](http://Prison_risque_contrôle_-_Revue_Critique_d'Ecologie_Politique_(ecorev.org))
- CHANTRAINE Gilles, 2004 (b), « Prison et regard sociologique », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. I ; mis en ligne le 26 novembre 2005.
- CHANTRAINE Gilles, 2006, « La prison post-disciplinaire », *Déviance et Société*, 30, 3 : 273-288.
- CHANTRAINE Gilles, MARY Philippe, 2006. « Introduction. Prisons et mutations pénales, nouvelles perspectives d'analyse », *Déviance et Société*, vol. 30, no. 3 : 267-271.
- CHANTRAINE Gilles, SALLÉE Nicolas, 2013. « Éduquer et punir. Travail éducatif, sécurité et discipline en établissement pénitentiaire pour mineurs », *Revue française de sociologie*, vol. 54, no. 3 : 437-464.
- CHAPOULIE Jean-Michel, 1997. « La conception de la sociologie empirique d'Everett Hughes », *Sociétés contemporaines*, no. 27 : 97-109.
- CHARLES Aline, 2011. « Catégories en mouvement dans le Canada du XXe siècle : activité, inactivité, genre et âge. », in Marry Catherine, Degenne Alain, Moulin Stéphane (éd.), *Les catégories sociales et leurs frontières*. Québec, Presses de l'Université Laval : 271-304.
- CHARLIER Émilie, SANDRON Lolita, 2018. « Les pairs aidants : vecteurs ou victimes de précarisation du travail social ? », *Le Sociographe*, vol. 64, no. 4 : 71-83.

- CHAUMONT Jean-Michel, 1997. *La concurrence des victimes. Génocide, identité, reconnaissance*, Paris, La Découverte.
- CHAUMONT Jean-Michel, 2000. « Du culte des héros à la concurrence des victimes. » *Criminologie*, vol. 33, no. 1, printemps : 167-183
- CHAUVENET Antoinette, 2006. « Privation de liberté et violence : le despotisme ordinaire en prison », *Déviance et Société*, vol. 30, no. 3 : 373-388.
- CHAUVIÈRE Michel, 2003. « Parents, institutions et professionnels Entre concurrence et relations de service. », *Enfances & Psy*, 1, no. 21 : 13-22.
- CHAUVIÈRE Michel, 2012. « Chapitre 7. Des supports de l'individu moderne à la casse des métiers. », in Castel Robert, Martin Claude (dir.), *Changements et pensées du changement. Echanges avec Robert Castel*, Paris, La Découverte : 120-132.
- CHÉRONNET Hélène, 2009. « La féminisation du métier d'éducateur spécialisé » *Diversité*, n°158 : 48-54.
- CHÉRONNET Hélène, 2020. « Les salles de consommation à moindre risque : un déplacement des frontières entre normaux et stigmatisés ? », *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, 10 : 57-69
- CHIAPELLO Eve, 1996. « Les typologies des modes de contrôle et leurs facteurs de contingence : un essai d'organisation de la littérature », *Comptabilité Contrôle Audit*, 2, 2 : 51-74.
- CHOMSKY Noah, EDWARD Herman, [1988] 2008, *La Fabrication du consentement. De la propagande médiatique en démocratie*. Marseille, Editions Agone.
- CICCHELLI Vincenzo, MERICO Maurizio, 2007. « Le passage tardif à l'âge adulte des Italiens : entre maintien du modèle traditionnel et individualisation des trajectoires biographiques », *Horizons stratégiques*, vol. 4, no. 2 : 70-87.
- CICOUREL Aaron V., 2002. *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*. Paris, Editions du Seuil.
- CLAIR Isabelle, 2016. « La sexualité dans la relation d'enquête. Décryptage d'un tabou méthodologique », *Revue française de sociologie*, vol. 57, no. 1 : 45-70.
- CLOUTIER Guylaine, MAUGIRON Philippe, 2016. « La pair aide en santé mentale : l'expérience québécoise et française », *L'information psychiatrique*, vol. 92, no. 9 : 755-760.
- COBB Roger W., ELDER Charles D., 1972, *Participation in American politics. The dynamics of agenda-building*, Baltimore: Allyn and Bacon.
- COGNET Martine, 2017. « Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques », *Cahiers de la LCD*, vol. 5, no. 3 : 25-42.
- COMBES-JORET Monique, LETHIELLEUX Laëtitia, 2017. « Les associations du secteur social et médico-social. Entre créativité et normalisation », *RECMA*, vol. 344, no. 2 : 23-24.
- CONNAC Sylvain, 2018. « Servigne, P., Chapelle, G. (2017). *L'entraide - L'autre loi de la jungle*. Paris : Les liens qui libèrent. », *Éducation et socialisation* [En ligne], 48, mis en ligne le 01 juin 2018.
- CONNELL Raewyn, 2014. *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris, Éditions Amsterdam.
- COOK-SATHER Alison, 2006. "Newly Betwixt and between: Revising Liminality in the Context of a Teacher Preparation Program." *Anthropology & Education Quarterly*, vol. 37, no. 2 : 110-127.
- COPPEL Anne, 1996. « Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France. », *Communications*, 62. « Vivre avec les drogues » (sous la direction de Alain Ehrenberg) : 75-108.
- COURTINE Jean-Jacques, HAROCHE Claudine, 1988. *Histoire du visage. XVI^e-début du XIX^e siècle*, Paris, Payot Rivages.

COUTANT Isabelle, WANG Simeng (dir.), 2018. *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*. Paris, CNRS éditions.

COUTURIER Lydie, 2014. « L'enfermement des aliénés : l'asile de Stephansfeld (Bas-Rhin, 1835-1860) et la loi de 1838 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, N° 7, 1 : 58-79.

DALGALARRONDO Sébastien, FOURNIER Tristan, 2019. « Introduction. Les morales de l'optimisation ou les routes du soi », *Ethnologie française*, vol. 49, no. 4 : 639-651.

DALTON G.V., LAWNRENCE P.R., 1971. *Motivation and Control in Organizations*, Homewood, Illinois, Irwin and Dorsey.

DAMASIO Antonio, 1995. *L'erreur de Descartes*, Paris, Odile Jacob.

DARGÈRE Christophe, 2014. *Vivre et travailler en institution spécialisée. La question de la prise en charge*, Lyon, Chronique sociale.

DARMON Muriel, 2008 (a). *Devenir anorexique. Une approche sociologique*. Paris, La Découverte

DARMON Muriel, 2008 (b), « La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation », *Politix*, vol. 82, no. 2 : 149-167

DARMON Muriel, 2011. *Conversions. Pour une sociologie des transformations individuelles*, mémoire d'HDR, Ecole Normale Supérieure de Lyon.

DARMON Muriel, 2015. *Classes préparatoires. La fabrique d'une jeunesse dominante*. Paris, La Découverte.

DARMON Muriel, 2016. *La socialisation*. Paris, Armand Colin.

DARMON Muriel, 2021. *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et récupérations post-AVC*. Paris, La Découverte.

DARTIGUENAVE Jean-Yves, 2010. *Pour une sociologie du travail social*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

DAVIDSON Donald, [1970] 1993. « Comment la faiblesse de la volonté est-elle possible ? », in *Actions et Événements*. Paris, Presses Universitaires de France : 37-65.

DAVIDSON Larry, RAKFELDT Jaak, STRAUSS John, 2010. *The Roots of the Recovery Movement in Psychiatry: Lessons Learned*. Oxford, Wiley Blackwell.

DAYAN Clémence, SCELLES Régine, 2021. *Handicap et relations entre pairs : la solitude n'est pas une fatalité*. Toulouse, Érès.

DEAUVIEAU Jérôme, TERRAIL Jean-Pierre, 2020. « L'école unique à la française : dispositifs pédagogiques et inégalités sociales », *Sociologie*, vol. 11, no. 2 : 167-187.

DECHAMP-LE ROUX Catherine, 1994. « Vocation médicale et choix professionnel », in Aïach P., Fassin D. (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris, Anthropos-Economica : 87-119.

DEEGAN Patricia, 1993. "Recovering our sense of value after being labelled mentally ill.", *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31(4) : 7-11.

DEJOUR Alain, 2021. « Une certification Patient-Expert Addictions au carrefour du savoir expérientiel du patient rétabli de ses conduites addictives et des activités des acteurs des soins », *Psychotropes*, vol. 27, no. 1-2 : 77-94.

DEJOURS Christophe, 1998. *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Editions du Seuil.

DELAUNAY Marie, « "C'est à nous de montrer notre intérêt à l'équipe de soins". Négocier sa place en tant que patiente partenaire en oncologie », communication au séminaire « Les territoires de la santé » organisé par Nadège Vézinat et Nicolas Duvoux, EHESS - 30 janvier 2024 (suivie en visioconférence).

- DELEUZE Gilles, 1972. « Préface » in Guattari Félix, *Psychanalyse et transversalité*, Paris, Editions Maspero.
- DELEUZE Gilles, 2002. *L'Île déserte et autres textes (Textes et entretiens 1953-1974)*, Paris, Editions de Minuit.
- DEMAILLY Lise, 2014. « Les médiateurs pairs en santé mentale », *La nouvelle revue du travail*, 5 [En ligne], mis en ligne le 11 novembre 2014.
- DEMAILLY Lise, 2019. « Le champ houleux de l'autisme en France au début du XXI^{ème} siècle », *SociologieS* [En ligne], 2019, La recherche en actes, mis en ligne le 27 février 2019.
- DEMAILLY Lise, 2020. « Les pratiques des médiateurs de santé-pairs en santé mentale », *Rhizome*, vol. 75-76, no. 1-2 : 37-46.
- DEMAILLY Lise, GARNOUSSI Nadia (dir.), 2016. *Aller mieux. Approches sociologiques*, Lille, Presses universitaires du Septentrion.
- DEMAILLY Lise, BELART Claire, DECHAMP LE ROUX Catherine, DEMBINSKI Olivier, FARNARIER Cyril, GARNOUSSI Nadia, SOULE Jérémie, CASSAN Damien, 2014. « Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée. Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014 », CCOMS.
- DEMAZEUX Steeves, 2013. *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*. Paris, éditions Ithaque.
- DEPRAZ Nathalie, 1993. « L'ethnologue, un phénoménologue qui s'ignore ? L'apport de la phénoménologie aux sciences sociales », *Genèses*, 10 : 108-123.
- DERRIDA Jacques. « Qu'est-ce que la déconstruction ? », 2004. *Commentaire*, vol. 108, no. 4 : 1099-1100.
- DEUTSCH Claude, 2015. « L'empowerment en santé mentale », *Sciences & Actions Sociales*, vol. 1, no. 1 : 15-30.
- DEVRESSE Marie-Sophie, 2006. *Usagers de drogue et justice pénale. Constructions et expériences*, Bruxelles, Larcier.
- DIEDERICH Nicole, 2004. *Les naufragés de l'intelligence*. Paris, La Découverte.
- DIVAY Sophie, 2012. « La professionnalisation dormante de la médiation sociale », *Informations sociales*, vol. 170, no. 2 : 102-108.
- DODIER Nicolas, 2005. « L'espace et le mouvement du sens critique », *Annales. Histoire et sciences sociales*, vol.60, n°1 : 7-31.
- DODIER Nicolas, DARBON Sébastien, 1985. « Eliot Freidson, La profession médicale », *Sciences sociales et santé*, Volume 3, n°1 : 129-143.
- DOMINGUE Jean-Laurent, JACOB Jean Daniel, PERRON Amélie, PARISEAU-LEGAULT Pierre, FOTH Thomas, 2020. « (Re)construction identitaire et pratique infirmière en psychiatrie légale : réflexion critique sur les commissions d'examen », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 143, no. 4 : 118-126.
- DONSKOY Anne-Laure, « La saisie de la voix des usagers et des survivants de la psychiatrie dans le domaine de la recherche », *Vie sociale*, vol. 20, no. 4, 2017 : 179-196.
- DOS SANTOS Marie, 2016 (a). *Usages de traitements de substitution aux opiacés : étude comparative : France, Suisse et Québec*, thèse de sociologie, université de Strasbourg.
- DOS SANTOS Marie, 2016 (b). « L'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque. Un défi pour les professionnels de l'addictologie ». *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1, no. 21 : 63-74.
- DOS SANTOS Marie, 2017. « S'engager en tant que pairs au sein d'une structure pour usagers de drogues : la place des savoirs expérientiels », *Vie sociale*, vol. 20, no. 4 : 223-238.

- DOUGLAS Mary, [1966] 2001. *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte.
- DOUGLAS Mary, 1999. *Comment pensent les institutions*. Paris, La Découverte.
- DUBAR Claude, 1991. *La socialisation. Construire des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin.
- DUBAR Claude, 2000. « La catégorie de jeunesse », *Informations Sociales*, no. 84 : 28-37.
- DUBAR Claude, 2006. *Faire de la sociologie : un parcours d'enquêtes*. Paris, Belin.
- DUBET François, 2002. *Le Déclin de l'institution*. Paris, Editions du Seuil.
- DUBET François, 2011. « Égalité des places, égalité des chances », *Études*, 1, t. 414 : 31-41.
- DUBET François, 2018. Conférence débat François DUBET « Égalité des chances, égalité des places » [En ligne], CLPS Namur. URL : [Conférence débat François DUBET Égalité des chances, égalité des places \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=...)
- DUJARIER Marie-Anne, [2006] 2018. *L'idéal au travail*. Paris, Presses Universitaires de France.
- DUPONT Luc, 2007. « Les facteurs sociaux et psychologiques », in *Téléréalité : Quand la réalité est un mensonge*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal : 79-93.
- DUPREZ Dominique, KOKOREFF Michel, 2000. *Les mondes de la drogue. Usages et trafics dans les quartiers*. Paris, Odile Jacob.
- DURKHEIM Émile, [1893] 2007. *De la division du travail social*, Paris, Presses Universitaires de France.
- DURKHEIM Émile, [1897] 1995. *Le Suicide*. Paris, Presses Universitaires de France.
- DURKHEIM Émile, [1912], 2008. *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris, CNRS Éditions.
- DUROUCHOUX Luc, 2009. « Les associations de prévention en France », *Après-demain*, vol. 10, nf, no. 2 : 42-45.
- DUTILLEUL Brandon, 2023. « La « régulation des consommations » en addictologie : vers un nouveau paradigme socio-éducatif ? », *Sciences & Actions Sociales*, vol. 19, no. 1 : 139-156.
- DUVOUX Nicolas, 2009. *L'Autonomie des assistés. Sociologie des politiques d'insertion*. Paris, Presses Universitaires de France.
- EBGUY Robert, 2008. *Je hais le développement personnel*, Paris, Eyrolles.
- EHRENBERG Alain, [1991] 2003. *Le Culte de la Performance*. Paris, Calmann-Lévy.
- EHRENBERG Alain, 1995. *L'individu incertain*, Paris, Hachette.
- EHRENBERG Alain, 1996. « Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques », in *Communications*, 62 : 5-26.
- EHRENBERG Alain, 1997. « Mythologies de la souffrance et gouvernement de soi », Michel Montheil (éd.), *Écouter l'angoisse*. Le Bouscat, L'Esprit du temps : 63-74.
- EHRENBERG Alain, 1998 (a). « Questions croisées », in A. Ehrenberg (dir.), *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*. Paris, Éditions Esprit : 7-28.
- EHRENBERG Alain, 1998 (b). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG Alain, 2010. *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG Alain, 2018. *La mécanique des passions. Cerveau, comportement, société*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG Alain, 2021. « Neurosciences cognitives et idéaux d'autonomie. », *Revue française de psychanalyse*, 1, vol. 85 : 93-103.
- EHRENBERG Alain, 2023. « Une petite dose de conservatisme est indispensable aux sociologues... », *Zilsel*, vol. 12, no. 1 : 203-242.
- ELIADE Mircea, [1976] 1992. *Initiation, rites, sociétés secrètes*. Paris, Gallimard.

- ELIAS Norbert [1975] 1994 *La Dynamique de l'Occident*. Paris, Calmann-Lévy.
- ELIAS Norbert, 1991. *La société des individus*. Paris, Fayard.
- ELIASOPH Nina, 2009. « Rendre publique l'intimité et mesurer le « travail de volontariat ». L'enchevêtrement d'horizons moraux dans un « programme d'engagement civique pour la jeunesse » aux Etats-Unis » (traduction Delphine Moreau), in Molinier P., Laugier S., Paperman P., *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris, Payot : 201-231.
- ENGLEBERT Jérôme, 2017. « L'adaptation du pervers et du psychopathe : compréhension phénoménologique et éthologique », *PSN*, vol. 15, no. 3 : 33-46.
- EVANS-PRITCHARD Edward E., [1951] 1969. *Anthropologie sociale*. Paris, Payot.
- EWALD François, 1986. *L'Etat providence*. Paris, Grasset.
- FABLET Dominique, 2007. « Présentation. La formation des travailleurs sociaux : nouvelles approches », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 40, no. 1 : 7-12.
- FALQUET Jules, 2015. « Le capitalisme néo-libéral, allié des femmes ? Perspectives féministes, matérialistes et imbricationniste » in *Sous le développement du genre*, Paris, IRD Editions : 365-388
- FALQUET Jules, 2016. « Entretien avec Jules Falquet : Matérialisme féministe, crise du travail salarié et imbrication des rapports sociaux », *Cahiers du GRM [En ligne]*, 10, mis en ligne le 7 décembre 2016.
- FALQUET Jules, 2020. *Imbrication. Femmes, race et classe dans les mouvements sociaux*. Vulvaine sur Seine : Éditions du Croquant.
- FANCHINI Agathe, MAURICE Aurélie, 2021. « Devenir médiateur de santé-pair : faire de l'expérience des troubles psychiques une source d'empowerment ? », *Revue française des affaires sociales*, no. 2 : 169-194.
- FARGES Éric, 2002. *Les États face aux drogues. Analyse de la transition des politiques publiques en matière de toxicomanie au modèle de la réduction des risques. Étude comparative entre la France et l'Italie*, mémoire de sciences politiques, Université Pierre Mendès France, IEP Grenoble.
- FARMER Paul, [1992] 1996, *AIDS and Accusation : Haiti and the Geography of Blame*, Berkeley, University of California Press - traduction française : *Sida en Haïti - La victime accusée*, Paris, Éditions Karthala.
- FASSIN Didier, 2000. « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 55(5) : 955-981.
- FAUGERON Claude, KOKOREFF Michel, 1999. « Les pratiques sociales des drogues : éléments pour une mise en perspective des recherches en France », *Sociétés contemporaines*, no.36 : 5-17.
- FAVRET Jeanne, 1990. « Être affecté », *Gradhiva : revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie*, n°8 : 3-9.
- FEELEY Malcolm, SIMON Jonathan, 1992, « The New Penology : Notes on the Emerging Strategy of Corrections and Its Implications », *Criminology*, 30, 4 : 449-474.
- FERNANDES PEREIRA Patrice, SIMON Catherine, 2017. « Consommations de substances psycho-actives en milieu carcéral : étude qualitative rétrospective », *Psychotropes*, vol. 23, no. 2 : 35-56.
- FERNANDEZ Fabrice, 2010. *Emprises. Drogues, errance, prison : figures d'une expérience totale*, Bruxelles, Larcier.
- FERNANDEZ Fabrice, 2012. « 16. « Responsables de quoi ? ». Le travail moral des usagers de drogue précarisés », Didier Fassin (éd.), *Economies morales contemporaines*. Paris, La Découverte : 355-376.
- FERNANDEZ Fabrice, 2015. « Lorsque la prison (se) rend justice. Le traitement contemporain de l'indiscipline carcérale », *Déviance et Société*, 39, 4 : 379-404

FERNANDEZ Fabrice, MARCHE Hélène, 2013. « Chap. 6. Le façonnement socio-sanitaire des émotions », in Fernandez F., Lézé S., Marche H. (dir.), *Les émotions. Une approche de la vie sociale*. Paris, Editions des archives contemporaines : 87-107.

FEUGÈRE Adriana, 2005. *Sport. Toxicomanie. Architecture. Un centre thérapeutique résidentiel pour toxicomanes*, mémoire d'architecture (archives de l'hôpital Marmottan).

FEYEUX Alice, 2021. « La fabrique psychiatrique (des troubles) du genre », *Sociétés contemporaines*, vol. 121, no. 1 : 111-138.

FLORA Luigi, BRUN Philippe, 2020. « Naissance de la pair-aidance en France : les médiateurs de santé-pair. » *Pratiques en santé mentale*, 3, 66e année : 14-19.

FONTAINE Astrid, 2006. *Double vie. Les drogues et le travail*, Paris, Les Empêcheurs de tourner en rond.
FONTAINE Astrid, 2008. « Des usagers de drogues qui travaillent ou des salariés qui se droguent ? », *VST - Vie sociale et traitements*, 2 no. 98 : 42 -51.

FORAY Philippe, 2017. « Autonomie », *Le Télémaque*, vol. 51, no. 1 : 19-28.

FORTANÉ Nicolas, 2007. « De l'alcoologie à l'addictologie : institutionnalisation d'une réforme de santé publique et transformations du champ médical », *Sociologie Santé*, n° 27 : 73-94.

FORTANÉ Nicolas, 2010. « La carrière des « addictions ». D'un concept médical à une catégorie d'action publique », *Genèses*, vol. 78, no. 1 : 5-24.

FORTANÉ Nicolas, 2011. *Genèse d'un problème public : les « addictions ». : D'un concept médical à une catégorie d'action publique ou la transformation des drug policies contemporaines*, thèse en science politique, Université de Lyon 2.

FORTANÉ Nicolas, 2014(a). « La carrière politique de la dopamine. Circulation et appropriation d'une référence savante dans l'espace des drug policies », *Revue française de science politique*, vol. 64, no. 1, 2014 : 5-28.

FORTANÉ Nicolas, 2014(b). « La (les) trajectoire(s) du changement La naissance de l'addictologie. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 4, no. 205 : 42-57

FOUCAULT Michel, [1967] 1984 [« Des espaces autres. »](#) Conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967, in *Architecture, Mouvement, Continuité*, no 5 : 46-49. – tome IV des *Dits et Ecrits* [pour plus de facilité dans la numérotation des pages, nous suivrons la version publiée par la revue *Empan*, vol. 54, no. 2, 2004 : 12-19.]

FOUCAULT Michel, 1971. *L'Ordre du discours*. Paris, Gallimard.

FOUCAULT Michel, 1975. *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard.

FOUCAULT Michel, 1976 *Histoire de la Sexualité. 1. La Volonté de Savoir*. Paris, Gallimard.

FOUCAULT Michel, 1977, « Le jeu de Michel Foucault », in *Ornicar ?*, *Bulletin Périodique du champ freudien*, no 10, juillet [repris in. *Dits et Ecrits tome III : 1976-1979*, Paris, Gallimard, 1994]

FOUCAULT Michel, 1986. « *Omnes et singulatim* : Vers une critique de la raison politique », *Le Débat*, 4, no. 41 : 5-36.

FOUCAULT Michel, 1999. *Les anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*, Paris, EHESS/Gallimard/Seuil.

FOUCAULT Michel, [1988] 2001, « Les techniques de soi », in *Dits et écrits (1980-1988)*, tome IV, texte n° 363, Paris, Gallimard : 1602-1632.

FOUCAULT Michel, 2001. *L'herméneutique du sujet. Cours au Collège de France (1981-1982)*. Paris, Seuil/Gallimard.

FOUCAULT Michel, 2008. *Le Gouvernement de soi et des autres. Cours au Collège de France (1982-1983)*. Paris, Seuil/Gallimard.

FOUCAULT Michel, 2009. *Le Corps utopique*. Suivi de *Les Hétérotopies*, Paris, Lignes.

FRANSSEN Abraham, 2005. « État social actif et métamorphoses des identités professionnelles. Essai de typologie des logiques de reconstruction identitaire des travailleurs sociaux », *Pensée plurielle*, vol. n° 10, no. 2 : 137-147.

FREIDSON Eliot, 1984. *La profession médicale*. Paris, Payot.

GALLAND Olivier, [1984] 1996, *Les jeunes*. Paris, La Découverte

GALLAND Olivier, 1990, « Un nouvel âge de la vie », *Revue Française de Sociologie* (XXXI) : 529-551.

GALLAND Olivier, 1995, « Une entrée de plus en plus tardive dans la vie adulte », *Économie et statistiques*, no. 283-284, mars-avril : 33-52

GALLAND Olivier, 2006. *Sociologie de la jeunesse*. Paris, Armand Colin.

GALLAND Olivier, 2008. « Une nouvelle adolescence », *Revue française de sociologie*, vol. 49, no. 4 : 819-826.

GALLAND Olivier, 2010, « Introduction. Une nouvelle classe d'âge ? », *Ethnologie française*, vol. 40, no. 1 : 5-10.

GALLOIS Florence, 2023. « Les associations du secteur social et médico-social : une analyse par les médiations institutionnelles », *Revue de la régulation* [En ligne], 34, mis en ligne le 11 juillet 2023.

GARDELLA Édouard, LAPORTE Anne, LE MENER Erwan, 2008. « Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri. Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 26, no. 3 : 35-46.

GARDIEN Ève, 2010. « L'émergence en France des mouvements de pairs-représentants », *Journal des anthropologues*, 122-123 : 87-114

GARDIEN Ève (dir.), 2021. *L'accompagnement et le soutien par les pairs. Enjeux de participation et de professionnalisation*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

GARFINKEL Harold, 1956. "Conditions of successful degradation ceremonies". *American Journal of Sociology*, 61(5) : 420-424.

GARREC Ivan, 2022. « Diagnostic misogyne ou émancipateur ? », *Terrains/Théories* [En ligne], 16 | 2022, mis en ligne le 20 décembre 2022.

GARREC Ivan, PRIMERANO Adrien, VUATTOUX Arthur, DAMMAME Aurélie, « Explorer les conditions du passage à l'âge adulte. Esquisse d'analyse de groupes d'entraînement aux habiletés sociales pour personnes dites autistes », Intervention à l'atelier IRIS « La dimension sociale des troubles psychiques : l'âge », 7 juin 2022. URL : [juin 1 \(youtube.com\)](#)

GAUCHET Marcel, 1997. « De Pinel à Freud », in Gladys Swain, *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Paris, Calmann-Lévy.

GAUCHET Marcel, 1998. « Essai de psychologie contemporaine I », *Le Débat*, n° 99, mars-avril.

DE GAULEJAC Vincent, 2005. *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Seuil.

DE GAULEJAC Vincent, TABOADA LEONETTI Isabel, 1994. *La lutte des places. Insertion et désinsertion*, Paris, Desclée de Brouwer.

GAUTIER Frédéric, 2021. « S'y voir avant d'en être. La fabrication de la « vocation » policière au seuil de l'institution », *Sociétés contemporaines*, vol. 122, no. 2 : 25-50

GENARD Jean-Louis, 1999. *La grammaire de la responsabilité*. Paris, Cerf.

GENARD Jean-Louis, 2009. « Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance », in Périlleux T. (éd.), *Destins politiques de la souffrance*. Toulouse, Éres : 27-45.

- GENARD Jean-Louis, 2015. « L'humain sous l'horizon de l'incapacité », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 46-1 : 129-146.
- GENARD Jean-Louis, CANTELLI Fabrizio, 2008. « Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques », *SociologieS* [En ligne], mis en ligne le 27 avril 2008.
- GEORGES, Fanny, 2009. « Représentation de soi et identité numérique : Une approche sémiotique et quantitative de l'emprise culturelle du web 2.0 », *Réseaux*, 2, no. 154 : 165-193.
- GESTIN Philippe, LAMBRETTE Grégory, 2006. « Du bon usage des communautés thérapeutiques en matière de traitement des toxicomanies : la "fenêtre thérapeutique" », *Psychotropes*, vol. 12, no. 3-4 : 127-139.
- GIDDENS Anthony, 1991. *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*, Cambridge, Polity Pres.
- GIRARD René, 1972. *La violence et le sacré*, Paris, Grasset.
- GIRARD René, 1982. *Le bouc émissaire*, Paris, Grasset.
- GIRARD Vincent, 2010. « Petite histoire du rétablissement et des médiateurs en santé mentale à Marseille », *Rhizome*, (40), 9 : 9-13.
- GIULIANI Frédérique, 2006. « La procédure de l'entretien individualisé dans le travail d'accompagnement : quand usagers et intervenants sociaux ont à organiser l'expérience de situations sans qualité » in Astier Isabelle, Duvoux Nicolas (dir.), *La société biographique : une injonction à vivre dignement*, Paris, L'Harmattan : 195-212
- GIUST-DESPRAIRIES Florence, 2002. « Approche psychosociale clinique de l'identité », *Recherche & Formation*, no. 41 : 49-63.
- GLASER Barney, STRAUSS Anselm, [1964 ("The social loss of dying patients") et 1965 ("Awareness of Dying"), Chicago, Aldine Publishing Co.] textes repris dans Strauss A. (dir.), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan, 1992
- GLASER Barney, STRAUSS Anselm, [1971] 2014, *Transitions statutaires : une théorie formelle*, Fribourg, Presses Universitaires de Fribourg.
- GLASMAN Dominique, 2016. « Préface » à Foray Philippe, *Devenir autonome*, Paris, ESF.
- GOBIN Emma, HAMBERGER Klaus, HOUSEMAN Michael, 2021. « Expériences initiatiques du genre. Introduction », *L'Homme*, vol. 239-240, no. 3-4 : 5-24.
- GODELIER Maurice, 1982. *La production des grands hommes. Pouvoir et domination masculine chez les Baruya de Nouvelle-Guinée*, Paris, Fayard.
- GODRIE Baptiste, 2015. « L'autre côté de la clôture. Quand le monde de la santé mentale et de la rue rencontre celui de la recherche », *Santé mentale au Québec* 40, no. 1, 2015 : 67-80
- GODRIE Baptiste, 2016(a). « Experts et profanes : une frontière bouleversée par la professionnalisation des pairs aidants » dans Demailly, L. et N. Garnoussi (dir.) *Aller mieux. Approches sociologiques*, Lille : Presses du Septentrion : 361-372
- GODRIE Baptiste, 2016(b) « Révolution tranquille. L'implication des usagers dans l'organisation des soins et l'intervention en santé mentale », *Revue française des affaires sociales*, no. 2 : 89-104.
- GODRIE Baptiste, 2016(c). « Vivre n'est pas (toujours) savoir. Richesse et complexité des savoirs expérientiels » *Le Partenaire, Association québécoise pour la réhabilitation psychosociale*, Vol. 24, no. 3, printemps : 38-42.
- GODRIE Baptiste, 2017. « Rapports égalitaires dans la production des savoirs scientifiques. L'exemple des recherches participatives en santé mentale », *Vie sociale*, vol. 20, no. 4 : 99-116.

- GODRIE Baptiste, 2021. « Intégration des usagers et usagères et extractivisme des savoirs expérientiels : une critique ancrée dans le modèle écologique des savoirs dans le champ de la santé mentale », *Participations*, vol. 30, no. 2 : 249-273.
- GOFFMAN Erving, 1968. *Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit.
- GOFFMAN Erving, 1973(a). *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*. Paris, Éditions de Minuit.
- GOFFMAN Erving, 1973(b). *La mise en scène de la vie quotidienne. 2. Les relations en public*, Paris, Éditions de Minuit.
- GOFFMAN Erving, 1974. *Les Rites d'interaction*, Paris, Éditions de Minuit.
- GOFFMAN Erving, 1975. *Stigmate*. Paris, Éditions de Minuit.
- GOGUEL d'ALLONDANS Thierry, 2003. *Anthropo-logiques d'un travailleur social. Passeur, passages, passants*, Paris, Téraèdre.
- GOMEZ Jean-François, 2006. *Déficiences mentales : le devenir adulte. La personne en quête de sens*. Toulouse, Érès.
- GOMEZ Henri, 2015. *Les représentations de l'alcoolique. Images et préjugés*. Toulouse, Érès.
- GOODE, William J., 1957. "Community Within a Community: The Professions." *American Sociological Review* 22, no. 2 : 194-200.
- GOSSIAUX Jean-François, 1992. *Avoir 16 ans dans les Ardennes*. Paris, Éditions du Comité des Travaux Historiques et Scientifiques (CTHS).
- GOULET Jean-Guy A., 2011. « Présentation : l'interdit et l'inédit. Les frontières de l'ethnologie participante. » *Anthropologie et Sociétés*, 35(3) : 9-42.
- GRAMAIN Agnès, WEBER Florence, 2003. « Introduction. Modéliser l'économie domestique », in Gramain A., Weber F., Gollac S. (dir.), *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*. Paris, La Découverte : 9-42.
- GRARD Julien, 2011 *Frontières invisibles. L'expérience de personnes prises en charge au long cours par la psychiatrie publique en France*, thèse de doctorat en anthropologie sociale, Paris, EHESS.
- GREACEN Tim, JOUET Emmanuelle, 2015. « L'empowerment en santé mentale », in C. Déchamp-Le Roux, F. Rafael (coord.), *Santé mentale : guérison et rétablissement. Regards croisés*, Montrouge, John Libbey Eurotext : 91-100.
- GRENIER Noémie, 2019. « Entre "masculinité toxique" et nouvelles masculinités contemporaines : une redéfinition plurielle des masculinités au prisme du traitement médiatique du mouvement #MeToo. », *Master en sciences de l'information et de la communication*, CELSA-Sorbonne Université. [En ligne]
- GRIMALDI André, 2010. « Les différents habits de l'« expert profane » », *Les Tribunes de la santé*, vol. 27, no. 2 : 91-100.
- GROSJEAN Michèle, HENRY Johann, BARCET André, BONAMY Joël, 2004. « La négociation constitutive et instituante. Les co-configurations du service en réseau de soins », *Négociations*, 2, no. 2 : 75-90.
- GROSS Olivia, 2020. « Les défis associés à la fonction de médiateur de santé pair : enjeux pour leur formation initiale et continue ». *Rhizome*, 1, no. 75-76 : 164-173.
- GROSSETTI, Michel, BESSIN Marc, BIDART Claire, 2009. *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. Paris, La Découverte.

- GUATTARI Félix, 1972. *Psychanalyse et transversalité*. Paris, Maspéro, collection Cahiers libres.
- GUÉGUEN Haud, JEANPIERRE Laurent, 2022. « 1. Le front du possible. » in *La perspective du possible Comment penser ce qui peut nous arriver, et ce que nous pouvons faire*. Paris, La Découverte : 31-60
- GUILBAUD Fabrice, 2008. « Quand le travail libère les hommes. Remarques sur la subjectivité des travailleurs détenus », in Danièle Linhart (éd.), *Pourquoi travaillons-nous ?* Toulouse, Éres : 35-67.
- HACHE Émilie, 2007. « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? ». *Raisons politiques*, 4, n° 28 : 49-65.
- HACKING Ian, [1999] 2008. *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?* Paris, La Découverte.
- HACKING Ian, 2002. *Les fous voyageurs*, Paris, Seuil, coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».
- HAGÈGE Meoïn, VUATTOUX Arthur, BRETIN Hélène, 2017. « Présentation. Les masculinités dans le domaine de la santé. Vers de nouveaux horizons empiriques et théoriques pour les sciences sociales francophones », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-1 : 13-21
- HALL Oswald, 1946. "The Informal organization of the medical profession." *The Canadian Journal of Economics and Political Science*, 12(1): 30-44.
- HALL Oswald, 1948. "The Stages of a medical career." *American Journal of Sociology*, 53(5): 327-336.
- HAMMOU Karim, « Les grands de ce monde (du rap) », *Sur un son rap*, [en ligne] publié 5 juillet 2010 · mis à jour 21 novembre 2012. URL : https://surunsonrap.hypotheses.org/1378#footnote_13_1378
- HARCOURT Bernard E., 2020. « La mortification de soi », in *La Société d'exposition. Désir et désobéissance à l'ère numérique*. Paris, Editions du Seuil : 185-199.
- HAYNER, Norman S., ASH Ellis, 1939. "The Prisoner Community as a Social Group", *American Sociological Review*, vol. 4, no. 3 : 362-369
- HEIJBOER Claire, 2021. « L'Usagent : participation des personnes, expertise usagère et refondation du travail social français », *Écrire le social*, vol. 3, no. 1 : 19-29.
- HELLER Agnes, 1980. « The Emotional Division of Labor between the Sexes », *Social Praxis*, 7 (3-4) : 205-218.
- HELY Matthieu, 2006. « De l'intérêt général à l'utilité sociale : transformations de l'Etat social et genèse du travailleur associatif », in Astier I., Duvoux N. (dir.), *La société biographique : une injonction à vivre dignement*, Paris, L'Harmattan : 173-194
- HENCKES Nicolas, 2007. *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après guerre aux années 1970*, thèse en sociologie, EHESS.
- HÉRITIER Françoise, 2013. *Sida, un défin anthropologique*, d'Onofrio S. (textes réunis par). Paris, Les Belles Lettres.
- HERVIEU-WANE Fabrice, 2012. « Les nouveaux rites de passage, une transmission expérientielle », communication à la Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, Paris, juillet 2012 [En ligne]. URL : [Les nouveaux rites de passage, une transmission expérientielle. - HAL-SHS - Sciences de l'Homme et de la Société](#)
- HILBOLD Mej, 2020. « Féminité, maternité et compétences éducatives des éducatrices de jeunes enfants (EJE) », *Le Télémaque*, vol. 57, no. 1 : 151-164.
- HIRSCHMAN Albert, 1970. *Exit, voice and loyalty. Responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge, Harvard University Press.

HOAREAU Emmanuelle, 2016. « Stigmatisation de l'usager de substances illicites et enjeux de l'entretien individuel », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 21, no. 1 : 33-48.

HOCHSCHILD Arlie R., [1979 : "Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure." *American Journal of Sociology*, 85 : 551-575.] traduit en français : 2003. « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, vol. 1, no. 9 : 19-49.

HOGAN Dennis P., 1978, « The variable order of events in the life course », *American Sociological Review*, 43/4 : 573-586.

de HONTHEIM Astrid, 2012. « Diable, possession et exorcisme : considérations anthropologiques sur le mal et l'au-delà », in *Anges et démons. Actes du colloque de Bastogne*, Collection d'Etudes Ethnologiques Européennes, Presses de l'Université Libre de Bruxelles, Renaud Zeebroek : 33-57.

HOPWOOD Anthony G., 1974. *Accounting and Human Behaviour*, London, Haymarket publishing limited, accountancy age books.

HOREAU Mathieu, 2013. « Saut qualitatif et rationalité. La position philosophique de Kierkegaard », *Archives de Philosophie*, vol. 76, no. 4 : 635-649.

HUBERT Henri, MAUSS Marcel, [1902] 2019. *Esquisse d'une théorie générale de la magie. L'origine des pouvoirs magiques dans les sociétés australiennes*. Paris, Presses Universitaires de France.

HUGUES, Everett C., 1958 *Men at their Work*, Glenoce, The Free Press.

HUGHES Everett C., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Éditions de l'EHESS, Paris.

HUME David, [1757] *Les passions*, Paris, GF Flammarion, 1991

HUSTINX Lesley, 2001. "Individualisation and New Styles of Youth Volunteering: An Empirical Exploration." *VOLUNTARY ACTION*, vol. 3, no. 2 : 57-76.

ION Jacques, RAVON Bertrand, 2005. *Les travailleurs sociaux*. Paris, La Découverte.

JABLONKA Ivan, 2019. *Des hommes justes. Du patriarcat aux nouvelles masculinités*. Paris, Seuil.

JAMOULLE Pascale, 2000. *Drogues de rue. Récits et styles de vie*. Bruxelles, De Boeck Supérieur.

JAMOULLE Pascale, [2005] 2008. *Des hommes sur le fil. La construction de l'identité masculine en milieux précaires*. Paris, La Découverte.

JANKÉLEVITCH Vladimir, 1957. *Le Je-ne-sais-quoi et le Presque-rien*. Paris, Presses Universitaires de France.

JAOTOMBO Franck, 2009. « Vers une définition du développement personnel », *Humanisme et Entreprise*, vol. 294, no. 4 : 29-44.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2009. « Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux », *La revue lacanienne*, vol. 5, no. 3 : 109-118.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2010. « Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire », *Pensée plurielle*, 23, 1 : 93-108.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2014. « Les inégalités sociales dans le champ des addictions », *Les Tribunes de la santé*, vol. 43, no. 2 : 61-68.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2016. « Les salles de consommation à moindre risque : Apprendre à vivre avec les drogues ». *Esprit*, 11, novembre : 115-123.

JEAN Jean-Paul, 2009. « La répression aggravée des usagers de stupéfiants depuis la loi du 5 mars 2007 », *Archives de politique criminelle*, vol. 31, no. 1 : 145-154.

- JOST François, 2008. « Les enfants de la télé-réalité », *Réseaux*, vol. 147, no. 1 : 217-228.
- JOUET Emmanuelle, FLORA Luigi, LAS VERGNAS Olivier, 2010. « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. Note de synthèse », *Pratiques de Formation - Analyses*, 58-59 : 13-94
- JOUET Emmanuelle, GREACEN Tim, FISCHER Robert *et al.*, 2019. « Chapitre 29. Usagers, parcours et rétablissement », in Alain Morel (éd.), *Addictologie*. En 47 notions. Paris, Dunod : 381-398.
- JOVELIN Emmanuel, 1999. *Les travailleurs sociaux d'origine étrangère. Vocation ou repli ?*, Paris, L'Harmattan.
- JUVEN Pierre-André, PIERRU Frédéric, VINCENT Fanny, 2019. *La casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public*. Paris, Raisons d'Agir Editions.
- KACZMAREK Bertrand, 2021. « Vers une contractualisation de la détention ? », *Les Cahiers de la Justice*, vol. 4, no. 4 : 625-634.
- KAKPO Séverine, 2012. *Les devoirs à la maison. Mobilisation et désorientation des familles populaires*. Paris, Presses Universitaires de France.
- KAMINSKI Dan, 1990. « Toxicomanie : le mot qui rend malade. », *Déviance et société*, Vol. 14, no. 2 : 179-196.
- KAMINSKI D., DIGNEFFE F., ADAM C., CAUCHIE J.-F., DEVRESSE M.-S., FRANCIS V., 2001. « L'instrumentalisation dans les pratiques pénales : construction et déconstruction d'un concept », *Sociologie et sociétés*, 33(1) : 27-51.
- KAUFMANN, Jean-Claude, 2004. *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*. Paris, Armand Colin.
- KECK Frédéric, 2012. « Goffman, Durkheim et les rites de la vie quotidienne », *Archives de Philosophie*, vol. 75, no. 3 : 471-492.
- KERIVEL Aude, 2015. « Être adulte en sortant de structures d'Aide sociale à l'enfance, le capital social au cœur de la définition de l'autonomie », *Vie sociale*, vol. 12, no. 4 : 107-127.
- KILBORNE Benjamin, 2006. « La honte et l'anxiété », *Le Coq-héron*, vol. n° 184, no. 1 : 83-87.
- KIROUAC Laurie, 2012. « Du surmenage professionnel au burn-out : réponses sociales et issues individuelles aux difficultés du travail d'hier et d'aujourd'hui. », *Lien social et Politiques*, 67 : 51-66
- KOECHLIN Aurore, 2019. *La révolution féministe*, Paris, Éditions Amsterdam.
- KUHN Thomas, [1962] 1970, *La structure des révolutions scientifiques*. Paris, Flammarion.
- LACAZE Lionel, 2008. « La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'"analyse stigmatisante" revisitée », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 5, no. 1 : 183-199.
- LACROIX, Anne, 2007. « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? », *Santé publique*, n°4 : 271-281.
- LAERA Angela, LAMBORELLE Robert, MISSONNIER Sylvain, 2021. « L'attention portée aux femmes toxicomanes en situation de maternité : un point sur leur prise en charge. Revue de littérature », *Psychotropes*, vol. 27, no. 1-2 : 199-227.
- LAFFITTE Pierre Johan, 2015. « Le concept de Collectif chez Jean Oury », *Chimères*, vol. 87, no. 3 : 193-202.
- LAGUEUX Nathalie, CHARLES N., 2010. « La formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs. », *Rhizome*, 40 : 11-12.

- LAHIRE Bernard, 2006. « Profils culturels dissonants dans les classes populaires », in *La culture des individus. Dissonances culturelles et distinction de soi*, Paris, La Découverte : 359-408
- LAHIRE Bertrand, 2007. « Prédispositions naturelles ou dispositions sociales ? Quelques raisons de résister à la naturalisation de l'esprit », in *L'esprit sociologique*, Paris, La Découverte : 261-307.
- LAHIRE Bernard, 2008. *La raison scolaire. École et pratiques d'écriture, entre savoir et pouvoir*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- LAHIRE Bernard, 2010. « Étude de cas et biographie sociologique », in *Franz Kafka. Éléments pour une théorie de la création littéraire*. Paris, La Découverte : 65-105.
- LALANDE Aude, 2009. « défoncés ou perchés ? les jeunes, les drogues, et nous », *Vacarme*, vol. 47, no. 2 : 86-89.
- LALANDE, Aude, 2010. « l'addictologie, pour quoi faire ? ». *Vacarme*, 2, no. 51 : 70-73
- LALANDE, Aude, 2016. « Savoirs "profanes" et savoirs "savants" : jeux de miroir dans le cabinet médical ». *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1, no. 21 : 75-84.
- LAMBRETTE Grégory, FLAYELLE Maëva, BILLIEUX Joël, 2021. « Évaluation de l'impact des traitements résidentiels en matière d'addiction auprès d'une population luxembourgeoise adulte. Résultats d'une enquête », *Psychotropes*, vol. 27, no. 1-2 : 175-197.
- LAMOTTE Sébastien, POMMIER François, 2021. « Des hommes sous influence : de quelques problématiques de chemsexuels homosexuels et séropositifs », *Cliniques méditerranéennes*, vol. 104, no. 2 : 183-195.
- LANCELEVÉE Camille, 2016. *Quand la prison prend soin : Enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne*, thèse de sociologie, EHESS.
- LANCELEVÉE Camille, VOZARI Anne-Sophie, 2023. « Le genre de la dépression : perspectives de recherches sociologiques », *Rhizome*, vol. 85, no. 2 : 11-12.
- LANGLOIS Emmanuel, 2022. « La longue marche de la modernité psychotrope », in *Le nouveau monde des drogues. De la stigmatisation à la médicalisation*. Paris, Armand Colin : 25-72
- LANGLOIS Emmanuel, 2022. « Conclusion. Vie substituée et individu dépendant », in *Le nouveau monde des drogues. De la stigmatisation à la médicalisation*. Paris, Armand Colin : 243-256.
- LAPIDUS André, 2000. « La rationalité du choix passionnel : En quête de l'héritage de David Hume », *L'Année Sociologique*, 50 (1) : 9-84.
- LARRÈGUE Julien, LAVAUX Sylvain, KHELFAOUI Mahdi, 2021. « La sociobiologie est morte, vive la psychologie évolutionniste ! Le rôle de l'ambiguïté et du travail généalogique dans la transformation des spécialités scientifiques », *Zilsel*, vol. 8, no. 1 : 104-143.
- LATOUR Bruno, 1991. *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*. Paris, La Découverte.
- LASCH Scott, 2002. « Foreword. Individualization in a Non-Linear Mode », in Ulrich Beck, Elisabeth Beck-Gernsheim, *Individualization*, Londres, Sage Publications : VII-XIII
- LASCOUMES Pierre, LE GALES Patrick, 2005. « Introduction : L'action publique saisie par ses instruments », Pierre Lascoumes (éd.), *Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences Po : 11-44.
- LAUDE Anne, 2013. « Le patient entre responsabilité et responsabilisation », *Les Tribunes de la santé*, vol. 41, no. 4 : 79-87.
- LAUGIER Sandra, MOLINIER Pascale, PAPERMAN Patricia (éd.), 2009. *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris, Payot.

- LAVAL Christian, 2012. « Surveiller et prévenir. La nouvelle société panoptique », *Revue du MAUSS*, 2, no. 40 : 47-72.
- LAVAL Christian, 2017. « Pairs aidants : le programme "Un chez soi d'abord" », *Handirect* [En ligne]. URL : <https://www.handirect.fr/pairs-aidants-programme-chez-soi-dabord>
- LE BRETON David, 2002. *Conduites à risque. Des jeux de mort au jeu de vivre*. Paris, Presses universitaires de France.
- LE BRETON David, 2016. « Grandir dans la pluralité des mondes contemporains », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 93, no. 1 : 103-120.
- LE CARDINAL Patrick, ROELANDT Jean-Luc, RAFAEL Florentina, VASSEUR-BACLE Simon, FRANÇOIS Guillaume, MARSILI Massimo, 2013. « Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. », *L'information psychiatrique*, 5, Vol. 89 : 365-370.
- LE GALL Julie, HAMANT Olivier, BOURON Jean-Benoît, 2017. « Notion en débat : Anthropocène », *Géoconfluences*, septembre. [En ligne] URL : <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/a-la-une/notion-a-la-une/anthropocene>
- LE GARREC Sophie, 2002. *Ces ados qui « en prennent »*. Sociologie des consommations toxiques adolescentes. Toulouse, Presses Universitaires du Mirail.
- LE GOAZIOU Véronique, 2015. *Éduquer dans la rue*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2015.
- LE GOAZIOU Véronique, 2022. *Démunis. Les travailleurs sociaux et la grande précarité*, Presses de Sciences Po.
- LE GOFF Frédérique, 2006. « Lorsque les stratégies d'empowerment épousent les trajectoires. L'aide à l'emploi dans des organismes communautaires au Québec. », in Astier I., Duvoux N. (dir.), *La société biographique : une injonction à vivre dignement*, Paris, L'Harmattan : 139-172.
- LE GUILLANT Louis, 2010. « Jeunes « difficiles » ou temps difficiles ? » in Le Guillant (dir.) *Le drame humain du travail. Essais de psychopathologie du travail*. Toulouse, Érès : 197-261.
- LEBOSSÉ Yann, 2004. « De l'habilitation au pouvoir d'agir : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, no 2 : 30-51.
- LEMERT Edwin M., 1951. *Social pathology; A systematic approach to the theory of sociopathic behavior*. London, McGraw-Hill.
- LENOIR Rémi, 1985. « Transformations du familialisme et reconversions morales. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 59, septembre, 2 : 3-47.
- LENZI Catherine, MILBURN Philip, 2015. « Les centres éducatifs fermés : de la clôture institutionnelle à l'espace éducatif », *Espaces et sociétés*, vol. 162, no. 3 : 95-110.
- LERT France, FOMBONNE Éric, 1989. *La toxicomanie, vers une évaluation de ses traitements*, vol. 1 : *Analyses et prospectiv*. Paris, La Documentation française.
- LESELBAUM Nelly, 1997. « L'éducation à la santé en milieu scolaire », Paris, *Toxibase*, 1.
- LHUILIER Dominique, LEMISZEWSKA Aldora, 2001. *Le choc carcéral : Survivre en prison*. Montrouge, Bayard.
- LIGNIER Wilfried, 2019. *Prendre. Naissance d'une pratique sociale élémentaire*, Paris, Editions du Seuil.
- LIGNIER Wilfried, 2023. *La société est en nous, Comment le monde social engendre des individus*, Paris, Editions du Seuil.

- LINDER Audrey, 2022. « De la contestation à la collaboration : tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale », *Sociologie*, vol. 13, no. 1 : 43-61.
- LINHARDT Dominique, 2001. « L'économie du soupçon. Une contribution pragmatique à la sociologie de la menace », *Genèses*, vol. n°44, no. 3 : 76-98.
- LINHART Danièle, 2015. *La comédie humaine du travail. De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale*. Toulouse, Érès.
- LIPOVETSKY Gilles, [1983] 1989. *L'ère du vide*, Paris, Gallimard, coll. « Folio essais ».
- LOQUET Monique, 2017. « La notion de *parenté épistémique* : une modélisation des savoirs entre la pratique des élèves et celle des savants, l'exemple de la danse au collège », *Recherches en éducation* [En ligne], 29, mis en ligne le 01 juin 2017.
- LORAUX Nicole, 1981. « Le Lit, la guerre. », *L'Homme*, tome 21, n°1 : 37-67.
- LORIOLE Marc, 2002. « 5. La difficile mise en œuvre des politiques de santé publique », in *L'impossible politique de santé publique en France*. Toulouse, Érès : 103-122.
- LORIOLE Marc, 2018. « Chapitre 5. La « bonne distance » soignant/soigné. Une norme individuelle et collective à construire et préserver », in Robert Holcman (éd.), *La souffrance des soignants. Stress, burn-out, violences... du constat à la prévention*. Paris, Dunod : 117-139.
- LORIOLE Marc, 2023. *L'addiction au travail : de la pathologie individuelle à la gestion collective de l'engagement*, Paris, Editions Le Manuscrit.
- DE LUCA Vanessa, JAFFRO Laurent, NAYFELD Nicolas, 2022. « Responsabilité pénale, libre arbitre et troubles mentaux : le cas de l'addiction », *Archives de politique criminelle*, vol. 44, no. 1 : 41-58.
- LUNEL Alexandre, 2021. « Du patient-formateur au médiateur de santé-pair : histoire d'une formation universitaire ancrée dans la cité », *Le partenariat de soin avec le patient : analyses*, 2 : 8-24.
- MAHI Lara, 2015. « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 10, mis en ligne le 25 mars 2015.
- MALET Jacques, 2012 « Les associations, acteurs essentiels du secteur sanitaire et social », *Informations sociales*, vol. 172, no. 4 : 45-52.
- MALINOWSKI Bronislaw, 1930. "Parenthood. The basis of social structure", in V. F. Calverton et S. D. Schmalhausen (dir.), *The New Generation : The Intimate Problems of Modern Parents and Children*, New York, The Macaulay Comp. : 113-168.
- MARCHAND Pascal, 2011. « Chapitre 17. Les faux paradoxes de la télé réalité : une analyse idéologique », in Philippe Castel (éd.), *Psychologie sociale, communication et langage. De la conception aux applications*, De Boeck Supérieur : 299-323.
- MAYAUD Isabelle, 2020. « La *success story* du label disciplinaire "*ethnomusicology*". Contribution à une sociologie de l'étiquetage scientifique », *Zilsel*, vol. 7, no. 2 : 92-127.
- MEAD Margaret, [1928 : *Coming of age in Samoa*], traduction et édition italienne : 2017. *L'adolescenza in Samoa*. 5^a ed., Milano Giunti Editore.
- MAROY Christian, VAN CAMPENHOUDT Luc., 2020. « 8. La foi et le métier : transactions symboliques dans les institutions chrétiennes. » in *La transaction sociale Un outil pour dénouer la complexité de la vie en société*. Toulouse, Érès : 237-277.
- MARQUES Ana, Sébastien SAETTA, TARTOUR Tonya, 2016. « Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire », *Revue française des affaires sociales*, no. 2 : 57-74.

- MARQUIS Nicolas, 2016. « Performance et authenticité, changement individuel et changement collectif : une perspective sociologique sur quelques paradoxes apparents du « développement personnel » », *Communication & management*, vol. 13, no. 1 : 47-62.
- MARQUIS Nicolas, 2017(a). « Les impasses du développement personnel. L'obsession de la quête de soi », *Revue du Crieur*, vol. 7, no. 2 : 38-53.
- MARQUIS Nicolas, 2017(b). « Le développement personnel : du neuf avec du vieux ? », in Jean-François Marmion (éd.), *La psychologie aujourd'hui*. Auxerre, Éditions Sciences Humaines : 125-128.
- MARTIN Claude, 2011. « Enjeux des politiques de la famille en France », *Revue Projet*, 3 n° 322 : 45-51.
- MARTIN Michel, 2001. « Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. (Du cadre analytique au pacte) », *Cahiers de psychologie clinique*, vol. 17, no. 2 : 103-120.
- MARTUCELLI Danilo, 2010. *La société singulariste*. Paris, Armand Colin.
- MARTUCELLI Danilo, 2019. « Individu / individuation », in Christine Delory-Momberger (éd.), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique*. Toulouse, Érès : 101-103.
- MARTUCELLI Danilo, de SINGLY François, 2018. « Les traditions nationales de l'individualisme », in Martuccelli Danilo, de Singly François (dir.), *L'individu et ses sociologies*. Paris, Armand Colin : 43-59.
- MASCLET Olivier, AMOSSÉ Thomas, BERNARD Lise, CARTIER Marie, LECHIEN Marie-Hélène, SCHWARTZ Olivier, SIBLOT Yasmine (dir.), 2020. *Être comme tout le monde. Employées et ouvriers dans la France contemporaine*. Le Kremlin-Bicêtre, Raisons d'agir.
- MAUSS Marcel, [1925] 2007. *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris, Presses Universitaires de France.
- MCHUGH Peter, 1966. « Social desintegration as a requisite of socialization », *Social Forces*, 44/3: 355-363.
- MEAD George H., [1934 - *Mind, Self, and Society*, ed. Charles W. Morris, University of Chicago Press] 2006 - édition française : *L'esprit, le soi et la société*, Paris, Presses Universitaires de France
- MEAD George H., 1982. *The Individual and the Social Self, Unpublished work by George Herbert Mead*, David L. Miller (ed.). Chicago, The University of Chicago Press.
- MEHL Dominique, 1996. *La télévision de l'intimité*. Paris, Le Seuil.
- MERKLEN Denis, 2012. « Individus populaires. Sociabilité et *politicit  * », in Castel Robert, Martin Claude (dir.), *Changements et pensées du changement. Echanges avec Robert Castel*. Paris, La Découverte : 100-119.
- MERTENS Sybille, MARÉE Michel, 2015. « Où se situent les associations ? Les enjeux des frontières poreuses », *Les Politiques Sociales*, vol. 1-2, no. 1 : 17-31.
- MERTON Robert K., 1948. « The Self-Fulfilling Prophecy », *The Antioch Review*, Vol. 8, No. 2 : 193-210.
- MERTON Robert K., 1949. *Eléments de théorie et de méthode sociologique*. Paris, Plon.
- MESSU Michel, 1991. *Les Assistés sociaux. Analyse identitaire d'un groupe social*. Toulouse, Privat.
- MICHEL Laurent, MAGUET Olivier, CALDERON Christine, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, CARRIERI Patrizia, BLANCHE Jérôme, COHEN Julien, 2011. « Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy », *BMC public health*, 11, 400.
- MILBURN Philip, 2009. *Quelle justice pour les mineurs ? Entre enfance menacée et adolescence menaçante*. Toulouse,   r  s.
- MOATTI Jean-Paul, PERETTI-WATEL Patrick, 2009. *Le Principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Editions du Seuil.

- MODELL John, FUSTENBERG Frank, HERSHBURG Theodore, 1976. "Social Change and Transition to Adulthood in Historical Perspective", *Journal of family History* (1/1) : 7-32.
- MOLINIER Pascale, 2000. « Virilité défensive, masculinité créatrice », *Travail, genre et sociétés*, vol. 3, no. 1 : 25-44.
- MONCHATRE Sylvie, 2007. « En quoi la compétence devient-elle une technologie sociale ? Réflexions à partir de l'expérience québécoise », *Formation emploi*, vol. 99, no. 3 : 29-45.
- MOREL Sylvie, 2023. « Urgence et tri des malades. La production de files d'attente socialement stratifiées pour l'accès aux soins d'urgence », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 250, no. 5 : 100-117.
- MURARD Numa, 2003. *La morale de la question sociale*. Paris, La Dispute.
- MURARD Numa, 2005. « La figure de l'homme en trop ». *Tumultes*, n° 25, 2 : 97-109.
- NAMIAN Dahlia, KIROUAC Laurie, 2015. « Narcissisme, estime de soi et société. Regard sociologique sur la dépathologisation d'un trouble controversé », *Sociologie*, vol. 6, no. 3 : 279-294
- NAULT Geneviève, COUTURE-GLASSCO Émilie, LAROSE-HÉBERT Katharine, 2016. « Le mal caché de la rue : le poids de l'étiquette ». *Reflets* 22, n° 1 : 56-82.
- NEFF Maïa, 2018. « Usages de drogues au féminin et production de savoir académique », *Déviance et Société*, 42, 3, 2018 : 569-595.
- das NEVES RIBEIRO Nelson, 2018. « « Usager de drogues » : (dé)construction d'une figure de politiques pénales », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, vol. 2, 2 : 569-580.
- NIZET Jean, RIGAUX Natalie, 2014. « V / Les cadres de l'expérience », in Jean Nizet (éd.), *La sociologie de Erving Goffman*. Paris, La Découverte : 65-76.
- NOURRISSON Didier, 1988. « Aux origines de l'antialcoolisme. », *Histoire, économie et société*, 7^e année, n°4 : 491-506.
- NOURRISSON Didier, 2017. « La représentation des drogues dans l'histoire des sociétés. Le cas français. » *Drogues, santé et société*, vol. 16, no. 2, octobre : 1-14.
- NOURY Mathieu, 2010. « Entre autonomie et responsabilité. L'individu au cœur des nouvelles stratégies de gouvernement de la santé », *Sociologie santé*, 31, 3 : 317-328
- NUSSBAUM Martha C., 2012. *Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?* Paris, Flammarion.
- OBRADOVIC Ivana, 2012. « Les « consultations jeunes consommateurs ». Un dispositif d'aide ouvert aux jeunes et à leur entourage », *Les Cahiers Dynamiques*, vol. 56, no. 3 : 88-94.
- OBRADOVIC Ivana, BECK François, 2013. « Jeunes femmes sous influence. Une féminisation du public reçu pour usage de cannabis dans les dispositifs d'aide ? », *Travail, genre et sociétés*, vol. 29, no. 1 : 105-127.
- OGIEN Albert, TOLEDO Michael, 1986. « Le sens de l'hospitalisation », *Sciences sociales et santé*, Volume 4, n°2 : 5-32
- OGIEN Albert, TOLEDO Michael, 1994. « Les métiers de psychiatrie. Notes sur la notion d'autonomie professionnelle », in Aïach P., Fassin D. (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica : 161-180.
- OGIEN Ruwen, 1990. « Sanctions diffuses. Sarcasmes, rires, mépris. », *Revue française de sociologie*, 31-4 : 591-607

- OLLION Etienne, 2017. *Raison d'État. Histoire de la lutte contre les sectes en France*. Paris, La Découverte.
- ORDIONI Natacha, 2011. « L'androcentrisme: un ethnocentrisme du genre? », *Babel : Littératures plurielles*, 23 : 49-71.
- OTT Laurent, 2011. « Travail, travail social et travail du social », *Transversalités*, vol. 120, no. 4 : 87-100.
- OTTAVIANI Didier, 2003. « Foucault - Deleuze : de la discipline au contrôle », in Da Silva E. (dir.), *Lectures de Michel Foucault. Volume 2 : Foucault et la philosophie*. Lyon, ENS Éditions : 59-73
- PAILLET Anne, 2021. « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins. Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 236-237, no. 1-2 : 20-39.
- PASQUIER Sylvain, REMY Julien, 2008 « Être soi peut-il être professionnel ? Le cas des médiateurs sociaux », *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 08 janvier 2008.
- PASSERINI Luisa, 1996. « La jeunesse comme métaphore du changement social. Deux débats sur les jeunes : l'Italie fasciste, l'Amérique des années cinquante », in G. Levi et J.-C. Schmitt (dir.), *Histoire des jeunes en Occident*, tome 2. Paris, Le Seuil : 339-408.
- PASSERON Jean-Claude, 1990. « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires. », *Revue française de sociologie*, 1990, 31-1 : 3-22.
- PASSERON Jean-Claude, REVEL Jacques, 2005. « Penser par cas. Raisonner à partir de singularités », in Passeron J.-C., Revel J. (dir.), *Penser par cas*. Paris, Editions de l'EHESS : 9-44.
- PATTARONI Luca, 2005. *Politiques de la responsabilité. Réflexions sociologiques sur la morale de l'autonomie*, thèse de doctorat, Université de Genève et EHESS.
- PAUGAM Serge, [1989] 2009. *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris, Presses Universitaires de France.
- PELAGALLI Paola, ROCHET Silvia, 2022. « Pharmaco-philie : l'impossibilité du sevrage institutionnel en temps de crise durable. », communication au 10^e Colloque des Jeunes Chercheuses et Chercheurs de Metz, « L'enfermement dans tous ses états », 19 octobre 2022 [publication des annales à paraître].
- PENIN Nicolas, 2012. « Pourquoi risquer sa vie ? « Comprendre » la pratique des sports à risque », in *Les Sports à risque : Sociologie du risque, de l'engagement et du genre*. Arras, Artois Presses Université : 249-265.
- PENON Amaëlle, 2020. « Les associations du secteur social et médico-social à la croisée des chemins : choisir de dépasser les concurrences en faisant réseau », *Vie sociale*, vol. 31-32, no. 3-4 : 281-300.
- PERETTI-WATEL Patrick, BECK François, LEGLEYE Stéphane, 2007. *Les usages sociaux des drogues*. Paris, Presses Universitaires de France.
- PERRIARD Anne, 2017. « La construction de figures de la dépendance problématique par les politiques sociales à l'aune du genre et de l'âge », *Enfances Familles Générations [En ligne]*, 27, 2017, mis en ligne le 31 août 2017.
- PERRIN Sarah, REVERSÉ Clément, 2022. « Drogues des villes et drogues des champs. Les pratiques d'usage et de revente féminines en France », *Déviance et Société*, vol. 46, no. 2 : 189-220.
- PÉTERMANN Michel, 2016. « La juste distance professionnelle en soins palliatifs », *Revue internationale de soins palliatifs*, vol. 31, no. 4 : 177-181.
- PETIAU Anne, 2021. *De la prise de parole à l'émancipation des usagers. Recherches participatives en intervention sociale*. Rennes, Presses de l'EHESSP.

- PETITAT André, 1994. « La profession infirmière. Un siècle de mutations. » in Aïach P., Fassin D. (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris, Anthropos-Economica : 227-259.
- PHARO Patrick, 2007. « Naturalisme et phénoménologie dans l'explication sociologique : le cas de l'addiction », *L'Année sociologique*, Troisième série, vol. 57, no. 1 : 103-125
- PIERRET Janine, 2006. *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès des personnes infectées*. Paris, Presses Universitaires de France.
- PIERRON Jean-Philippe, 2007. « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, no. 2 : 43-66.
- PILLON Thierry, 2012. *Le corps à l'ouvrage*. Paris, Editions Stock.
- PIRES Alvaro, 2001. « La rationalité pénale moderne, la société du risque et la juridicisation de l'opinion publique. » *Sociologie et sociétés*, vol. 33, no. 1, printemps : 179-204
- PLOURDE Chantal, QUIRION Bastien, 2009. « Mot de présentation, Où sont passés les héritiers de Stanton Peele ? Les nouvelles tendances de l'intervention en dépendance », *Drogues, santé et société*, 8(2) : 7-26.
- PLOURDE Chantal, QUIRION Bastien 2010, « Mot de présentation : trente ans d'intervention psychosociale au Québec : quatre témoins privilégiés dressent un bilan. » *Drogues, santé et société*, 9(1) : 7-35.
- POLTON Dominique, 2016. « Égalité femmes - hommes en matière de santé et de recours aux soins », *Regards*, vol. 50, no. 2 : 35-45.
- POWDERMAKER Hortense, 1966. *Strangers and Friends: The Way of An Anthropologist*. New York, Norton.
- PRINS E.H., *Maturing out: an empirical study of personal histories and processes in hard-drug addiction (Guérison spontanée : étude empirique d'histoires personnelles et de processus de dépendance aux drogues dures)*, Rotterdam, Van Gorcum, 1995
- PRIOU Johan, 2007. *Les Nouveaux Enjeux des politiques d'action sociale et médico-sociale*. Paris, Dunod.
- PRIOU Johan, DEMOUSTIER Séverine, 2023. « Chapitre 4. Dix évolutions structurelles de l'action sociale et médico-sociale », in J. Priou, S. Demoustier (dir.), *Institutions et organisation de l'action sociale et médico-sociale. En 20 notions*. Paris Dunod : 48-86.
- PROTAIS Caroline, 2016. *Sous l'emprise de la folie ? L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1950-2009)*. Paris, Editions de l'EHESS.
- PURDY Laura M., 1990. "Are pregnant women fetal containers ?", *Bioethics* 4(4) : 273-291.
- QRIBI Abdelhak, 2010. « Socialisation et identité. L'apport de Berger et Luckmann à travers « la construction sociale de la réalité » », *Bulletin de psychologie*, vol. 506, no. 2 : 133-139.
- QUINTIN Jacques, 2016. « Le rétablissement en santé mentale : la réappropriation de soi », in Demailly L., Garnoussi N. (dir.), *Aller mieux. Approches sociologiques*. Lille, Presses universitaires du Septentrion : 219-228
- QUIRION Bastien, BELLEROSÉ Charles, 2007. « Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et empowerment », *Sociologie et sociétés*, 39(1) : 29-50.
- RAMEIX Suzanne, 2000, « Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients ? », in C. Louzoun et D. Salas (éd.), *Justice et psychiatrie : normes, responsabilité, éthique*. Toulouse, Érès : 65-75.

- RAMOS Elsa, 2006. « L'ambiguïté du « parent-ami » dans les relations parents/enfant au Brésil : contrôle et protection », *Recherches familiales*, vol. 3, no. 1 : 127-136.
- RAMOS Elsa, de SINGLY François, 2010. « Moments communs en famille », *Ethnologie française*, vol. 40, no. 1 : 11-18.
- REISS Steven, WILTZ James, 2004. "Why people watch reality TV.", *Media Psychology*, 6(4) : 363-378
- REYNAUD Jean-Daniel, 1988. « La négociation de la qualification », *Archives Européennes de Sociologie*, 29, 1 : 78-101.
- REYNAUD Jean-Daniel, 1989. *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*. Paris, Armand Colin.
- REYNAUD Jean-Daniel, RICHEBÉ Nathalie, 2007. « Règles, conventions et valeurs. Plaidoyer pour la normativité ordinaire », *Revue française de sociologie*, 48, 1 : 3-36.
- RHODES LORNA A., 2000. "Taxonomic Anxieties: Axis I and Axis II in Prison." *Medical Anthropology Quarterly* 14, no. 3 : 346-373.
- RHODES LORNA A., 2004. *Total confinement: Madness and reason in the maximum security prison*, University of California Press.
- RIVOAL Haude, 2017. « Virilité ou masculinité ? L'usage des concepts et leur portée théorique dans les analyses scientifiques des mondes masculins », *Travailler*, vol. 38, no. 2 : 141-159.
- ROBERGE Martine, 2006. « En guise de conclusion : pour une relecture de nos rituels dans la société contemporaine. », *Ethnologies*, 28(2) : 213-222.
- ROBERGE Martine, 2014. *Rites de passage au XXI^e siècle. Entre nouveaux rites et rites recyclés*. Québec, Presses de l'Université Laval.
- ROCHET Silvia, 2021. « D'un problème moral à une matière de santé publique : retour sur la constitution de l'« addictologie » », Communication à la Journée des Doctorants du 25 mars 2021, Université de Lille.
- ROCHET Silvia, 2022. « Le monde des adultes. Apprendre « librement », « se projeter » et définir un nouveau « moi » dans un centre de traitement résidentiel pour les addictions », intervention à l'atelier du laboratoire IRIS, 7 juin 2022. URL : [Juin 5 \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=J6n5YkqUg0k)
- ROCHET Silvia, 2023. « Connaître « les règles du jeu ». La gestion différentielle de l'indiscipline dans un centre thérapeutique en addictologie », *Champ Pénal/Penal Field* [En ligne], mis en ligne le 23 octobre 2023.
- ROELANDT Jean-Luc, STAEDL Bérénice, 2016. *L'expérimentation des médiateurs de santé – pairs. Une révolution intranquille*. Paris, Doin.
- du ROSE Natasha, 2015. *The governance of female drug users. Women's experiences of drug policy*, Bristol, Policy Press.
- ROSE Nikolas, 1989. *Governing the Soul, the Shaping of the Private Self*. Londres, Free Associations Books.
- ROSE Nikolas, 1999. *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*, Cambridge, Cambridge University Press.
- ROSTAING Corinne, 1997. *La relation carcérale. Identités et rapports sociaux dans les prisons pour femmes*, Paris, Presses Universitaires de France.
- ROSTAING Corinne, 2001. « Pertinence et actualité du concept d'institutions totales : à propos des prisons », in C. Amourous, A. Blanc (dir.), *Erving Goffman et les institutions totales*. Paris, L'Harmattan : 137-153.

- ROSTAING Corinne, 2008. « L'expression des détenus : Formes, marges de manœuvre et limites », in Giuliani Frédérique et al. (dir.), *La voix des acteurs faibles : De l'indignité à la reconnaissance*, Rennes, Presses universitaires de Rennes : 121-136.
- ROSTAING Corinne, 2009. « Interroger les changements de la prison. Des processus de déprise et de reprise institutionnelle », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 17 : 89-108.
- ROSTAING Corinne, 2014. « L'ordre négocié en prison : ouvrir la boîte noire du processus disciplinaire », *Droit et société*, vol. 87, no. 2 : 303-328.
- ROSTAING Corinne, 2015. « Institution totale », *Sociologie* [En ligne], « Les 100 mots de la sociologie » - mis en ligne le 1^{er} décembre 2015.
- ROUAT Sabrina, SARNIN Philippe, 2018, « L'intervention en santé au travail : l'intérêt de l'étude de cas d'intervention », *Le travail humain*, 81, 4 : 331-363.
- ROUDINESCO Elisabeth, 2009. *Histoire de la psychanalyse en France – J. Lacan*, Paris, Le Livre de Poche.
- ROUQUETTE Michel-Louis, 2011. « La psychologie dans le champ social », *Bulletin de psychologie*, vol. 511, no. 1 : 39-44.
- de SAINT MARTIN Claire, 2019. « Le concept de liminalité », in *La parole des élèves en situation de handicap*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble : 25-48.
- SAINSAULIEU Renaud, [1977] 1988 (3^{ème} éd.). *L'identité au travail*, Paris, Presses de Sciences Po.
- SALIBA Jacques, 1994. « Les paradigmes des professions de santé », in Aïach P., Fassin D. (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica : 43-85.
- SALLE Grégory, 2003. « Situations carcérales en Allemagne. Prison et politique », *Déviance et société*, 27, 4 : 389-411.
- SALMAN Scarlett, 2009. « Aux sources du coaching et de ses morales (1930-2018) », *Ethnologie française*, 49, 4 : 653-670.
- SALMAN Scarlett, 2015. « Le temps des coachs ?. Trajectoires typiques d'une figure du « nouvel esprit du capitalisme » », *Travail et emploi*, vol. 143, no. 3 : 59-73.
- SAN MARTINO Laurence, 2023. « L'hôpital public : vers une entreprise comme une autre ? Quels risques pour la dimension humaine et l'éthique ? », *Question(s) de management*, vol. 42, no. 1 : 47-57.
- SANTAMARIA Éric, 2009. *Handicap mental et majorité. Rites de passage à l'âge adulte en IME*, Paris, L'Harmattan.
- SANTAMARIA Éric, 2013. « Devenir adulte. Classe d'âge et rite de passage pour les personnes en situation de handicap », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, vol. 63, no. 3 : 185-193.
- SARRADON-ECK Aline, FARNARIER Cyril, GIRARD Vincent, HÄNDLHUBER Hermann, LEFEBVRE Claude, SIMONET Églantine, STAES Bernard, 2012. « Des Médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité », *Lien social et Politiques*, vol. 67 : 183-199.
- SARRADON-ECK Aline, DIAS Maïté, POUCHAIN Renaud, 2020. « Ces patients "particuliers". Comment les jeunes médecins (dé)médicalisent les symptômes médicalement inexpliqués ? », *Sciences sociales et santé*, 38, 1 : 5-30.
- SARZIER Martin, 2020. Des déclassé-es immobiles. Comprendre l'évolution des rapports au travail dans un service hospitalier », *Sociologie du travail* [En ligne], Vol. 62, no. 4, octobre-décembre, mis en ligne le 12 décembre 2020.

SAULAIS Laure, MULLER Laurent, LESGARDS Valérie, 2017. « Murmurer à l'oreille... de l'industriel ? L'économie expérimentale comme outil d'aide à la décision en entreprise », *Revue économique*, vol. 68, no. 5 : 925-939.

SCHLEGEL Alice, BARRY Herbert, 1979. "Adolescent Initiation Ceremonies: A Cross-Cultural Code", *Ethnology*, Vol. 18, No. 2 : 199-210.

SEGALEN Martine, 2017. *Rites et rituels contemporains*. Paris, Armand Colin.

SENNETT Richard, [1974] 1979. *Les Tyrannies de l'intimité*. Paris, Editions du Seuil.

SETBON Michel, 1995. « Drogue, facteur de délinquance ? D'une image à son usage. » *Revue française de science politique*, 45^e année, n°5 : 747-774.

SETBON Michel, DE CALAN Jeanne (collab.), 1998. *L'injonction thérapeutique. Evaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, Rapport de recherche CNRS-GAPP.

SHARRON Avery, 1981. "Frame paralysis: when time stands still", *Social Research*, vol. 48, no 3 : 500-520.

SICOT François, 2006. « La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? », *Déviance et Société*, vol. 30, no. 2 : 203-232.

SIMMAT-DURAND Laurence, 2000. « Disparités régionales des injonctions thérapeutiques aux usagers de stupéfiants », *Santé publique*, volume 12, no 3 : 405-418.

SIMMAT-DURAND Laurence, 2002. « Grossesse et drogues illicites », *Déviance et Société*, vol. 26, no. 1 : 105-126.

SIMMAT-DURAND Laurence, 2007. « La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions », *Déviance et Société*, vol. 31, no. 3 : 305-330.

SIMMAT-DURAND Laurence, 2009. « Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques. » *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire - BEH*, 10-11 : 86-89.

de SINGLY François, 2006. *Les Adonaissants*. Paris, Armand Colin.

SLINGENEYER Thibault, 2007. « La nouvelle pénologie, une grille d'analyse des transformations des discours, des techniques et des objectifs dans la pénalité », *Champ pénal/Penal field*, [En ligne] Vol. IV, mis en ligne le 15 octobre 2007.

SNACKEN Sonia (dir.), DELTENRE S., RAES A., VANNESTE C., VERHAEGHE P., 1999. « Recherche qualitative sur l'application de la détention préventive et de la liberté sous conditions », Institut National de Criminologie et de Criminologie, Département de Criminologie, Université de Bruxelles, VUB, INCC.

SOULET Marc-Henry, 2008. « Penser la gestion des drogues dures : modélisation théorique et perspectives pratiques », *Psychotropes*, vol. 14, no. 3 : 91-109.

SOULET Marc-Henry, 2009. « Nouvelles pathologies sociales et transformations de l'action sociale », in T. Périlleux, J. Cultiaux (dir.), *Destins politiques de la souffrance*. Toulouse, Érès : 85-98.

SOULET Marc-Henry, 2012. « De l'insertion sociale à la gestion des immotiles. Le travail social en reconfiguration », in R. Castel, C. Martin (dir.), *Changements et pensées du changement. Echanges avec Robert Castel*. Paris, La Découverte : 183-194.

SOURMAIS Laure, PALLEZ Audrey, 2015. « Mieux préparer et accompagner les "jeunes sortants" de la protection de l'enfance et de la Protection judiciaire de la jeunesse pour une réelle inclusion sociale », *Vie sociale*, vol. 12, no. 4 : 185-201.

SOUTRENON Emmanuel, 2001. « Faites qu'ils (s'en) sortent... À propos du traitement réservé aux sans-abri dans le métro parisien », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 136-137 : 38-48.

SPACH Miléna, 2016. « Enjeux économiques et politiques publiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool en France », *Santé Publique*, vol. 28, no. 4 : 461-470.

SPERBER Dan, 1996. *La contagion des idées. Théorie naturaliste de la culture*. Paris, Odile Jacob.

SPITZ Jean-Fabien, 2006. « Le libertarisme de gauche : l'égalité sous condition de la propriété de soi ». *Raisons politiques*, 3, no. 23 : 23-46.

STIEGLER Bernard, 2007. « Questions de pharmacologie générale. Il n'y a pas de simple pharmakon », *Psychotropes*, vol. 13, no. 3-4 : 27-54.

STRAUSS Anselm L., [1959] 1992. *Miroirs et masques*. Paris, Métailié.

STRAUSS Anselm L.,

- [1978(a)]. « Une perspective en termes de monde social » ["A Social world perspective", in Norman Denzin (éd.), *Symbolic Interaction*, vol. 1, Greenwich, CT : JAI Press :119-128] ;
- [1978(b)]. « Négociations : introduction à la question » [*Negotiations. Varieties, processes, contexts, and social order*, 1978, San Francisco, Jossey-Bass : 1-29 ; 97-103] ;
- (avec) FAGERHEUGH Shizuko, SUCZEK Barbara, WIENER Carolyn, [1985]. « Maladie et trajectoires » [*Social Organization of medical work*, Chicago, University of Chicago Press]

Textes regroupés in A. STRAUSS (dir.), 1992. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste* (textes réunis par Isabelle Baszanger). Paris, L'Harmattan.

TABET Paola, 1979. « Les Mains, les outils, les armes. », *L'Homme*, tome 19, n°3-4 : 5-61.

TAÏEB Olivier, 2011. *Les histoires des toxicomanes*. Paris, Presses Universitaires de France.

TALAYESVA Don. C, [1959] 1982. *Soleil Hopi*, Paris, Plon.

TERRAIL Jean-Pierre, 2013. *Entrer dans l'écrit. Tous capables ?* Paris, La Dispute.

TETREAULT Sylvie, 2014. « Récit de vie ou histoire de vie (*oral history, life story, cultural life strip*) », in Sylvie Tétreault éd., *Guide pratique de recherche en réadaptation*, Bruxelles, De Boeck Supérieur : 299-312.

THOMASSEN Bjørn, 2014. *Liminality and the Modern: Living Through the In-Between*, Surrey, Ashgate Publishing.

THOMPSON Megan, ZANNA Mark P., GRIFFIN Dale W., 1995. "Let's not be indifferent about (attitudinal) ambivalence" in R. E. Petty et J. A. Krosnick (éd.), *Attitude strength: Antecedents and consequences*, Hillsdale, NJ: Erlbaum : 361-386.

TÖNNIES Ferdinand, [1887] 2010. *Communauté et société. Catégories fondamentales de la sociologie pure*. Presses Universitaires de France.

TOURETTE-TURGIS Catherine, 2017. « Parcours de vie, rupture de santé : quand se maintenir en vie devient un projet », *Vie sociale*, vol. 18, no. 2 : 91-104.

TROISOEUF Aurélien, 2020. « Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé ? », *Rhizome*, vol. 75-76, no. 1-2 : 27-36.

TROISOEUF Aurélien, EYRAUD Benoit, 2015. « Psychiatisés en lutte, usagers, Gemeurs,... : une cartographie des différentes formes de participation », *Rhizome*, vol. 58, no. 4 : 3-4.

TROUESSIN Mélanie, 2016. « Le statut ambivalent de la volonté dans les conduites addictives » – « Santé, médecine et décision », intervention Maison de la Sorbonne, 13/12/16. [En ligne]. URL : [MelanieTrouessin-Lestatutambivalentdelavolontedanslesaddictions \(1\).pdf](#)

TURNER Victor W., [1969] 1990. *Le phénomène rituel. Structure et contre-structure*, Paris, Presses Universitaires de France.

- VALLAT David, BERTEZENE Sandra, 2018. « L'apport du modèle Exit-Voice-Loyalty à la compréhension de l'apprentissage organisationnel – le cas d'un hôpital public. », *Management international / International Management / Gestión Internacional*, 22(2) : 13–25.
- VAN CAMPENHOUDT L., 2004. « Le pouvoir dans le travail en réseau » in *Judiciaire et thérapeutique : quelles articulations ?*, Actes du colloque tenu à Bruxelles le 5 décembre 2003, Bruxelles, La Charte.
- VAN DE VELDE Cécile, 2008. *Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe*. Presses Universitaires de France.
- VAN DE VELDE Cécile, 2015. *Sociologie des âges de la vie*. Paris, Armand Colin.
- VAN DE VEN, Andrew H., HUBER, Georges P., 1995, *Longitudinal Field Research Methods. Studying Processes of Organizational Change*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- VAN DER STRATEN Georges, 2008. « Réflexions sur le développement des CT en Europe », in. van der Straten G. et Broekaert E. (éd.) *La nouvelle communauté thérapeutique*, Louvain-La-Neuve, Bruylant-Academia.
- VAN GENNEP Arnold, [1909] 1981. *Les rites de passage : étude systématique des rites de la porte et du seuil, de l'hospitalité, de l'adoption, de la grossesse et de l'accouchement de la naissance, de l'enfance, de la puberté, de l'initiation, de l'ordination, du couronnement, des fiançailles et du mariage, des funérailles, des saisons, etc.* Paris, éditions A. et J. Picard.
- VAUCHEZ Jean-Marie, 2015. « Autonome vs indépendant », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 126, no. 2 : 128-129.
- VELPRY Livia, 2008. *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*. Paris, Armand Colin
- VELPRY Livia, VIDAL-NAQUET Pierre, 2018. « Introduction », in Velpy L., Vidal-Naquet P., Eyraud B. (dir.), *Contrainte et consentement en santé mentale – Forcer, influencer, coopérer*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes : 9-16.
- VERDIER Pierre, 2003. « Les décrets d'application de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale », *Journal du droit des jeunes*, vol. 226, no. 6 : 23-34.
- VIDAL-NAQUET Pierre, 2018. « Des régulations hiérarchiquement enchevêtrées. Le cadrage de la contrainte dans un foyer de vie », in Velpy L., Vidal-Naquet P., Eyraud B. (dir.), *Contrainte et consentement en santé mentale – Forcer, influencer, coopérer*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes : 153-169.
- VILBROD Alain, 1995. *Devenir éducateur, une affaire de famille*. Paris, L'Harmattan.
- VINCENOT Delphine, 2020. « Crise de modernisation associative : la dimension institutionnelle oubliée », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 30, no. 2 : 197-208.
- VINCENT Guy, LAHIRE Bernard, THIN Daniel, 1994. « Sur l'histoire et la théorie de la forme scolaire », in Vincent G. (dir.), *L'Education prisonnière de la forme scolaire ?* Lyon, PUL : 11-48.
- VOEGTLI Michaël, 2004. « Du Jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence. », *Lien social et Politiques*, 51 : 145–158.
- VOZARI Anne-Sophie, 2015. « “Si maman va bien, bébé va bien.” La gestion des risques psychiques autour de la naissance ». *Recherches familiales*, 2015/1 n° 12 : 153-163.
- VOZARI Anne-Sophie, 2021. *Le souci des mères. Ethnographie du gouvernement de la maternité en périnatalité*, thèse de doctorat en sociologie, EHESS.
- VRANCKEN Didier, MACQUET Claude, 2012. « Focus – Du travail sur soi au gouvernement de soi », *Informations sociales*, vol. 169, no. 1 : 76-79.

- VUATTOUX Arthur, 2014(a). « Adolescents, adolescentes face à la justice pénale », *Genèses*, vol. 97, no. 4 : 47-66.
- VUATTOUX Arthur, 2014(b). « Reproduction des normes de genre dans le traitement médiatique des crimes adolescents », *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [En ligne], 4, mis en ligne le 01 janvier 2014.
- WACQUANT Loïc, 1989. « Corps et âme », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 80, novembre : 33-67.
- WACQUANT Loïc, 2000. *Corps et âme. Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*. Marseille, Éditions Agone.
- WACQUANT Loïc, 2010(a) « L'habitus comme objet et méthode d'investigation. Retour sur la fabrique du boxeur », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 184, no. 4 : 108-121.
- WACQUANT Loïc, 2010(b). « La fabrique de l'État néolibéral », *Civilisations*, 59-1 : 151-174.
- WAGNER Jascha, HAMILTON D'Janna, ANDERSON Tammy L., REMPUSHESKI Veronica F., 2017. "Identity Work, Techniques of Neutralization, and Deviance", *Symbolic Interaction*, August, Vol. 40, No. 3 : 352-377.
- WAGNER Vincent, FERGUSON Yan, HUDON Karine, GOYER Marie-Ève, FLORES-ARANDA Jorge, 2021. « Précarité et usage d'opioïdes : revue narrative sur l'approche à bas seuil d'exigence ». *Drogues, santé et société* 19, n° 1-2 : 66-102.
- WEBER Florence, 2018. « Du Suicide de Durkheim à l'analyse des troubles psychiques dans un monde bouleversé : Pour un nouveau dialogue entre science sociale et psychologie », in *Durkheim aujourd'hui*. Paris, Presses Universitaires de France : 163-187.
- WEINBERG Darin, 1997. "Lindesmith on Addiction: A Critical History of a Classic Theory", *Sociological Theory*, Jul., Vol. 15, No. 2 : 150-161.
- WEINBERG Darin, 2005. *Of Others Inside: Insanity, Addiction, and Belonging in America*, Philadelphia, Temple University Press.
- WEINER Annette, 1976. *Women of Value, Men of Renown: New Perspectives in Trobriand Exchange*. Austin, The University Press.
- WELZER-LANG Daniel, 2007. « L'intervention auprès des hommes... aussi... », *Empan*, vol. 65, no. 1 : 42-48.
- WIENER Norbert, 1952. *Cybernétique et Société*, Paris, Editions Des Deux-Rives.
- WITTGENSTEIN Ludwig, [1921] 1993. *Tractatus logico-philosophicus*. Paris, Gallimard.
- WITTGENSTEIN, [1945] 1990. *Investigations philosophiques*. Paris, Gallimard.
- ZAFIROPOULOS Markos, PINELL Patrice, 1982. « Drogues, déclassement et stratégies de disqualification », *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 42, avril : 61-75.
- ZRIBI Gérard, 2019. *L'avenir du travail protégé. Les ESAT dans le dispositif d'emploi des personnes handicapées*. Rennes, Presses de l'EHESP.

*

- **Références en médecine et psychologie portant sur les addictions ou autres diagnostics ; publications institutionnelles du champ observé (intervention en toxicomanie, alcoologie, addictologie) :**

ABELLA Adela, 2015. « Différentes conceptions du cadre en psychanalyse et en psychothérapie », *Le Carnet PSY*, vol. 194, no. 9 : 29-35.

ADÈS Jean, LEJOYEUX Michel (dir.), 2004. *Alcoolisme et psychiatrie*. Paris, Masson.

ALBRECHT Anaïs, DAEPPEN Jean-Bernard, 2007. « La consommation contrôlée dans la prise en charge des dépendances à l'alcool », *Dépendances*, n° 31, p. 6-8.

ANGEL Sylvie, ANGEL Pierre, 2003. *Les toxicomanes et leurs familles*. Paris, Armand Colin.

ANZIEU Didier, 1985. *Le Moi-peau*. Paris, Dunod.

ANZIEU Didier, 1987. *Les enveloppes psychiques*. Paris, Dunod.

APOSTOLIDIS Thémistoklis, ROUAN Georges, EISENLHOR Stéphane, 2003. « Construction du rapport aux drogues dans un contexte de précarité », *Psychotropes* 9, no. 2 : 65-81.

AOUN M., CHAILONICK P., GEREY N., JOUVEN C., MICHEL J., « Historique des Antennes de lutte contre la toxicomanie », *INTERVENTIONS*, n° 55.

ASHFORD Robert, BROWN Austin McNeil, BROWN Tiffany B., *et al.*, 2019. « Defining and operationalizing the phenomena of recovery: A working definition from the Recovery Science Research Collaborative ». *Addict Res Theory* 27, no. 3 : 179-188.

AYME Jean, 1977. « Nosographie et drogues », dans VERDIGLIONE Armando (dir.) *Drogue et langage*. Paris, Payot : 123-145.

BASSET Bernard, RIGAUD Alain, SAVY Myriam, 2021. *La loi de 70 sur les stupéfiants : 50 ans de répression (ou pas)*, no. 43, Association Addictions France.

BENYAMINA Amine, 2014. *Addictions et comorbidités*. Paris, Dunod.

BENNEY Jean-Marie, 2006. « Obligation de soins : aspects juridiques, éthiques et médicaux », *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2006, 190, no 6, 1147-1155, séance du 13 juin 2006 -URL : [Obligation de soins : aspects juridiques, éthiques et médicaux – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps \(academie-medecine.fr\)](#)

BERCHERIE Paul, 2000. « Évaluation critique du concept freudien de projection. Point de vue théorique », *Revue française de psychanalyse*, vol. n° 64, no. 3 : 861-884.

BERGERET Jean, 1981 « Introduction à une étude sur la personnalité du toxicomane. », *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, n°32 : 9-16.

BERGLUND G.W., BERGMARK A., BJÖRLING B., GRÖNBLADH L, LINDBERG S, OSCARSSON L, OLSSON B, SEGREUS V, STENSMO C., 1991. "The SWEDATE project: interaction between treatment, client background, and outcome in a one-year follow-up.", *J Subst Abuse Treat.* 8(3) : 161–169.

BERNE Eric, [1963 *The Structure & Dynamics of Organizations & Groups*], 2020. *L'analyse transactionnelle pour les groupes et les organisations*, Institut français d'analyse transactionnelle.

BLAISE Mario, ROSSÉ Elizabeth, 2011. « Monsieur Drogue. Claude Olievenstein, trente ans d'interventions médiatiques », *Psychotropes*, vol. 17, no. 1 : 57-82.

BLEGER José, 1979. « Psychanalyse du cadre psychanalytique », in R. Käes *et al.* (éd.) *Crise, Rupture et dépassement*, Paris, Dunod.

- BLOS Peter, 1967. « The Second Individuation Process », *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22 : 162-186
- BOIS Cassandre, GOZÉ Tudi, 2023. « Le trouble de la personnalité limite et les profondeurs de l'identité : approche phénoménologique », *L'information psychiatrique*, vol. 99, no. 7 : 463-473.
- BOIVIN-DESROCHERS Camille, ALDERSON Marie, 2014. « Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 118, no. 3 : 85-96.
- BONNAFÉ Lucien, 1966. *Livre Blanc de la psychiatrie française*, tome 2, Toulouse, Privat.
- BOUCHE-FLORIN Laëtitia, 2019. « L'addiction chez les mineurs non accompagnés : comment passer du produit au récit », *Psychotropes*, vol. 25, no. 1 : 25-45.
- BOURGEOIS Marc, DELILE Jean-Michel, RAGER Pierre, PEYRE Francis, 1987. « Les 'communautés thérapeutiques' pour toxicomanes : bilan et évaluation des soins », *Annales Médico-psychologiques*, 145(8) : 699-704
- BOURIN Michel, 2014. « Faut-il encore utiliser les benzodiazépines ? », *PSN*, vol. 12, no. 2 : 7-17.
- BREMNER J.D., SOUTHWICK S.M., DARNELL A., CHARNEY D.S., 1996. "Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse." *Amer. J. Psychiat.*, 153 (3) : 369-374.
- CASTAGNÉ Michel, 2006. « Communauté thérapeutique : quelle réponse française ? », *Psychotropes*, vol. 12, no. 3-4 : 71-79.
- CHAMBON Julien, MOREL Alain, 2015. « 4. Drogues, plaisir et satisfaction », Alain Morel (éd.), *Addictologie. En 49 notions*. Paris, Dunod : 30-40.
- CHAPPARD Pierre, COUTERON Jean-Pierre, MOREL Alain, 2019. « Chapitre 3. La réduction des risques, fondement d'une nouvelle addictologie », Alain Morel (éd.), *Addictologie. En 47 notions*. Paris, Dunod : 25-44.
- CHEN Gila, 2018. "Building Recovery Capital: The Role of "Hitting Bottom" in Desistance and Recovery from Substance Abuse and Crime." *Journal of psychoactive drugs* vol. 50, 5 : 420-429.
- CLECKLEY Hervey, 1941. *The mask of sanity; an attempt to reinterpret the so-called psychopathic personality*, St. Louis : The C.V. Mosby Company.
- COLLOT Éric, 2011. *L'alliance thérapeutique*. Malakoff, Dunod.
- Comité de publication des Journées de Reims, 2014. *Les Journées de Reims. Pour une clinique du toxicomane et de la toxicomanie*, Paris, L'Harmattan.
- CORMIER Dollard, 1984. *Toxicomanies : styles de vie*. Chicoutimi, Gaëtan Morin Éditeur.
- CORMIER Dollard, 1989. *Alcoolisme, abstinence, boire contrôlé, boire réfléchi*. Montréal, Éditions du Méridien.
- COULON Pascal, 2010. *Les groupes d'entraide. Une thérapie contemporaine*, Paris, L'Harmattan.
- COUTERON Jean-Pierre, 2006. « Toxicomanies, addictions, quel(le)s mode(s) de sortie ? Introduction aux Journées de l'Anit, 15 et 16 juin 2006, Palais Beaumont, Pau », *Psychotropes*, vol. 12, no. 3-4 : 11-19.
- COUTERON Jean-Pierre, 2022. « Panorama des dispositifs actuels de soins en addictologie », *Psychologies et Psychologies*, vol. 279, no. 3 : 006-011.
- COUTERON Jean-Pierre, PHAN Olivier, 2015. « 36. Thérapie familiale systémique et addiction », in Alain Morel (éd.), *Addictologie. En 49 notions*. Paris, Dunod : 402-409.

- CRÉTÉ Pascal, 2019. « 59. Thérapeutique institutionnelle », in Sonia Dollfus (éd.), *Les schizophrénies*. Paris, Lavoisier : 401-404.
- CSILLIK Antonia, 2009. « L'entretien motivationnel », in Philippe Carré (éd.), *Traité de psychologie de la motivation. Théories et pratiques*. Paris, Dunod : 289-304.
- CUPA Dominique, REYNAUD Michel, MARINOV Vladimir, POMMIER François (dir.) 2010. *Entre corps et psyché : les addictions*. Paris, EDP Sciences.
- CURTET Francis, LE POULICHET Sylvie, 1982. « La toxicomanie des Maghrébins », Publication des Actes du Congrès de l'ANIT, repris in *Interventions*, n°5, novembre 1985.
- DECI Edward L., RYAN Richard M., 1985. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior (Perspectives in Social Psychology)*. New York, Plenum Press.
- DELILE Jean-Michel, 2011, « Les communautés thérapeutiques arrivent en France : pourquoi (seulement) maintenant ? », *Psychotropes*, vol. 17, no. 3-4 : 29-57.
- DELILE Jean-Michel, COUTERON Jean-Pierre, 2009. « Réflexions sur le traitement résidentiel des addictions », *Alcoologie et Addictologie*, 31 (1) : 27-35.
- DELILE Jean-Michel, MOREL Alain, 2019. « Chapitre 38. Sevrages et traitements », in Alain Morel (éd.), *Addictologie. En 47 notions*. Paris, Dunod : 505-523.
- DELION Pierre, 2018. « 5. Aspects institutionnels de la fonction phorique », in Pierre Delion (dir.) *Fonction phorique, holding et institution*. Toulouse, Érès : 99-115.
- DEMANGE Jean-Pierre, 2011. « La communauté thérapeutique ? Oui, mais pas tout de suite ! », *Psychotropes*, vol. 17, no. 3-4 : 59-83.
- DENIS Cécile, ANGLOIS Emmanuel, FATSEAS Mélina, AUIACOMBE Marc, 2011. « Un modèle français de Communauté Thérapeutique ? Les communautés thérapeutiques expérimentales : Consensus des professionnels », *Psychotropes*, vol. 17, no. 3-4 : 85-101.
- DERVAUX Alain, LAQUEILLE Xavier, 2016. « Troubles de personnalité borderline et addictions », *L'information psychiatrique*, vol. 92, no. 1 : 38-44.
- DESCOMBEY Jean-Paul, 2004. « L'humanité des alcooliques. De l'exclusion à la prise en considération de leur humanité », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. n° 83, no. 3 : 70-73.
- DESJARDINS-BEGON Delphine, 2013. *Défaillances narcissiques et troubles de l'estime de soi dans les conduites addictives : revue de la littérature et étude de cas cliniques*, thèse en médecine humaine et pathologie, Université de Nice.
- DI CHIARA Gaetano, IMPERATO Assunta, 1988. « Drugs Abused by Humans Preferentially Increase Synaptic Dopamine Concentrations in the Mesolimbic System of Freely Moving Rats », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 85 : 5274-5278.
- DOLTO Françoise, [1995], 2002. *Tout est langage*, Paris, Gallimard.
- DORE Christina, 2017. « L'estime de soi : analyse de concept », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 129, no. 2 : 18-26.
- DUGARIN Jean, 2008. « Adaptation du système de soin français en toxicomanie depuis 35 ans. », *Psychotropes*, vol. 14, no. 1 : 9-20.
- DUGARIN Jean, 2019(a). « L'addictologie : d'une néo-discipline et de son homogénéité. Conditions historiques de son émergence en France », *Psychotropes*, vol. 25, no. 2-3 : 171-184.
- DUGARIN Jean, 2019(b). « L'addictologie : d'une néo-discipline et de son homogénéité. Conditions de

production des savoirs à l'oeuvre. », in *Psychotropes*, vol. 25, no. 4 : 9-22.

DUGARIN Jean, NOMINÉ Patrice, 2013. « Approche historique et épistémologique du concept d'addiction », in Marc Levivier (éd.), *Parole et addiction*. Toulouse, Érès : 135-169.

DUFAYET G., CLAUDON M., 2017. « Chapitre 23 - Psychothérapie de groupe et groupes d'entraide en addictologie », in Michel Lejoyeux (dir.), *Addictologie* (3e édition). Paris, Elsevier Masson : 408-414.

DUPONT Jean-Claude, NAASILA Mickaël, 2016. « Une brève histoire de l'addiction », *Alcoologie et addictologie* ; 38 (2) : 93-102.

DUPUY G., VORSPAN F., LÉPINE J.-P., 2009. « Épidémiologie des usages de substances addictives : résultats d'études réalisées en France et perspectives internationales », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 167, 7 : 498-503.

FACHINELLI, Elvio, 1983. *Claustrofilia*, Milano, Adelphi.

FOUILLAND Patrick, 2015. « 37. Traitements de sevrage », in Alain Morel (éd.), *Addictologie. En 49 notions*. Paris, Dunod : 410-423.

FRANCK Nicole, CELLARD Caroline (dir.) 2020. *Pair-aidance en santé mentale. Une entraide professionnalisée*, Paris, Elsevier Masson.

FRANK Jerome D., [1961] 1974. *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. New York: Schocken Books.

FRANKARD Anne-Christine, 2007. « Pathologie du lien et attachement : aux sources de l'étagage », *Dialogue*, vol. 176, no. 2 : 105-117.

FREUD Sigmund, [1912] 1968. « Note sur l'inconscient en psychanalyse », in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard : 175-187

FREUD Sigmund, [1920] 1977, « Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Presses Universitaires de France.

FROUCHT HIRSCH Sylvie, 2012. *Le temps d'un cancer. Chroniques d'un médecin malade*. Toulouse, Érès.

FRUGIER Catherine, 2012. « Le point sur... la chaîne symbiotique », *Actualités en analyse transactionnelle*, n°142, 2 : 53-59.

GOODMAN Aviel, 1990. "Addiction : definition and implications", *British Journal of Addiction* ; 85 : 1403-1408.

GRÉGOIRE Muriel, 2016. « Slam, chemsex et addiction sexuelle », *Psychotropes*, vol. 22, no. 3-4 : 83-96.

HACHET Pascal, 2002. « Chapitre 15. Une secte pour les toxicomanes : Le Patriarche », in Hachet Pascal (dir.) *Psychologue dans un service d'aide aux toxicomanes*. Toulouse, Érès : 135-138.

HARROP E. N., MARLATT A. G., 2010. The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: prevalence, etiology, and treatment, *Addict Behav* ; 35 (5) : 392-398

HAUTEFEUILLE Michel, 2006. « Éditorial. Addictions : en sortir », *Psychotropes*, vol. 12, no. 3-4 : 5-9.

HAUTEFEUILLE Michel, 2009. *Dopage et vie quotidienne*. Paris, Payot.

HAUTEFEUILLE Michel, 2019. « Les thérapies psychocorporelles. Éditorial », *Psychotropes*, vol. 25, no. 2-3 : 5-9.

HECKSHER Dorte, 2007. *Pregnancy and Self-Change from Addiction Problems*, Centre for Alcohol and Drug Research, Stockholm.

HENDEN E., MELBERG H. O., RØGEBERG O. J., 2013. « Addiction : Choice or Compulsion ? », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 4, no 77.

HERVÉ François, PEDOWSKA Denis, 2011, « Une communauté thérapeutique hors les murs : intérêt, faisabilité et perspectives. », *Psychotropes*, vol. 17, no. 3-4 : 9-27.

HOLDEMAN Quintin L., 1989. "The Symbiotic Chain." *Transactional Analysis Journal*, 19(3) : 137-144.

HOURIEZ André, 2022. « Changement de paradigme dans le champ de l'addictologie ! », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 153, no. 1 : 107-113.

HUANG S. *et al.*, 2011. "The long terms effects of childhood maltreatment experiences on subsequent illicit drug use and drug-related problems in young adulthood", *Addictive Behaviors*, 36: 95-102.

JANET Pierre, 1857. « Des caractéristiques et du traitement de la folie », *Revue des deux Mondes*, 2e période, tome 8, mars/avril 1857 : 776-807

JEANNEROD Marc, 2008. « La psychothérapie neuronale. Réflexions sur le mode d'action de la psychothérapie », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, vol. 2, no. 1 : 95-113.

KAHNEMAN D., SLOVIC P., TVERSKY A. (éd.), 1982, *Judgment under Uncertainty : Heuristics and Biases*, Cambridge, Cambridge UP.

KARILA Laurent, BENYAMINA Amine, 2016. « 43. Les thérapies comportementales dans les addictions : management des contingences et renforcement communautaire », in Michel Reynaud (éd.), *Traité d'addictologie*. Paris, Lavoisier : 358-361.

KASKUTAS Leen Ann, BORKMAN Thomasina J., LAUDET Alexander, RITTER Lois A., WITBRODT Jane, SUBBARAMAN Meenakshi S., STUNZ Aina, BOND Jason, 2014. "Elements that define recovery: the experiential perspective", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*; 75(6) : 999-1010.

KASSEL J.D, WAGNER E.F, 1993. « Processes of change in Alcoholics Anonymous: a review of possible mechanisms », *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(2) : 222-234

KLINGEMANN Harald, ROSENBERG Harold, 2007. « Acceptation et pratique thérapeutique de la consommation contrôlée », *Dépendances*, n° 31 : 2-4.

LAQUEILLE Xavier, LUCET Chloé, 2017. « 5. Principes généraux des prises en charge en addictologie », in X. Laqueille (éd.), *Pratiques cliniques en addictologie*. Paris, Lavoisier : 35-43.

LORIG Kate, LAURIN Janette, 1985. "Some notions about the assumptions underlying health education." *Health Educ Q*, 12 : 231-243.

LORIG K. R., SOBEL D. S., STEWART A. L., BROWN B. W., BANDURA A., RITTER P., GONZALEZ V. M., LAURENT D. D., HOLMAN H. R., 1999. "Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial." *Medical care*, 37(1) : 5-14.

LORIG Kate, 2003. "Self-Management Education: More than a Nice Extra." *Medical Care* 41, no. 6 : 699-701.

KIROUAC Megan, WITKIEWITZ Kate, 2017. "Identifying "Hitting Bottom" Among Individuals with Alcohol Problems: Development and Evaluation of the Noteworthy Aspects of Drinking Important to Recovery (NADIR).", *Subst Use Misuse*, 15 ; 52(12): 1602-1615.

KLINGEMANN Harald *et al.* (L. Sobell , J. Barker , J. Blomqvist , W. Cloud , T. Ellinstad , D. Finfgeld , R. Granfield , D. Hodgins , G. Hunt , C. Junker , F. Moggi , S. Peele , R. Smart , M. Sobell , J. Tucker), 2001. *Promoting Self-Change from Problem Substance Use. Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment*, Dordrecht/Boston/London, Kluwer Academic Publishers.

KLINGEMANN Harald, 1991. "The motivation for change from problem alcohol and heroin use." *British journal of addiction*, 86, 6 : 727-744 .

KOOYMAN Martien, 1992. *The therapeutic community for addicts : intimacy, parent involvement and treatment outcome*, Universiteitsdrukkerij Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.

LAURE Patrick, BINSINGER Caroline, FRISER Audrey, AMBARD Marie France, GIRAULT Sylvie., 2005. « L'estime de soi et l'anxiété sont-elles prédictives de la consommation de substances psychoactives par les préadolescents ? », *Psychotropes*, 1, Vol. 11 : 73-90.

LE CAPITAINE Jean-Yves (2020). « Le secteur médico-social dans les paradoxes du changement », *VST - Vie sociale et traitements*, 148, 91-97.

LECOMTE Jacques, 2017. « 3. La psychologie humaniste », in Lecomte J. (dir.), *30 grandes notions de la psychologie*. Paris, Dunod : 16-20.

LESHNER A. I., 1997. "Addiction Is a Brain Disease, and It Matters", *Science*, vol. 278, n° 5335 : 45-47.

LEV-RAN S., IMTIAZ S., REHM J., LE FOLL B., 2013. "Exploring the Association between Lifetime Prevalence of Mental Illness and Transition from Substance Use to Substance Use Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC)", *The American Journal on Addictions*, 22 : 93-98.

MALDONADO Rafael, 2010. « Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues [*The endogenous opioid system and drug addiction*] », *Ann Pharm Fr.*, 68 (1) : 3-11.

MARC Edmond, 2014. « Chapitre 9. La psychologie humaniste », in Michelle Vinot-Coubetergues (éd.), *Les fondements des psychothérapies. De Socrate aux neurosciences*, Paris, Dunod : 118-130.

MARTY François, 2006. « Les risques d'évolution perverse », *Psychologie clinique et projective*, vol. 12, no. 1 : 251-276.

MAZZETTI Marco, 2019. « Honneur à l'ambivalence », *Actualités en analyse transactionnelle*, vol. 168, no. 4 : 31-53.

MELIAVA Naïra, MOREL Alain Morel, 2015. « 41. Gestion de l'addiction et accompagnement thérapeutique », in Alain Morel (éd.), *Addictologie. En 49 notions*. Paris, Dunod : 461-479.

MELIHAN-CHEININ Pascal, 2007. « Familles et dépendances : éléments de langage », *Psychotropes*, vol. 13, no. 3-4 : 217-227.

MELLIER Denis, 2003. « Conflits, conflictualité et fonction contenante. De Freud à Bion, une évolution de la psychanalyse de l'intrapsychique vers l'intersubjectivité », *Cliniques méditerranéennes*, vol. n° 68, no. 2 : 257-276.

MENDREK Adrianna, 2014. « Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de toxicomanie ? », *Santé mentale au Québec*, 39(2) : 57-74

MENECIER Pascal, MENECIER Romain, 2018. « Intoxications éthyliques aiguës à l'hôpital : tendances depuis 26 ans au CH de Mâcon (France) », *Psychotropes*, vol. 24, no. 3-4 : 153-170.

MICHEL Jean-Dominique, 1999, « Groupes d'entraide : enjeux et perspectives », *Dépendances*, avril, n° 7 : 10-12.

MICOULAUD-FRANCHI Jean-Arthur, QUILES Clélia, 2021. « Introduction », in Micoulaud-Franchi J.-A., Quiles C. (dir.) *Psychiatrie-Addictologie*. Paris, Ellipses : 3-4.

MIEL Christian, 2003. « Représentation et pulsion de mort dans la toxicomanie », *Cahiers de psychologie clinique*, vol. 21, no. 2 : 137-153.

- MILLER Norman S., FLAHERTY Joseph A., 2000. « Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences). A review of the clinical research », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18 : 9-16
- MILLER William R., ROLLNICK Stephen, 2013. [*Motivational Interviewing: Helping People Change, 3rd Edition*], *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement*. Paris, InterEditions.
- MILLS Katherine L., TEESSON Maree, ROSS Joanne, PETERS Lorna, 2006. "Trauma, PTSD and substance use disorders: findings from Australian national survey of mental health and well-being." *Amer. J. Psychiat.*, 163 : 652-658.
- MONJAUZE Michèle, 2008. *Comprendre et accompagner le patient alcoolique en groupe*, Paris, Editions In Press.
- MOREL Alain, 2004. « Addictologie », in D. Richard, J.-L. Senon (dir.) *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Paris, Larousse.
- MOREL Alain, 2006. « L'addictologie : croyance ou révolution ? », *Psychotropes*, vol. 12, no. 3-4 : 21-40.
- MOREL Alain, 2010. « Place des psychothérapies dans l'accompagnement thérapeutique en addictologie. Théorie et pratique », *Psychotropes*, vol. 16, no. 2 : 31-48.
- MOREL Alain, 2019. « Chapitre 4. Les drogues : définition et classification », in Alain Morel (éd.), *Addictologie. En 47 notions*. Paris, Dunod : 45-53.
- MOREL Alain, COUTERON Jean-Pierre, 2008. *Les conduites addictives*. Paris, Dunod.
- MOREL Alain, COUTERON Jean-Pierre, 2019. « Avant-propos. De quoi l'addictologie est-elle le nom ? », in Alain Morel (éd.), *Addictologie. En 47 notions*. Paris, Dunod : XV-XVII.
- MOTTRIE Cindy, de COSTER Lotta, DURET Isabelle, 2006. « Devenir mère : transformations des liens et des lieux familiaux lors des grossesses survenant à l'adolescence », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n°36, 2 : 121-137
- MOUTIN Pierre, BRIOLE Guy, 1984. *Après la drogue ? Les devenirs des toxicomanes*. Toulouse, Editions Privat.
- NEALE J, VITORATOU S, FINCH E, *et al.*, 2016. "Development and validation of SURE: A patient reported outcome measure for recovery from drug and alcohol dependence." *Drug Alcohol Depend.* ; 165 : 159-167.
- NEUBURGER Robert, 2003. *L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale*, Paris, Payot.
- NEYRAND Gérard, 2007. « La parentalité comme dispositif. mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation », *Recherches familiales*, vol. 4, no. 1 : 71-88.
- NOËL-HUREAUX Elisabeth, 2015. « Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 122, no. 3 : 7-17.
- NTSIBA Georges, 2012 « Le blason, une médiation sémiotique au service des usagers pour faciliter l'accès au statut d'auteur », *Le Sociographe*, vol. 40, no. 4 : 115-120.
- NUTT David J., KING Leslie A., PHILLIPS Lawrence D., Independent Scientific Committee on Drugs, 2010. "Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis." *Lancet*, Nov 6 ; 376(9752) :1558-1565.
- OLIEVENSTEIN Claude, 1977. *Il n'y a pas de drogués heureux*. Paris, édition Robert Laffont, Opera Mundi.
- OURY Jean, 2008. *Itinéraires de formation*. Paris, Editions Hermann.
- PAILLE François, REYNAUD Michel, 2015. « L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, no. 24-25 : 440-449.

PALAZZOLO Jérôme, 2020. « Introduction. D'une psychologie humaniste à une psychologie positive », in Jérôme Palazzolo (éd.), *La psychologie positive*. Presses Universitaires de France : 10-13.

PALAZZOLO Jérôme, 2020. « Annexe. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg », in Jérôme Palazzolo (éd.), *La psychologie positive*. Presses Universitaires de France : 118-119.

PEELE Stanton, BRODSKY Archie, 1991. *The truth about addiction and recovery: the life process program for outgrowing destructive habits*. New York, London, Simon & Schuster.

PEYRON Eric, « Addictologie et Recovery (Rétablissement) », *le Flyer*, n°79, février 2021. URL : [Addictologie et Recovery \(Rétablissement\) - Le Flyer](#)

PRAYEZ Pascal, 2003. *Distance professionnelle et qualité du soin*. Éditions Lamarre, Rueil-Malmaison.

PROCHASKA J. O., DICLEMENTE C. C., 1982. "Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change", *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3) : 276-288.

RAGOUCY-SENGLER Catherine, SIMONETTI Maurice, KINTZ Pascal, 2003. « Cocaïne chlorhydrate et cocaïne base ou crack : quelles différences ? », *Psychotropes*, vol. 9, no. 2 : 9-29.

REYNAUD Marie-Alix, 2019. « Le travail sur les enveloppes psychocorporelles en psychomotricité chez le sujet addict », *Psychotropes*, vol. 25, no. 2-3 : 113-127.

REYNAUD Michel, 2006. *Traité d'addictologie*. Paris, Lavoisier [1^{ère} édition].

REYNAUD Michel, 2009. « Addictologie et psychiatrie : allons-nous enfin célébrer un mariage de raison ? », *L'information psychiatrique*, vol. 85, no. 7 : 593-596.

REYNAUD Michel, 2016. « 47. Évolution de l'offre de prise en charge en addictologie », Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie*. Lavoisier : 386-392.

REYNAUD Michel, PARQUET Philippe-Jean, LAGRUE Gilbert, 2000. *Les pratiques addictives Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris, Odile Jacob.

RIGAUD Alain, 2015. « Les représentations sociétales de l'alcool et de sa consommation : les paradoxes français », in Henri Gomez (éd.), *Les représentations de l'alcoolique. Images et préjugés*. Toulouse, Érès : 45-50.

RIGAUD Alain, JACQUET Marie-Madeleine, 1994. « Émergence de la notion d'addiction : des approches psychanalytiques aux classifications psychiatriques », in S. Le Poulichet (dir.) *Les addictions*, Paris, Masson : 38-60.

RODRIGUEZ Nancy, 2014. *Identité, représentations de soi et socialisation horizontale chez les adolescentes âgées de 11 à 15 ans pratiquant l'expression de soi sur Internet*, thèse en psychologie, Université Toulouse le Mirail.

ROGERS Carl R., 1957. "The necessary and sufficient conditions of therapeutic and personality change", *Journal of Consulting Psychology*, 21(2): 95-103.

ROGERS Carl R., 1968. *Le Développement de la personne*. Paris, Dunod.

ROUCHON J., CEDRIC F., LEVY K., REYRE A., TAÏEB O., BAUBET T., MORO, M., 2010. « Expériences de vie et de mort des groupes thérapeutiques dans un centre de soins pour patients toxicomanes », *Psychotropes*, 16 : 89-106.

ROUSSAUX Jean-Paul, 2000. « 10. Structuration dynamique du dispositif thérapeutique », in Jean-Paul Roussaux (éd.), *L'alcoolique en famille. Dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques*. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur : 181-200.

ROUSSAUX Jean-Paul, NOZERET Yves, 2000, « La consommation modérée est-elle une impasse pour l'alcoolique ? », dans Roussaux J.-P., Faoro-Kreit B. et Hers D., *L'alcoolique en famille : dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur : 251-261.

- SAÏET Mathilde, 2016. « Pour une définition clinique de la notion d'addiction : apports et limites d'une conception générique du symptôme addictif », *Mouvements*, vol. 86, 2 : 52-60.
- SCHULTHESS Peter, 2006. « Addictions, thérapie et conseil psycho-social », *Gestalt*, vol. n° 31, no. 2 : 17-28.
- SIMION Oriane, DORARD Géraldine, 2020. « L'usage problématique des réseaux sociaux chez les jeunes adultes : quels liens avec l'exposition de soi, l'estime de soi sociale et la personnalité ? », *Psychologie Française*, vol 65, 3 : 243-259.
- SINANIAN Alexandre, POMMIER François, PIRLOT Gérard, ROQUES Marjorie, 2014. « Addictions, évitement et répétition du traumatisme », *Psychothérapies*, Vol. 34, no. 3 : 173-184.
- SOBELL Linda C., ELLINGSTAD Timothy P., SOBELL Mark B., 2000. "Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions, *Addiction*, 2000, 95 (5): 749-764
- SOMERS Julian M., GOLDNER Elliot M., WARAICH Paul, HSU Lorena, 2004. "Prevalence studies of substance-related disorders: a systematic review of the literature.", *Can J Psychiatry*, 49(6) : 373-84.
- SUISSA Amnon Jacob, 2014. « Entre impuissance et abstinence chez les Alcooliques Anonymes : vers le développement du pouvoir d'agir », *Psychotropes*, vol. 20, no. 1-2 : 79-102.
- SULZER Sandra, 2015. "Does "difficult patient" status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder", *Social Science & Medicine*, vol. 142 : 82-89.
- TASSIN Jean-Pol, 2007. « Neurobiologie de l'addiction : proposition d'un nouveau concept », *L'information psychiatrique*, vol. 83, no. 2 : 91-97.
- TASSIN Jean-Pol, 2008. « Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction », *Psychotropes*, vol. 14, no. 3-4 : 11-28.
- THERRIEN André, 2009. *Réfléchir sa trajectoire de vie. Repenser la prévention des conduites addictives*. Lyon, Chronique sociale.
- DE TIMARY Philippe, OGEZ David, VAN DEN BOSCH Micheline, STÄRKEL Peter, TOUSSAINT Anne, 2007. « Dispositif complémentaire de soins pour alcooliques à l'hôpital général », *Cahiers de psychologie clinique*, vol. n° 28, no. 1 : 185-205.
- TONGUE E. et TURNER D., 1988. « Les diverses possibilités de traitement qui s'offrent face aux problèmes que pose l'usage impropre des drogues », *Bulletin des stupéfiants*, vol. XI, n°1 : 3-21.
- TRACY Kathlene, WALLACE Samantha P., 2016. "Benefits of peer support groups in the treatment of addiction." *Substance abuse and rehabilitation*, vol. 7 : 143-154.
- TREMBLAY Joël, SIMONEAU Hélène, 2010. « Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives. » *Drogues, santé et société*, vol/ 9, no. 1, juin : 165-210
- TRICE H. M., ROMAN P. M., 1970. "Sociopsychological predictors of affiliation with Alcoholics Anonymous: A longitudinal study of "treatment success."" *Social Psychiatry*, S : 51-59.
- VALLEUR Marc, 2001. « L'ordalie : au risque du hasard. », *Frontières*, volume 14, 1 : 18-24.
- VALLEUR Marc, 2005. « Jeu pathologique et conduites ordaliques », *Psychotropes*, vol. 11, no. 2 : 9-30.
- VALLEUR Marc, 2009. « Les chemins de l'ordalie », *Topique*, vol. 107, no. 2 : 47-64.
- VALLEUR Marc, 2020. « Spiritualité et conduites ordaliques », *Psychotropes*, Vol. 26, 1 : 13-25.
- VALLEUR Marc, MATYSIAK Jean-Claude, 2011. *Le désir malade (dans un monde libre et sans tabous...)*. Paris, éditions Jean-Claude Lattès.
- VANIER Alain, 2004. « Psychanalyse et antipsychiatrie », *Topique*, vol. n° 88, no. 3 : 79-85.

VARESCON Isabelle, 2010. « Mieux comprendre la toxicomanie : que sait-on des facteurs de vulnérabilité et de protection ? », *Bulletin de psychologie*, vol. 510, no. 6 : 441-444.

VASCONCELLOS-BERNSTEIN Doris, 2013. « Instaurer l'alliance thérapeutique », *Le Journal des psychologues*, 310, 7 : 25-28.

VESELY-LESOURD Nathalie, 2012. « L'autorité en souffrance : les difficultés d'exercice de l'autorité parentale », *Dialogue*, vol. 198, no. 4 : 101-110.

WINNICOTT Donald W., [1951] 1969 « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, : 169-186.

WINNICOTT Donald W., [1958] 2012. « La capacité d'être seul » in *La capacité d'être seul*, Paris, Payot et Rivages.

WINNICOTT Donald W., 1970. « Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux "self" », in *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*. Paris, Payot.

WINNICOTT Donald W., [1971] 1975. « La créativité et ses origines », in *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

WINNICOTT Donald W. [1971] 1975. « Le rôle du miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. », in *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard : 153-162.

WINNICOTT Donald W., 1992. *Le bébé et sa mère*. Paris, Payot.

WINNICOTT Donald W., [1989 : *Psycho-Analytic Explorations*, Londres, Karnak Books] 2000 – traduction française, in *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques/* Paris, Gallimard.

WITKIEWITZ Katie, MONTES Kevin S., SCHWEBEL Frank J., TUCKER Jolie A., 2020. "What is recovery?", *Alcohol Res*, 40(3): 01.

*

- ***Rapports et publications ministérielles ou des principales instances d'observation et d'évaluation statistique des addictions en France (MILDECA et ODFT) ; autres documents publics :***

Addictions France, [Classifications des conduites addictives - Addictions France](#), 2021

Ameli, site de l'Assurance maladie. Page de présentation sur les addictions comportementales – URL : [Addictions comportementales | ameli.fr | Assuré](#)

ASUD. « Qui sommes-nous ? » - article mis en ligne en 2020 – URL : <http://www.asud.org/qui-sommes-nous/>

BENYAMINA Amine, 2022. *Rapport Chemsex*, rapport au Ministre de la Santé. URL : [Rapport « Chemsex » \(vie-publique.fr\)](#)

CADET-TAÏROU Agnès, LERMENIER Aurélie, GAUTIER Sylvain, 2018. « Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015 », Saint-Denis, OFDT, 56 p.

CADET-TAÏROU Agnès, GANDILHON Michel, TOUFIK Abdalla., Evrard Isabelle, 2008. « Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 » - Huitième rapport national du dispositif TREND, Saint-Denis, OFDT.

CHOQUET M., LEDOUX S. 1994. « Adolescents, enquête nationale ». Paris, Inserm, La Documentation Française.

[Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966. Mise à jour au 15 septembre 1976. - Textes Attachés - Annexe n° 6 Dispositions spéciales aux cadres - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

COSTES, J.-M., RICHARD J.-B., EROUKMANOFF V., LE NEZET O., PHILIPPONES A., 2020. « Les Français et les jeux d'argent et de hasard. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2019 », ODJ, 138, juin.

DAVIDSON F., CHOQUET M. 1980. « Les lycéens et les drogues licites et illicites ». Paris, Les éditions Inserm.

DE CASTRO François, NARCI-ZANNI Emmanuelle, 2019. « Comment intégrer un travailleur pair dans une équipe de santé mentale ? Petit guide pratique à destination des équipes qui souhaitent se lancer », Lyon, Centre de ressource réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive, 20 p. URL : https://centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/livret_integrertravailleurpair.pdf

ENAP, « Eléments de connaissances sociodémographiques. Observation de la formation. », ENAP (Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire), octobre 2017, URL : [sociodemo cpip22 oct2017.pdf \(justice.fr\)](https://sociodemo.cpip22.oct2017.pdf)

Fédération Addiction, Guide « Pratiques professionnelles dans les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels », octobre 2013. URL : [Guide des services de soins résidentiels - Fédération Addiction.pdf](#)
Fédération Addiction, Guide « Soins résidentiels collectifs » - Fédération Addiction (federationaddiction.fr) – URL : [Mise en page 1 \(federationaddiction.fr\)](#)

GÉRÔME Clément, 2022. « Substances psychoactives, usagers et marchés. Tendances récentes (2021) », *Tendances*, OFDT.

GESMOND Thomas, CINGET Anne, ESTECAHANDY Pascale, 2016. « La pair-aidance », Paris : Ministère du logement et de l'habitat durable, DIHAL, 6 p. URL : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/note_pair_aidance.pdf

GILLOT Dominique, 2019. « Sécuriser les parcours, cultiver les compétences », Paris : Ministère des solidarités et de la santé, Ministère du travail, Secrétariat d'Etat chargée des personnes handicapées auprès du Premier ministre, 209 p. En ligne : [Securiser-les-parcours-cultiver-les-competences-Preserver-nos-aidants-TOMES-1-2-CNCPH-Juin-2018.pdf \(cometefrance.com\)](#)

HAS, 2003. « Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu réglementation et recommandations », juin 2003, Service évaluation des pratiques [Version finale sommaire DPA 17-09-03.doc \(has-sante.fr\)](#)

HENRION Roger, 1995. *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Paris, Rapport au Premier Ministre, La Documentation française.

INSEE, 2021. « 1,3 million d'associations : des hôpitaux et Ehpad aux associations de parents d'élèves et aux clubs de gym », Insee première n° 1857, mai 2021. URL : [ip1857.pdf](#)

INSERM U 302, Françoise Facy, 1988. « Enquête épidémiologique : toxicomanes et partage des seringues ».

KOUCHNER Bernard, 2001. « La réduction des risques. Une politique encore fragile », in *Peddro*, numéro spécial, « Abus des drogues et sida: enrayer l'épidémie », UNESCO, URL : https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000127135_fr

LE BORGÈS E., QUATREMÈRE G., ANDLER R., ARWIDSON P., NGUYEN-THANH V., SPILKA S., OBRADOVIC I., 2019, « Consommation de substances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés », Santé Publique France, rapport, septembre 2019.

MAESTRACCI Nicole, 1999. « Drogues : savoir plus, risquer moins ».

MARTINEZ M., NEFAU T., CADET-TAÏROU A., 2018. « Nouveaux produits de synthèse. Dix ans de recul sur la situation française », *Tendances*, OFDT, n° 127.

MILDECA, « Facteurs de risque, facteurs de protection », [Facteurs de risque, facteurs de protection | MILDECA \(drogues.gouv.fr\)](https://www.mildeca.fr/facteurs-de-risque-facteurs-de-protection)

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), 1999. Plan triennal, 2000-2003. Paris, MILDT.

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), 2004. Plan quinquennal, 2004-2009. Paris, MILDT.

MILDT/DGS/OFTD, Langlois Emmanuel, 2013. « Évaluation des communautés thérapeutiques en France : Enquête sociologique sur la mise en œuvre de deux nouvelles communautés. », Rapport de recherche, URL : [Évaluation des communautés thérapeutiques en France \(hal.science\)](https://hal.science/hal-01011111)

MILHET Maitena, 2019. « APACHES. Attentes et PArours liés au CHEmSex », OFDT.

MILHET Maitena, PROTAIS Caroline, DIAZ-GOMEZ Cristina, 2019. « Tendances, Les addictions dans le programme "Un chez soi d'abord" : profils et trajectoires de consommation », n°134 : 8 p. URL : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmmz9.pdf>

Ministère de la Santé et des Familles, Circulaire DGAS/5 C/DSS/1 A n° 2003-526 du 13 novembre 2003 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2003 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (CCAA,CSST et ACT). URL : [Bulletin Officiel n°2003-50 \(sante.gouv.fr\)](https://www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bulletin_Officiel_n2003-50_sante_gouv_fr.pdf)

MOUQUET Marie-Claude, 2005. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Etudes et Résultats*, DREES / ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale / ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, n°386.

Narcotiques Anonymes, *Livret Blanc des Narcotiques anonymes*, [1988], 2005 – URL : [Livret Blanc](https://www.narcotiques-anonymes.org/)

MUTATAYI Carine, 2018. « Résultats de l'enquête Ad-femina. Accueil spécifique des femmes en addictologie », *Tendances*, n°130, OFDT, 6 p. URL : <https://www.ofdt.fr/index.php?cID=1089>

OFDT, 2012. [titre du document introuvable] : https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-960-nr2012si1f.pdf

OFDT, 2017. « Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ? », *Tendances*, n° 117, OFDT, 8 p.

OFDT, BOUTHIER Léa, 2023. « Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2020 », février 2023. URL : [Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2020 \(documentation-administrative.gouv.fr\)](https://documentation-administrative.gouv.fr/IMG/pdf/Caracteristiques_des_personnes_prises_en_charge_dans_les_CSAPA_en_2020.pdf)

OFDT, PALLE Christophe, 2019. « Le dispositif de traitement des addictions ». URL : [field_media_document-5693-DADE2019partie2f.pdf \(ofdt.fr\)](https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-5693-DADE2019partie2f.pdf)

OIP, 2020. « Combien y a-t-il de personnes détenues en France ? » : URL : [Combien y a-t-il de personnes détenues en France ? – Observatoire International des Prisons \(oip.org\)](https://www.oip.org/fr/combien-y-a-t-il-de-personnes-detenees-en-france)

OMS, 2000. « Participation de la population à la santé locale et au développement durable : approches et techniques », Genève : Organisation mondiale de la santé. URL : http://www.s2d-ccvs.fr/datas/doc_pdf/Participation%20.pdf

PELLETIER Monique, 1978. *Rapport de la Mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue*. Paris, La Documentation française.

PIVETEAU Denis, ACEF Saïd, DEBRABANT François-Xavier, JAFFRE Didier, PERRIN Antoine, 2014. « "Zéro sans solution" : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », Paris : Ministère des solidarités et de la santé, p. 40. URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution.pdf

Psycom, « Médiateurs de santé pairs en santé mentale », Paris : Psycom.org, 2015 En ligne : <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Mediateurs-de-sante-pairs-en-sante-mentale/%28language%29/fre-FR>

RASCAS (Commission). *Rapport de groupe de réflexions sur les aspects communs et spécifiques des addictions*. Paris, MILDT, 2002.

REYNAUD Michel, PARQUET Philippe-Jean, 1999. *Les personnes en difficulté avec l'alcool : usage, usage nocif, dépendance : propositions*. Rapport établi à la demande de la Direction générale de la santé et de la Direction des hôpitaux.

ROQUES Bernard, 1999. *La dangerosité des drogues*. Rapport au Secrétariat d'État à la Santé, Paris, Odile Jacob.

Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI), *Insécurité et délinquance en 2022 : bilan statistique* - Fiche "Infractions à la législation sur les stupéfiants", 7 décembre 2023.

SETBON Michel, DE CALAN Jeanne (collab.), 1998. *L'injonction thérapeutique. Evaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, Rapport de recherche CNRS-GAPP, mars 1998

SIZARET Anne, 2019. Dossier documentaire sur la pair-aidance, Ireps Bourgogne Franche-Comté. URL : <http://www.psycom.org/Actualites/Pour-en-savoir-plus/Dossier-documentaire-La-pair-aidance>

*

- **Sources journalistiques :**

BRAJEUL Cécile, « Psychiatrie : La gêne du corps médical face aux « pairs aidants » », *Le Monde*, 25/04/2017 – [Psychiatrie : La gêne du corps médical face aux « pairs aidants » \(lemonde.fr\)](https://www.lemonde.fr/psychiatrie/article/2017/04/25/psychiatrie-la-gene-du-corps-medical-face-aux-pairs-aidants_5111111_1884.html)

DONSOKO TOURE Katia, « Masculinité : des stages contre le vague à l'homme », *Libération*, article du 14/05/2022 – [Masculinité: des stages contre le vague à l'homme – Libération \(liberation.fr\)](https://www.liberation.fr/france/14-05-2022-masculinite-des-stages-contre-le-vague-a-l-homme)

DONZEL Marie, post du 28 octobre 2020 : « Mary Parker Follett. Creative Experience, ouvrage d'une stupéfiante richesse qui regarde l'organisation du point de vue des comportements individuels et collectifs pour fonder une vision humaniste de l'entreprise » ; URL : <https://www.levidepoches.fr/weblog/2020/10/mary-parker-follett-creative-experience-ouvrage-dune-stup%C3%A9fiante-richesse-qui-regarde-lorganisation-.html>

GAGNEPAIN Thibaut, LE DOURNEUF Romarik, VELLA Alexandre, « "Salle de shoot" : L'exemple à Strasbourg, du "provisoire" à Paris, le blocage à Marseille... Où en est-on en France ? », *20 Minutes*, 26/01/2024 – [« Salle de shoot » : L'exemple à Strasbourg, du « provisoire » à Paris, le blocage à Marseille... Où en est-on en France ? \(20minutes.fr\)](https://www.20minutes.fr/strasbourg/1484543-salle-de-shoot-l-exemple-a-strasbourg-du-provisoire-a-paris-le-blocage-a-marseille-ou-en-est-on-en-france) GIRARD Christian, « Synanon : une "communauté" géante », *Le Monde*, article du 11/11/1974 - [SYNANON : une "communauté" géante \(lemonde.fr\)](https://www.lemonde.fr/synanon/article/1974/11/11/synanon-une-communauté-géante_1711111_1884.html)

GRAVELEAU Séverin, « Confrontés à la crise de l'hôpital, les étudiants infirmiers en souffrance », *Le Monde*, article du 14/06/2022 – [Confrontés à la crise de l'hôpital, les étudiants infirmiers en souffrance \(lemonde.fr\)](https://www.lemonde.fr)

HILLEL Aron, "The Story of This Drug Rehab-Turned-Violent Cult Is Wild, Wild Country-Caliber Bizarre. From forced sterilization to attempted murder by rattlesnake bite, Synanon has a wild legacy", *Los Angeles Magazine*, article publié en ligne le 23/04/2018 - [The Story of This Drug Rehab-Turned-Violent Cult Is Wild, Wild Country-Caliber Bizarre - LAmag - Culture, Food, Fashion, News & Los Angeles](https://www.lamag.com)

MORGAN Fiona, "One big dysfunctional family", *Salon*, article publié le 29/03/1999, - [One big dysfunctional family | Salon.com](https://www.salon.com)

VERGNENEGRE Annie, « Salle de shoot de Marseille : derrière les oppositions, un phénomène sociologique bien connu, le NIMBY pour "Not in my backyard" », *franceinfo*, article du 20/10/2023 – [Salle de shoot de Marseille : derrière les oppositions, un phénomène sociologique bien connu, le NIMBY pour "Not in my backyard" \(francetvinfo.fr\)](https://www.franceinfo.fr)

*

- *Références littéraires :*

DEBORD Guy, [1967] *La Société du spectacle*, éditions Gallimard, coll. « Folio » essais, Paris, 2018.

JENNI Alexis, 2011. *L'art français de la guerre*, Paris, Gallimard, édition Poche Folio.

KOLTÈS Bernard-Marie, 1985. *Dans la solitude des champs de coton*, Paris, Éditions de Minuit.

QUENTIN Abel, 2021. *Le voyant d'Étampes*. Paris, éditions de l'Observatoire.

SAVIANO Roberto, 2013. *Zero Zero Zero*, Milano, Feltrinelli. [traduit en France – 2014 : *Extra pure. Voyage dans l'économie de la cocaïne*. Paris, Gallimard.]

SAVIANO Roberto, 2016. *La paranza dei bambini*, Milano, Feltrinelli.

SVEVO Italo, *La coscienza di Zeno* [1923] 2022. Milano, Feltrinelli.

TOMASI di LAMPEDUSA Giuseppe, [1958] 2013. *Il Gattopardo*. Milano, Feltrinelli.

Annexe 1_
Exemple de règlement intérieur d'un CTR français

MAISON D'ACCUEIL X

Code Postal – Nom de la ville

Tél.: XX XX XX XX XX

mail : contact@ctr.fr

REGLES DE LA MAISON

Ta démarche auprès de nous n'a de sens que si elle est personnelle et volontaire.

Nous te proposons ce règlement qui doit être accepté dans sa totalité et que tu nous retourneras signé. Coche les cases pour montrer que tu as bien lu chacun des points suivants.

1. Chaque matin la journée commence par un temps de réflexion collectif à 7h30. **L'esprit collectif du centre fait que ta présence est obligatoire, et nous te demandons de ne pas être en retard.** Il en est de même pour chaque temps collectif : lever, atelier de 9h à 12h et de 14h30 à 17h30, aux repas, au thé de 17h30 à 18h, en soirée de 20h30 à 21h45, aux sorties de dimanche. La journée va se dérouler autour des travaux agricoles, au rythme des saisons. Elle sera ponctuée de rencontres afin d'assurer ton suivi médical, psychologique et un véritable soutien de la part de l'équipe. ☐
2. Ta chambre est **strictement personnelle** sauf (chambre double) : aucun autre résident n'y est admis. ☐
3. La **musique**, même avec des écouteurs, n'est **pas possible sur les temps collectifs**. Durant les ateliers, la musique collective (sans écouteurs) est possible **uniquement pour l'atelier de la Maison** (cuisine, transformation, ménage) en accord avec l'éducateur de service, et non autorisée sur la ferme ou au maraîchage. ☐
4. Il t'est demandé de partager les responsabilités concernant les activités, les exigences **et l'esprit de la vie collective** : repas, entretien, activités...et temps de loisirs. ☐
5. Tu es nouvel arrivant, aussi, aucune sortie n'est autorisée, sauf accompagnée par un membre de l'équipe, avant le 5^e samedi de présence. Puis les sorties sont possibles le samedi de 14h à 18h en fonction de ton projet éducatif, et en accord avec l'équipe (**la première est accompagnée par un membre de l'équipe**). Pour cela, nous assurons le transport. Le trajet (plus de 25 km) te sera facturé 2,5€ (contre 8€, 2x4€ si tu prenais le bus), et tu auras 7,50€ d'argent de poche pour ta sortie. En dehors du samedi après-midi aucune sortie seul(e) ne pourra être accordée. ☐
6. Tu ne peux avoir accès à ton téléphone **que les samedis** en sortie. Après le 1^{er} samedi, tu auras également accès à ton téléphone les jeudis soir de 18h à 19h. Seuls les coups de téléphones 'administratifs' ou importants seront autorisés et encadrés par l'équipe. **Cependant, si tu es parent, tu pourras, dès ton arrivée, et en accord avec l'équipe, appeler ton (tes) enfant(s) une fois par semaine.** Le courrier est libre dès le début du séjour. ☐
7. Au moment du bilan à 2 mois, **si l'équipe estime que cela est en cohérence avec le projet de soin établi**, des visites ponctuelles peuvent être organisées avec la famille le samedi après-midi ou le dimanche. ☐

8. Après l'engagement initial de trois mois, une semaine dite thérapeutique est souhaitable et **constitue une étape importante** permettant d'éprouver et de consolider à l'extérieur du CTR la vie sans produit. Cette semaine fait partie intégrale du projet de soin ; ainsi l'abstinence reste contractuelle durant celle-ci. ☐
9. A ton arrivée, une caution de 20€ te sera demandée pour les draps et l'accueil en chambre. Cette caution te sera rendue après ton départ par virement si les draps et le mobilier n'ont pas été détériorés, ainsi que le ménage de la chambre fait. ☐
10. Une participation de 10€ te sera demandée tous les mois, pour financer les sorties culturelles, à l'exception des personnes n'ayant pas de ressources (participation mise par le CTR). ☐
11. Le tabac est commandé à la quinzaine ; **sa distribution est gérée par l'équipe**. Pour tous les autres achats, il te faudra passer par ton éducateur référent qui suit ton projet personnel. ☐
12. **Aucun contact avec les lieux publics du village du P. [village jouxtant le CTR]** (épicerie, bar) n'est permis sans la présence d'un membre ☐ de l'équipe.
13. Tu viens pour résoudre un problème personnel dans un cadre d'une vie en collectivité. Pour cette raison **les relations exclusives ou de couples**, souvent causes de rechute, **sont incompatibles avec l'accompagnement que propose le [nom du CTR]**. ☐
14. Dans l'établissement, le respect des personnes et des biens est la règle dans les rapports entre les usagers et avec le personnel. **Les faits de violence, agression ou menace (physiques ou verbales) sont inacceptables**. ☐
15. **L'introduction ou la consommation d'alcool, de produits toxiques à l'intérieur et aux alentours du CTR est interdite. De façon générale, aucune consommation n'est tolérée lors des sorties. De même, détourner son traitement constitue un non-sens dans le cadre du soin**. ☐

Le non-respect des points 12 à 15 constitue une rupture de l'alliance et de l'engagement thérapeutique pris par la signature de ce document. Cela peut ainsi constituer un motif d'interruption immédiate du séjour, et de la fin de la prise en charge.

Date :

Nom et Signature :

AVANT TON ARRIVÉE

Il serait utile dans la mesure du possible de t'équiper de vêtements et chaussures pour une vie à la campagne, ainsi que d'une paire de **chaussures de sport**, et d'un maillot de bain en été.

Si tu es sous traitement médical au moment de ton arrivée, **n'oublie pas d'apporter avec toi l'ordonnance correspondante.**

Nous te demandons de te mettre à jour au niveau des démarches administratives, judiciaires, familiales, bancaires, médicales ou autres avant ton arrivée. Notamment tu devras avoir fait les démarches pour ta couverture maladie (sécurité sociale et CMU ou mutuelle le cas échéant), ainsi qu'une carte d'identité (obligatoire aujourd'hui pour les examens et Rendez-vous médicaux spécifiques) et venir avec les justificatifs correspondants.

TON ARRIVÉE

Il t'est demandé d'arriver seul(e) et sans véhicule personnel **à la gare de M.**, au jour et à l'heure fixés lors de l'entretien téléphonique.

Il sera procédé à une vérification de tes affaires personnelles. Tu devras remettre à l'accueil tous les médicaments détenus sur toi, qu'ils aient été délivrés sur ordonnance ou non. La gestion de leur distribution sera assurée par notre équipe.

Ton argent personnel (et tout autre moyen de paiement) devra être remis à l'équipe et te sera restitué à ton départ après déduction de tes dépenses personnelles.

Une période d'essai de deux semaines est prévue en début de séjour pour voir si le [nom du CTR] constitue une bonne solution pour toi et si ça peut marcher entre toi et nous.

Horaire d'une journée type :

7 h 20	Lever
7 h 30	Temps de réflexion
7 h 45 / 8 h	Petit déjeuner
9 h 00	Activités : Préparations des repas Entretien de la Maison Elevage / Ferme Jardins / Champs Réfection et entretien de la Maison Séance hebdomadaire (lundi de 9h15 à 10h45) de sophrologie
12 h 10	Repas
13 h 15 / 14 h 30	Temps libre
14 h 30	Reprise des activités Réunion, groupe de parole le vendredi de 14h30 à 16h, puis séance de sport à 17h à 18h
17 h 30	Pause Thé
18 h	Toilette / Temps libre
19 h 00	Repas
20h30 / 21h45	Temps collectif
22 h	Coucher : la maison est calme, chacun est dans sa chambre, plus de musique

Date :

Nom et Signature :

Annexe 2_

Plannings aléatoires de trois différents CTR français (distincts de nos terrains)

PLANNING DE LA SEMAINE

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
MATIN	Petit déjeuner à partir de 07H00						
	8H30 - 9H00 : distribution des traitements						
	9H00 - 9H30 : temps de transmission de l'équipe de professionnels						
	9H30 - 11H30 Ateliers vie quotidienne et extérieur 11h30-12h00 Démarches administratives	9H30 - 12H00 Atelier d'écriture	9H30 - 11H130 Atelier Santé Bien-être - Prépa retour week-end <i>Journée grand ménage à prévoir tous les 1er mercredi matin du mois</i> 11h30-12h00 Démarches administratives	9H30 - 11H30 Ateliers vie quotidienne et extérieur <i>changement de binôme cuisine menu + liste de courses</i> 11h30-12h00 Démarches administratives	9H30 - 11H30 Compétences psycho-sociales 11h30-12h00 Démarches administratives		
MIDI	12H00 - 12H30 : préparation déjeuner						
	12H15 - 12H30 : distribution des traitements						
	12H30 - 14H : repas + vaisselle						
	14H00 - 14H30 : temps de transmission de l'équipe de professionnels						
APRES-MIDI	14H30 - 15H00 Ménage des lieux communs 15h00-17h00 <i>Marche ou atelier créatif</i>	13H45 - 15H Groupe de parole 1 semaine / 2 15H00 - 18H00 Entretiens et accompagnement individuel	14H30 - 16H30 Ateliers vie quotidienne et extérieur 17H00 - 19H00 Sport	14H30 - 17H30 Ateliers vie quotidienne et extérieur 17H30 - 19H00 Ménage chambre	14H15 - 15H00 Ménage des lieux communs 15H00 - 16H00 Groupe d'expression (1/mois), réunion fin de semaine A partir de 16H00 Départ Week-end Piscine / Relaxation (facultatif)	A partir de 14H00 Médiathèque Sortie en groupe possible	A partir de 14H00 Sortie en groupe possible
SOIREE	19H00 - 19H30 : préparation dîner						
	19H15 - 19H30 : distribution des traitements						
	19H30 - 21H00 : repas + vaisselle						
	22H00 - 22H15 : temps de transmission de l'équipe de professionnels						

Programme hebdomadaire du CTR A

Prénom :	Semaine du		Au		Validé le :	Par :	
TACHES	Samedi	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
9h	GRAND MENAGE	Grasse Matinée	Groupe à thème		9h		9h Banque Alimentaire
		10h			Ecriture (2 groupes)		
		Temps pour soi			12h		10h30 comité repas
12h/12h30							
retour SORTIES 18h30	14h Activité : ou Sortie libre	14h Activité : ou Temps pour soi / Sortie libre	13h30 Remise en Forme 16h	14h15 Art thérapie (2 groupes) 16h30		Conseil de maison	Courses alimentaires
19h/19h30							

En fonction :

Matin :

Tâche Ménage

Service/pain

Cuisine

Démarches Administratives (à préciser)

Rdv Projet avec Référent.e (mercredi ou jeudi)

Rdv Psychologue (mardi)

Rdv Généraliste (1 Vendredi /2)

Rdv Psychiatre (1 jeudi /2)

Rdv Médicaux

Après midi :

Rdv Divers (insertion/médical ; à préciser)

Service

Cuisine

Notes (à faire / à acheter)

/rdv semaine suivante :

Programme hebdomadaire du CTR B

Planning hebdomadaire type

	9H À 12H	14H À 17H	17H À 20H	20H À MINUIT
LUNDI	Atelier optionnel Entretiens de la maison et des espaces verts Consultations ass. sociale	Activités physiques et sportives	Consultations médicales et psychologiques Groupe de paroles	Repas et temps libre
MARDI	Ateliers	Ateliers	Temps libre Consultations psychologiques	
MERCREDI	Ateliers	Ateliers	Conseil de Vie Sociale	
JEUDI	Réunion d'organisation « vie de la maison »	Entretiens de la maison et des espaces verts Courses	Temps libre Consultations médicales & psychologiques	
 VENDREDI	Ateliers	Ateliers	Temps libre Consultations psychologiques	
SAMEDI DIMANCHE	Temps libre	Temps libre	Temps libre	

[Ateliers proposés : Céramique • Expression artistique • Autour des mots • Cuisine • Écriture • Activités physiques et sportives • Photo • Vélo • Jardin • Anglais

Programme hebdomadaire du CTR C

Annexe 3_

Exemple d'une Grille de Satisfaction et Motivation (GSM) employée dans le CTR n°2 (Métanoïa)

[illegible]

Annexe 4_

Exemple d'un exercice portant sur le développement de l'estime de soi (Métanoïa) : le quadrilatère de l'estime de soi

(Source : Réseau Ecole et non-violence – www.ecole-nonviolence.org)

	N°	Vrai	Faux
Je me mets facilement en colère	1		
Quand je discute avec mes parents, en général j'ai l'impression qu'ils me comprennent	2		
Je me décourage facilement quand je ne comprends pas ou que je ne sais pas faire en classe	3		
Je pense que les autres me trouvent plutôt bien physiquement	4		
Je me sens bien dans ma peau	5		
J'ai l'impression que les autres doutent de moi	6		
Je me sens maladroit et je ne sais pas quoi faire de mes mains	7		
Je pense que la majorité de mes professeurs sont satisfaits de moi	8		
Je me trouve agité(e), tendu(e), stressé(e)	9		
Je suis fidèle dans mes amitiés	10		
J'ai du mal à m'organiser dans mon travail	11		
Je suis plutôt satisfait(e) de mon physique	12		
Je suis rarement intimidé(e)	13		
Je suis souvent anxieux(se)	14		
Je pense que je dors suffisamment pour être efficace dans mes activités quotidiennes	15		
Je ne travaille pas suffisamment	16		
En général, j'ai confiance en moi	17		
Je tiens compte des compliments et des critiques que les autres me font	18		
Pour avoir l'illusion de me sentir mieux, je consomme des sucreries, du café, du chewing-gum, etc.	19		
En classe, je comprends assez vite	20		
J'aime être interrogé(e) en classe	21		
Je me trouve trop gros(se) ou trop maigre	22		
En général, j'aime les activités collectives	23		
Les mauvais résultats scolaires me découragent facilement	24		
J'accorde de l'importance à ma présentation et à mon habillement	25		
J'ai une bonne opinion de moi-même	26		
Je pense que les autres s'ennuient avec moi	27		
J'ai confiance en moi quand je commence une nouvelle activité sportive	28		
Le plus souvent, je réfléchis avant d'agir	29		
Je me dispute souvent avec les autres	30		
En classe, quand je ne comprends pas, je n'ose pas le dire	31		
Je passe facilement du rire aux larmes, ou réciproquement	32		
Je suis gêné(e) quand on me regarde pratiquer un sport	33		
Je retiens bien ce que j'apprends	34		
Je suis plutôt optimiste	35		
Je me sens mieux quand je suis seule	36		
J'ai tendance à me faire trop de souci pour ma santé	37		
J'aime participer activement à un travail en petit groupe	38		
J'ai l'impression de faire les choses moins bien que les autres	39		
J'aime qu'on me remarque et qu'on reconnaisse ma valeur dans un groupe	40		
Je manque de méthode dans mon travail	41		
Je pense que j'ai un physique peu attirant	42		
Je pense avoir de l'influence sur les autres	43		
Je perds facilement mes moyens quand on me fait des reproches	44		
Je préfère prendre peu d'initiatives dans un groupe	45		
Je suis content(e) de la façon dont mon corps se développe	46		
Dans un groupe, il m'arrive d'éprouver un sentiment d'isolement	47		
Je suis satisfait(e) de mes résultats scolaires	48		

Pour obtenir le quadrilatère de votre estime de soi :

Sur le plan émotionnel

Marquez une croix si votre réponse est :

Question n°	1	5	9	13	14	17	26	29	32	35	39	44
Réponse	faux	vrai	faux	vrai	faux	vrai	vrai	vrai	faux	vrai	faux	faux
Croix												

Nombre de croix :

Sur le plan social

Marquez une croix si votre réponse est :

Question n°	2	6	10	18	23	27	30	36	40	43	45	47
Réponse	vrai	faux	vrai	vrai	vrai	faux	faux	faux	vrai	vrai	faux	faux
Croix												

Nombre de croix :

Sur le plan physique

Marquez une croix si votre réponse est :

Question n°	4	7	12	15	19	22	25	28	33	37	42	46
Réponse	vrai	faux	vrai	vrai	faux	faux	vrai	vrai	faux	faux	faux	vrai
Croix												

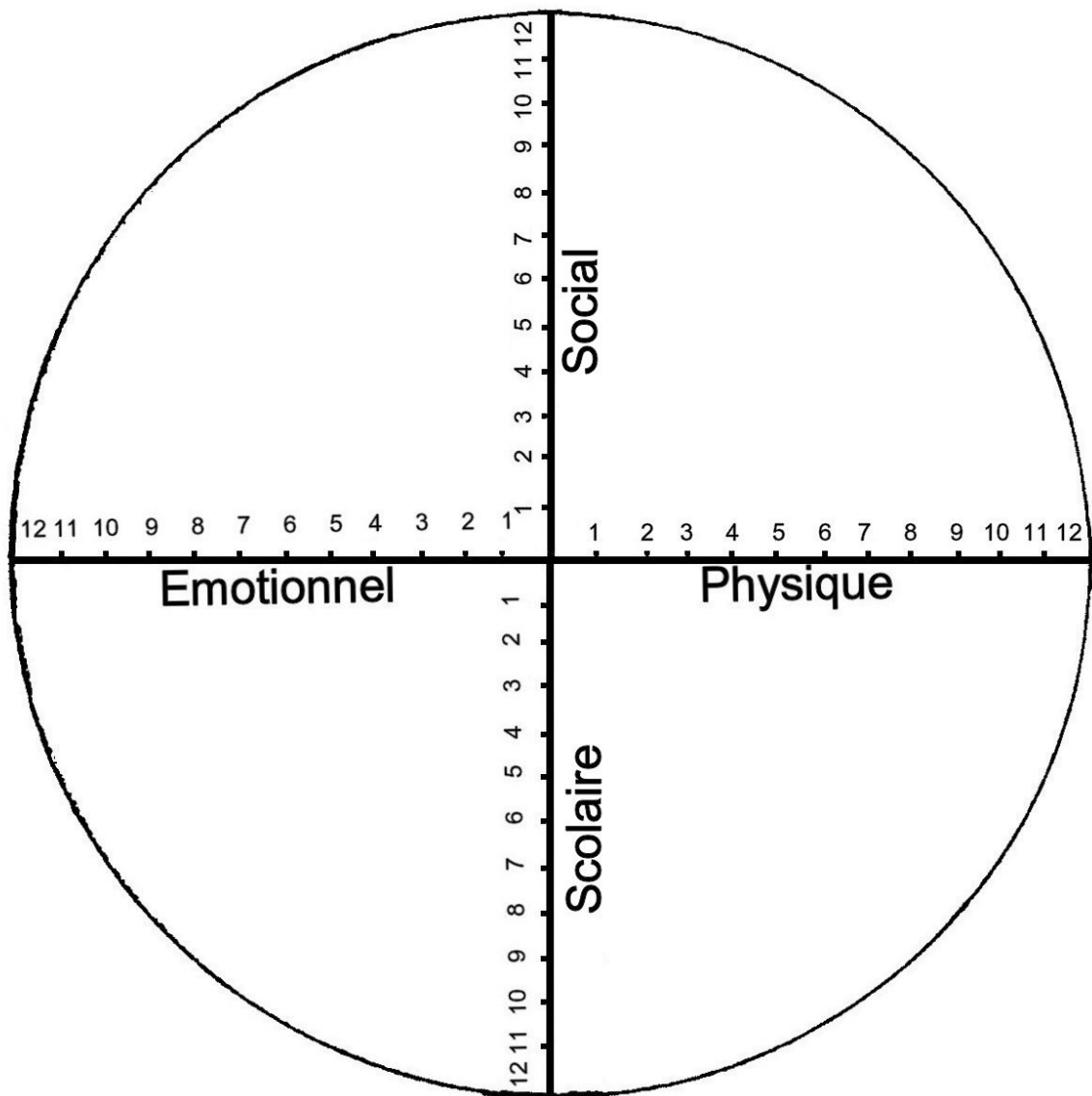
Nombre de croix :

Sur le plan scolaire

Marquez une croix si votre réponse est :

Question n°	3	8	11	16	20	21	24	31	34	38	41	48
Réponse	faux	vrai	faux	faux	vrai	vrai	faux	faux	vrai	vrai	faux	vrai
Croix												

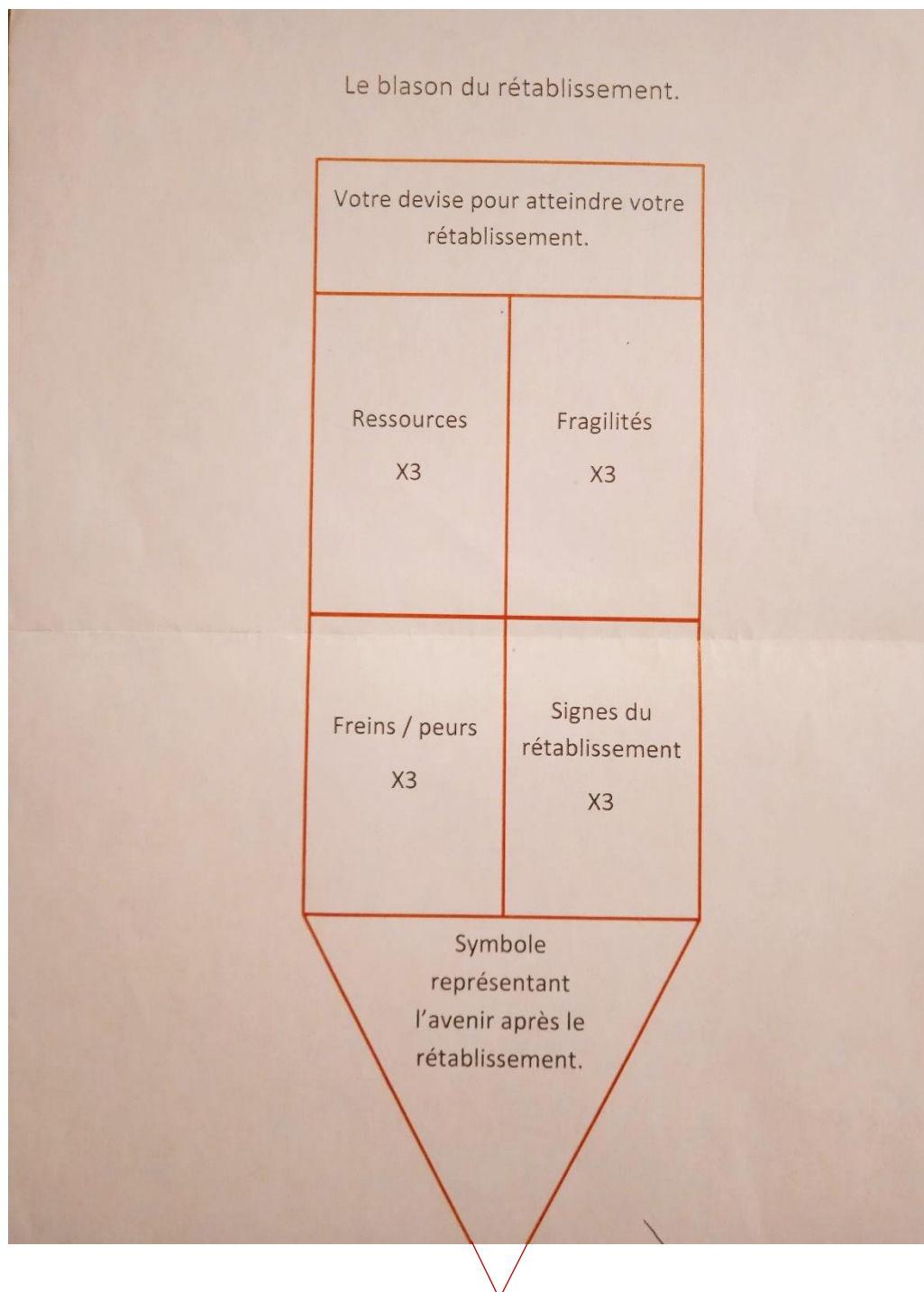
Nombre de croix :



Sur le graphique ci-contre, vous pouvez maintenant représenter par un point sur chacune des quatre branches le nombre de croix que vous avez trouvé dans chacun des quatre domaines.

Joignez entre eux vos quatre points. Vous obtiendrez le quadrilatère de votre estime de soi. Cela vous a aidé à connaître la représentation que vous avez de vous-même, vos points forts et vos points faibles.

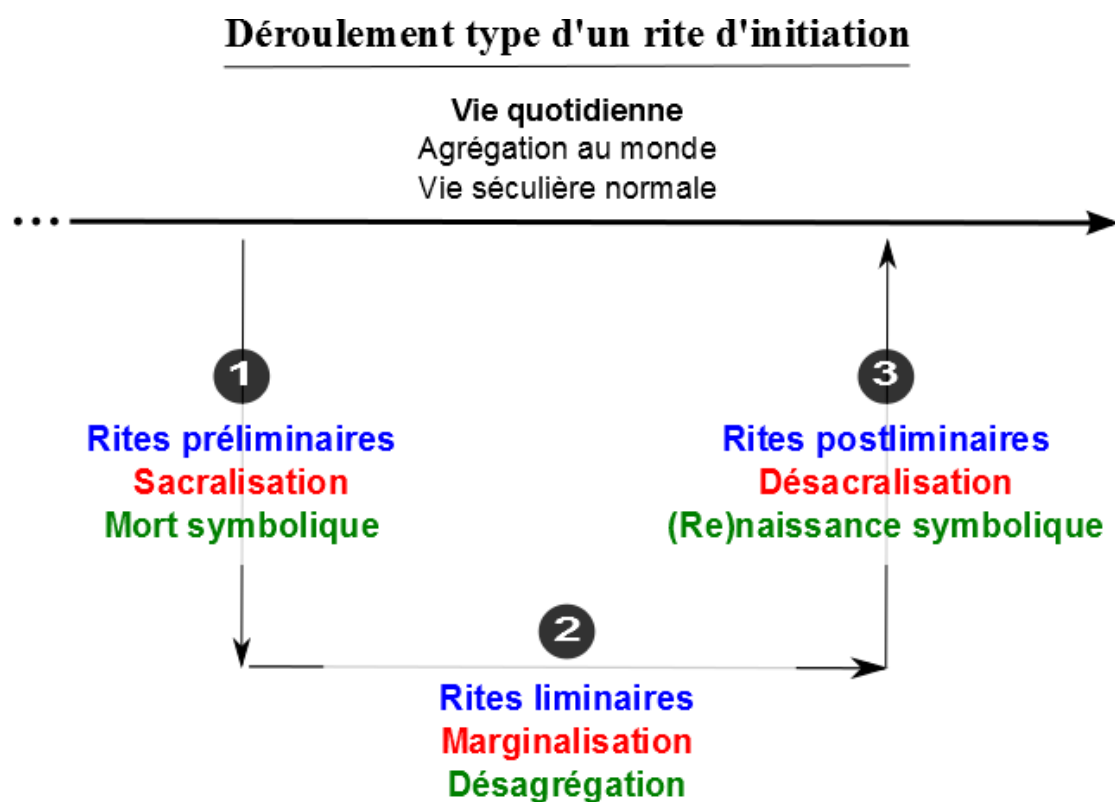
Annexe 5_
Schéma du blason du rétablissement proposé par le CTR n°2
(Métanoïa)



Annexe 6_

Schémas explicatifs des deux seuils délimitant le rite d'initiation en CTR

Schéma 1a : Ligne temporelle d'un rite d'initiation classique



Source : Thierry Goguel d'Allondans, *Rites de Passage, Rites D'initiation: Lecture D'Arnold Van Gennep*, éd. P.U. Laval, 2002, p. 41

Légende :

En bleu, l'auteur indique le nom officiel de la *phase temporelle* du rituel

En rouge est donnée le terme consacré par Van Gennep pour décrire ces différentes phases.

En vert on accède à la *signification* qui peut être accordée socialement à l'état dans lequel se trouve l'individu dans ces diverses étapes du rite initiatique.

Schéma 1b : Perception temporelle véhiculée par un rite d'initiation en CT (de type « conversion »)

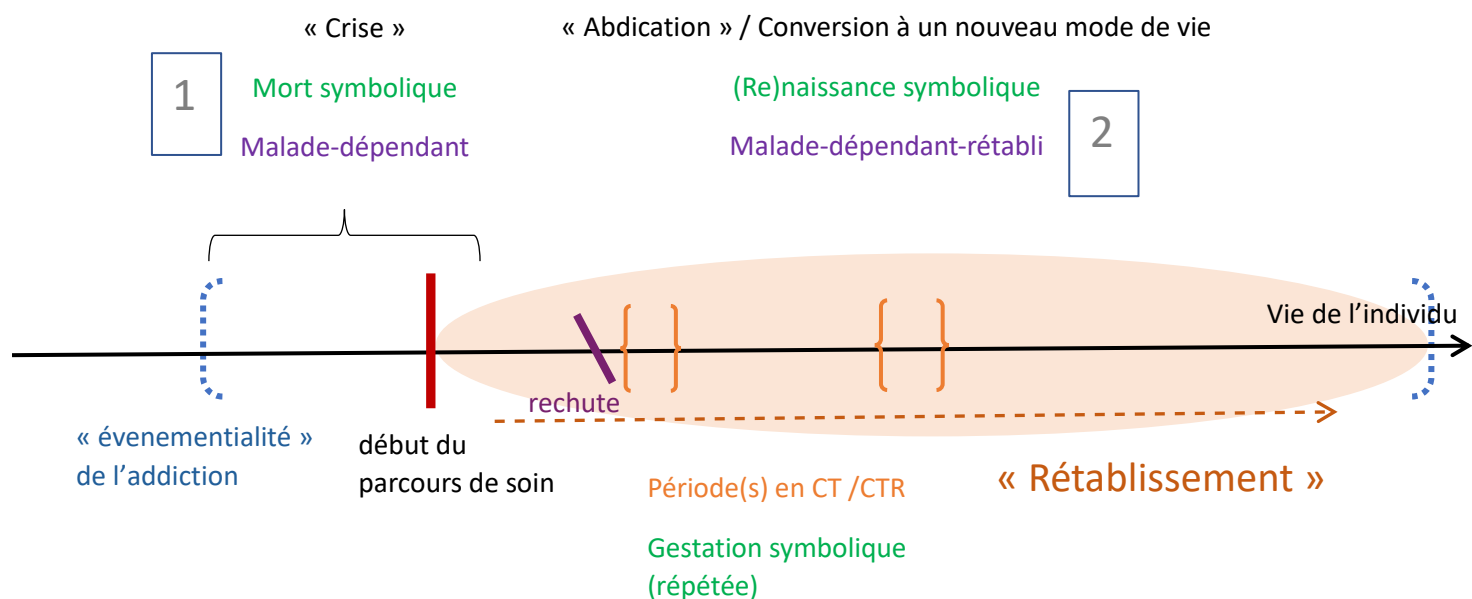


Schéma 1c : Perception temporelle véhiculée par rite d'initiation en CTR (de type « passage à l'âge adulte »)

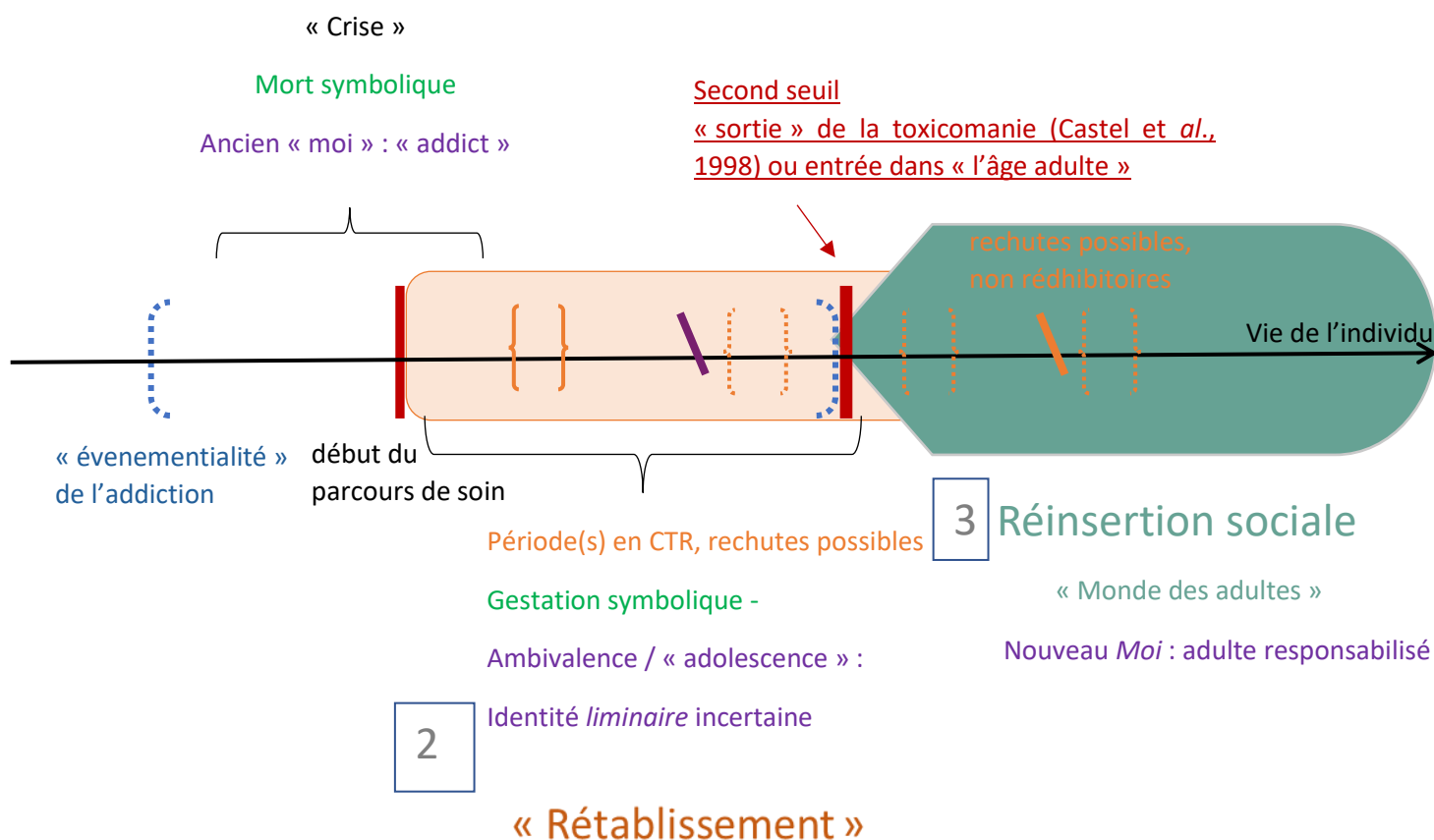


Table des matières

Remerciements.....	- 3 -
Sommaire.....	- 7 -
Liste des sigles et abréviations.....	- 9 -
Préambule.....	- 11 -
Approfondir la sociogenèse de l'addictologie en France	- 11 -
• Prendre en charge la « jeunesse ». Création de l'intervention en toxicomanie (I.T.) et premières considérations de santé publique sur la question de l'alcoolisme et des toxicomanies » – années 1970-1980.	- 21 -
• Prendre soin des conséquences sanitaires des pratiques. La « crise » de l'I.T., la naissance de la réduction des risques et les changements de représentation associés à l'épidémie du sida (années 1990-1990).....	- 25 -
• Prendre acte des avancées scientifiques et sociales. Le tournant neuroscientifique et cognitivo-comportemental du phénomène « addiction », et sa banalisation dans l'espace social (années 1990-2000).....	- 29 -
• Prendre la mesure du changement. Renversement ou extension du paradigme de l'addictologie (années 2000-2020).....	- 33 -
Introduction.....	- 37 -
I. Problématique et délimitation de l'objet de recherche.....	- 38 -
I. A/ Esquisse d'une définition sociologique des addictions	- 38 -
I. B/ Emergence de l'objet-CTR	- 42 -
I. C/ « Faute d'« être soi » : responsabilisation, addictologie et devenirs orientés ...	- 52 -
II. Méthodologie et présentation des terrains ethnographiques	- 60 -
II. A/ Une approche ethnographique et sociologique	- 60 -
<i>Une enquête ethnographique sur le devenir</i>	- 60 -
<i>Penser une interdisciplinarité forte en santé mentale : une sociologie des pratiques professionnelles</i>	- 63 -
<i>Une recherche croisant logique abductive et vérification inductive.....</i>	- 65 -
<i>Un objet de recherche multi-terrains et la construction d'un rapport singulier à chacun des deux centres</i>	- 66 -
<i>Le choix d'une double enquête.....</i>	- 71 -
II. B/ Présentation des deux terrains – “TCHAT” et “Métanoïa”	- 73 -
<i>Espace : rapports différenciés des professionnels au « bureau »</i>	- 77 -
<i>Temps : longueur du séjour et organisation d'une semaine-type</i>	- 82 -
II. C/ Nomenclature, anonymisation et architecture du manuscrit	- 87 -
Sources primaires : données de terrain.....	- 91 -

Première partie. Faute d'« être soi », vouloir être un autre. Attentes relatives à la « sortie » de la dépendance et à la construction d'une nouvelle identité..... - 95 -

Chapitre 1. Savoir entrer pour « s'en sortir ». Attentes individuelles et institutionnelles au seuil du CTR..... - 101 -

I. L'admission en CTR : des procédures analogues, une estimation de la demande. - 103 -

I. A/ La procédure d'admission. - 104 -

A/ 1) Arriver au TCHAT - 104 -

A/ 2) Arriver à Métanoïa - 106 -

I. B/ Les refus d'admission..... - 107 -

I. C/ Première entrée ou énième entrée ? Description de quelques usagers..... - 110 -

II. Vouloir changer. La mise en adéquation de l'objectif institutionnel et du projet individuel - 116 -

II. A/ L'entretien motivationnel à Métanoïa – comprendre les tenants d'une entrée en matière - 118 -

II. B/ Le sevrage préalable – théorie et réalités..... - 126 -

II. C/ Apprendre à marcher *sans*. Réapprendre à « fonctionner » sans produit..... - 129 -

C/ 1) Fonctionner - 130 -

C/ 2) Repérer les « progrès » - 132 -

C/ 3) Fonctionner pour aller mieux ou aller mieux pour fonctionner ? - 134 -

II. D/ « Donner de soi » : se défaire de son ancien Moi pour pouvoir changer..... - 138 -

D/ 1) Un abandon préalable : la dégradation de son ancien statut..... - 139 -

D/ 2) Donner ce qu'on a : dimensions matérielles et immatérielles du don..... - 142 -

D/ 3) Donner aux soignants – le cas particulier du TCHAT..... - 147 -

D/ 4) Abandonner son ancien Moi - 151 -

Chapitre 2. « Jouer le jeu » du rétablissement. Ou comment on apprend à aimer les règles du CTR - 155 -

I. « Les règles du jeu » - 158 -

I. A/ Ce que garantit la rigidité des règles – les exemples du TCHAT_..... - 160 -

I. B/ Ce que permet la souplesse des règles (ou plutôt les « exceptions à la règle ») – les exemples de Métanoïa	- 168 -
I. C/ Inculquer les règles du jeu, l'exemple de Métanoïa	- 172 -
I. D/ « Connaître » la maison ; penser « avoir sa chance » ; ne pas « être prêt » ; ne pas être au « bon endroit » : les déclinaisons possibles du rapport aux règles.....	- 184 -
II. De la volonté de se soigner : éprouver, approuver, donner les preuves. Qu'est-ce que « mériter » le rétablissement ?	- 194 -
II. A/ « Mériter » les soins.	- 195 -
A/ 1) Du drogué et délinquant au « malade » : mériter d'entrer en soins_	- 195 -
A/ 2) Du malade au « bon malade » : mériter concrètement les soins_	- 198 -
II. B/ Éprouver– ce que « font » les professionnels autour de l'ambivalence.....	- 203 -
II. C/ La question du masque	- 209 -

Chapitre 3. Le CTR, une institution quasi-totale ? - 219 -

Note préliminaire. (S') Enfermer : réflexion sur le rapport établi à l'un des terrains - 223 -

I. Une réhabilitation totalisante – le CTR comme prison volontaire - 228 -

I. A/ Des « transmissions »	- 232 -
I. B/ S'adapter.....	- 234 -
I. C/ Sécuriser	- 238 -

II. Un lieu où vouloir s'aliéner. Passer de la dépendance à un produit à la dépendance à l'institution - 240 -

II. A/ La problématique de la double-aliénation : l'instrumentalisation des troubles psychiques.....	- 245 -
II. B/ Le cas de Sacha : une orientation psychiatrique des soins d'accompagnement.....	- 248 -
II. C/ « De la fermeture à l'emprise » – le CTR comme espace correctionnel et rééducatif : institution totalisante plus que totale.....	- 251 -

III. Gérer la marginalité – le CTR comme marché..... - 254 -

III. A/ Avancée du paradigme gestionnaire et routinisation du contrôle des usagers. ...	- 255 -
III. B/ Le marché des CTR : du « chemsexeur » au « placement extérieur ».....	- 260 -
III. C/ Le cas des placements extérieurs (PE) – un cas-limite de la liberté sous contrainte	- 266 -

IV. Dynamique comparée de nos deux institutions : zone de placement versus tremplin du changement ? - 273 -

IV. A/ Le choix des ateliers – ou la logique du « rien » ou « tout ».....	- 273 -
IV. B/Lieu de placement versus lieu de changement ?	- 278 -

Deuxième partie. À défaut d'« être soi », apprendre à être adulte

Responsabilisation et étapes rituelles d'un devenir-adulte orienté - 285 -

Chapitre 4. S'initier à l'âge adulte. Apprentissages nécessaires du passage à une vie responsable..... - 293 -

I. Devenir « ado » avant de pouvoir être adulte : la (dé)construction de l'adultéité en CTR. - 298 -

I. A/ Constat liminaire : « De toutes *façons*, les *toxicos* sont des *enfants* » - 299 -

I. B/ Fantasmer « le monde des adultes » et accepter son état d'adolescence. - 302 -

I. C/ Qu'est-ce qu'« apprendre la vie » ? - 308 -

I. D/ L'autonomie comme critère d'accès à l'adultéité..... - 314 -

II. Les étapes de l'initiation – comment peut-on devenir adulte ? - 319 -

II. A/ Apprendre à parler. Définir, demander, (se) distinguer. - 320 -

II. B/ Apprendre à être libre. Savoir dire « non », définir ses limites. - 336 -

II. C/ Apprendre à être autonome – Établir son propre cadre, se responsabiliser . - 341 -

Chapitre 5. Négocier l'adultéité. Réticences à la reconnaissance de l'autonomie - 353 -

I. La spécularité soignants-soignés et l'infantilisation comme défense identitaire- 358 -

I. A/ Dynamiques d'amorçage, de rupture et de changement de place..... - 359 -

I. B/ Les limites à la spécularité - 368 -

I. C/ L'infantilisation des professionnels de terrain - 375 -

II. Garder les usagers dans l'identité d'adolescents..... - 380 -

II. A/ Évaluer, critiquer, organiser – gestion de la parole, de la représentation et du temps des usagers - 383 -

II. B/ Mettre des limites, recadrer – gestion de la quotidienneté, de l'espace-temps - 392 -

II. C/ Sécuriser son cadre de travail – gestion de l'espace de vie selon des territoires distincts..... - 398 -

Chapitre 6. Le CTR comme espace liminaire. Lieu d'initiation ou entraînement à la « vraie vie » ?..... - 409 -

I. Humain et homme. Devenir un membre à part entière d'une communauté de valeurs et d'idéaux..... - 413 -

I. A/ Vouloir « être un homme » ; n'être qu'humain..... - 415 -

A/ 1) « Toucher le fond » et n'être qu'humain..... - 416 -

A/ 2) Éclatement du moi et dissociation du produit - 419 -

A/ 3) Se relever — unifier la représentation du Moi pour devenir un « meilleur homme » - 426 -

I. B/ L'héroïsation du travail de soi - 432 -

B/ 1) Réintégrer le monde des hommes - 433 -

B/ 2) Contrainte narrative et redoublement de Soi..... - 437 -

B/ 3) Mise à l'épreuve et conversion — dimension religieuse du passage..... - 440 -

I. C/Avoir sa place. Devenir un meilleur homme dans un groupe d'égaux - 442 -

C/ 1) Distinction groupale et acquisition d'une « place » dans un « bon groupe »..... - 445 -

C/ 2) Dynamiques familialistes et identification à des figures masculines faisant autorité - 454 -

I.D/ La place des femmes usagères : entre fille prodigue et mère indigne - 460 -

D/ 1) Le traitement différentiel des usagères en CTR..... - 463 -

D/ 2) Le cas des usagères-mères..... - 472 -

II. Se « rétablir », rétablir l'ordre des interactions. Le CTR comme hétérotopie de crise ? - 475 -

II. A/ Le CTR comme camp d'entraînement : se préparer au dehors et à la « vie ordinaire » - 477 -

II. B/ L'aventure, l'échappée belle. Le CTR comme Club Med..... - 483 -

II. C/ La mise en abyme de l'existence au CTR — le CTR-« réalité » - 487 -

Troisième partie. Devenir soi : se décliner au futur. Gestion du devenir, nouvelles approches de la réhabilitation psycho-sociale, et avenir institutionnels de nos deux CTR..... - 497 -

Chapitre 7. Perfectible, réflexif et actif. Devenir un agent rationnel du changement..... - 507 -

I. Travailler à se rendre autonome. - 511 -

I. A/ Du paternalisme médical à l'*empowerment* des usagers : le cas particulier du champ des addictions. - 515 -

I. B/ Le tournant des neurosciences cognitives - 519 -

I. C/ Gestion de soi et nouvelles formes de sociabilités - 528 -

II. Les outils paradoxaux de l'autonomie : contrat, contribution, contrôle de la contingence..... - 533 -

II. A/ Les instruments de l'action publique en addictologie : contrat et projet..... - 534 -

II. B/ La question de la contribution au collectif et de la participation - 538 -

II. C/ Routines et anticipation : le contrôle de la contingence..... - 544 -

C/ 1) Prévoir les hasards malencontreux : l'enjeu de la planification des sorties - 547 -

C/ 2) Deux visées différentes de la programmation temporelle ? - 549 -

III. La construction d'un sens à la sortie – singulier et prospectif..... - 550 -

III. A/ « Ceci n'est pas un humanisme » : développement des thérapies fondées sur le *self* et de la « culture psychologique » ambiante..... - 552 -

A/ 1) Le travail du *self* : l'essor de l'ETP et du DP_ - 553 -

A/ 2) De la psychologie « humaniste » à la psychologie « positive ». - 556 -

III. B/ Entre « narcissisme » et « manque d'estime de soi » : la quête éperdue d'une identité positive. - 561 -

B/ 1) Une même correction du manque d'estime de soi - 564 -

B/ 2) Différents « devenir soi » - 569 -

Chapitre 8. Professionaliser son devenir. L'exemple des médiateurs-santé-pair..... 575

I. Patients-experts, pair-aidants, *counsellors*, médiateurs-santé-pairs : une nouvelle cartographie pour faire carrière de son parcours de soins. 578

I. A/ D'« accueillant » à « MSP » : la « naturelle » pair-aidance dans l'intervention en toxicomanie 582

I. B/ Médiateur-santé-pair, est-ce une nouvelle profession ?	587
I. C/ La professionnalisation de son expérience de soins, amorce ou détonateur de sociabilité ?	592
II. La professionnalisation de son devenir.....	602
II. A/ Ahmed : le compromis. Ou l'idéal républicain de la seconde chance et d'une vraie place à occuper	605
II. B/ Youri : l'entre-deux. Ou la recherche de l'authenticité et de la connaissance de soi	611
II. C/ Nono : la dissociation. Ou une ligne de fuite cherchant encore l'horizon vers lequel converger.....	619

Chapitre 9. Le CTR comme projet utopique et/ou biopolitique ? - 633 -

I. Transformation ou conversion ? La problématique du « devenir soi » à l'aune de la fonction sociale différenciée des CTR - 635 -

I. A/ Franchir de nouveau le seuil du CTR : sortir de l'addiction, est-ce une conversion ?	- 637 -
I. B/ Se convertir pour quel « monde » ?	- 646 -
B/ 1) Rétablissement dans le milieu pair	- 646 -
B/ 2) Rétablissement en milieu protégé	- 648 -
B/ 3) Rétablissement dans le milieu ordinaire	- 651 -
I. C/ Une interprétation différente de l'addiction en fonction des « sorties » ?	- 654 -
C/ 1) Ceux qui restent dans le sas : l'addiction comme destin.....	- 656 -
C/ 2) Ceux qui parviennent à envisager « l'après » : l'addiction comme étape	- 660 -
C/ 3) Ceux dont l'avenir reste à voir : l'addiction comme faute	- 663 -
I. D/ Une possible mise en sens étiologique de l'addiction.....	- 666 -

II. Grandeur et décadence d'une institution résidentielle : l'évolution contemporaine des structures du médico-social en addictologie. - 670 -

II. A/ L'isolement ou la faillite d'un modèle non-aligné avec le changement de paradigme de l'addictologie : le TCHAT, entre mise à l'arrêt et orientation placée.	- 674 -
II. B/ Le succès du modèle dystopique de l'épanouissement individuel par le travail et la responsabilité au bien-être : Métanoïa, ou l'utopie de la coopération.	- 685 -
B/ 1) Un apprentissage organisationnel orienté par l'idéal « coopératif »	- 688 -
B/ 2) Apports sociogénétiques à la notion de coopération et hypothèses sur son utilisation actuelle.....	- 695 -

Conclusion générale - 703 -

Bibliographie générale..... - 719 -

- *Publications académiques, communications et ouvrages en sociologie, anthropologie, sciences de l'éducation, économie et marketing, philosophie – portant ou non sur l'univers des drogues et/ou de l'addictologie : - 719 -*

- *Références en médecine et psychologie portant sur les addictions ou autres diagnostics ; publications institutionnelles du champ observé (intervention en toxicomanie, alcoologie, addictologie) : - 750 -*

- *Rapports et publications ministérielles ou des principales instances d'observation et d'évaluation statistique des addictions en France (MILDECA et ODFT) ; autres documents publics : - 759 -*

- *Sources journalistiques : - 762 -*

- *Références littéraires : - 763 -*

Annnexes..... - 765 -

Table des matières.....- 780 -

Résumé de la thèse

Cette thèse prend pour domaine d'investigation une discipline récemment institutionnalisée et relativement peu interrogée par la sociologie de la santé mentale, l'addictologie, à travers une enquête portant sur la visée et la fonction sociale occupée en France par le dispositif médico-social des centres thérapeutiques résidentiels (CTR). Ces institutions de soins et d'accompagnement psycho-éducatif proposent sur une durée de plusieurs mois un cadre de vie collectif et un programme de réhabilitation psycho-sociale aux usagers de substances psychoactives ayant une dépendance problématique à un ou plusieurs produits (licites ou illicites) ou à un comportement, tout en exprimant leur volonté de « s'en sortir ». Dans une démarche anthropologique combinant observations *in situ* et entretiens ethnographiques, la recherche se propose d'analyser les attentes et le *travail sur soi* produits dans ces centres à l'aune de la notion de *responsabilisation*. Dans cette perspective, elle fait l'hypothèse que se dégagent des enjeux sociaux importants dans ce choix individuel d'une mise à l'écart et d'une mise au travail dans une institution-support de cette tentative de transformation identitaire. En partant de l'étude comparée de deux CTR contemporains aux styles institutionnels opposés, la thèse met en lumière les convergences existant pourtant sur le plan des objectifs thérapeutiques comme sur celui des pratiques professionnelles. Elles permettent de comprendre le séjour en CTR comme un triple mouvement qui de la volonté de *devenir un autre* conduit ensuite à la formalisation et à l'imposition d'un *devenir adulte* et seulement enfin au projet possible d'un *(re)devenir soi*. Tout en interrogeant les tensions et les négociations qui se jouent dans cette prise en charge contractualisée, nous démontrerons comment les CTR français constituent une institution liminaire, où se déroule une forme de rite de passage à l'âge adulte proposée aux individus qui ne répondent pas de manière idoine aux injonctions d'autonomie et de responsabilité qui incombent aux formes de subjectivations contemporaines.

Mots-clefs : addictologie, santé mentale, responsabilisation, identités professionnelles, processus de transformation, interactions.

Summary

This thesis takes as its field of investigation a recently institutionalized discipline, addictology, which has been relatively little examined by the sociology of mental health. The investigation intends to examine the purpose and social function occupied in France by the medico-social system of residential therapeutic centers (CTR). Over a period of several months, these psycho-educational care and support institutions offer a collective living environment and a psycho-social rehabilitation program to users of psychoactive substances with a problematic dependence on one or more products (licit or illicit) or behaviours, who express their desire to “get off the hook”. Using an anthropological approach combining ethnographic observations and interviews, the aim of this research is to analyze the expectations and the *work on the self* produced in these centers in the light of the notion of “responsabilisation”. From this perspective, it hypothesizes that there are important social issues at stake in the individual choice to be isolated and put to work in an institution that supports this attempt at identity transformation. Based on a comparative study of two contemporary CTR with opposing institutional styles, the thesis highlights the convergences that nevertheless exist in terms of therapeutic objectives and professional practices. These convergences enable us to understand the stay in a CTR as a triple movement that starts with the desire of *becoming someone else*, then leads to the formalization and imposition of *adult becoming*, and only finally to the possible project of *(re)becoming oneself*. While examining the tensions and negotiations at play in this contractualized care, we will demonstrate how French CTR constitute a liminal institution, where a form of rite of passage to adulthood takes place for individuals who do not respond adequately to the injunctions of autonomy and responsibility incumbent on contemporary forms of subjectivation.

Keywords: addictology, mental health, responsabilisation, professional identities, transformation process, interactions.