drogues | santé | société

RÉSULTATS DE RECHERCHE

Souffrance, jugement moral et « société addictogène » : les registres de sens du traitement de la dépendance

Line Pedersen, Ph. D., attachée temporaire d'enseignement, Université de Bourgogne Franche-Comté

Correspondance :
Université de Fribourg
Travail social et politiques sociales
Route des Bonnesfontaines 11
1700 Fribourg
Suisse
numéro : +41 26 300 77 88
line.pedersen@unifr.ch

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 17, no 1, avril 2018

Résumé

Cet article explore la teneur de l'évaluation morale dans les modes de traitement du « trouble addictologique » en s'intéressant aux trajectoires des personnes en prise avec des produits psychoactifs inscrites dans une démarche d'arrêt ou de diminution des consommations d'alcool ou des drogues illicites. En suivant ces trajectoires de sortie, j'ai pu questionner leur passage dans deux entités de traitement, les Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et les groupes d'entraide associatifs (Vie Libre, Narcotiques et Alcooliques Anonymes). À partir d'une posture ethnographique, à la fois compréhensive et critique, nous explorons la construction de la « sortie » des addictions au regard des contraintes morales, sociales et institutionnelles. L'article se fonde sur des données de recherche recueillies de 2010 à 2013. Elle combine à la fois l'observation directe des milieux, ainsi que des entretiens biographiques et semi-directifs réalisés avec des intervenants (nb 15) et des personnes dépendantes (nb 41).

L'analyse qualitative de données met en évidence que le travail biographique déployé par les personnes dépendantes permet une mise à distance de l'expérience de l'emprise. Il s'agit de constituer un jugement moral sur ses comportements passés sous l'effet des produits. La catégorie de trajectoire de déprise permet donc de rendre compte des formes subjectives de (se) composer avec ou sans les produits sans renvoyer à l'idéal d'abstinence. C'est seulement au moment de la mise en récit devant les pairs ou les professionnels que l'on peut parler d'une rupture biographique. En ce sens les entités médiatisent les récits des personnes dépendantes, parce qu'elles contribuent à construire un cadre d'énonciation des récits, et donc de distinguer ce qui peut être dit ou pas. Cet article interroge l'aspect contraignant de ce processus, en ce sens que l'obligation de se raconter participe aussi à construire un sujet moral capable de s'autocontrôler.

Mots-clés : Addictologie, traitement, société addictogène, souffrance psychique, évaluation morale

Suffering, moral judgement and "addictogenic society": The registers of sense in the treatment of addiction

Abstract

This paper explores the content of moral evaluation operating in different treatment models of addiction in France by focusing on the trajectories of persons dependent on psycho-active products and actively searching for a solution to get free of its hold (partially or totally). We'll specially be questioning the treatment models the addicts pass through : specialized treatment centers (called CSAPA in France) and self-help groups such as Narcotics Anonymous and "Vie Libre" (for people with alcohol problems). By adopting an ethnographic position, both comprehensive and critical, we'll explore the construction of the "exit" of addiction with regard to the moral, social and institutional constraints. This article is based on data collected between 2010 and 2013. It combines observation of the environments of the treatment models, as well as biographical and semi-directive interviews with the professional caregivers (=15) and with the "addicts" (=41).

The qualitative analysis of the data shows that the biographical work by the "addicts" allows a distancing of the experience of addiction. It's a question of establishing a moral judgment of one's past behavior while consuming the products. The category of "trajectoire de déprise" then allows to summarize the subjective ways of composing (oneself) with or without the use of drugs, without

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 17, no 1, avril 2018

immediately referring to the ideal of abstinence. It's when narrativizing oneself in front of the caregivers or members of self-help groups, that we can observe a biographical disruption. The treatment models mediate this narration, because they contribute in deciding what can be told and what's unsayable. The narration becomes a condition to enter the society : by narrativizing oneself, the capable subject morally testifies him/herself as a responsible subject. This article questions the constraining aspect of this process, in this sense that the obligation of narrativizing oneself also participates in the construction of a moral subject capable of controlling him/herself.

Keywords: Addictology, treatment, addictogenic society, mental suffering, moral evaluation

Sufrimiento, juicio moral y "sociedad adictogénica": Los registros de sentido del tratamiento de la dependencia

Resumen

Este artículo explora el contenido de la evaluación moral en los modos de tratamiento del "problema adictológico" interesándose en la trayectoria de las personas dependientes de productos psicoactivos que se inscriben en un camino de parar o disminuir el consumo de alcohol o de drogas ilícitas. Al seguir estas trayectorias de salida he podido interrogar sobre su pasaje en dos entidades de tratamiento, los Centros de Atención, Acompañamiento y Prevención en Adictología (CSAPA) y los grupos de ayuda mutua asociativos (*Vie Libre, Narcotiques et Alcoholiques Anonymes* [vida libre, narcóticos y alcohólicos anónimos]). A partir de una postura etnográfica, a la vez comprensiva y crítica, exploramos la construcción de la "salida" de las adicciones con respecto a las restricciones morales, sociales e institucionales. El artículo se funda en datos de investigación recogidos entre 2010 y 2013 y combina a la vez la observación directa de los medios, así como las entrevistas biográficas y semi-dirigidas realizadas con los intervinientes (nb 15) y los "adictos" (nb 41).

El análisis cualitativo de los datos demuestra que el trabajo biográfico realizado por los "adictos" les permite colocarse a distancia de la experiencia de la dependencia. Se trata de constituir un juicio moral sobre sus comportamientos pasados bajo el efecto de los productos. La categoría de la trayectoria del abandono permite entonces dar cuenta de las formas subjetivas de arreglar (se) con o sin los productos sin hacer referencia al ideal de abstinencia. Es solamente en el momento del inicio del relato ante los pares o los profesionales que se puede hablar de una ruptura biográfica. En este sentido, las entidades mediatizan los relatos de los adictos porque contribuyen a construir un marco de enunciación de los mismos y, por lo tanto, permiten distinguir lo que se puede o no se puede decir. Este artículo investiga el aspecto limitante de este proceso, en el sentido de que la obligación de contarse participa también en la construcción de un sujeto moral capaz de autocontrolarse.

Palabras clave: adictología, tratamiento, sociedad adictogénica, sufrimiento psíquico, evaluación moral

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 17, no 1, avril 2018

Introduction

Cet article explore la teneur de l'évaluation morale dans les modes de traitement du « trouble addictologique » à partir d'un travail de thèse (Pedersen, 2015) sur les formes et les logiques de traitement des addictions. Le pari de ma recherche est de comprendre les trajectoires des personnes en prise avec des produits psychoactifs inscrites dans une démarche d'arrêt ou de diminution des consommations d'alcool ou des drogues illicites. En suivant ces trajectoires de sortie, j'ai pu questionner le passage des personnes dépendantes dans les Centres de soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), et les groupes d'entraide (Vie Libre, Narcotiques et Alcooliques Anonymes). La question de la « sortie[1] » de l'addiction pose problème en ce qui a trait à l'articulation entre les critères institutionnels et subjectifs de définition, mais aussi sur le plan des dimensions morale et politique qui sous-tendent les jugements et les catégorisations de la part des acteurs qui tentent de l'étudier, l'évaluer et la cadrer, ainsi que des principaux concernés : les personnes dépendantes. L'utilisation du concept de *trajectoire de déprise* permet d'appréhender la pluralité d'expériences[2] de l'addiction et de s'écarter de l'idéal d'abstinence qui peut être l'objet de tension entre les différents acteurs qui interviennent dans ces trajectoires. Pour comprendre ces dernières, il apparaît ainsi important de mettre en miroir les récits des personnes dépendantes et les discours des différents acteurs que ce soit les groupes d'entraide ou les structures institutionnelles comme les CSAPA.

L'hypothèse qui sera travaillée dans cet article interroge la participation de l'évaluation morale des personnes dépendantes, dans les entités de traitement[3], à la construction d'une carrière de transformation de soi (Goffman, 1968 ; Darmon, 2003 ; Lézé, 2007). Cette hypothèse est sous-tendue par le postulat que tous les acteurs sociaux mobilisent une économie morale[4], afin de classer et hiérarchiser les personnes en fonction d'attributs attendus ou des défauts à corriger (déviances) selon des critères moraux. Nous entendons ici l'économie morale comme « la production, la circulation et l'appropriation des valeurs et des affects dans un espace social donné » (Fassin et al., 2013, p. 23). Dans ce système de « normes et d'obligations » (Thompson, 1971) permettant d'orienter les jugements et les actions, c'est le registre de « l'authenticité », de « l'honnêteté » et de la « responsabilité » qui « filtre » entre les « bons » et « mauvais » patients ou usagers (Fernandez et Lézé, 2011). Cela passe par un bilan, ainsi qu'un jugement moral de ses actions passées (Fernandez, 2005 ; 2008) participant à attester le « sujet sous emprise » en sujet responsable.

---

[1] La typologie des manières de vivre la déprise dans ses rapports aux divers produits est caractérisée par la porosité des frontières (Pedersen, 2015).

[2] Afin d'expliquer toute forme de consommation des produits psychoactifs, Patrick Pharo (2007) distingue la cohérence cognitive et la cohérence conative. La cohérence cognitive c'est quand le choix effectif s'ajuste au meilleur jugement, par exemple juger préférable de s'abstenir et s'abstenir effectivement ; la cohérence conative c'est quand le choix effectif s'ajuste à la volonté dominante (« je veux consommer et je consomme »). De cette manière on peut distinguer huit cas de figure selon que le meilleur jugement soit l'abstinence ou la consommation, signant chacun un rapport à soi différent. Même si cela semble un peu schématique, cette typologie a au moins le mérite de nuancer le champ d'expériences de l'addiction, et de souligner le fait que la théorie de l'*akrasia* (faiblesse de la volonté) ne peut pas s'appliquer à la consommation des drogues à tous les moments de la trajectoire de la personne dépendante.

[3] Je les ai regroupé sous l'appellation des « entités de traitement » pour accentuer le fait que ce sont des dispositifs qui proposent un mode de réponse au problème d'addiction. Ce terme « entité » permet aussi de souligner que les groupes d'entraide ne sont pas des institutions au sens restreint du terme, car ils ne sont pas représentés par des pouvoirs publics ni par une profession instituée, ni par une discipline scientifique.

[4] Ce concept est développé par l'historien Edward Thompson (1971) et repris entre autres dans les travaux de Didier Fassin (2009 ; 2013).

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 17, no 1, avril 2018

Méthodologie

Comme mentionné plus haut, cet article puise ses sources empiriques et ses pistes d'analyse d'une thèse sur les trajectoires de déprise des addictions. Ces trajectoires ont pu être conceptualisées par le recueil des données empiriques issues de l'observation des consultations et des réunions dans les deux lieux où l'enquête de terrain s'est déroulée et par le recueil des entretiens semi-directifs et biographiques des différents acteurs (soignants en addictologie, entraidants et personnes dépendantes). Une analyse documentaire a été effectuée des rapports d'activités, revues et *flyers*, afin de saisir les représentations et les pratiques de prise en charge des addictions.

Le travail ethnographique a eu lieu entre novembre 2010 et décembre 2013. J'ai pu intégrer deux CSAPA différents dans l'est de la France à la suite d'une recherche menée dans un de ceux-ci. J'y ai effectué environ une quarantaine de demi-journées d'observation directe non participante (Arborio et Fournier, 2008). J'ai participé aux consultations médicales, aux entretiens d'induction aux traitements de substitution, aux délivrances de ces traitements et aux réunions d'équipe. J'ai également mené quinze entretiens de type semi-directif et explicatif (Blanchet et Gotman, 1992) avec les professionnels y œuvrant.

J'ai assisté régulièrement aux réunions hebdomadaires à Vie Libre (association d'entraide pour « malades alcooliques[5] ») et Narcotiques Anonymes[6], totalisant environ 35 réunions d'une durée de deux et à trois heures et fait la connaissance d'une soixantaine de personnes différentes. L'accès au terrain a pu se faire grâce aux contacts préalables (par courriel et téléphone) avec des responsables des groupes facilitant mon intégration sur le terrain et notamment la prise des notes[7]. L'anonymat est un principe crucial au sein ces groupes[8]. Toutefois, la création récente d'un groupe des Narcotiques Anonymes dans ma ville résidentielle a rendu possible ma présence régulière aux réunions, car il y avait peu de participants. Les membres ont donc accepté que je vienne de manière régulière et non seulement lors des réunions ouvertes[9]. Au-delà, on peut supposer que la présence d'une enquêtrice est marque d'intérêt pour les activités du groupe et son écoute offre un espace privilégié pour l'interlocuteur de s'exprimer, constituant une sorte de « contre-don » inhérent à tout travail de terrain[10]. Cela m'a permis de nouer des liens avec certains membres et ainsi avoir des informateurs « privilégiés » (échanges très fréquents et introduction à la littérature et la documentation). J'ai effectué 41 entretiens biographiques semi-directifs avec des personnes rencontrées soit dans ces groupes, soit dans les CSAPA. Tous les entretiens ont été intégralement retranscrits et anonymisés.

---

[5] C'est leur dénomination propre.

[6] J'ai fait trois réunions à Alcooliques Anonymes, mais l'intégration et l'acceptation de la présence d'une sociologue ont été plus compliquées, difficulté que j'expose et analyse dans ma thèse.

[7] Les positions multiples occupées par le chercheur selon le moment de l'enquête, dans ces groupes à vocation thérapeutique basée sur la parole, ont été interrogées et intégrées aux analyses dans mon travail de thèse.

[8] Vie Libre se distingue des groupes des « Anonymes » par la dimension plus militante et une visibilité de leurs membres (liste officielle des membres, coordonnées des responsables accessibles sur Internet).

[9] Les groupes Anonymes fonctionnent avec des réunions ouvertes (souvent une réunion par mois) pour que les personnes intéressées par la problématique puissent venir.

[10] Sur cette question, on peut référer entre autres les travaux de Florence Bouillon (2009). Elle avance que « l'inconfort ethnographique » éprouvé parfois sur le terrain provient de l'incapacité de l'enquêteur de donner à la hauteur des attentes des personnes qui prennent part à l'enquête.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 17, no 1, avril 2018

Les registres de causalité : la souffrance psychique et société addictogène

Il s'agit dans cette partie de décortiquer les discours recueillis afin de les objectiver en accordant une attention au « pathologique comme enjeu de désignation » (Darmon, 2008). Les deux entités se posent comme experts de la question addictologique. Les CSAPA par leur spécialisation professionnelle, et les groupes d'entraide par leur expérience intime vis-à-vis de l'addiction. Le conflit entre ces deux entités de traitement porte moins sur la définition de l'addiction que sur le mode de réponse à lui apporter : la réduction des risques est le paradigme dominant de la prise en charge dans les centres spécialisés de soin, alors que l'abstinence « totale et définitive » est prônée dans les groupes d'entraide faisant partie de notre enquête de terrain[11]. La grille de lecture dominante des addictions dans les entités de traitement étudiées propose de comprendre les différents usages des produits psychoactifs par la souffrance psychique des personnes dépendantes. Ces conduites addictives sont dès lors intégrées dans la normalité d'une « société addictogène ». C'est cette dernière qui est vécue comme « injuste » : dans une société qui prône la consommation d'objets et les sensations rapides, les plus « fragiles » sont les premières victimes. Ils mêlent ainsi une conception critique de la société hyper consumériste et les théories d'inspiration psychanalytique[12] de l'addiction comme « symptôme » d'une souffrance interne.

Au-delà de la médicalisation : le registre de la souffrance psychique

On peut poser l'hypothèse que l'apparition récente du champ de l'addictologie[13] s'inscrit dans un processus plus global de « dépsychiatrisation de la santé mentale » (Ehrenberg, 2004), c'est-à-dire le détachement d'un « secteur de la santé mentale » de la psychiatrie traditionnelle depuis ces trente dernières années. Ce secteur qu'Ehrenberg nomme un nouveau « jardin des espèces » en référence à Foucault, regroupe des « problèmes » que nos sociétés libérales ont cultivés (dépressions, troubles obsessionnels compulsifs, consommations massives de psychotropes et de drogues multiples, etc.). Cette expression de santé mentale désigne à la fois un bien à gagner ou à maintenir pour les individus dans nos sociétés occidentales (l'atteinte psychique est un mal aussi grave que l'atteinte corporelle), mais aussi un secteur d'intervention médicale, psychologique et sociale (et psychiatrique pour les formes les plus sévères). Elle est couplée à l'expression de « souffrance psychique » et représente selon Ehrenberg une « nouvelle question sociale » : aucune maladie, ni aucune « situation sociale » ne peut être abordée sans prendre en compte la « souffrance psychique » et avec une visée de « restauration de la santé mentale » (Joubert, 2003).

---

[11] Mon travail de thèse a permis de nuancer ce clivage qui va souvent de soi, dans la mesure où l'intervention des soignants ne se résume pas à une approche purement pragmatique visant à réduire les risques et les dommages, et qu'un certain nombre de membres des groupes d'entraide font des arrangements et réajustements, collectivement et individuellement, à propos du principe d'abstinence tel qu'il est prôné.

[12] Le paradigme psychanalytique est compris comme le socle théorique référentiel (malgré les écoles multiples), situant le principe de causalité psychique au fondement de leurs analyses (Bergeron, 1999).

[13] À la fois en tant que discipline scientifique institutionnalisée (désormais une spécialité médicale), domaine d'intervention (notamment par la création des CSAPA en 2009, centres auparavant spécialisés par type de produit) et catégorie d'action publique (en France l'instance étatique de « lutte contre la drogue et la toxicomanie » (MILDT) est devenue la MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives en 2014, cf. notamment les travaux de Nicolas Fortané, 2010).

Plusieurs sociologues s'alignent ainsi sur l'idée que la « souffrance » est devenue une catégorie de l'action publique par excellence. Le report sur l'individu de la tâche de se construire et se maintenir comme sujet responsable (Soulet, 2005) participe à la construction d'une grille de lecture des problèmes sociaux à travers la catégorie de vulnérabilité. Cela se cristallise dans le discours de certains professionnels des CSAPA étudiés dans notre recherche :

> Donc il y a des facteurs de protection dans la société qui font que, ben, on n'est pas tous égaux, donc certains facteurs nous protègent […] des facteurs éducatifs, des facteurs sociaux, des facteurs sociologiques, sont aussi très souvent une manière de gouverner notre existence dans la rencontre et la proximité avec les produits et les consommations [Entretien avec docteur C.].

> On sait de plus en plus quand même qu'on évolue dans une société qui finalement a tendance à développer ces phénomènes d'addiction. Pour un tas de raisons, parce que le développement des sociétés individualistes, on favorise ça, on est des sociétés basées sur la compétition, le dépassement, puis on est aussi dans des sociétés de consommation [Entretien avec Monsieur P., chef de service].

Il y a ici référence à une théorie sociologique à tendance déterministe (des facteurs sociologiques qui « protègent » les individus, la « société » crée les addictions) sans qu'elle soit forcément explicitée et référencée. Dans le champ de l'addictologie on peut observer le même registre, notamment à travers la notion de « société addictogène » développée par le président de la Fédération Addiction[14], Jean-Pierre Couteron[15] et repris parfois explicitement par certains professionnels et implicitement dans les extraits d'entretiens ci-dessus. Couteron (2012) met en cause les caractéristiques addictogènes de notre société dictant à l'individu d'être hyperperformant. Pour cet auteur (et acteur professionnel[16]), la solution au problème de la « banalisation addictive » passe par une stimulation du « contrôle de soi » de l'individu potentiellement dépendant à travers le « contrôle social », en repensant les différentes logiques (la pénalisation, la médicalisation et la réduction de risques) qui le constituent (cf. aussi Couteron et Morel, 2011). Dans cette « société addictogène » où sont valorisées les sensations rapides, les « souffrants » peuvent difficilement résister, parce que précisément les « contenants » sociaux ou familiaux font défaut selon nos interlocuteurs. Un travail introspectif pour faire émerger un « désir authentique »[17] de s'en sortir et devenir « responsable » est considéré comme nécessaire pour permettre aux plus « fragiles » de devenir résistants face aux tentations.

---

[14] La Fédération Addiction est un réseau au service des professionnels en addictologie organisant entre autres des formations auxquelles participent régulièrement nos interlocuteurs professionnels (les deux centres de mon terrain sont adhérents de la Fédération). Elle est aussi l'initiatrice et l'organisatrice des journées nationales annuelles, qui sont deux jours de conférences, d'ateliers et de tables rondes. Environ 800 professionnels ou militants de l'addictologie y participent tous les ans, et des sociologues y sont invités régulièrement (Anne Coppel, François Beck, Patrick Peretti-Watel, Henri Bergeron).

[15] Le philosophe Bernard Stiegler reprend cette expression en l'attribuant à Jean-Pierre Couteron qui l'aurait prononcée aux journées nationales de la Fédération en 2009, où Stiegler était conférencier (Stiegler, 2012).

[16] Il est psychologue clinicien et exerce dans un CSAPA.

[17] Ce sont les mots d'Alain Morel (entretien dans un numéro de SWAPS, une revue sur la réduction des risques, numéro 71, 2013) psychiatre en addictologie (vice-président de la Fédération Addiction), mais la notion d'authenticité est également mobilisée dans les groupes d'entraide témoignant de l'existence d'un registre de sens mobilisé et référé de manière large dans le champ de la santé mentale.

Le savoir expérientiel, une véritable « science des affects » ?

Dans les groupes d'entraide, nous pouvons identifier un registre de causalité similaire, bien que ceux-ci développent leur propre grille de lecture pour expliquer et comprendre leur « maladie ». La recherche d'une cause explicative est importante dans la mise en cohérence de cette « maladie », où l'imputation s'organise entre une responsabilité collective (la culture de consommation et la société de l'excès) et individuelle (un mal-être profond et individuel des personnes malades).

Néanmoins, la problématisation collective dans les groupes d'entraide du « mal » qui leur arrive suffit à considérer que ce savoir n'est ni subordonné ni constitué par des savoirs « savants » qui seraient par définition plus légitimes. Cette expertise profane (Jauffret-Roustide, 2010) inclut des connaissances intrinsèques sur une seule manière d'en sortir, l'abstinence, où l'expérience est la seule source de l'expertise : les « rechutes » vécues par les membres sont là pour confirmer le diagnostic d'une maladie « mortelle, progressive et chronique »[18].

Ces causes sont traduites à partir d'une identification des « facteurs de risques » d'une éventuelle rechute. Ainsi, un certain nombre de discussions pendant les réunions consistent à apprendre comment éviter les produits dans la « société », en apprenant à gérer les occasions (les fêtes, dîners, pots) et les personnes « à risque » (à la fois des anciens « copains de conso », mais aussi des personnes qui sont dans le déni et qui auraient ainsi tendance à « insister »). Sylvie Fainzang (1996) évoque un modèle de causalité de « mise en accusation » où la société porte la responsabilité dans l'apparition de la maladie. La responsabilité est donc mise sur des facteurs externes dont la personne malade est la victime. Par contre elle est responsable de rester abstinente. Cela consiste à « assumer » sa maladie dans une société où les produits et les occasions d'en consommer en abondent. Par exemple les membres sont encouragés à se présenter malades quand quelqu'un leur propose un verre (« comme ça les bases sont posées », « il ne faut pas avoir honte »[19]). Il y a donc une responsabilisation censée avoir lieu pour les membres des groupes d'entraide.

> Moi je me dois de rester abstinent, sans abstinence il n'y a rien. Les armes pour rester abstinent je te les ai expliqués, donc… les AA on dit « on n'est pas responsable de notre maladie, mais on est responsable de notre rétablissement ». Voilà, qu'est-ce que je pose comme acte, qu'est-ce que je mets en place pour ne pas reprendre le verre. Je ne serai jamais guéri, je ne suis pas responsable d'être malade, mais je me dois de poser des choses pour me rétablir (Entretien avec Pierre-Louis, AA, février 2013).

L'abstinence heureuse[20] implique que la personne devienne concernée par son devenir, en passant d'une « logique d'externalité » à une « logique d'intériorité ». C'est en ce sens qu'il faut aussi, selon les membres, identifier et travailler sur les causes endogènes, c'est-à-dire que la maladie serait intimement liée à l'individu qui en souffre. En quelque sorte, les groupes d'entraide « n'échappent » pas non plus à l'injonction de « jouer le jeu de la responsabilité » (Soulet, 2005), à l'exigence d'authenticité et à structurer à eux seuls leur existence.

---

[18] Définition de la « maladie » dans la littérature des Alcooliques et Narcotiques Anonymes.

[19] Notes d'observation, Vie Libre.

[20] C'est l'expression utilisée notamment à Vie Libre. Il est important de noter que la notion de « abstinence heureuse » n'est pas de rigueur dans les groupes anonymes, même si la même idée de « bien vivre son abstinence » et surmonter les hauts et les bas « normaux » dans la vie sans produits est valorisée.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 17, no 1, avril 2018

La subjectivation : La « reprise » de soi ou contrôle des corps ?

L'analyse des registres discursifs montre que les personnes dépendantes sont considérées comme des êtres souffrants psychiquement. Simultanément, les intervenants estiment que l'usager ou le malade est le « principal expert de lui-même[21] », en ce sens qu'il doit se connaître et que c'est par ce savoir biographique qu'il peut se déprendre des drogues (Pedersen, 2015). Il s'agit de rendre les individus conscients qu'ils sont acteurs de leur propre vie. Grâce à ce processus, ils prennent conscience de la condition de la dépendance et doivent dès lors l'accepter et l'assumer en décidant du sens à donner à leurs vies. Cela passe par un « travail sur soi » qui se traduit ici par des exercices concrets (méditation, écriture de soi, lectures, thérapies, groupe de parole, travail d'étapes dans les groupes « Anonymes ») seul ou avec l'aide d'autres personnes à travers lesquels le sujet peut se transformer. Michel Foucault (1994) a nommé ces exercices des « techniques de soi », servant à se reconnaître sujet en se retravaillant. Le récit de soi peut donc être considéré comme une pratique « libératrice ». Cependant, selon Foucault, la configuration des rapports du pouvoir et du savoir, qui diffère selon les périodes historiques, induit la constitution d'un type particulier de sujet. Ce sujet serait ici celui de l'authenticité, un être autonome et responsable dans ses désirs, ses connaissances, ses droits, ce dont tente de rendre compte la notion d'*empowerment* dans les politiques publiques et sociales envers les populations dites fragiles. Nous allons voir comment cela se déploie d'abord dans les centres de soin spécialisés, et ensuite dans les groupes d'entraide.

Le processus de subjectivation, un enjeu de temporalité

L'idéal d'abstinence n'est jamais prononcé en tant que tel par les professionnels qui se réfèrent plutôt à l'idée du « cas par cas » et du « parcours individualisé de soin ». Plusieurs rapports à l'idéal d'abstinence peuvent s'exprimer dans un même discours à la fois selon le « type » de patient-usager auquel se rapporte le discours et à la fois selon deux répertoires des pratiques professionnelles qui peuvent paraître contradictoires et laisse sous-entendre qu'il y a des étapes à passer : « rencontrer l'usager là où il est » et « aller vers ».

<u>« Venez comme vous êtes » : rencontrer l'usager là où il est</u>

Dans les deux CSAPA enquêtés les professionnels s'accordent à dire qu'une partie des patients-usagers accueillis sont dans des situations sociales très dégradées et présentent parfois des souffrances psychiques tellement lourdes qu'il est difficile de les engager dans un projet de soin et d'accompagnement. Cela s'exprime par la non-régularité de leurs venues au centre et le non-respect du cadre institutionnel. Le « public » accueilli est considéré de manière générale comme très difficile à insérer dans un parcours de soin : « Et c'est un public qui par définition n'est absolument pas captif donc voilà » [Entretien avec M. Petit, chef de service]. Les centres défendent accueillir du « tout-venant » [Madame V., infirmière] et insistent sur le fait que la porte soit ouverte à tout le monde à tout moment de leur trajectoire.

Il semble donc que la politique et le paradigme institutionnel de la réduction des risques se traduisent dans une conception du dispositif de soin qui doit dès lors accueillir même les personnes qui « ne veulent pas du soin ».

[21] Propos d'un chef de service, CSAPA 2.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 17, no 1, avril 2018

> On leur dit souvent « si vous voulez du soin, vous aurez du soin, si vous n'en voulez pas vous n'en aurez pas », c'est-à-dire que souvent ils nous disent « ah vous savez, je connais un tel il vient ici et il consomme quand même, mais il vous le dit pas » [rires]. En gros c'est souvent eux-mêmes qui font ça [rires], mais bon, donc voilà. On leur dit toujours « mais c'est leur problème, c'est pas le nôtre », [Entretien avec Madame V., infirmière].

Cela s'exprime souvent dans l'idée prononcée par plusieurs professionnels dans les entretiens de « rencontrer l'usager là où il est au moment où il l'est » et dans le « faire avec », en essayant de faire passer le message aux usagers que « la porte reste ouverte » et que « ici il n'y pas de jugements » (Madame D., assistante sociale).

Tout l'enjeu consiste donc à faire changer ce rapport au temps des usagers, considéré « trop dans l'immédiat » par les professionnels. Cela vaut aussi pour les usagers qui veulent arrêter « trop » rapidement leur traitement, et donc leur parcours de soin, avant qu'ils ne se soient projetés dans l'avenir, comme nous avons pu l'observer pendant les consultations médicales : « On sait qu'on s'arrête pas d'un coup » ; « Si vous voulez vous soigner, c'est quoi 15 jours ? C'est rien ! C'est parce que vous pensez que dans l'immédiat » ; « On s'en fout si vous arrêtez dans trois mois ou dans trois ans, l'important c'est d'avoir des objectifs de vie ». Même si le traitement de substitution peut introduire un changement dans le style de vie chez les usagers, il n'est pas suffisant pour asseoir et consolider le « changement ». Ils orientent ainsi les discours dans les consultations sur les « projet de vie », les « objectifs de vie », les « ambitions », de leur « place dans la société ». Autrement dit, ils travaillent à « construire du sens autour de leur expérience » (Grard, 2008, p.14). Cela peut sembler contradictoire avec le fait d'accueillir du « tout-venant », et avec l'idée que l'accompagnement consiste parfois à « maintenir en vie » les usagers, selon les travailleurs sociaux. Au-delà de cet aspect, il semble qu'une fois le « seuil » franchi, un processus de subjectivation, même inconscient tant pour les professionnels que pour les usagers, peut et doit s'engager.

« Aller vers » : approche motivationnelle

Ce répertoire des pratiques professionnelles d'« aller vers » est lié à la fois avec l'idée d'apprivoiser un public éloigné du dispositif de droit commun et avec l'idée « d'emmener toujours plus de soin », afin que l'usager prenne d'abord conscience de son besoin de changement, et que ce changement se fasse éventuellement ensuite. Non seulement il y aurait des premières « étapes » à passer consistant à consulter et à « prendre conscience », mais il y a aussi l'idée qu'un changement de vie est un important pas sur le chemin de « déprise » de l'addiction. L'« aller vers » signifie donc que l'usager ne viendra pas forcément avec un souhait de sevrage assumé et même sans avoir conscience qu'il en aurait besoin.

La pratique professionnelle pour faire émerger un désir ou un choix de changement est « l'entretien motivationnel », qui est un outil relevant des thérapies cognitivo-comportementales et pour lequel plusieurs professionnels sont formés, peu importe leur statut. En pratique, cela consiste à soutenir ou à consolider des arguments, bien qu'ambivalents, des usagers comme nous avons pu l'observer notamment dans les interactions entre médecins et usagers : « La drogue ok, mais ça dépend de ce qu'on veut faire avec sa vie » ; « L'important c'est d'avoir un projet, un objectif commun, même si votre conso me préoccupe. Il faut que vous soyez dans un projet » ; « La vraie vie c'est les sentiments, c'est de ne pas amortir les affects, d'avoir de la jouissance, de la colère, de la tristesse, le plaisir ».

Dans ce schème d'action, on retrouve l'idée que le centre de soin est une première étape, non seulement vers la « sortie », mais aussi, grâce au travail motivationnel, vers une introspection plus

« profonde » permettant à l'usager de devenir pleinement responsable et en finir avec l'ambivalence entre vouloir arrêter et ne pas perdre son produit qui lui procure du plaisir, et lui permet de continuer à vivre, voire survivre. Il y a l'idée de s'engager sur un « chemin de changement » avec des étapes plus ou moins prédéfinies, c'est-à-dire qui ne sont pas prononcées comme telles, mais projetées sur les usagers (« vous êtes sur le bon chemin »).

On peut observer une approche dite expérientielle dans la prise en charge des addictions concernant l'éthique et les pratiques professionnelles dans les CSAPA. Ce registre met l'accent sur la prise en compte de « l'éprouver[22] » et sur le postulat que « l'usager est le principal expert de lui-même ».

> C'est cette question qui est de plus en plus reconnue maintenant, c'est qu'on appelle l'approche expérientielle, c'est-à-dire que le premier expert de ces questions d'addictions, c'est l'usager lui-même. Il connaît son corps il connaît ses pratiques, il connaît ses consommations, ou ses envies ou ses besoins de consommation, donc on se base bien là sur son expérience et sur sa connaissance en tant qu'expert pour que nous on l'accompagne avec les outils qu'on peut avoir ou les connaissances que l'on peut avoir sur des aspects plus théoriques que pratiques (Monsieur P., chef de service).

Cette idéologie de la « mise au centre » du soin de l'usager, expert de lui-même, se traduit aussi dans une certaine forme de militantisme chez les médecins, qui, dans les discours, font de leur dévouement « sans obligation de résultat » (car le processus de soin est long) l'aspect valorisant de leur travail, distinct des autres spécialités médicales :

> Ces personnes ont trouvé un moment donné une nouvelle sortie, c'est vraiment, pour le soignant que je suis, les professionnels que nous sommes, de trouver une porte de sortie valorise un peu je dirais, notre accompagnement, c'est vraiment, c'est un espèce de jouissance professionnelle, euh, qu'on retrouve dans assez peu de situations de médecine (Entretien avec Docteur F.).

Les logiques de traitement s'inscrivent ainsi dans le paradigme compassionnel, historiquement situé et décrit par Fassin (2004 ; 2009). Ce registre compassionnel promeut une attention à l'égard de « l'autre souffrant », donc plutôt que d'être formé à un métier spécifique, il faut que le soignant soit doté de compétences caractérisées par une « empathie cultivée », en face d'un « écouté » défini par sa souffrance supposé en rapport avec sa situation sociale.

Néanmoins, on peut simultanément observer que c'est l'expertise médicale exclusive de prescrire et décider du traitement qui est utilisé pour rasseoir l'autorité médicale (Freidson, 1986) quand un usager n'est pas jugé assez autonome et responsable. Nous avons ainsi pu observer que la demande par exemple d'espacer les venues au centre ou baisser les dosages de la méthadone n'est pas reçue de la même manière par les médecins (Pedersen, 2013). La demande est par exemple refusée quand les usagers ne sont pas assez « stabilisés » selon les médecins (« on verra cela quand vos tests urinaires seront *cleans* », « c'est une décision d'équipe, je vais leur en parler »). Cela ferait alors des professionnels non plus des acteurs, mais des « agents institutionnels » des pouvoirs publics, en ce sens que le « contrôle des corps » passe aussi par le colloque singulier soignant-usager, donc « par des choses triviales, anodines, banales, que l'on ne songe même pas à interroger et qui fonctionnent pourtant

[22] Il ne s'agit pas ici d'un « éprouver » psychanalytique, mais du récit de leurs expériences avec les produits, afin de « mieux comprendre » pourquoi ils consomment ou continuent de consommer (« si on ne comprend pas ça on ne comprend rien »), mais aussi pour mieux « orienter le traitement » (tous les propos en italiques sont tirés d'un entretien avec un médecin).

comme des pense-bêtes et des rappels à l'ordre » (Christin, 1999 : 86[23]). Les professionnels sont ainsi sujets à de doubles contraintes. Ces contraintes sont à la fois interactionnelles, en devant construire une réponse avec l'usager en situation comme l'implique le paradigme de la réduction des risques, et politiques, car faisant participer implicitement les professionnels à un processus d'individuation qui vise la domestication des corps.

Les groupes d'entraide : Travail sur soi, de victime à responsable

La « fragilité », la « sensibilité » et le « manque d'amour propre » sont des facteurs endogènes souvent évoqués lors des réunions, que cela soit à Vie Libre ou à Narcotiques Anonymes. Ils défendent l'idée que les malades-dépendants sont des personnes fragiles, qui ont un certain « bagage émotionnel ». La maladie, même si elle est en premier lieu perçue comme la cause de toutes les conséquences ayant emmené la personne à se soigner (difficultés professionnelles, familiales, perte de permis, perte d'amis, isolement, etc.), est ensuite perçue comme un symptôme de quelque chose de plus « intérieur » à l'individu, quelque chose qui ne « tourne pas rond ».

Certains évoquent l'idée d'un « mal-être », en admettant que celui-ci se manifeste à divers degrés et de différentes manières chez les malades (des « choses qui remontent à l'enfance », une dépression ancienne renforcée par la consommation, etc.). Néanmoins, étant donné que ce n'est pas tout le monde qui présente un mal-être qui deviennent malades-dépendants, il y a quelque chose de l'ordre de l'affectif dans le rapport aux autres et à soi qui serait la cause de leur besoin « d'anesthésier les émotions » comme ils le disent à plusieurs reprises. Ils rentrent ici dans une phase de la carrière où ils reprennent le registre discursif dominant dans le groupe indiquant leur avancement dans le travail de transformation de soi (Darmon, 2008).

Ils perçoivent ainsi leur maladie de la dépendance en tant que « conséquence » de cette souffrance, conséquence qui devient de ce fait simultanément « cause » d'autres troubles (perte de boulot, d'amis, du conjoint, etc.), quand il est « trop tard » pour revenir en arrière.

Le travail sur soi consiste ainsi à identifier des émotions qui empêchent « d'avancer », puis à apprendre à les « contrôler » sachant que certains ressentiments notamment en début d'abstinence sont « normaux » (« on est tous passé par là » est un énoncé fréquent lors des réunions, surtout quand il y a de nouvelles personnes). Ce travail biographique se fait sur le plan individuel, par l'écrit comme certains « Anonymes » le font ou avec un thérapeute des divers courants de la psychologie, et au niveau collectif en ce sens qu'un certain nombre de fragments de leurs histoires de vie sont partagés lors des réunions de parole.

La notion de rupture biographique élaborée en sociologie (Bury, 1982) est souvent mobilisée pour étudier et analyser les trajectoires de malades dans le cas des maladies chroniques. Celle-ci va de pair avec celle de « travail biographique » élaborée par Strauss et ses collaborateurs (Strauss, 1992a ; Corbin et Strauss, 1988) pour décrire le processus par lequel les individus malades chroniques tentent de « recoller les morceaux » et « redevenir entier à nouveau », donc au cours duquel les individus établissent une continuité entre un soi passé et celui du présent (Corbin et Strauss, 1988). Cette notion permet d'élucider l'ajustement biographique effectué par les membres des groupes d'entraide consistant à intégrer la période d'addiction dans un récit sur soi cohérent et faisant sens pour eux (Strauss, 1992a). La « synchronisation » des biographies s'effectue ainsi quand apparaissent des « perturbations » (Hahn, 1986), autrement dit à un « moment critique » (Strauss, 1992b) qui, du point de vue de l'individu, est une épreuve associée à un passage (de Coninck et Godard, 1989).

[23] Cité par Dargelos, 2008, p.327.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 17, no 1, avril 2018

Selon les termes de Mead, le « self » demeure un processus tout au long de la vie d'un individu et est considéré comme un « objet social » résultant d'un processus de socialisation par des « autrui significatifs » (Mead, 2006), qui seraient ici les autres membres du groupe d'entraide. Le groupe participe ainsi à la mise en cohérence et à la construction du « sens » de l'expérience des nouveaux arrivants en rapportant les « fragments » partagés à leurs propres histoires, et donc de leur « travail biographique » déjà amorcé. La prise de conscience de la condition dépendante comme une forme de maladie, rendue possible par le travail biographique, implique de devenir abstinent, ce qu'il faut accepter et assumer en décidant du sens à donner à son existence[24]. Ceux qui n'acceptent pas leur condition sont de « mauvaise foi », ce que les anciens dépendants dans les groupes qualifient de « déni »[25].

La « visée » éthique des membres de groupes d'entraide consiste à bien vivre leur abstinence, qui peut être complétée par un caractère obligatoire lorsque l'on fait la promesse dans le groupe de ne jamais rechuter.

> Je suis heureux de ne plus consommer des drogues, heureux de ne plus me dire : « On est lundi il me faut ci et ça pour tenir le coup », voilà. Après c'est un apaisement. Et en NA on dit que la seule promesse, quels que soient les outils de base pour ne plus consommer, quelles que soient les drogues et après pour avoir une vie qui vaille le coup d'être vécu, on dit que la seule promesse auprès de cette association c'est de pouvoir ne plus consommer (Entretien avec Yannick, NA, avril 2012).

Le processus de l'abstinence consiste à donner une consistance à son « soi » dans le temps, ce que Paul Ricoeur (1990) nomme une identité narrative. « On peut parler dès lors d'une identité narrative : c'est celle de l'intrigue du récit qui reste inachevé et ouvert sur la possibilité de raconter autrement et de se laisser raconter par les autres » (Ricœur, 2005,p. 3). Selon cet auteur, l'identité narrative entretient des liens avec la question éthicomorale, c'est-à-dire le dévoilement d'un soi responsable face à autrui. En effet, c'est au moment de « crise » d'identité que la cohérence et l'unicité du soi sont « sauvées » par un sujet moral d'imputation.

> La question devient : « Qui suis-je, moi, si versatile, pour que, néanmoins, tu comptes sur moi ? ». L'écart entre la question dans laquelle s'abîme l'imagination narrative et la réponse du sujet rendu responsable par l'attente de l'autre devient faille secrète au cœur même de l'engagement (Ricœur, 1990 : 198).

De la déprise de l'addiction à la reprise de soi ?

Le lien entre identité narrative et identité morale est ainsi établi : en se mettant en récit, le « sujet capable » s'atteste moralement en sujet responsable. La capacité à être « tenu responsable » de ses actes est restaurée. Selon Ricœur (1990), c'est sur cette « capacité morale » d'être tenu responsable que peut s'engager une promesse de « tenir parole », c'est-à-dire d'être fiable et dès lors être attribuée et reconnue d'une grandeur morale. Le récit de soi en tant que « processus institutionnalisé de l'aveu » (Hahn, 1986), est donc central dans la « carrière morale » de la sortie de la dépendance participant à modifier le « système de représentation par lesquelles l'individu prend conscience de lui-même et appréhende les autres » (Goffman, 1968, p.179). L'injonction à « se

[24] À plusieurs reprises les personnes utilisent le vocabulaire de « nouvelle vie » et parlent souvent d'un avant (« avant j'étais comme ça, je faisais que picoler, maintenant c'est différent », etc.).

[25] L'analyse de la métaphysique des groupes d'entraide a permis une comparaison avec la philosophie existentialiste, et notamment le concept des « stades de l'existence » et leurs temporalités (Pedersen, 2015).

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 17, no 1, avril 2018

raconter » (Fernandez, Lézé et Marche, 2006) serait ainsi une incitation à contrôler ses propres conduites et passe par une « intériorisation de la norme à travers la pratique du récit biographique » (Langumier, 2008, p.321). Le « contrôle de soi » est une technique qui va de pair avec la technique de « dévoilement de soi », la mise à nu, ayant toutes deux pour objectif de maîtriser ce que l'on montre (ou pas) de soi, ce qui présuppose avoir une bonne connaissance de son soi :

> À l'examen, on s'aperçoit vite que sont intimement liées les deux techniques, apparemment contraires, visant à instaurer le contrôle de soi et la discipline des affects, à savoir le voilement et le dévoilement. Même celui qui veut cacher ses sentiments par tactique fera bien d'acquérir une connaissance très exacte de lui-même : le contrôle de soi présuppose ainsi la connaissance de soi (Hahn, 1986 : 66).

Il ne s'agit donc pas de refouler ses émotions, mais de les inscrire dans une logique de dévoilement dans un cadre thérapeutique sur un mode confessionnel. Nous avons donc à faire à un processus d'individualisation où le sujet est considéré comme un « participant, responsable et surtout capable » (Duvoux, 2009).

Néanmoins, comme le rappelle Grard (2008), à force de se focaliser sur l'aspect assujettissant on occulte l'aspect subjectivant de se mettre en récit et qui constitue parfois un besoin chez les sujets : donner un sens, par le récit de soi, à leur expérience. La « déprise de l'addiction » est doublée d'une « déprise de soi » dans le travail thérapeutique en se dépossédant de sa biographie, mais, parfois, nécessaire pour une reprise de soi. Nous sommes en présence d'un double processus de la constitution du sujet à la fois par « l'assujettissement » aux contraintes, pratiques et morales, liées à leur inscription dans une entité de traitement, et la subjectivation à travers les mises en récit de soi. Il convient de prendre en compte l'articulation entre le processus d'objectivation dans une identité sociale de malade, de patient ou d'usager et le processus de subjectivation du « devenir soi ». Les personnes dépendantes peuvent aussi résister ou se composer avec les dénominations utilisées par les entités des traitements (Pedersen, 2015). Cacher certaines consommations au groupe d'entraide ou face aux médecins, refuser de suivre les recommandations médicales, contester l'idéal d'abstinence ou dénoncer la fausse sincérité des soi-disant abstinents sont des actes qui peuvent être perçus comme autant des manières de se ménager des marges de manœuvre par rapport aux contraintes extérieures portées par les entités de traitement. C'est également une façon de se détacher de l'injonction à la mise en récit de soi.

Conclusion

Comme nous l'avons vu, les entités de prise en charge produisent leur propre économie morale qui est ici celle de la responsabilisation des usagers ou des malades impliquant un processus de « devenir sujet » qui peut être perçu à la fois comme assujettissant et subjectivant. Elle comprend ainsi un « dévoilement de soi » des usagers (Fernandez, 2010) et une posture d'empathie chez les intervenants (professionnels ou bénévoles associatifs). C'est seulement au moment de la mise en récit devant les pairs ou les professionnels que l'on peut parler d'une rupture biographique. En ce sens les entités médiatisent les récits des personnes dépendantes, parce qu'elles contribuent à distinguer ce qui est de l'ordre du dicible ou pas (Grard, 2011). La narration devient la condition d'accès à la « Cité », parce que, en se mettant en récit, le sujet capable s'atteste moralement en sujet responsable. Il ne faut donc pas occulter l'aspect contraignant de ce processus, en ce sens que l'obligation à « se raconter » participe aussi à construire un sujet moral capable de s'autocontrôler. On retrouve là une vision de l'individu historiquement et socialement situé qui se traduit dans des notions, telles qu'autonomisation, responsabilisation et *empowerment*.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 17, no 1, avril 2018

Le registre de sens qui articule la « souffrance psychique » et la « société addictogène » permet de considérer les personnes dépendantes comme victimes, mais la restauration de leur capacité à être tenu responsables de leurs actes par la mise en récit de soi participe à la construction d'une économie morale de la responsabilisation individuelle. Les personnes dépendantes peuvent ainsi abandonner les marges de la « société » à condition de se frayer un chemin vers le centre dans une logique d'intériorité (Ricœur, 1990) pour devenir « présent à soi » et ne plus être « perdu dans le temps ». La politique de la réduction des risques et les associations d'entraide imposant l'abstinence comme seule solution possible, participeraient, malgré des conflits d'idéologie et de monopole du savoir en addictologie, au même mouvement vers un vivre ensemble moins incertain et moins « risqué » (Beck, 2001), en ce sens qu'ils marquent une frontière de la « société » en distinguant ceux et celles qui restent au « seuil ».

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 17, no 1, avril 2018

Références

Arborio, A.-M. et Fournier, P. (2008). *L'observation directe*. Paris, France : Armand Colin.

Beck, U. (2001). *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. Paris, France : Aubier.

Bergeron, H. (1999). *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Blanchet, A. et Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, France : Éditions Nathan.

Bouillon, F. (2009). *Les mondes du squat. Anthropologie d'un habitat précaire*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness, 4*(2), 167-182.

Corbin, J. M. et Strauss, A. L. (1988). *Unending work and care : managing chronic illness at home*. San Francisco, États-Unis : Jossey-Bass Publishers.

Couteron, J.-P. (2012). Société et addiction. *Le sociographe, 39*(3), 10-16.

Couteron, J.-P. et Morel, A. (2011). *Drogues : faut-il interdire ?* Paris, France : Dunod.

Dargelos, B. (2008). *La lutte antialcoolique en France depuis le XIX^e siècle*. Paris, France : Dalloz.

Darmon, M. (2003). *Devenir anorexique : une approche sociologique*. Paris, France : Éditions La Découverte.

Darmon, M. (2008). La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation. *Politix, 82*(2), 149-167.

De Coninck, F. et Godard, F. (1990). L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité. *Revue française de sociologie, 31*(1), 23-53.

Duvoux, N. (2009). L'injonction biographique dans les politiques sociales. *Informations sociales, 156*(6), 114-122.

Ehrenberg, A. (2004). Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. *Revue française des affaires sociales, 1*(1), 77-88.

Fainzang, S. (1996). *Ethnologie des anciens alcooliques : la liberté ou la mort*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Fassin, D. (2004). *Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute*. Paris, France : Éditions La Découverte.

Fassin, D. (2009). Les économies morales revisitées. *Annales. Histoire, Sciences Sociales, 64*(6), 1237-1266.

Fassin, D., Mazouz, S., Makaremi, C., Kobelinsky, C., Fischer, N., Fernandez, F., … Roux, S. (2013). *Juger, réprimer, accompagner : essai sur la morale de l'État*. Paris, France : Éditions du Seuil.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 17, no 1, avril 2018

Fernandez, F. (2005). L'engagement émotionnel durant l'enquête sociologique : retour sur une observation anonyme auprès d'ex-usagers de drogues. *Carnets de bords de la recherche en sciences humaines, 9*, 78-87.

Fernandez, F. (2008). Dépasser les mots. Étude sur le pouvoir des émotions au sein d'une fraternité de dépendants. Dans F. Fernandez, S. Lézé et H. Marche (dir.). *Le langage social des émotions : études sur les rapports au corps et à la santé* (p. 349-389). Paris, France : Economica : Anthropos..

Fernandez, F. (2010). *Emprises : drogues, errance, prison*. Bruxelles, Belgique : Éditions Larcier.

Fernandez, F. et Lézé, S. (2011). Finding the moral heart of carceral treatment : Mental health care in a French prison. *Social science & medicine, 72*(9), 1563-1569.

Fernandez, F., Lézé, S. et Marche, H. (2006). Voilement et dévoilement des émotions sur les terrains de la santé : du rapport de sens au rapport de force. Face à face. *Regards sur la santé, 9*. Repéré à http://faceaface.revues.org/179

Foucault, M. (1994). *Dits et écrits, 1954-1988* (Vol. 4). Paris, France : Éditions Gallimard.

Freidson, E. (1986). *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge.* Chicago, États-Unis : University of Chicago Press.

Fortané, N. (2010). La carrière des « addictions ». *Genèses, 78*(1), 5-24.

Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris, France : Éditions de Minuit.

Grard, J. (2008). Devoir se raconter. La mise en récit de soi, toujours recommencée. Dans D. Fassin et A. Bensa (dir.), *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques.* (pp. 143-163). Paris, France : Éditions La Découverte.

Grard, J. (2011). *Frontières invisibles : Expériences de personnes prises en charge au long cours par la psychiatrie publique en France*. Thèse de doctorat inédite, École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS). Repéré à : *https://tel.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/699269/filename/Frontieres_Invisibles-These-EHESS-J.Grard.pdf*

Hahn, A. (1986). Contribution à la sociologie de la confession et autres formes institutionnalisées d'aveu. *Actes de la recherche en sciences sociales, 62*(1), 54-68.

Jauffret-Roustide, M. (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.

Joubert, M. (2003). *Santé mentale, ville et violences*. Toulouse, France : Éditions Erès.

Langumier, J. (2008). Soutien psychologique et culture du risque : deux réponses institutionnelles contraires face aux émotions de la catastrophe. Dans F. Fernandez, S. Lézé et H. Marche (dir.), *Le langage social des émotions : études sur les rapports au corps et à la santé* (p. 320-348). Paris, France : Economica : Anthropos..

Lézé, S. (2007). Comment devenir psychanalyste ? *Revue Sociologie Santé. Système de santé et professions de santé, 3*(27), 213-236.

Mead, G. H. (2006). *L'esprit, le soi et la société*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Pedersen, L. (2013). L'autonomie comme prédicat et objectif de soin des toxicomanes : l'identité de malade négociée autour du traitement de substitution dans les CSAPA, *Revue internationale de communication sociale et publique, 8*, 31-44.

Pedersen, L. (2015). *Expertises et addictions. Trajectoires de déprise à l'épreuve des groupes d'entraide et des centres de soin en addictologie (CSAPA)* (Thèse de doctorat inédite). Université de Franche-Comté.

Pharo, P. (2007). Naturalisme et phénoménologie dans l'explication sociologique : le cas de l'addiction. *L'Année sociologique, 57*(1), 103 125.

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris, France : Éditions du Seuil.

Ricœur, P. (2005). Devenir capable, être reconnu. *Esprit, 7*, 125-129

Soulet, M.-H. (2005). La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique. *Pensée plurielle, 10*(2), 49-59.

Stiegler, B. (2012). *États de choc. Bêtise et savoir au XXI^e siècle*. Paris, France : Éditions Mille et une nuits.

Strauss, A. L. (1992a). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, France : Éditions l'Harmattan.

Strauss, A. L. (1992b). *Miroirs et masques : une introduction à l'interactionnisme*. Paris, France : Éditions Métailié.

Thompson, E. P. (1971). The moral economy of the English crowd in the eighteenth century. *Past & Present, 50*, 76-136.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, vol. 17, no 1, avril 2018