



REVUE MÉDECINE ET PHILOSOPHIE

Figures de l'addiction



#14 / 2026

Sommaire

FIGURES DE L'ADDICTION

VOLUME 14 (2026)

REVUE SCIENTIFIQUE
SEMESTRIELLE
INTERDISCIPLINAIRE
DE MÉDECINE ET PHILOSOPHIE

**Cofondateurs
et
codirecteurs de publication :**
Brice Poreau
Christophe Gauld

Site de la revue :
medecine-philosophie
.com

stm.cairn.info

ISSN :
2679-2069

e-ISSN :
2650-5614

Imprimeur :
Centre Littéraire d'Impression Provençal.
04 91 65 05 01
contact@imprimerieclip.com

Crédit Photo :
Enzo Zeylstra
@enzozey

Revue semestrielle gratuite,
en libre accès
Mentions légales consultables sur
le site internet

Éditorial.	3
Emmanuel Langlois. Emprise, autonomie et épuisement éthique dans les sorties d'addiction	5
Rachel Frenette. Ce que la nostalgie peut faire pour l'addiction	9
Jean Dugarin & Maud Lemerancier-Dugarin. Addiction, historique des conceptions et des concepts	18
Aymeric Brody. Partager ses émotions pour restaurer le lien : réflexions sociologiques sur le fonctionnement d'un « groupe de parole libre autour du jeu d'argent » (Marmottan)	33
Vincent Mingarelli. Généalogie de l'intoxication et politique de l'accoutumance. Nietzsche, une pensée de l'addiction	44
Saja Fahrat. De l'addiction à l'auto-oppression dans un monde néolibéral	53
Sonny Perseil. La culture de la drogue	60
Mathieu Garcia. Addiction et responsabilisation	64
Marie Jauffret-Roustide. Drogues, qualités et morale. Les stratégies d'évitement du risque et de préservation de soi : expériences, situations et discours	73

REVUE MÉDECINE ET PHILOSOPHIE

Éditorial

Figures de l'addiction

Brice Poreau, Christophe Gauld

Tabac, alcool, antalgiques opioïdes, mais également sucre, café et écran, les addictions sont dans notre quotidien. La prise en charge spécifique des addictions est relativement récente dans l'organisation de notre système de santé. Des services de médecine spécialisée sont créés durant la seconde moitié du XX^e siècle, avec notamment l'instauration par la loi du 31 décembre 1970 des « centres spécialisés de soins aux toxicomanes ».

D'un autre côté, d'un point de vue historique, philosophique et sociologique, les sciences humaines tendent à montrer que les addictions existent depuis que l'humanité existe. Tout être humain a-t-il des addictions ? Si la question posée est relative à l'échelle individuelle, les addictions questionnent également à l'échelle de la société. Elles peuvent être « favorisées » par la société, volontairement ou involontairement, et peuvent également avoir un impact clairement négatif – constituant un enjeu véritable de santé publique.

Comme cela est bien exemplifié au travers des textes de ce numéro, la méthodologie d'étude des addictions nécessite une approche clairement interdisciplinaire. De fait, la thématique des addictions s'inscrit pleinement dans cette perspective de mise en relation des disciplines, en particulier entre la médecine et la philosophie.

Dans ce numéro, l'approche sera étendue à d'autres sciences humaines. Et le premier article, signé d'Emmanuel Langlois, présente une thématique très peu étudiée en sociologie : la sortie de l'addiction. En comprenant les mécanismes de sortie, c'est aussi un travail sur la prévention des rechutes

qui y est proposée, au travers de l'analyse d'un des fonctionnements de l'addiction. Rachel Frenette pose ensuite la question de la guérison à travers la notion de nostalgie. Puis c'est une approche historique, indispensable, que proposent Jean Dugarin et Maud Lermecier-Dugarin. La vision sociologique, explorée à travers un groupe de parole libre autour du jeu d'argent, est proposée par Aymeric Brody. Une approche inspirée de la philosophie nietzschéenne de l'addiction est décrite par Vincent Mingarelli, venant enrichir les conceptions sociologiques et historiques précédentes. Par la suite, cette philosophie est complétée par la vision de Saja Fahrat, qui fait appel aux contributions de Kierkegaard, Frankl et Weil. Enfin Sonny Perseil pose de façon particulièrement claire le débat de la culture de la drogue. Enfin, cette contribution est complétée par un excellent article de Marie Joffret-Roustide concernant les stratégies d'évitement du risque et de préservation de soi. Mathieu Garcia développe pour clore ce numéro la thématique sociale majeure de la responsabilisation.

Histoire, sociologie, philosophie, droit, médecine : nous pourrions également convoquer d'autres disciplines, comme l'économie. À la lecture de ce numéro résolument interdisciplinaire – interdisciplinarité que cultive la revue *Médecine et Philosophie* depuis neuf ans – l'addiction apparaît comme enjeu majeur pour chacun.e d'entre nous et pour notre société. Pouvoir faire interagir tous ces points de vue semble absolument nécessaire pour construire une vision politique, au sens noble du terme, de la prise en charge des addictions et pour les générations futures.

Emprise, autonomie et épuisement éthique dans les sorties d'addiction

Emmanuel Langlois

Professeur de Sociologie à l'université de Bordeaux Chercheur au Centre Émile Durkheim (UMR 5116) Faculté de sociologie – 3Ter, place de la Victoire-33076 Bordeaux Cedex ,

Dernier ouvrage paru : Le nouveau monde des drogues. De la stigmatisation à la médicalisation, Armand Colin, 2022

Longtemps focalisées sur les ressorts sociaux de la dépendance aux substances psychoactives, les sciences sociales, les sciences sociales ont négligé l'étude des sorties du monde des drogues. Pourtant, quitter la consommation interroge profondément l'autonomie individuelle face aux emprises sociales, culturelles et physiologiques. Si la dépendance a été analysée comme un phénomène structuré et codifié, marqué par des apprentissages et une intégration à une sous-culture, sa sortie reste une expérience marginalisée, bien que tout aussi signifiante. Elle renvoie à un « entre-deux » identitaire, souvent empreint de vide, de lassitude ou d'épuisement moral. Contrairement aux représentations médicales qui en font souvent une maladie incurable ou marquée par des rechutes inévitables, la sociologie propose d'y voir un processus pluriel et relationnel, dans lequel l'usager redéfinit son rapport à soi et à son environnement. La médicalisation des usages a transformé ces expériences de sortie en parcours ambigus, entre soin, stigmatisation et maintien dans l'univers des drogues. Dans ce contexte, la sortie est rarement une rupture nette mais plutôt une négociation progressive, influencée par des facteurs sociaux, personnels, institutionnels. Elle interroge la capacité du sujet à reconstruire des cadres de vie pluriels et à s'émanciper d'identités passées. En ce sens, l'expérience de la sortie offre un terrain fécond pour penser les tensions entre autonomie, dépendance et reconfiguration de soi dans les sociétés contemporaines.

Mots-clés : individu, addiction, autonomie, épuisement éthique

Le Professeur en neuropsychologie Carl Hart a créé une controverse en déclarant que se droguer fait partie de la nature humaine. Nombre d'historiens ont de leur côté montré que cette pratique est intimement liée à l'expérience humaine depuis la nuit des temps. Peu à peu, cet ensemble de pratiques s'est transformé d'abord au XIX^e puis au cours des années 1960 dans les pays occidentaux, et est passé sous le regard des sciences sociales qui y voient un phénomène instructif sur les évolutions de nos conceptions de l'individualité et des rapports à la culture. En particulier, la sociologie a cherché à montrer les formes de rationalité qui se cachent derrière une pratique stigmatisée qui comporte parfois des risques pour la santé et la sécurisation des rôles sociaux. Elle s'est aussi intéressée aux trajectoires d'usagers, montrant qu'il s'agit de processus codifiés, et a décrit la diversité des motivations et des significations que les usagers élaborent autour de leur consommation (Langlois, 2022). Les travaux et les interrogations concernent surtout les

expérimentations simples, les formes d'entrée dans les trajectoires d'usage et enfin la dépendance. A contrario, la sociologie s'est moins intéressée à la sortie et aux formes de délitement de ces significations, laissant à penser que l'abstinence ou les contrariétés qui se dressent devant le sujet désirant mettre un terme à sa consommation ne contiennent pas ou plus d'énigmes sociologiques dignes d'intérêt. Cette relative cécité s'explique à la fois par une sorte de fascination pour les phénomènes d'emprise et d'aliénation dans les sciences sociales et par les évolutions récentes des connaissances médicales autour du concept d'addiction. D'un point de vue empirique, elle doit être soumise à la question tant les sorties des drogues s'écrivent dans des expériences d'entre-deux et de tension entre autonomie et dépendance qui sont instructives des épreuves de l'individu contemporain.

Individu et emprise

Il est devenu commun et légitime de décrire les sociétés contemporaines sous l'angle de l'excès, tant du point de vue des drogues comme « sociétés addictogènes » (Couteron, 2012) que celui du consumérisme débridé porté par le principe de plaisir dans le capitalisme avancé (Stearns, 2001) ou encore à travers l'injonction à vivre intensément (Garcia, 2016). Nous serions désarmés face à notre désir sans fin de biens marchands, de relations et d'expériences. Les incitations et les formes d'emprise stimulées par les mass media ou les réseaux sociaux seraient devenues l'air que nous respirons. Cette angoisse grandissante face à l'idée de vivre sous emprise traduit en négatif le contexte normatif dans lequel nous projetons nos idéaux fondés sur l'autonomie, la rationalité et le productivisme (Crowe, 2000). L'addictologie est devenue la science dominante concernant les usages de drogues et propose une construction multidimensionnelle du concept d'addiction (neuropsychique, physiologique, sociale, relationnelle...) dont le succès pousse à le décliner à toutes sortes de situations ou d'objets (addictions aux jeux d'argent, aux écrans, à la pornographie...). Tout fonctionne à l'addiction dans le « capitalisme limbique » (Courtwright, 2019). En sortir serait une illusion tant elle traverse l'individu à la fois dans sa dimension naturaliste et phénoménologique (Pharo, 2007) et offrirait donc peu de porte de sortie.

La sociologie qui a trop longtemps oublié que nous avons aussi un cerveau qui impose sa loi, a tenté de déconstruire la « théorie de l'escalade » pour retrouver quelques espaces de liberté chez l'individu face aux drogues. Elle a surtout pointé les formes d'engagement dans la pratique d'usage, et au fond, comment l'individu s'enfonçait dans une dépendance non par la seule grâce du produit mais en s'intégrant dans un monde dont les règles préexistantes s'imposent aux nouveaux entrants. C'est ainsi que le « modèle séquentiel » développé par Howard Becker (1985), montrant comment le novice entre progressivement dans un usage structuré et codifié, a constitué la base du paradigme sociologique des drogues. D'autres comme Lindesmith (1968), Zimmerman et Wieder (1977) ont souligné l'importance des apprentissages et ont décrit aussi un monde de la consommation extrêmement normé et ritualisé. Chez R. Castel (1998), la « toxicomanie » est un mode de vie qui nécessite des compétences sociales : trouver des « plans », éviter les risques, ne pas se faire arnaquer, gérer les effets sur ses finances, ses relations, son emploi... Enfin, N.E Zinberg (1986) explore une approche « maîtrisée » des drogues portée par une conception capacitaire de l'individu. Les usagers ne se laissent pas aller dans des paradis artificiels éthérés mais s'engagent dans des systèmes d'actions fermés qui constituent des environnements contraignants avec leurs codes, hiérarchies et valeurs spécifiques et qui vont structurer a priori leurs expériences psychotropiques. Les sciences sociales sont angoissées par le vide, ce qui les conduit à ne pas aller voir « après » les drogues et à laisser de côté la question de savoir comment les individus se dégagent des formes d'emprise qui pèsent sur eux ? Le cas des drogues offre pourtant quelques perspectives de généralisation dans le cadre d'une sociologie de l'individu : l'activiste « déradicalisé », l'adepte fuyant sa secte, le curé « défroqué », le mafieux repent, le camarade qui rompt avec le parti, ou encore la fin de la cure et la « liquidation du transfert »

(Held, 1968). Quelle vie après l'emprise ? De quel « pouvoir » dispose l'individu en devoir de reconstruire les cadres de son existence ? Quels sont les points limites de l'autonomie, valeur cardinale des sociétés libérales ?

Le vertige de la sortie

À l'issue de leur cure de désintoxication, des écrivains comme Françoise Sagan (1964) ou Jean Cocteau (1930) ont amplement décrit les sentiments de vide et de désenchantement qui les ont envahis en « sortant » des drogues. La vie d'après est une pauvre vie. Un violent sentiment de contraste avec la vie intense d'usager de drogues est commun à un grand nombre de ceux qui ont « décroché » :

« une impression de vide, laissée par le trop-plein d'activités destinées à la recherche et à la consommation de drogues, où se côtoient déprime et anxiété, et, d'autre part, des situations d'angoisse et de stress quasi permanentes liées aux nouvelles activités que les patients tentent d'entreprendre » (Megherbi, 2006, 149).

Les processus de sortie sont aussi des processus d'éloignement des groupes, de détricotage des identités, de plongée dans le vide relationnel, voire d'une forme de déchéance sociale pour ceux disposant d'un statut valorisé dans le groupe de pairs ou le monde social des drogues. Que peut-il succéder à ce qui a été décrit comme une « expérience totale » (Fernandez, 2010) où toutes les « lignes biographiques » ont été colonisées par l'identité et le mode de vie toxicomane (Castel, 1998). Quel retentissement et quelle expérience du « vide » résulte de l'effondrement des cadres sociaux et des emprises sur une vie déviante, intense et devenue dépendante ? « Il y a longtemps que je n'avais pas vécu avec moi-même » dira Françoise Sagan (1964).

Pourquoi la sortie n'est pas davantage au cœur de l'interrogation des sociologues sur les drogues alors que les études sur les trajectoires montrent que la quasi-totalité des usagers ont fait plusieurs tentatives d'arrêt avec des recours différents (institutionnels, relationnels ou personnels), alors que la sortie est une épreuve qui nous informe de ce que les individus sont capables comme sujet et comme acteurs sociaux. Alors qu'il y a une énigme sociologique autour des capacités à recréer des cadres sociaux, autour d'une phénoménologie des expériences sociales du vide et de sortie du vide : « le déroulement d'une carrière morale de « sortant » de la toxicomanie s'apparente à une réorganisation radicale de l'existence » (Castel, 1998, 216). La sortie des drogues questionne et montre que la réduction à l'aliénation ne tient pas. Les sorties sont sans doute plus difficiles à investiguer car les usagers sont souvent « perdus de vue » des dispositifs sanitaires avec lesquels les sciences sociales sont amenées à travailler. Les « sortants » sont effacés des classifications qui les rendaient visibles et problématiques (Bowker & Leigh Star, 2023). Ils semblent moins intéressants pour qui veut théoriser l'emprise impitoyable et irréversible du social sur l'individu alors qu'il paraît plus pertinent de porter son interrogation « au seuil épistémologique de la thérapeutique, là où s'arrête le connaître » (Meyers, 2016, p62).

La sortie entre épuisement et regain d'autonomie

Les travaux empiriques sur la sortie des drogues décrivent un dualisme entre épuisement (comme pendant de l'intensité) et autonomie (comme image inversée

de l'emprise). Les sciences sociales ont tenté de valider l'existence de formes de sortie des dépendances aux substances psychoactives, quand souvent les grands cliniciens de la toxicomanie émettaient plus que des doutes sur la possibilité même d'une sortie de la dépendance tant celle-ci ne serait que le symptôme de troubles et de traumatismes plus profonds (Olievenstein, 2000). Les addictologues d'aujourd'hui plus proches de la neurobiologie s'interrogent aussi sur les « traces » laissées dans le cerveau par l'addiction alors même que le patient est en rémission (Engeln et Ahmed, 2024). Les professionnels de santé ayant une forte expérience clinique ne manquent jamais de donner un contenu à l'adage « toxico un jour, toxico toujours » et décrivent des phénomènes de glissement d'une addiction à une autre. Les sciences sociales ont plutôt décrit des situations où les usagers tentent de se frayer un chemin pour stopper leur consommation (voire leur appartenance au monde des drogues) tout en se montrant souvent pessimiste. C'est souvent l'épuisement qui conduit les usagers dans ce projet mais le manque de ressources sociales et personnelles est aussi un obstacle à sa réalisation. Déjà, dans le texte princeps de H. Becker (*Comment devient-on fumeur de Marijuana ?* 1985), la lassitude et la perte de sens sont entrevues comme un facteur d'arrêt. D'autres comme P. Biernacki (1986) ont pointé les usagers qui s'en sortent seuls, en particulier sans aide médicale (« sorties naturelles »). Dans son étude menée à Philadelphie, il a distingué trois groupes d'explications à l'arrêt des opiacés chez des usagers qui ont arrêté sans recourir à un service spécialisé. L'étude montre que la majorité des personnes peuvent expliquer rationnellement leur désir d'arrêter de façon radicale et qu'un quart de son échantillon dit avoir connu et « atteint le fond ». Entre sursaut d'autonomie et épuisement, cette étude rompt avec une vision fataliste de l'usage et de l'addiction que veut que la rechute soit inéluctable. Dans une étude conduite à Londres, G. Stimson et E. Oppenheimer (1982) mettent en avant quatre raisons de sortie de toxicomanie dont la plus importante est l'« épuisement de l'expérience » quand le sujet déplore la disparition de « l'excitation de la chose » et que « la consommation de drogues a épuisé tous ses charmes ». C'est la fin de la « lune de miel » avec le produit pour reprendre une expression des usagers. Le vieillissement et la perte d'affinités avec le mode de vie, conduit à craindre plus fortement les risques (de santé, pour la vie sociale ou légaux). P. Pharo (2007) met l'accent sur une forme de lassitude ou un « épuisement moral » quand les efforts que l'individu fournit pour être celui qu'il voudrait être s'avèrent finalement vains. R. Castel (1998) pointe explicitement la « sortie de la toxicomanie » et cherche à comprendre comment on s'en sort. Le sociologue exprime toute la difficulté de la sortie de la drogue : « il y a des fausses sorties, différents types de sortie, et aucune sortie ne peut être assurée d'être définitive ». Il n'y a pas de frontières très nettes entre l'usage avéré et la sortie, car les travaux de Castel s'affranchissent de l'idée (trop médicale à ses yeux) que la sortie est nécessairement l'abstinence, ou les seules tentatives pour devenir abstinent. La sortie est d'abord le fait de retrouver une pluralité de sphères sociales d'investissement et donc se désaliéner de l'emprise des drogues comme système social. Plusieurs actions y poussent : les « hétéro-contrôles » (réponses médicale et/ou pénale comme l'injonction thérapeutique), les « con-

trôles sociétaux » (rôle des entourages dans la modération ou la reprise de contrôle) et les sorties « auto contrôles » (capacité du sujet à gérer sa consommation). Le sujet n'est pas isolé ou réduit à sa confrontation à un produit mais resitué relationnellement comme le montre l'importance du capital social, des réseaux et des collectifs qui multipliant les formes d'attachement permettant à l'utilisateur de ne pas s'impliquer totalement dans la seule sous culture de la drogue.

La plupart de ces travaux ont été réalisés avant la grande vague de médicalisation des usagers de drogues qui, en France, débute à la fin des années 1990 en direction des injecteurs d'héroïne qui furent longtemps le point focal pour une compréhension générale des phénomènes d'usages de drogues. La médicalisation a transformé les expériences de sortie. Elle a inventé des formes d'entretiens institutionnalisées. Des vies entre médicalisation et stigmatisation. Des maillages plus subtils encore entre dépendance et autonomie.

Sortir à l'ère de la médicalisation

Les sorties ne sont jamais toutes définitives et radicales. Il existe de nombreux patients errant entre usage et abstinence, généralement pris en charge par les services de soins spécialisés depuis de longues années. Par exemple, chez les usagers en traitement de substitution aux opiacés, 46% d'entre eux sous méthadone le sont toujours au bout de 7 ans, et 34% de ceux sous Buprénorphine. Les gains amorcés par les traitements sont enregistrés au cours des trois premières années, ensuite les sorties de traitement sont très lentes. En conséquence, la population bénéficiaire d'un de ces médicaments de substitution vieillit (+4,3 ans en moyenne entre 2011 et 2017). Ces cas que nous avons nommés les « grands chroniques » (Langlois, 2022) doivent attirer notre attention si l'on veut s'interroger à la fois sur l'addiction et les individualités contemporaines. Les grands chroniques sont dans un entre-deux, ils sont à la fois médicalisés (en particulier « substitués ») mais évoluent toujours dans le monde des drogues et donc potentiellement stigmatisés. Ce qui est une bonne nouvelle d'un point de vue de la réduction des risques et de la thérapeutique puisqu'une moindre partie de ces patients sort de l'addiction par la mort. Succès d'un point de vue médical mais la création d'un groupe d'usagers médicalisés au long cours invente une nouvelle forme de vie éprouvante. Le passage dans un programme de substitution est aussi une forme de deuil impossible lié à la difficulté de couper avec la vie antérieure et ses signifiants, avec le « produit » qui plane, les relations et les références du monde de la consommation. L'identité d'utilisateur colle à la peau et la médicalisation ne purge pas totalement la stigmatisation dont sont l'objet les usagers. Chez R. Castel, une des conditions à la sortie tient à la capacité de « reconceptualiser son expérience d'usage » et à opérer un « transfert de perspective » transformant le produit consommé en problème. Ce processus est contrarié dans un contexte médicalisé car les frontières symboliques entre le médicament de substitution et le produit de référence sont troubles (Ehrenberg, 1998 ; Langlois, 2011).

Les raisons qui poussent un individu à décider d'arrêter de consommer de la drogue sont aussi multiples et singulières que celles qui le font commencer (Mercier, Colin et Alaric, 1999). Les formes de sortie sont des expériences précaires faites d'aller-retour entre

espoir de guérison, médication, rétablissement, sortie naturelle, rechute, rupture... Ce qui est désignée comme « abstinence » n'est que rarement un arrêt mais en fait une sortie négociée qui s'inscrit toujours dans un espace relationnel. Les travaux en sciences sociales montrent que les sollicitations familiales et amicales (Angel & Angel 2003), les demandes d'aide aux professionnels, le recours aux dispositifs institutionnels ou encore le soutien communautaire (Narcotiques Anonymes, Communautés thérapeutiques...) sont traversés par des demandes de sortie négociée : certains veulent du temps, d'autres sont dans l'urgence, d'autres encore envisagent un isolement et des règles drastiques, certains espèrent une abstinence « heureuse » ou souhaitent avoir la force de rester dans un usage récréatif « comme toute le monde »... La sortie est davantage une négociation d'un comportement plutôt que la création d'un nouveau, c'est pourquoi elle est à replacer dans la pluralité des points de vue des contractants (de l'utilisateur au professionnel en passant par ses proches) et doit être réinterrogée au fil du temps. Car il n'est de sortie que progressive. Vavassori et al. usent de la notion d'« attrition » pour la décrire comme démarche progressive d'abandon et comme cheminement personnel lent et progressif. Durant ce processus, les frontières entre statut sont assez floues, ce qui est assez emblématique des individualités contemporaines. Todd Meyers (2016) souligne cette épreuve du temps lorsque l'utilisateur entre dans un cycle long de soins et de prise en charge, de rémission et d'accrocs. Maria Caiata Zufferey (2006) suit cette même perspective en montrant que sortir des drogues c'est retrouver un mode de vie « conventionnel » mais les patients ne se sentent pas toujours légitimes pour revenir dans une forme de normalité sociale, les poussant à adopter des processus de justification aux yeux d'autrui, en particulier les proches auprès de qui renégocier sa place.

Le modèle de maladie chronique qui « dure le temps de la vie » s'est imposé à la plupart des pathologies contemporaines (Baszanger, 1986). Dans le champ de l'addiction, les « grands chroniques » s'inscrivent aussi dans ce cycle long d'épreuves de soins, mais différent par le traitement institutionnel qui leur est réservé. Les travaux empiriques montrent que ces patients « tournent » dans les dispositifs de prise en charge sans grande perspective, *a fortiori* de sortie, au gré des opportunités institutionnelles et des effets d'aubaine provoqués par la succession erratique de politiques publiques. En outre, les professionnels ne formulent plus d'espoirs thérapeutiques et sociaux envers eux, ni même de projets positifs et se contentent de les conserver dans un flux constant de prises en charge sanitaires et médico-sociales. Pour les « grands chroniques », l'impression qui domine est que « tout a été fait ». On se soucie désormais peu de leur destin et de la réalisation effective de leur droit à une vie autonome. Bref, ils sont l'objet d'un « épuisement éthique » de la part des proches et des professionnels (Langlois, 2022). Todd Meyers a montré, dans son enquête auprès de jeunes usagers d'un centre de désintoxication de Baltimore, qu'il existe une tension entre rétablissement et guérison, entre l'accompagnement et la réparation, que les objectifs institutionnels ne sont pas stables mais le souci de ce que vont devenir (ou pas) ces jeunes perdure. Ce qui n'est pas le cas des « grands chroniques » qui introduit la question de leur abandon institutionnel sous une forme socialement

acceptable. Voilà qui peut donner du grain à moudre aux sociologues.

Références

- Angel, S., & Angel, P. (2003). Les toxicomanes et leurs familles. Paris : Armand Colin.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27(1), 3-27.
- Becker, H. S. (1985). Comment devient-on fumeur de marijuana ? In *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.
- Biernacki, P. (1986). *Pathways from heroin addiction. Recovery without treatment*. Philadelphia : Temple University Press.
- Bowker, G. C., & Leigh Star, S. (2023). Arranger les choses. Des conséquences de la classification. Paris : EHESS.
- Caiata Zufferey, M. (2006). S'en sortir dans un contexte de réduction des risques : trajectoires multiples, nouveaux défis. *Psychotropes*, 12(3-4), 81-92.
- Castel, R. (1998). Les sorties de toxicomanie. Types, trajectoires, tonalités. Fribourg : Éditions Universitaires.
- Cocteau, J. (1930). *Opium*.
- Courtwright, D. T. (2019). *The Age of Addiction: How Bad Habits Became Big Business*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.
- Couteron, J.-P. (2012). Société et addiction. *Le Sociographe*, (11), 11-16.
- Crowe, M. (2000). Constructing normality: A discourse analysis of the DSM-IV. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 69-77. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00261.x>
- Engeln, M., & Ahmed, S. H. (2025). Remission from addiction: Erasing the wrong circuits or making new ones? *Nature Reviews Neuroscience*. 26, 115-130.
- Ehrenberg, A. (1998). *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*, Paris : Fondation Esprit
- Fernandez, F. (2010). *Emprises. Drogues, errance, prison : figures d'une expérience totale*. Bruxelles : Larcier.
- Garcia, T. (2016). *La vie intense. Une obsession moderne*. Paris : Autrement.
- Held, R. (1968). *De la psychanalyse à la médecine psychosomatique*. Paris : Payot.
- Langlois, E. (2011). Les traitements de substitution vus par les patients. Quels sont les enseignements de leur expérience ? Saint Denis : ODFT
- Langlois, E. (2022). *Le nouveau monde des drogues. De la stigmatisation à la médicalisation*. Paris : Armand Colin.
- Lindesmith, AR. (1968), *Addiction and opiates*. New Brunswick: Transaction Publishers
- Megherbi, S. (2006). Les stratégies de soins des toxicomanes. *Psychotropes*, 12(3), 141-162.
- Mercier, C., Corin, E., & Alarie, S. (1999). Les parcours de réinsertion chez des personnes sans abri, alcooliques et toxicomanes. Verdun : Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.
- Meyers, T. (2016). *La clinique et ailleurs. Anthropologie et thérapeutique de l'addiction*. Paris : Vrin.
- Olievenstein, C. (2000). *La drogue : trente ans après*. Paris : Odile Jacob.

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

Sagan, F. (1964). Toxique.

Stearns, P. N. (2001). Consumerism in world history. The global transformation of desire. New York & London : Routledge.

Stimson, G., & Oppenheimer, E. (1982). Heroin addiction. Treatment and control in Britain. London : Tavistock.

Vavassori, D., Harrati, S., & Favard, A.-M. (2003). Le processus de sortie de la toxicomanie : l'attrition. *Psychotropes*, 9(2), 83-101.

Zimmerman, D. & Wieder, L. (1977). You can't help it but get stoned. Notes on the social organization of marijuana smoking. *Social Problems*, vol.25(2), 198-207.

Zinberg, N. (1986). Drug, set and setting: The basis for controlled intoxication use. New Haven : Yale University Press.

Ce que la nostalgie peut faire pour l'addiction

Rachel Frenette

Institut d'Histoire et de Philosophie des Sciences et des Techniques (IH PST), doctorante

Dans cet article, nous soutenons l'idée selon laquelle la nostalgie peut être bénéfique pour les personnes addictes dans leur démarche de guérison. À cette fin, nous définissons d'abord ce que peut vouloir signifier la guérison pour les personnes addictes. Ensuite, nous proposons une conception de la nostalgie, proche de celle de Felipe De Brigard (2018) et que nous qualifions de « nostalgie nouvelle révisée ». Puis, nous utilisons cette conception de la nostalgie pour l'appliquer au cas de l'addiction, et nous expliquons que la personne addictive pourrait bénéficier de ressentir de la nostalgie selon trois scénarios potentiels. Le tout nous permet de mettre en lumière le fait qu'il y a toujours dans la nostalgie – et ainsi, de manière fidèle à son étymologie – une forme de désir de retourner à quelque chose, à savoir à ce qui nous tient à cœur.

Mots-clés : nostalgie, Hofer, De Brigard, addiction, guérison, émotion.

Introduction

Lorsqu'on étudie en philosophie des troubles mentaux comme l'addiction, il est souhaitable de tenter ce faisant d'améliorer le sort des personnes touchées par ces troubles. En effet, s'intéresser philosophiquement, c'est-à-dire conceptuellement, aux pathologies de l'esprit devrait passer par la reconnaissance que ces dernières sont incarnées, ou *embodied* pour reprendre le terme anglophone. Autrement dit, il y a des personnes avec des troubles mentaux, avec des addictions. Il s'avère de surcroît que plusieurs d'entre elles, voire une majorité, en subissent des préjudices. Ces deux constats - à propos de l'incarnation de la condition et de sa propension à être préjudiciable - devraient, à notre avis, constituer le point de départ d'une réflexion philosophique sur l'addiction.

À travers cette volonté d'améliorer, ou du moins de contribuer à améliorer, le sort des personnes affectées par l'addiction, la possibilité d'une guérison et celle de sa durabilité apparaissent comme un espoir. Ne serait-il pas en effet un progrès majeur de pouvoir affirmer que malgré la souffrance qu'elle engendre, l'addiction est éventuellement curable ? En ce sens, elle aurait une durée limitée, une sorte de date de péremption, et sans remettre en question son caractère affligeant, il serait possible de soutenir que ce dernier n'est pas éternel. Or la promesse de la guérison implique la perspective d'un changement, voire d'une rupture, avec la « carrière addictive » de la personne addictive. Ainsi, l'identification de la possibilité d'une guérison implique en premier lieu de trouver une ou des méthodes permettant aux personnes addictes de modifier leurs comportements.

À cet égard, dans cet article, nous défendrons la thèse selon laquelle l'émotion de la nostalgie peut alimenter, ou encore servir de catalyseur, dans le processus de guérison des personnes addictes. En effet, nous soutiendrons que l'émotion de la nostalgie peut avoir un effet bénéfique sur la guérison durable d'une addiction.

Cet article est divisé en trois parties. La première partie est consacrée à la question de la guérison dans le contexte de l'addiction. Nous y présenterons différentes façons de définir la guérison pour l'addiction, et nous expliquerons le lien qu'il y a entre le modèle explicatif de l'addiction qu'on privilégie et la conception de guérison qu'on adopte. La seconde partie porte sur la nostalgie et sur sa caractérisation. Dans un premier temps, nous ferons le portrait historique de la nostalgie afin de justifier sa définition orthodoxe, qui peut être comprise selon trois composantes. Dans un deuxième temps, nous aborderons la conception de la nostalgie proposée par Felipe De Brigard (2018), qui, ayant identifié un certain nombre de failles avec la définition orthodoxe, caractérise différemment ses trois composantes de base. Puis, nous ferons nous-mêmes quelques précisions supplémentaires concernant la conception de De Brigard en ce qui a trait aux composantes de la nostalgie. Dans la troisième partie, nous montrerons que, quelle que soit la définition de la guérison adoptée, la nostalgie en tant qu'émotion peut s'avérer bénéfique et contribuer à la guérison d'une personne addictive. Nous identifierons en particulier trois scénarios possibles de la personne addictive nostalgique. Finalement, le tout nous révélera que le sens étymologique et littéral de la nostalgie est peut-être plus rapproché de

sa signification contemporaine qu'on l'aurait supposé.

L'addiction et sa guérison

L'addiction est souvent conceptualisée dans la littérature philosophique selon l'un de deux modèles explicatifs. Le premier envisage l'addiction comme un trouble du cerveau et stipule qu'une personne est addictée en raison des changements majeurs dans le fonctionnement biochimique de son cerveau, induits par des niveaux élevés et chroniques de consommation de drogues. Le second modèle considère les personnes addictées comme des agents toujours aptes au contrôle de soi, puisque leur mode de consommation ressemble à celui de n'importe quel individu capable de faire des choix. En d'autres mots, la consommation de drogues pour les personnes addictées correspond ici à un choix. Il importe de reconnaître qu'une grande quantité de chercheurs s'inscrivent dans ce qu'on peut considérer être une approche médiane, combinant des éléments d'un modèle du cerveau avec des éléments d'un modèle du choix. On peut notamment penser à Hanna Pickard (2022a ; 2022b), qui exprime actuellement une posture agnostique concernant la détermination de l'origine (cérébrale ou comportementale) de l'addiction, ou encore à Edmund Henden (2016), qui suggère d'expliquer les comportements addictifs à l'aide des termes des deux modèles du trouble du cerveau et du choix. Il n'en demeure pas moins que ces approches se situent toujours à quelque part entre les deux modèles précités.

Selon le modèle auquel on adhère, la guérison de l'addiction ne saurait être définie de la même façon. En effet, les critères permettant de qualifier une personne d'ex-addictée ne seront pas identiques.

Il y a deux pôles permettant de déterminer si une personne addictée peut être considérée comme guérie. Le premier consiste à identifier des facteurs qui mesurent la guérison objectivement. Pour l'addiction, cela signifie généralement l'absence totale de consommation, et par conséquent la pratique de la sobriété. Ce premier pôle s'inscrit dans le cadre d'un modèle explicatif de l'addiction selon lequel une personne addictée aurait perdu le contrôle de ses actes, tel que le modèle de l'addiction comme trouble du cerveau, ou BDMA (*Brain Disease Model of Addiction*). En effet, si la consommation addictive est le résultat d'une perte de contrôle de soi, voire d'une compulsion, le seul moyen pour y remédier, et ainsi ne plus être addict, est de s'abstenir. Le retour du contrôle s'opère par l'interruption de la consommation.

En contraste avec le premier, le deuxième pôle confère une importance significative à la subjectivité et à l'expérience vécue par une personne en ce qui concerne sa condition ou son état. Ainsi, la guérison dépend de facteurs non objectifs, tels que le sentiment d'être guéri, ou encore de la capacité à s'auto-déclarer guéri. Dans le contexte de l'addiction, cela implique par exemple qu'une ex-addictée soit une personne qui s'identifie et s'affirme comme étant guérie. La voie discursive doit être comprise comme un pôle théorique, et non pas pratique, puisqu'aucun modèle ne considère qu'elle constitue en soi un critère déterminant à la guérison d'une personne addictée. En effet, ni le BDMA ni le modèle du choix n'admettent que la guérison se limite exclusivement à une dimension langagière, car le comportement, dans l'action, doit manifester le processus de guérison. Ainsi,

en pratique, il faut comprendre la voie discursive comme pouvant faire partie d'autres voies.

Il existe enfin une voie intermédiaire qui considère que la guérison ne se réduit ni exclusivement à des considérations objectives, ni exclusivement à des perceptions subjectives. Dans cette perspective, la guérison peut être envisagée comme une manière pour une ex-addictée de se sentir guérie tout en pouvant le confirmer par le biais d'une donnée mesurable et tangible. Cette dernière dépendrait d'une certaine forme d'amélioration de l'état de la personne addictée. Cette troisième approche, que l'on peut nommer « améliorative », s'aligne avec le modèle du choix : la personne addictée, dans la voie améliorative, a un pouvoir d'action et de contrôle sur elle-même et sur ses comportements, même en présence de symptômes.

Le premier pôle est caractérisé par une logique binaire : on est symptomatique ou on ne l'est pas. Le second pôle quant à lui relève d'une logique plurielle et discursive : l'acte de se dire guéri, indépendamment de sa signification personnelle, implique de l'être. La voie qui se situe entre ces deux pôles suit quant à elle une logique plurielle et qu'on peut qualifier de améliorative : l'amélioration conjointement objective et subjective de l'état d'une personne correspond à sa guérison. Bien que l'on distingue ces trois pôles de manière schématique, comme nous l'avons montré la voie discursive fait souvent partie intégrante des deux autres. On peut par conséquent concevoir qu'une personne ayant emprunté la voie binaire, tout comme une personne qui a emprunté une voie améliorative, s'affirme, discursivement, guérie.

La voie empruntée changera le cadre dans lequel une personne en processus de guérison évoluera et sera accompagnée. En effet, les comportements jugés acceptables ou non ne seront pas les mêmes. Dans les sections suivantes, nous verrons plus en détails et en exemples ces trois voies afin de mieux comprendre comment elles se manifestent concrètement.

La voie binaire

La définition traditionnelle de la guérison chez les personnes addictées aux substances s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle guérir obéit à une logique binaire : ou bien la personne consomme et elle est malade, ou bien elle ne consomme pas et elle est guérie, sans espace intermédiaire. Une telle manière de concevoir la guérison implique que si lorsque les personnes addictées consomment elles le font de manière exagérée, voire pathologique, alors la seule issue de guérison possible réside dans une abstinence totale. Les Alcooliques Anonymes (AA), de même que tout autre organisation de soutien similaire dédiée à la thérapie de l'addiction aux substances (par exemple Narcotiques Anonymes), adoptent une logique binaire lorsqu'ils exigent de la personne addictée qui souhaite rejoindre un groupe d'entraide qu'elle aspire à une abstinence absolue. En d'autres termes, d'après ces groupes, pour devenir membre et surmonter effectivement son problème de consommation, il est impératif de viser l'abstinence. La définition opérationnelle de la rémission proposée par la SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) aux États-Unis s'inscrit également dans une approche qui requiert l'abstinence comme moyen de guérison : « [l']abstinence de la consommation d'alcool, de drogues illicites ou de médicaments non prescrites est l'objectif pour ceux qui ont des addictions. La consommation de tabac et de drogues illicites

ou non prescrites n'est plus sans danger pour personne » (SAMHSA, 2012, p. 5 ; traduction de l'auteure). Pour le dire autrement, la consommation, indépendamment de la dose, constitue un danger pour la personne addictée selon cette perspective.

Il est intéressant de constater que la voie binaire, et par extension l'abstinence, est souvent présentée dans les récits autobiographiques sur l'addiction comme une forme de rédemption de soi. En effet, grâce à l'abstinence, grâce à la sobriété, la vie de la personne est améliorée, mais de surcroît, elle est *sauvée*. Dans l'extrait suivant, tiré du livre *Drinking* de Caroline Knapp (1999, p. 247), l'accent mis sur la rédemption de soi par la sobriété est notable :

Certaines personnes en début de sobriété vivent le classique nuage rose, une euphorie due au sentiment de faire enfin quelque chose, de prendre sa vie en main pour la première fois. J'ai navigué sur ce nuage pendant la plus grande partie de mon séjour à Beech Hill, flottant sur une vague de soulagement. Enfin, j'avais identifié le problème. Enfin, j'avais demandé de l'aide (traduction de l'auteure).

Cette citation illustre l'idée selon laquelle la sobriété est souvent perçue, au moins temporairement, comme pouvant jouer le rôle d'un sauveur : c'est ce qui permet à la personne addictée d'être enfin libérée.

La voie discursive

Dans cette deuxième voie, que nous nommons « discursive », l'accent est mis sur l'idée selon laquelle il y a guérison lorsque la personne concernée déclare, par le biais de l'expression et du langage, qu'il y a guérison. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la voie discursive doit être pensée comme un pôle théoriquement envisageable, mais toujours associé à la première ou à la troisième voie dans la pratique. En effet, les personnes qui empruntent les voies binaire et améliorative peuvent également s'affirmer comme étant guéries.

Mary Beth O'Connor constitue un bon exemple d'une ancienne addictée qui se considère rétablie, par le biais de la voie binaire et de la sobriété, et qui le communique ouvertement. Dans son livre *From Junkie to Judge* (2023), elle consacre un chapitre entier à la description des étapes qu'une personne addictée ayant le désir de s'en sortir peut suivre pour entamer un processus de guérison. Ainsi, à travers ce chapitre, il apparaît que O'Connor s'approprie sa guérison, ainsi que son statut d'ex-addictée, par le biais du langage et du médium de l'écriture.

Néanmoins, il est possible que certaines personnes ne se sentent et ne se déclarent jamais complètement rétablies. Dans le cas d'une addiction aux substances, une personne pourrait, par exemple, juger qu'elle a maîtrisé son addiction en parvenant à s'abstenir, sans pour autant s'estimer guérie, étant consciente qu'elle réagirait de la même manière addictive face à une nouvelle consommation. Elle ne serait donc plus addictée dans la pratique, car elle ne manifesterait plus d'actes addictifs comme tels, mais elle resterait encore addictée théoriquement, car elle réagirait de manière addictive dans un cas où elle (re)consommerait. Pour de tels cas de rétablissement, la voie discursive leur est peu constitutive.

On peut ici citer l'exemple de Nic Sheff (2011, p. 344), lorsqu'il explique dans l'épilogue de son livre que son addiction est un processus sans fin (traduction de l'auteure) :

Chaque jour, je vis sobrement. Je me déplace pour parler aux lycéens de l'addiction et du rétablissement. Je suis une thérapie avec Dr Cooper. J'écris une chronique sur le rétablissement pour un magazine en ligne, thefix.com. Je ne bois pas. Je ne me drogue pas. C'est tous les jours. Et ça ne s'arrête jamais. Pour moi, l'addiction est un processus qui dure toute la vie. Et même si j'aime ma vie aujourd'hui, je ne souhaite cela à personne. Être un addict, ça craint¹.

Si la voie discursive rappelle le courant psychanalytique par l'intérêt porté à la parole du « malade », elle s'en distingue néanmoins, car elle est indépendante de l'idée de traitement. En d'autres mots, la parole n'a pas à être émise dans le cadre d'un traitement de l'addiction, ni avec l'aide ou le soutien d'un professionnel de la santé. Il s'agit simplement de conférer une signification et une portée à l'expression d'une personne concernant son propre état.

La voie améliorative

La guérison dans la voie améliorative implique, comme son nom l'indique, une amélioration et des changements. La logique binaire est remplacée par une approche plus modérée et flexible : il ne s'agit plus de vérifier la consommation ou l'abstinence d'une certaine substance. Plutôt, l'accent est mis sur ce que la personne fait ou peut faire de différent. En effet, tout changement positif peut être interprété comme une forme de rétablissement.

La citation suivante, issue du livre de Maia Szalavitz (2021), reprend les propos de Parker, un ex-addict et militant pour le mouvement de réduction des méfaits, et montre bien comment la guérison d'une addiction n'a pas à être quelque chose qui dépend d'une alternative, à savoir l'abstinence :

« Lorsque j'étais toxicomane, je pensais que je devais changer complètement », a répondu Parker. « Il y a deux mondes : le monde des addicts et le monde des normaux. Je pensais que pour être dans le monde des normaux, je devais changer. Je devais aller à l'école, trouver un emploi, arrêter la drogue. Lorsque nous procédons à l'échange de seringues, lorsque nous permettons à un addict actif d'échanger une seringue, ce dernier se rend compte qu'il fait quelque chose pour lui-même ».

« C'est très, très important », a-t-il souligné. « Cela élimine le cynisme [quant à la capacité à changer]. C'est vraiment la première étape du traitement : permettre à l'addict de se rendre compte qu'il peut changer sa propre vie. C'est ce que nous faisons le plus. Nous insufflons cet espoir ².

Parker exprime en quoi le traitement d'une addiction dépend en premier lieu de la croyance d'une personne addictée en sa capacité de changer quelque chose. La guérison n'est donc plus tellement une question d'abstinence, mais bien de pouvoir sur soi-même et sur le monde. Une personne addictée initie un processus de guérison lorsqu'elle prend conscience qu'elle a le pouvoir d'agir, et de changer, pour elle-même. L'abstinence est donc décorrelée de la guérison dans cette voie. Bien qu'elle demeure une option privilégiée par certains ex-addicts, la guérison ne résulte pas de l'absence de consommation en soi, mais découle de la décision autonome de la personne et qui dans ce cas se manifeste par l'absence de consommation.

Selon Daniele Scarscelli (2006), les personnes addictées qui n'ont pas recours à des traitements ont une propension plus élevée à adopter cette approche par rapport aux personnes addictées traitées. Ainsi, dans cette voie

¹ Notre traduction.

² Szalavitz, 2021 p. 121. Notre traduction

méliorative, la consommation non addictive, y compris dans le contexte post-addiction, est envisagée comme une perspective prometteuse. Pour donner un exemple de personne ex-addicte mais néanmoins consommatrice, on peut considérer le témoignage de Marco, un homme de trente ans et ancien addict à l'héroïne (Scarscelli, 2006, p. 265) :

J'en consomme très occasionnellement depuis 1994 (pas plus de deux ou trois fois par année), une consommation que je définirais de thérapeutique, comme une auto-prescription d'une substance afin de faire face à des états temporaires de malaise psychologique (on se tourne alors vers son médecin et on lui demande une ordonnance pour un psychotrope). Mais je connais bien l'héroïne et j'ai toujours pensé que mon addiction était quelque chose de contrôlable... Je sais que je suis capable de contrôler ma consommation³.

Pour Marco, sa rémission n'est pas synonyme d'abstinence, car il est convaincu de sa capacité à réguler sa consommation de manière raisonnable, et surtout, de non addictive. Par conséquent, une consommation exceptionnelle ne l'empêche pas de se définir comme un ancien addict.

L'approche méliorative revêt un intérêt particulier, car elle apparaît comme la voie privilégiée par la majorité des personnes addictes. En effet, ces dernières pour la plupart n'ont pas recours à des traitements et optent de leur propre ressort pour l'arrêt complet de la consommation ou pour une réduction significative de celle-ci, de façon qu'elle ne pose plus un problème.

Conclusion

En conclusion, les conceptions de la guérison de l'addiction varient en fonction du modèle explicatif de l'addiction privilégié. En effet, un modèle de l'addiction en tant que trouble du cerveau et un modèle de l'addiction en tant que trouble du choix sous-tendent différentes perspectives de la guérison. Nous avons présenté trois conceptions différentes de la guérison, dont la première s'inscrit dans un modèle de l'addiction comme trouble du cerveau et les deux autres dans un modèle de l'addiction en tant que choix. Néanmoins, indépendamment de la conception de la guérison adoptée, un point commun correspond à la nécessité d'un certain changement comportemental. Autrement dit, la guérison de l'addiction requiert un changement au niveau des comportements, peu importe comment cela est fait. Dans la première voie, le changement de comportement requis pour qu'une personne soit déclarée guérie est un changement radical d'abstinence, de sobriété. Dans la troisième voie, le changement se caractérise par sa flexibilité, lui permettant de correspondre à tout comportement qui contribue à l'amélioration de la situation et du bien-être de la personne qui cherche à s'en sortir. Enfin, bien que la deuxième voie suppose seulement un changement dans le langage, étant donné qu'elle s'ajoute, en pratique, toujours à la première ou la troisième, elle ne constitue pas à elle seule un critère déterminant de la guérison. Néanmoins, il serait toujours possible d'argumenter que le langage, dans ce contexte, possède un pouvoir performatif. En effet, se dire guéri n'est peut-être pas totalement neutre d'un point de vue comportemental.

³ Notre traduction

La nostalgie : orthodoxe et nouvelle

Maintenant que nous avons brossé un portrait de la guérison dans l'addiction, nous verrons dans cette partie comment il est possible de conceptualiser l'émotion de la nostalgie. Nous commencerons par une brève histoire de la nostalgie, car celle-ci a connu des changements sémantiques significatifs au fil du temps. Ensuite, nous examinerons deux modèles différents de la nostalgie. Nous adopterons en grande partie le second, mais nous le bonifierons étant donné certaines failles identifiées. Ce modèle sera par la suite appliqué au cas de l'addiction, comme nous le verrons dans la partie suivante.

Histoire de la nostalgie

Si la nostalgie est désormais considérée comme une émotion tournée vers le passé, dont la spécificité réside dans son ambivalence, c'est-à-dire dans sa valence mixte, cela n'a pas toujours été le cas. En effet, on identifie les origines du terme lui-même de « nostalgie » à un contexte médical, et plus précisément au médecin suisse Johannes Hofer, qui, dans une dissertation de médecine datant de 1688⁴, tenta de décrire ce qui était alors désigné comme étant le « mal du pays ». Ce syndrome, qui affectait principalement les soldats suisses en service en France, se manifestait par un désir de retrouver sa maison, sa terre natale. Bien que des expressions comme *nosomania* ou *philopatridalgia* aient été employées antérieurement pour décrire ce genre d'affliction, Hofer a privilégié celle de « nostalgie » en raison de ses deux racines grecques : *nostos* (le retour chez soi) et *algos* (douleur). Cette terminologie semblait incarner de manière plus claire les souffrances endurées par les soldats suisses.

À ses débuts, la nostalgie était donc considérée comme une pathologie dont les symptômes⁵ étaient très variés, mais qui pouvaient notamment inclure de la fièvre, des insomnies, des pertes d'appétit, des palpitations cardiaques et de la tristesse (Batcho, 2013). La nostalgie était considérée comme une pathologie de nature neurologique, attribuée à des mécanismes physiologiques sous-jacents. Toutefois cela a changé vers la fin du 19^{ème} siècle en réponse à l'impossibilité d'expliquer la condition nostalgique exclusivement sur la base d'anomalies biologiques. La nostalgie fut alors considérée comme une affection mentale, notamment comme une forme de mélancholie en raison de la prévalence du symptôme de tristesse chez les patients qui en souffraient. En ce sens, Griesinger (1867/1965, p. 245-246) écrivait que « le mal du pays [...] est une disposition d'esprit morose suggérée par des circonstances extérieures ».

Au début du 20^{ème} siècle, inspiré par l'approche freudienne, le mouvement psychanalytique a porté son intérêt sur la nostalgie. Une distinction a été établie entre l'objet intentionnel de la nostalgie et sa cause. Si l'on considérait que le désir du nostalgique était celui de retrouver son chez soi, la cause de la nostalgie était désormais interprétée comme résidant dans la séparation préœdipienne de l'enfant avec sa mère, voire dans l'aspiration à retrouver l'utérus (Fodor, 1950). La cause de la nostalgie n'était donc plus nécessairement une séparation géographique ou spatiale, mais elle pouvait également revêtir une di-

⁴ Traduite en anglais par CK Anspach.

⁵ Rosen (1975) souligne que selon Hofer, le nostalgique pouvait même mourir de sa condition s'il se retrouvait dans l'impossibilité de satisfaire son envie ressentie

mension symbolique. En effet, l'objet de la nostalgie, c'est-à-dire le « chez soi » tant désiré par le nostalgique, incluait une multitude d'objets qui dépassaient celui de la terre natale géographique. Tout élément qui se rapportait à la terre mère, ou à la mère tout simplement, pouvait être désiré par le nostalgique.

L'essor de la psychologie expérimentale au courant du 20^e siècle a également exercé une influence significative sur l'étude sur la nostalgie. Cette dernière, autrefois considérée comme une pathologie, a vu son statut évoluer pour être reconnue comme une réponse adaptative au stress ou au changement. Autrement dit, la nostalgie ne constituait plus une pathologie en soi, mais représentait une réponse normale ou attendue face à certaines circonstances de vie particulières. Néanmoins, la possibilité qu'il puisse exister des formes pathologiques de nostalgie n'a pas été complètement écartée. Pour donner un exemple, afin d'expliquer les symptômes psychosomatiques des récents réfugiés, Zinchenko (2011) s'est servi de l'émotion de la nostalgie.

Les composantes de la nostalgie orthodoxe

La nostalgie, telle qu'on la connaît aujourd'hui, a été intégrée dans notre vocabulaire et dans notre langage ordinaire seulement à partir de la deuxième moitié du 20^e siècle. Afin de la caractériser en tant qu'émotion, Felipe De Brigard (2018) suggère qu'elle aurait trois composantes : cognitive, affective et conative.

Premièrement, du point de vue cognitif, il semblerait que la nostalgie implique toujours la récupération de souvenirs autobiographiques. Cela signifie que lorsqu'une personne est nostalgique, elle se souvient d'une expérience passée, laquelle a eu lieu à l'endroit qu'elle identifie comme étant sa « terre natale ». L'expérience ou la scène en question peut avoir été vécue personnellement par le sujet, ou elle peut avoir été perçue par celui-ci. Si le contenu intentionnel est cognitif, car simulé à travers les souvenirs d'une personne, l'objet intentionnel, lui, est bien réel et se situe dans un passé identifié.

Deuxièmement, pour ce qui est de l'élément affectif, on dit généralement de la nostalgie qu'elle possède une valence négative. D'ailleurs, au moins jusqu'aux années 1980, la nostalgie était considérée comme une émotion analogue à la dépression en ce sens qu'elle impliquait des états affectifs particulièrement négatifs et douloureux.

Troisièmement, l'élément conatif de la nostalgie implique un désir de retourner à la terre natale. Cela fait en sorte que, comme le relève De Brigard, l'objet intentionnel du désir coïncide avec l'objet intentionnel du contenu cognitif de la nostalgie. Autrement dit, l'objet du désir nostalgique, à savoir le retour à la terre natale, correspond à l'objet de l'élément cognitif, soit l'expérience vécue à cette même terre. La question demeure de savoir comment une personne peut parvenir à satisfaire le désir nostalgique : s'agit-il tout simplement de retourner, géographiquement, à la terre natale pour le combler ? C'est ce que soutient par exemple Rumke (1940). Cependant, pour Martin (1954), la satisfaction du désir résulterait d'un retour dans le passé, temporellement parlant. Néanmoins, dans les deux cas, il faut bien remarquer que la satisfaction du désir est considérée comme une quête irréalisable. C'est d'ailleurs cette impossibilité qui est à l'origine du sentiment de douleur et ainsi de l'affect négatif typique de l'expérience de la nostalgie.

Les composantes de la nostalgie nouvelle

Selon Felipe de Brigard, la conception traditionnelle de la nostalgie, fondée sur les trois éléments évoqués précédemment, ne permet pas de saisir la diversité des expériences vécues par les individus de cette émotion. Par conséquent, il suggère une réinterprétation des trois composantes de la nostalgie.

Premièrement, en ce qui concerne la composante cognitive, De Brigard propose une approche plus extensive du contenu cognitif que dans la conception traditionnelle. En effet, il considère que, si les souvenirs autobiographiques d'expériences passées ou perçues font partie des objets intentionnels, ils le sont en tant que simulations mentales d'un certain type⁶, et non en tant que souvenirs autobiographiques. Autrement dit, les souvenirs autobiographiques épisodiques font partie d'une catégorie plus vaste d'objets qui se rapportent à un type de simulation mentale et dont les caractéristiques sont d'être socialement significatif et auto-pertinent. Concrètement, cela signifie qu'il est possible d'être nostalgique d'expériences passées qui ne sont pas, à proprement parlé, des souvenirs de son propre passé. Comme le relève De Brigard, l'expérience émotionnelle vécue par le personnage principal de Gil Pender dans le film *Minuit à Paris*, par exemple, est ainsi reconnue comme une manifestation authentique de nostalgie. Par conséquent, il serait possible d'être nostalgique pour un passé quelconque, qui ne nous appartient pas. Il serait même envisageable de ressentir de la nostalgie pour un passé qui n'a jamais eu lieu et qui existe seulement dans l'esprit. Donc, non seulement l'expérience passée qui engendre de la nostalgie peut être celle de quelqu'un d'autre, mais elle peut aussi n'appartenir à personne, et ainsi correspondre purement au fruit de l'imagination.

Deuxièmement, pour ce qui est de l'élément affectif, De Brigard conteste la conception traditionnelle selon laquelle la nostalgie serait pourvue d'une affectivité purement négative. Il insiste plutôt sur le caractère ambivalent ou doux-amer de la nostalgie. En effet, la nostalgie impliquerait une combinaison de tristesse et de plaisir à se remémorer certains événements passés. Il explique la double affectivité de la nostalgie en distinguant d'une part le contenu de la simulation mentale et d'autre part l'expérience de la simulation mentale. Ainsi, l'affectivité positive est liée au contenu simulé : ce qu'on se remémore est habituellement positif et teinté de bonheur. L'affectivité négative, en revanche, est associée à l'expérience même de la simulation mentale. En effet, souvent, la remémoration est perçue comme une expérience négative, empreinte d'une certaine tristesse. Cela est d'autant plus vrai que la nostalgie est souvent causée par un affect négatif, c'est-à-dire que les gens ont tendance à être davantage nostalgiques lorsqu'ils se sentent par exemple déprimés ou seuls (Wildschut et al., 2016; Barrett et al., 2010). L'ambivalence de la nostalgie, et ainsi son caractère à la fois positif et négatif, naît du va-et-vient entre l'affectivité du contenu simulé et l'affectivité de l'expérience de la simulation.

Troisièmement, selon De Brigard, l'élément conatif est étroitement lié à l'élément affectif, et en cela il ne peut seulement être interprété comme une simple aspiration à retourner à sa terre natale ou à son chez soi. En ce sens,

⁶ Il s'agit de la catégorie des simulations mentales dynamiques et épisodiques supportées par le réseau par défaut (default network).

le désir du nostalgique est plutôt celui de réinstituer des éléments d'expériences passées perçus comme positifs et qui sont absents dans la situation actuelle. Il y aurait donc un désir d'éliminer la disparité affective entre les deux valences associées respectivement au contenu simulé et à l'expérience de simulation. L'aspect conatif de la nostalgie émerge de cette disparité affective (p. 170) : « Plus précisément, les simulations mentales qui provoquent le sentiment doux-amer de la nostalgie génèrent un signal de récompense qui motive l'individu à agir de manière à transformer l'expérience ersatz en une expérience réelle, afin de remplacer l'émotion positive simulée par l'émotion négative ressentie pendant la simulation »⁷. La satisfaction du désir n'est donc plus réalisée par le retour ou bien spatial ou bien temporel à un certain passé. On constate dès lors que chez De Brigard le désir s'oriente davantage vers le présent que le passé : l'objet du désir, bien qu'issu du passé, est toujours situé dans un présent. La personne nostalgique aspire à améliorer son présent en puisant dans des éléments du passé qu'elle considère comme positifs et plaisants et dont elle constate leur absence dans le présent. C'est en ce sens qu'on parle d'une approche orientée vers le présent (Nawas & Platt, 1965) pour décrire l'élément conatif de la nouvelle conception de la nostalgie. La nostalgie devient, autrement dit, quelque chose de motivationnel : elle augmente la motivation d'agir, par exemple celle de changer l'expérience ersatz en une vraie expérience.

Les composantes de la nostalgie nouvelle révisée

Bien que la conception que propose De Brigard soit plutôt convaincante, car elle permet de rendre compte d'une pluralité d'expériences nostalgiques, contrairement à la nostalgie orthodoxe, il nous semble que quelques précisions ou ajustements soient encore nécessaires concernant les trois composantes identifiées de la nostalgie.

En effet, en ce qui a trait à l'élément cognitif, s'il est possible d'être nostalgique de n'importe quelle expérience passée, vécue ou non, parce que le contenu cognitif de l'objet intentionnel est en fait un certain type, relativement large, de simulations mentales, il faudrait reconnaître la possibilité d'éprouver de la nostalgie pour ce que l'on peut qualifier de « passé futur », ou, autrement dit, de « passé en devenir ». En effet, il apparaît possible de ressentir de la nostalgie pour une période de la vie actuelle, dont on sait, avec certitude, qu'elle prendra un jour fin. Par exemple, on peut évoquer la nostalgie qu'un doctorant ressent alors que l'achèvement de cette phase de sa scolarité se profile. Ou encore, on peut envisager la situation d'une personne à la fin d'un long voyage s'imaginant être déjà revenue à la maison et ressentant de la nostalgie pour la période qu'elle vit actuellement et qu'elle reconnaît ne pas être permanente. Ainsi, l'expérience passée faisant l'objet de la nostalgie peut être la sienne, celle de quelqu'un d'autre, totalement imaginée, ou même correspondre à la *future sienne*.

En ce qui concerne l'élément affectif, De Brigard semble avoir bien identifié l'affectivité typique et ambivalente⁸ de la nostalgie. Mais, en reprenant l'exemple précédent de la nostalgie pour un passé en devenir, il semblerait envisageable d'observer des cas de disparité affective entre le contenu simulé et l'expérience de simula-

tion opposée ou inverse à celle identifiée par De Brigard. Autrement dit, il est concevable que le contenu simulé soit perçu comme négatif, tandis que l'expérience de simulation, elle, soit perçue de manière positive. Si l'on reprend l'exemple du voyageur qui visualise la fin de son périple, ce qu'il s' imagine, soit la fin d'une certaine période de vie, est plutôt triste et teinté d'une certaine forme de négativité, tandis que son expérience en soi de simulation n'est pas forcément négative, et elle est peut-être même provoquée par un bonheur qu'il ressent. En d'autres mots, le voyageur peut s'imaginer quelque chose de triste à partir d'un moment heureux : il se réjouit de vivre une expérience marquante en voyage et ainsi il lui attribue une valeur significative, mais il est triste à l'idée que cette période prendra fin un jour.

Enfin, pour l'élément conatif, puisque dans la conception de De Brigard le désir du nostalgique suit directement l'élément affectif, on doit aussi l'ajuster en fonction de ce que l'on a soutenu précédemment sur la disparité affective. Donc, si selon De Brigard on a une motivation de retrouver des éléments appréciés du passé dans notre présent à travers la nostalgie, on peut aussi être motivé, par la nostalgie, à conserver ou à faire perdurer des éléments appréciés de notre présent dans notre futur. Ce serait le cas de la nostalgie du passé en devenir : cette nostalgie incite à identifier ce qui est aimé dans le présent afin de contrôler d'une certaine façon le futur dans la mesure du possible. La nostalgie permettrait donc non seulement d'améliorer le présent en s'inspirant du passé, mais elle permettrait aussi d'orienter le futur en incitant à reconnaître les aspects particulièrement appréciés du présent, toujours éphémère, et de manière à les faire perdurer. Par ailleurs, il nous semble judicieux d'ajouter, en s'appuyant sur les deux catégories de nostalgie proposées par Boyd (2001), que la motivation ne sera pas toujours vécue ou orientée de la même façon. En effet, s'il s'agit d'une forme réparatrice de la nostalgie, la personne nostalgique sera inclinée à restaurer dans le présent ce qui a été dans le passé, tandis que s'il s'agit d'une forme réfléchie de la nostalgie, la personne sera davantage focalisée sur l'essence irrécupérable du passé. Ce n'est pas de dire que la nostalgie réfléchie inhibe l'action ou la motivation en insistant sur l'impossibilité de retrouver le passé, mais plutôt qu'elle reconnaît une distinction fondamentale entre le passé et le présent. En ce sens, les éléments appréciés du passé et qui font l'objet de l'expérience nostalgique peuvent inspirer le présent et le futur, mais ils ne peuvent pas pour autant être recouverts. La nostalgie réparatrice voit au contraire une possibilité de restaurer ces mêmes éléments.

L'unité de la nostalgie

Bien que nous ayons caractérisé la nostalgie en exposant ses trois composantes, nous n'avons pas défini ce concept de manière à unifier l'ensemble de ses différentes manifestations sous une description commune. Or il nous semble qu'il y a bien une unicité qui ressort, et qui concerne le rapport de la nostalgie au changement. En ce sens, et comme l'affirme Sweeney (2020), « la nostalgie est essentiellement à propos du changement » (p. 190)⁹. Si la nostalgie concerne ce qui nous importe, ce qu'on valorise, elle est provoquée par le constat selon lequel cet élément valorisé n'est pas, n'est plus, ou ne sera plus. La

⁷ Notre traduction

⁸ Voir à ce sujet Leunissen (2023). D'après l'étude menée par ce chercheur, la nostalgie serait même plus positive que négative

⁹ Notre traduction

nostalgie émerge qu'à travers le changement d'un état de fait, et pas n'importe lequel : un qui nous importe. Elle servira alors de force motrice et motivationnelle dans le rétablissement de ce qui nous tient à cœur ; dans un retour vers l'important. Ainsi, le changement engendre la nostalgie, mais elle consiste aussi en la conséquence, au moins motivationnelle, de la nostalgie.

La nostalgie est une émotion mixte, ou ambivalente, qui implique de reconnaître que le passé et le présent diffèrent, qu'il s'y trouve une disparité, une discontinuité. Or le fait de se reconnaître continu en tant qu'être, malgré la temporalité et à travers les changements, est un besoin. La fonction de la nostalgie serait alors de créer un lien entre les différents sois à travers le temps, et d'assurer une continuité malgré les disparités (Davis, 1979 ; Massantini, 2020). Donc, la nostalgie prospère dans les moments de discontinuités et de transitions étant donné sa fonction à tisser une persistance du soi et de l'identité dans le temps.

Conclusion

En conclusion, telle qu'on la conçoit aujourd'hui, la nostalgie revêt un sens qui diffère de celui qu'elle a pu avoir par le passé. On la caractérise selon trois composantes principales : cognitive, affective et conative. La manière exacte par laquelle ces composantes s'exprime varie selon qu'on se situe dans une conception orthodoxe ou nouvelle. Nous avons suggéré de nous fonder majoritairement sur la conception de De Brigard de la nostalgie nouvelle, en proposant des ajustements aux trois composantes, de façon à soutenir ce que nous avons appelé la « nostalgie nouvelle révisée ». Enfin, nous avons suggéré que la description la plus unifiante de la nostalgie étant donné ses manifestations variées réside dans son rapport au changement. La nostalgie est motivée par le changement, mais elle sert à son tour de motivation pour le changement.

La nostalgie pour la guérison de l'addiction

Maintenant que nous avons discuté des différentes voies de la guérison de l'addiction ainsi que de la définition de la nostalgie, dans cette troisième partie, nous ferons le lien entre les deux en montrant comment la nostalgie peut contribuer à ce qu'une personne addictive entame le chemin de la guérison, et ce, peu importe les croyances entretenues en ce qui a trait au modèle explicatif de l'addiction. L'hypothèse selon laquelle la nostalgie peut contribuer au processus de rétablissement des personnes addictives n'est pas entièrement nouvelle : des études¹⁰ ont été menées afin d'évaluer l'efficacité et l'utilité de la nostalgie dans le cadre du traitement des psychopathologies telles que l'addiction.

En effet, Kim & Wohl (2015), puis Wohl et ses collègues (2018), ont montré que les personnes addictives qui ressentent une forme de discontinuité de soi, c'est-à-dire une rupture identitaire entre le soi pré-addiction et le soi avec une addiction, pouvaient bénéficier de la nostalgie. En effet, la discontinuité de soi engendrerait une émotion de nostalgie, qui agirait comme un mécanisme favorisant le développement d'une disposition au changement. La

nostalgie préparerait donc la personne addictive au changement de comportement, en la motivant et en la disposant pour ce faire. Il convient de remarquer, avec Dowson et Wohl (2024) et Wohl et ses collègues (2024), que le contenu de la nostalgie importe dans l'identification de ce qu'elle motive. Si, par exemple, la nostalgie que ressent une personne addictive concerne des moments de consommation, même si elle est induite par une forme de discontinuité de soi, elle ne motivera pas la guérison. L'utilité bénéfique de la nostalgie se limite aux cas où son contenu ne comporte pas d'éléments addictifs perçus positivement.

Dans ce qui suit, nous nous proposons d'apporter des précisions sur les types d'épisodes nostalgiques qu'une personne addictive peut faire et qui lui seraient utiles dans son cheminement vers le rétablissement.

L'apport de la nostalgie au processus de guérison d'une addiction s'appuie surtout sur l'idée selon laquelle cette émotion est liée au changement, de même que la guérison d'une personne addictive repose sur un changement de comportement. Alors que pour quelque chose comme la voie binaire le changement attendu de la part d'une personne addictive est une cessation complète de ses comportements de consommation, pour la voie méliorative, il est surtout question de changer ses comportements de manière à aller mieux. Dans ce contexte, « aller mieux » est défini volontairement de façon vague, car il est possible d'aller mieux à différents niveaux et de diverses façons. Par conséquent, indépendamment de la voie empruntée par la personne addictive dans son processus de guérison, le changement occupe une place prépondérante.

À notre avis, la nostalgie, lorsqu'elle est bénéfique pour la personne addictive, peut se manifester selon trois types d'expériences ou de scénarios : le premier est celui de la nostalgie d'un passé réellement vécu sans addiction, le deuxième correspond à la nostalgie d'un passé imaginé sans addiction, et le troisième est un cas de nostalgie d'un passé en devenir sans addiction et ainsi imaginé. Toutes les trois expériences pourront, lorsqu'elles sont mises en œuvre de façon adéquate, servir de catalyseur ou de soutien au processus de guérison d'une personne addictive.

Bien que la nostalgie ne constitue pas l'unique émotion pertinente, voire nécessaire, dans le processus de guérison d'une personne addictive, nous avons décidé de nous concentrer sur cette émotion particulière dans cet article, car les travaux philosophiques qui portent sur la question de l'effet clinique pour les troubles mentaux de la nostalgie manquent. Autrement dit, il existe une riche littérature sur la nostalgie en philosophie, et une riche littérature sur les troubles mentaux en philosophie, mais le lien entre les deux n'a pas été clairement établi, bien qu'il soit déjà étudié en clinique.

Cas 1 : nostalgie d'un passé réel

Le premier cas est celui qu'ont considéré des chercheurs comme Michael Wohl et Hyoun Kim dans leurs études. Il concerne une personne addictive qui éprouve de la nostalgie à l'égard d'un moment où elle n'était pas addictive, si cela lui est possible et accessible. En effet, elle se remémore des moments de son passé vécu, et donc bien réel, où elle n'avait pas une addiction, et ces moments lui manquent.

En termes des composantes de la nostalgie, ce type de nostalgie implique d'abord une composante cognitive qu'on peut qualifier d'orthodoxe, selon laquelle

¹⁰ On peut aussi penser à Sedikides et Wildschut (2023) qui ont montré que la nostalgie est un catalyseur au changement de comportements, ou encore à Sedikides et al. (2022) qui se sont intéressés aux bienfaits psychologiques de la nostalgie induite spécifiquement par la musique

l'objet intentionnel de la nostalgie correspond au souvenir épisodique d'une expérience qui a effectivement été vécue. En ce qui concerne la composante affective, la disparité ou l'ambivalence affective dans ce cas est la suivante : l'expérience imaginée du passé sans addiction est évaluée positivement, et est accompagnée d'affects positifs, tandis que l'expérience de simulation et l'élément déclencheur de la simulation, à savoir la condition d'addiction, sont perçus de manière négative. Enfin, pour ce qui est de la composante conative, le désir de la personne est celui de rétablir dans le présent les éléments positifs de l'expérience simulée. Cela veut donc dire que la personne nostalgique est motivée à retrouver dans son présent des éléments qui lui étaient chers de son passé en tant que non-addicte.

Les deux prochains types de cas sur lesquels nous souhaitons nous pencher sont davantage spéculatifs que le premier, car ils n'ont pas encore été étudiés cliniquement. Cependant, en considérant les conditions qui ont été identifiées pour que la nostalgie soit utile dans le processus de guérison d'une personne addictive, notamment le fait qu'elle motive la cessation de comportements addictifs lorsqu'elle porte sur des moments décorrélés de l'addiction, nous pensons que ces deux cas auraient tout autant la capacité de produire des effets bénéfiques pour les personnes addictes que le premier.

Cas 2 : nostalgie d'un passé qui n'a jamais été

Le deuxième cas est celui d'une personne addictive qui s' imagine comment aurait pu être sa vie antérieure si elle n'avait pas été affectée par son addiction. Elle est nostalgique de moments passés qui, en raison de l'influence de l'addiction sur sa vie, n'ont en fait jamais eu lieu. En d'autres mots, la personne se considère, d'une manière ou d'une autre, avoir été addictive toute sa vie, et peut seulement imaginer une réalité sans cette condition. En termes des composantes de la nostalgie, ce type de nostalgie implique d'abord une composante cognitive pour laquelle l'objet intentionnel de la nostalgie est la simulation ou l'imagination d'une expérience qui n'a pas vraiment été vécue, mais qui aurait pu l'être. Quant à la composante affective, la disparité affective se situe entre l'expérience imaginée et non réelle d'un passé sans addiction, qui est évaluée positivement, et l'expérience de simulation et l'élément déclencheur à la simulation, soit la condition d'addiction, qui est plutôt négatif. Enfin, pour ce qui est de la composante conative, le désir de la personne est celui de trouver dans le présent les éléments positifs identifiés comme tels à partir de l'expérience imaginée et non vécue. Donc, encore une fois, dans ce type de nostalgie pour l'addiction, la personne nostalgique est motivée à s'affranchir de son addiction et à modifier ses comportements, de manière à les faire concorder avec ceux qu'elle s' imagine être composés d'éléments plus positifs.

Cas 3 : nostalgie d'un passé en devenir

Le troisième cas concerne la personne addictive qui s' imagine un passé en devenir bien précis, à savoir celui où elle n'est plus addictive. Dans ce scénario, la personne reconnaît une finalité à son addiction, et ainsi elle se projette en tant qu'elle sera, un jour, une personne non-addicte, ce qui contribue à motiver l'arrivée de ce moment.

Afin de décrire ce type de nostalgie dans l'addiction à la lumière des trois composantes de la nostalgie, la composante cognitive implique la simulation ou l'imagination

d'une expérience qui n'a pas vraiment été vécue, mais qui est anticipée comme une possibilité future, et qui est dans ce cas précise celle de ne plus avoir une addiction. Cela signifie que la simulation est une projection dans l'avenir, une sorte d'anticipation imaginée, mais étant donné qu'elle fait l'objet de l'émotion de la nostalgie, elle se confirme comme étant un passé en devenir. Pour ce qui est de la composante affective, la disparité affective se comprend ainsi : l'expérience imaginée d'un futur sans addiction implique des affects positifs, tandis que l'expérience de simulation et l'élément déclencheur à la simulation, soit la condition d'addiction, sont évalués négativement. Enfin, pour ce qui est de la composante conative, le désir de la personne correspond à celui de faire l'expérience dans le présent de ce qu'elle a identifié comme étant des éléments positifs dans son expérience imaginée. Donc, dans ce troisième scénario de nostalgie pour l'addiction, la personne possède une motivation à se libérer de son addiction et à changer ses comportements afin que ces derniers impliquent les éléments positifs qu'elle a identifié ainsi dans sa simulation mentale.

Conclusion

En somme, les trois scénarios nostalgiques décrits précédemment peuvent s'avérer bénéfiques pour une personne addictive dans la mesure où ils sont susceptibles de l'inciter à initier un processus de guérison par le changement de comportement. En effet, que ce soit en imaginant un passé réel ou fictif sans addiction, ou même en s'imaginant un passé en devenir libéré d'une addiction, il s'agit là toutes de façons par lesquelles la nostalgie peut servir au processus de guérison d'une personne addictive. La clé réside dans la caractéristique de la nostalgie d'être une émotion qui motive à agir, et qui est axée sur le changement. Quand une personne est nostalgique, elle est consciente que certains éléments du passé ne sont pas de façon effective ou évidente dans le présent et dans le futur. C'est d'ailleurs ce que lui transmet comme information la disparité affective typique de l'émotion. Par conséquent, cela peut lui servir de motivation à y remédier, en modifiant son comportement, dans un cas où les éléments du passé sont évalués positivement.

Conclusion

Pour conclure, nous avons soutenu dans cet article la thèse selon laquelle l'émotion de la nostalgie peut favoriser le processus de guérison d'une personne addictive. En effet, nous avons défini la nostalgie comme étant une émotion qui à la fois émerge du changement et le motive, et toutes les voies de la guérison que nous avons pu identifier pour l'addiction nécessitent, pour être effectives, une forme de changement de comportement. En ce sens, il nous est apparu intéressant de proposer de quelles manières, c'est-à-dire par quels épisodes nostalgiques, une personne addictive pouvait s'aider de l'émotion de la nostalgie afin d'entamer ou de continuer un processus de guérison.

Comme nous l'avons vu, la nostalgie est une émotion indissociable d'une interprétation de discontinuité dans le temps. Selon Davis (1979), la nostalgie permet de tisser des liens entre le passé, le présent et le futur de manière à favoriser une continuité, voire une (re)négociation (Gotlib, 2018), de l'identité. Ainsi, la nostalgie implique de se reconnaître comme un seul et unique soi, mouvant à travers

le temps. Elle motivera ensuite à agir de manière à conserver ou à renouveler les éléments valorisés du passé dans le présent et dans le futur. Être nostalgique, finalement, correspond à une manière de se rapprocher de ce que l'on considère comme important, de ce qui nous tient à cœur ; en ce sens, c'est bien une forme de nostos.

Références

- Barrett, F. S., Grimm, K. J., Robins, R. W., Wildschut, T., Sedikides, C., & Janata, P. (2010). Music-evoked nostalgia: affect, memory, and personality. *Emotion*, 10(3), 390.
- Batcho, K. (2013). Nostalgia: The Bittersweet History of a Psychological Concept. *History of Psychology*, 16(3), p. 165-176.
- Davis, F. (1979). *Yearning for yesterday: A sociology of nostalgia*. New York: The Free Press.
- De Brigard, F. (2018). « Nostalgia and Mental Simulation ». Dans A. Gotlib (Dir.), *The moral psychology of sadness* (pp.155-182). Rowman & Littlefield Press.
- Dowson, M., & Wohl, M. J. A. (2024). The Long Shadow of Addiction-Related Nostalgia: Nostalgia Predicts Ambivalence and Undermines the Benefits of Optimism in Recovery. *Substance Use & Misuse*, 59(7), 989-998.
- Fodor, N. (1950). Varieties of nostalgia. *The Psychoanalytic Review* (1913-1957), 37, 25.
- Heather, N., M. Field, A. C. Moss & S. Satel. (Dir.). (2022). *Evaluating the brain disease model of addiction*. Routledge.
- Heilig, M., J. MacKillop, D. Martinez, J. Rehm, L. Leggio & L. J. Vanderschuren. (2021). Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for concision. *Neuropsychopharmacology*, 46(10), 1715-1723.
- Henden, E. (2016). « Addiction, compulsion, and weakness of the will: A dual process perspective ». Dans Nick Heather Gabriel Segal (Dir.), *Addiction and Choice. Rethinking the Relationship* (pp. 116-132). Oxford University Press.
- Heyman, G. (2009). *Addiction: A Disorder of Choice*. Harvard University Press.
- Hofer, J. (1868/1934). *Medical Dissertation on Nostalgia* (CK Anspach, Trans.). *Bulletin of the History of Medicine* 2: 384.
- Gotlib, A. (2018). « Memory, Sadness, and Longing ». Dans A. Gotlib (Dir.), *The moral psychology of sadness*, (pp. 183-205). London: Rowman and Littlefield.
- Griesinger W. (1867/1965) *Mental pathology and therapeutics*. New York: Hafner.
- Kim, H. S., & Wohl, M. J. (2015). The bright side of self-discontinuity: Feeling disconnected with the past self increases readiness to change addictive behaviors (via nostalgia). *Social Psychological and Personality Science*, 6(2), 229-237.
- Knapp, C. (1997). *Drinking : A Love Story*. Bantam Dell.
- Leshner A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* (New York, N.Y.), 278(5335), 45-47.
- Leunissen, J. M. (2023). Diamonds and rust: The affective ambivalence of nostalgia. *Current Opinion in Psychology*, 49, 101541.
- Levy, N. (2019). « Addiction: The belief oscillation hypothesis ». Dans H. Pickard & S. Ahmed (dir.), *The Routledge Handbook of Philosophy and Science of Addiction*. (pp. 54-62). Routledge.
- Martin, A. R. (1954). Nostalgia. *American Journal of Psychoanalysis*, 14, no. 1: 102.
- Massantini, L. (2020). Affective scaffolds of nostalgia. *Philosophical Inquiries*, 8(2), 47-70.
- Nawas, M. & J. Platt. (1965). A Future-Oriented Theory of Nostalgia. *Journal of Individual Psychology* 21, no. 1: 51.
- NIDA. (2018). *Understanding Drug Use and Addiction Drug Facts*.
- O'Connor, Mary Beth. (2023). *From Junky to Judge*. Health Communications Inc.
- Pickard, H. (2022a). « Addiction and the meaning of disease ». Dans N. Heather, M. Field, A. C. Moss & S. Satel (dir.), *Evaluating the brain disease model of addiction* (pp. 321-338). Routledge.
- Pickard, H. (2022b). Is addiction a brain disease? A plea for agnosticism and heterogeneity. *Psychopharmacology*, 239(4), 993-1007.
- Rachlin, H. (2016). « Addiction as social choice ». Dans Nick Heather Gabriel Segal (dir.), *Addiction and Choice. Rethinking the Relationship* (pp. 245-258). Oxford University Press.
- Rosen, G. (1975). Nostalgia: a 'forgotten' psychological disorder. *Psychological medicine*, 5(4), 340-354.
- Rumke, H. C. (1940). Homesickness. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 84, 3658-3665.
- SAMHSA. (2012). *SAMHSA's working definition of recovery*.
- Scarscelli, D. (2006). Drug addiction between deviance and normality: a study of spontaneous and assisted remission. *Contemporary Drug Problems*, 33(2), 237-274.
- Sedikides, C. & T. Wildschut. (2016). Past Forward: Nostalgia as a Motivational Force. *Trends in Cognitive Sciences* 20, no. 5: 319-21.
- Sedikides, C., & Wildschut, T. (2023). Nostalgia as motivation. *Current opinion in psychology*, 49, 101537.
- Sheff, N. (2011). *We All Fall Down: Living with Addiction*. Little Brown.
- Sweeney, P. (2020). Nostalgia reconsidered. *Ratio*, 33(3), 184-190.
- Szalavitz, M. (2021). *Undoing drugs: how harm reduction is changing the future of drugs and addiction*. Hachette UK.
- Uusitalo, S., M. Salmela & J. Nikkinen. (2013). Addiction, agency and affects—philosophical perspectives. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30(1-2), 33-50.
- Zinchenko, A. V. (2011). Nostalgia: Dialogue between memory and knowing. *Journal of Russian and East European Psychology*, 49, 84-97.
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of substance abuse treatment*, 33(3), 229-241.
- Wildschut, T., Sedikides, C., Arndt, J., & Routledge, C. (2006). Nostalgia: content, triggers, functions. *Journal of personality and social psychology*, 91(5), 975.
- Wohl, M. J., Kim, H. S., Salmon, M., Santesso, D., Wildschut, T., & Sedikides, C. (2018). Discontinuity-induced nostalgia improves the odds of a self-reported quit attempt among people living with addiction. *Journal of Experimental Social Psychology*, 75, 83-94.
- Wohl, M. J., Dowson, M. E., Salmon, M. M., Sedikides, C., & Wildschut, T. (2024). The utility of nostalgia for unhealthy populations: A systematic review and narrative analysis. *British Journal of Social Psychology*, 63(1).

Addiction, historique des conceptions et des concepts

Jean Dugarin¹, Maud Lemerrier-Dugarin²

¹ Psychiatre, ancien responsable de l'Espace Murger, première consultation pour « toxicomanes » créée à l'AP-HP de Paris au début des années 1970, à l'hôpital Fernand Widal,

² Maître de conférences en psychologie clinique, Université de Caen Normandie, LPCN UR 7452, F-14000 Caen, France

Le terme d'addiction, adopté au début du XX^e siècle dans le monde anglo-saxon pour désigner des conduites de dépendance, a fini par être repris très progressivement en France à partir des années 1980. En tant que concept, il a été l'objet de nombreuses analyses et de nombreuses critiques venant d'horizons très divers. Ceci tient essentiellement à son hétérogénéité intrinsèque puisqu'il renvoie à des déterminants biologiques, psychologiques et sociaux. Ainsi, faute d'avoir une cohérence interne permettant une définition, il a été, comme ses prédécesseurs, l'objet de descriptions qui ont sensiblement varié au fil du temps. Ce texte propose une mise en perspective historique afin de tenter d'éclairer la diachronie de ce qui se présente comme un insaisissable objet insistant. Dans un premier temps, il fait référence à la période gréco-romaine où l'on peut retrouver des schèmes globaux de pensée servant d'arrière-fond à la notion. Puis à travers les traces laissées par des écrits de natures diverses, il évoque des situations qui peuvent apparaître comme des prémices. Il détaille plus précisément ce qui s'est joué pendant le XIX^e siècle, véritable moment d'une problématisation au sens moderne. C'est surtout dans sa deuxième partie qu'ont été forgés, en nombre, des concepts et des qualificatifs tentant de rendre compte des perceptions d'époque ayant du mal à se dégager de l'amalgame entre jugements de fait et jugements de valeur. Il évoque enfin, dans le cadre d'une institutionnalisation progressive de la deuxième partie du XX^e siècle, les questions de type épistémologique qui ne laissent de se poser.

Mots-clés : addiction, historique, conceptions, concepts.

Introduction

En 2007, dans le cadre du plan gouvernemental 2007-2011, une nouvelle discipline reçoit un statut officiel : l'addictologie. Le concept d'addiction autour duquel elle s'organise sonne comme étant d'origine anglo-saxonne mais en fait, dans sa forme initiale, remonte à l'Antiquité romaine. Depuis les années 1990, il est de plus en plus employé notamment pour tenter de sortir des cadres disjoints qu'étaient, en France, l'alcoologie et la toxicomanie. De plus, à la lumière de nouvelles recherches et de nouvelles réflexions, il permet d'élargir le sujet et d'étendre à d'autres dimensions, notamment comportementales, ce qui semblait enclavé dans des problématiques par trop centrées sur des produits psychotropes bien ciblés. Comme tout concept, surtout s'il apparaît comme nouveau, il a dû tenter de se justifier ; il a été scruté, analysé et a été l'objet de nombreux commentaires,

de développements et de nombreuses critiques. Ceci tient, entre autres, au fait qu'il est quasi impossible de définir de façon stricte un « phénomène » hétérogène aux soubassements bio-psycho-sociaux. Chaque type d'éclairage de ce triptyque a son propre vocabulaire et ses propres logiques rendant difficile de trouver des communes mesures. Tout au plus, au fil du temps, et quels qu'aient été les concepts à disposition dans le « domaine », ont été proposées des descriptions, les plus objectives possibles, reflétant des consensus temporaires inscrits dans l'air du temps. Le souci, notamment des experts de l'O.M.S. (Organisation mondiale de la Santé), dans leurs successives tentatives de définition, a été de laisser le moins de prises possible aux jugements moraux et de laisser la porte ouverte à de nouvelles découvertes.

Mais, au fond, de quoi parle-t-on ? Là se pose le redoutable problème du rapport entre le mot et la chose

(2500 ans de réflexion autour de cette question !) Que peut-on situer sur le plan de la réalité et qu'est-ce qui revient à une construction rendant compte des perceptions d'une époque et de leur mise en mots, astreints que nous sommes à catégoriser, voire à substantiver, pour attribuer du sens et agir en retour. Quel est cet instrument langagier à notre disposition pour dire le monde et ses différentes modalités et quel est son rapport à la pensée (2500 ans de réflexion, ici, également) ? Parmi les nombreuses approches possibles de la question, une, bien qu'un peu datée, peut sembler éclairante pour notre propos. Ernst Cassirer (1874-1945), post-kantien tardif, faisait dans son *Essai sur l'homme*, paru en 1944, une distinction entre les concepts logico-discursifs, fruit d'un effort rationnel de pensée, et les concepts mythiques, héritiers d'un long passé, transmis par la tradition, chargés de manières singulières de voir le monde et lourdement lestés d'affects (Cassirer, 1975). On peut imaginer le risque de télescopage de ces deux modalités du « concept » quand il s'agit d'évoquer des comportements impliquant des écarts plus ou moins spectaculaires aux normes dans des registres où la morale pèse lourdement. Faute de pouvoir répondre à ces passionnantes questions et dans l'impossibilité de définir de façon suffisamment satisfaisante la notion d'addiction, on peut toujours tenter de gagner en intelligibilité en ayant recours à une mise en perspective historique et à l'étymologie. Ceci en sachant que tenter un recours aux sources se heurte toujours à leur disponibilité, à leur interprétation et donc au risque d'anachronisme. L'addiction, bien que d'apparition récente, comme la folie dans ses innombrables manifestations, l'amour dans ses différentes modalités, les jeux dans leurs diversités, risque de se ranger parmi ces insaisissables objets insistants qui nous apparaissent surtout comme ayant des airs de famille et dont l'historique peut s'avérer éclairant. Sous une forme ou sous une autre, on peut donc tenter d'en repérer les prémices dans un passé lointain et essayer de repérer des filiations à partir de schèmes anciens de pensée. Dans un premier temps, peuvent être évoqués des éléments légués par la période de l'antiquité, essentiellement livrés par des écrits de type philosophique, puis, de façon plus précise, on peut se centrer, rationalité moderne obligeant, sur les repérages et tentatives de nominations du XIX^e siècle, pour enfin aborder les questionnements plus contemporains, notamment de type épistémologique.

Historique ancien, paradigmes originels

Avant d'aborder la période gréco-romaine, quelques considérations sur des aspects anthropologiques, tant la fonction que l'on peut attribuer à l'usage de plantes aux effets que l'on nomme maintenant psychotropes dépend des conceptions que l'on peut se faire de soi, du monde et du mode d'inscription dans ce dernier. Ce mode d'inscription a pu aller d'une conception holiste (être un sous-ensemble prédéterminé d'un ensemble humain fixe) à l'idée occidentale moderne d'un sujet auto-fondé, conscient de lui-même, doué d'une intériorité, dissocié du monde et référent de toute vérité. Dans ce registre, Philippe Descola (1949 -) propose une approche nouvelle des manières de répartir continuités et discontinuités entre l'homme et son environnement. Il distingue quatre axes : le totémisme qui souligne la continuité matérielle et morale entre humains et non-humains ; l'analogisme qui

postule entre les éléments du monde un réseau de discontinuités structuré par des relations de correspondances ; l'animisme qui prête aux non-humains l'intériorité des humains mais les en différencie par le corps ; le naturalisme, plus familier pour nous, qui nous rattache au contraire aux non-humains par les continuités matérielles et nous en sépare par l'aptitude culturelle (Descola, 2005). On peut imaginer que les plantes locales traditionnellement, voire rituellement, consommées dans ces différents cadres, puissent avoir des fonctions variées pouvant, notamment, tout à fait se situer sur le versant de l'intégration au groupe. On peut même postuler que tous les groupes humains ont eu plus ou moins recours à des « modificateurs de conscience », que ce soit de façon rituelle pour s'intégrer à leur groupe d'appartenance et à ses croyances ou, au contraire pour s'extraire d'une situation vécue comme insupportable, quand ce n'était pas dans une pure quête de jouissance. Ainsi, au cours du temps et sur la longue durée, la substance absorbée pourra revêtir le statut de poison, de philtre magique, d'élixir ou de moyen initiatique permettant de communiquer avec des au-delà. On voit d'emblée l'ambiguïté intrinsèque des usages, selon les intentions de ceux qui les manipulent, la variété des contextes, les traditions et les attentes à leur sujet.

La Grèce antique, dans sa mise en exergue du logos, a élaboré des cadres de pensée pouvant servir de trame de fond via l'élaboration de paradigmes explicatifs du monde. Par exemple Héraclite disait que Pôlemos était père de toute chose et que le réel était harmonieux dans l'opposition des contraires. Cette vision a été déclinée de façons différentes selon les contextes et les époques, mais on y retrouve de façon récurrente la mise en exergue de deux pôles opposés qui peuvent incidemment s'appliquer à notre sujet. Ainsi, très tôt viennent à s'opposer les notions d'habitude et de passion. On les retrouve, traitées sous des angles un peu différents, chez Hippocrate, Aristote ou Galien, grands modèles s'il en fut de la pensée occidentale. Ces deux notions pouvant avoir, selon ce à quoi on les applique, des acceptions diverses. Pour Aristote, par exemple, « la vertu morale est le produit de l'habitude », ici nous sommes sur le versant de la répétition garantissant apprentissages, réassurance individuelle et conformité aux valeurs ambiantes. Mais il note aussi que le même mécanisme peut conduire au vice. De même pour la passion, elle peut être une ouverture vers des comportements valorisés, voire exemplaires ou au contraire renvoyer au « fait de subir, d'être mû et contraint par ce qui échappe à son vouloir ». Via Galien, l'habitude, bonne ou mauvaise, va devenir une catégorie médicale jusqu'au début du XIX^e siècle ; l'usage prolongé d'opium, quand il est repéré, étant alors taxé de funeste habitude. La passion rentre, elle, dans le cadre de l'hubris, notion renvoyant de façon concrète à la brutalité, à la transgression et à l'orgueil et, de façon plus générale, à la démesure. Toutes caractéristiques opposées à l'idéal grec de « juste milieu ». Au XIX^e siècle, l'usage non maîtrisé de l'opium a également été qualifié de funeste passion. L'équilibre entre processus opposés peut même entrer en résonance, dans l'esprit, avec les modèles neurobiologiques actuels pointant les équilibres adaptatifs entre différents circuits adrénergiques, dopaminergiques, gabaergiques et sérotoninergiques entre autres. Leurs découplages innés ou acquis étant un des modèles explicatifs de l'addiction au

niveau neurobiologique (Tassin, 2008).

L'arrière-fond de la pensée grecque antique peut être évoqué à partir de ce que Jean- Pierre Vernant (1914-2007) appelait l'*homme grec* qui diffère très nettement de l'homme occidental moderne notamment en ce qui concerne la conception qu'il a de lui-même, son système de valeurs et son mode d'appréhension du monde. L'*homme grec* est un être de face à face, il est ce que les autres voient de lui, s'il a ce que nous appelons un « soi », il est fonction des relations avec eux dans un rapport de réciprocité dans le cadre d'une société de la honte et de l'honneur en lien avec les valeurs, les croyances et les traditions de l'époque. Son éthique ne dépend pas de la religion. Un « moi » intime et spirituel est impensable pour lui, tout au plus existe-t-il des âmes aux fonctions diversifiées (Vernant, 1993). Singulièrement, pour Aristote, par exemple, il existe une âme nutritive, une âme sensitive et une âme intellectuelle. Pour lui, l'âme est conçue comme une substance, une matière ayant pris une certaine forme. L'âme au sens occidental est d'une toute autre texture. Elle est d'abord conçue comme une délégation divine à partir d'un Dieu hors nature (ce qui est impensable pour un Grec antique). Pour ce dernier, on est plus proche d'un « je fais donc je suis » que d'un « je pense donc je suis ». Ces quelques éléments pour rappeler que l'on ne peut inférer d'une métapsychologie atemporelle, ce qui a pu être tentant, ce d'autant que notre langue est d'origine latine et que le vocabulaire médical et psychiatrique a largement emprunté au grec ancien. Ainsi les racines gréco-latines des concepts employés dans le champ de ce qui est devenu l'addictologie, et qui nous semblent familières, ne doivent pas nous faire oublier qu'elles ne renvoient qu'à des formes langagières dont les contenus ont très largement changé, notamment sur le plan des inférences. Il s'agit alors de ne pas perdre de vue qu'il s'agit beaucoup plus d'homonymie que de synonymie et qu'il convient d'interpréter avec prudence des notions polysémiques qui ne prennent vraiment sens qu'en fonction des contextes d'époque et de leurs systèmes de croyances et de valeurs.

Néanmoins, si l'on retourne aux racines du mot addiction, nous sommes bien invités à un voyage dans l'antiquité, où l'on découvre que le terme avait déjà plusieurs usages et des sens figurés décrivant, sur le strict plan des comportements, des tableaux proches de ceux que l'on décrit aujourd'hui. Il proviendrait de la racine indo-européenne *deik*, soit montrer ou faire connaître par la parole. C'est avant tout un terme, qui, repris en latin, sous les formes d'*addictus* et d'*addictio*, est du domaine de la langue religieuse et de la langue juridique. Dans ce dernier registre il prend le sens d'adjuger et singulièrement, dans une des acceptions, le juge pouvait décréter une mise en esclavage pour dette (Guillaumin, 2014).

C'est dans un deuxième temps que des usages figurés seront faits. Par exemple, Properce en parlera dans le cadre des relations amoureuses, Sénèque dans celui de la goinfrerie et plus tard encore, Suétone évoquera la passion que pouvait avoir l'empereur Caligula pour les courses de chars. Le même Suétone disait également que l'empereur Tibère avait été « addict » à l'astrologie (Guillaumin, *ibid*). Celse, comme Sénèque avant lui, mais sous l'angle médical, en parle en tant que maladie de l'âme, dimension qui vient se rajouter aux considérations purement morales. Il est à noter que si, dans un premier

temps, la dimension passive est au-devant de la scène (on est dominé par) une acception plus positive a pu se faire jour. Stoïcisme oblige, on peut, dans le cadre d'un acte volontaire, s'adonner au bien.

Ainsi, on peut tenter de repérer dans l'antiquité quelques grands schèmes généraux de pensée pouvant servir de trame de fond à des manières globales de voir le monde et de façon plus particulière à notre sujet : processus opposants, habitude, passion, démesure... Mais de façon plus précise, le livre de Jacques Derrida (1930-2004) paru en 1968 : *La pharmacie de Platon* a attiré l'attention sur une ambiguïté fondamentale. Ce texte philosophique, à propos du Phèdre de Platon et du statut de l'écriture, différencie la mauvaise sophistique de la bonne philosophie. Il met ainsi en exergue le terme de *pharmakon*, à la fois remède et poison, renvoyant à toute une série d'interrogations quant au rôle des doses, des contextes et des intentions dans la manipulation des substances utilisées. Le texte de Derrida insiste, dans ses développements, sur les zones floues entre le dedans et le dehors, le plaisir et la douleur, le bien et le mal, le pur et l'impur, l'excès et le défaut, la réalité et l'apparence, l'effraction et l'agression, sur le fait que le *pharmakon* est « ambivalent » (Derrida, 1968). Trente ans plus tard et en ce qui concerne les seuls psychotropes, Michel Perrin (1941-2015), sous l'angle anthropologique, évoque magistralement le paradoxe sous-jacent ; il parle à propos du phénomène « drogue » d'un fait social total :

La drogue recèle des paradoxes propres par le fait qu'elle se trouve associée tout à la fois au bon et au mauvais, à l'interdit et au prescrit, à la liberté et à la dépendance, au religieux et au profane, à la vie et à la mort, à « l'acte gratuit » et à l'exploitation économique... elle est à la charnière de l'individuel et du social, du physique et du mental. C'est un « opérateur » exceptionnellement efficace, permettant un jeu social et un jeu intellectuel d'une grande ampleur. Et c'est certainement là l'une des raisons de son développement quasi universel (Perrin, cité par Dugarin, 2001).

De façon beaucoup plus anecdotique et puisqu'une partie de notre vocabulaire est empruntée au grec ancien, évoquons une légende concernant Mithridate VI, roi du Pont. Il a été supposé avoir tenté de s'immuniser contre tout poison en ingurgitant de petites doses à intervalles réguliers ! L'opération aurait été efficace car, vaincu en – 63 av. J.-C., il ne put s'empoisonner lui-même et dût demander l'aide d'un de ses gardes galates qui utilisa un moyen beaucoup plus mécanique, l'épée. D'après Pline l'ancien, quelque peu sceptique à cet égard, le mithridate aurait été composé de 54 substances, dont l'opium ; la plupart des autres ingrédients semblant très mystérieux pour un œil moderne. Certains ont vu en Mithridate VI, via la « mithridatisation », le père de la toxicologie empirique ; effectivement, bien qu'inscrit, évidemment, dans un imaginaire totalement différent des conceptions actuelles, on peut toujours faire une analogie superficielle avec l'immunisation au sens moderne et avec les mécanismes de la tolérance biologique jouant un rôle dans l'addiction.

Quelques prémices en Occident

C'est au cours du XIX^e siècle que les intoxications chroniques, par ce que nous appelons maintenant des psychotropes, commenceront à être repérées en tant que phénomène particulier et que s'effectueront les premières

tentatives de regroupement et de conceptualisation spécifiques. Mais, avant d'en décrire les mécanismes, remontons en arrière et repérons quelques étapes en ce qui concerne les manières de voir et les mots pour les dire. Comme indiqué précédemment, avec l'émergence de la chrétienté, des conceptions nouvelles de soi et du monde se sont fait jour et ont lentement diffusé. La chair chrétienne et la naissance de l'idée d'un espace interne vont influencer les dimensions du rapport aux plaisirs et les codes comportementaux. Le statut alloué à l'âme a pu prendre des formes diverses mais elle est essentiellement, ici, une délégation divine confrontée au péché originel et scrutable par Dieu. On voit par-là comment s'origine la dimension de la culpabilité, notamment en ce qui concerne les plaisirs, et comment vont pouvoir s'agencer les dynamiques de l'aveu. Augustin d'Hippone (354-430) marque une étape en la matière. Il évoque un « homme intérieur » comme non lié aux choses sensibles, et conçu comme une demeure habitable par autre chose que lui-même. On lui attribue volontiers, outre la création du péché originel, la détestation du corps. C'est dire qu'ici l'ascèse prônée se pense en termes de chasteté et que l'on est loin de la conception antique de l'ascèse comme art de vivre. Le concept de pervers, qui sera longtemps appliqué aux « toxicomanes » par les psychiatres du XX^e siècle, prend aussi son origine chez lui. Ici, il est évidemment de facture religieuse et s'oppose à convers, qualifiant donc celui qui s'éloigne de Dieu. Mais jusqu'où les concepts ne sont-ils pas ensorcelés par leur passé ?

La Renaissance (terme forgé au XIX^e siècle), héritière de la redécouverte des textes de l'Antiquité et pouvant s'appuyer sur l'invention de l'imprimerie permettant une certaine accélération de la diffusion des idées, va amorcer la possibilité d'un nouveau mode de rapport au monde. Le dogme chrétien et la pensée scolastique s'y font moins lourds, laissant progressivement place à des tentatives d'objectivation de ce qui est perçu et faisant l'hypothèse d'un ordre du monde accessible à l'homme à partir de sa propre raison. Ceci prendra plus d'ampleur au XVIII^e siècle et s'illustrera, notamment, dans l'ambition de l'encyclopédie de Diderot et d'Alembert dont le but était de rassembler l'ensemble des connaissances acquises afin de pouvoir les transmettre. Parallèlement, de Montaigne à Rousseau, des écrivains et philosophes tenteront de se décrire dans leur singularité, ce qui est nouveau et illustre quelques étapes de l'avènement du « sujet moderne ». Dans ce nouveau contexte, on peut repérer quelques écrits ayant trait à notre sujet mais, dans un premier temps, on les trouve sous la plume d'auteurs d'origines diverses traitant de faits particuliers, sous des angles singuliers.

Georges Vigarello dans un article intitulé *Quand l'opium n'était pas une drogue* attire l'attention sur un certain Pierre Bellon, « naturaliste », qui, traversant l'Anatolie en 1550, manifeste une grande curiosité pour les pavots d'Orient. Il s'intéresse essentiellement à la plante elle-même et à sa circulation commerciale. Quant à ses effets, sur les Turcs et sur lui-même, il les décrit de façon insipide, ne les différenciant guère de ceux du vin et de l'eau de vie. À cette occasion, Georges Vigarello évoque la différence avec la richesse des descriptions de Thomas de Quincey (1785-1859) près de 300 ans plus tard quant à la consommation de la même substance (Vigarello, 1989). Dans un registre satirique et moralisateur on peut

évoquer *La nef des fous* de Sébastien Brant (1458-1521), texte paru en 1494, écrit en langue vernaculaire et fort lu à l'époque. Dans les plus de cents chapitres dénonçant les excès, il traite de la cupidité, des vaines richesses, de la luxure, du jeu et dans un poème satirique intitulé : *De goinfrerie et Beuverie*, il écrit :

Celui qui va dans les pas d'un fou Qui du soir au matin ne pense Qu'à se remplir gésier et panse, À faire de lui un boyau, Croyant que sa vie n'a pour sens Que d'y faire passer le vin (Brant, 1997). Quelques temps plus tard, en 1561, paraît un traité sur le jeu, d'un certain Pascasius (1531-1584), exhumé par Louise Nadeau et Marc Valleur, qui bien qu'écrit en latin médiéval propose une vision étrangement moderne de ce type de dépendance, la référant à la maladie, et suggérant un traitement par la parole (Nadeau & Valleur, 2014) ! Une telle vision, outre la langue dans laquelle elle a été exprimée, avait peu de chance de trouver une résonance dans les mentalités de l'époque. Citons enfin, pour la finesse du propos, et toujours à propos du jeu, Blaise Pascal (1623-1662) qui en 1670, dans le *Fragment Divertissement 4* (Laf. 136, Sel. 168) de ses *Pensées*, écrit ceci :

Tel homme passe sa vie sans ennui en jouant tous les jours peu de chose. Donnez-lui tous les matins l'argent qu'il peut gagner chaque jour, à la charge qu'il ne joue point : vous le rendrez malheureux. On dira peut-être que c'est qu'il cherche l'amusement du jeu, et non pas le gain. Faites-le donc jouer pour rien, il ne s'y échauffera pas et s'y ennuiera. Ce n'est donc pas l'amusement seul qu'il recherche : un amusement languissant et sans passion l'ennuiera. Il faut qu'il s'y échauffe et qu'il se pipe lui-même, en s'imaginant qu'il serait heureux de gagner ce qu'il ne voudrait pas qu'on lui donnât à condition de ne point jouer, afin qu'il se forme un sujet de passion et qu'il excite sur cela son désir, sa colère, sa crainte pour l'objet qu'il s'est formé, comme les enfants qui s'effraient du visage qu'ils ont barbouillé (Pascal, 1670).

Une centaine d'années plus tard, des regroupements commencent à être faits. Par exemple lorsque Étienne Pivert de Senancour (1770-1846), littérateur français, écrit en 1799, dans ses *Rêveries sur la nature primitive de l'homme* : « L'opium dans l'Orient, le bétel vers le Gange, la coca dans les mines du Porose, le tabac, le café, les liqueurs spiritueuses chez tous les peuples, ont produit des goûts qui ne périront point, quoiqu'ils ne soient pas fondés sur des besoins absolus » (Pivert de Senancour, 1799). Quelques années plus tôt, Emmanuel Kant (1724-1804), en 1785, dans sa *Métaphysique des mœurs*, traite, de « l'abrutissement de soi-même par l'usage immodéré des plaisirs et même de la nourriture », il parle de « l'intempérance animale dans la jouissance » et considère qu'« ivrognerie et gloutonnerie sont des vices qui appartiennent à cette rubrique ». Il incrimine l'effet des boissons fermentées, mais aussi d'autres moyens de s'abrutir, tels l'opium et d'autres produits du règne végétal (Kant, 1985). Il forgera même le terme de « briseur de soucis » que l'on retrouvera chez Freud plus de cent ans après. De façon générale, et cela est net dans l'œuvre de Kant, l'homme est devenu en lui-même objet de savoir et l'on peut s'interroger sur ce qui fonde la raison elle-même et sur les « catégories de l'entendement ». En ce qui concerne le langage lui-même, Wilhelm von Humboldt (1767-1835) disait, à la même époque et fort élégamment : « chaque langue jette un filet irisé sur le monde et ne rapporte pas tout à fait le même monde ». Ces nouveaux types de

rapport au savoir vont s'illustrer dans les repérages et les descriptions que vont tenter de faire les médecins confrontés aux diverses intoxications. Ainsi, Benjamin Rush (1746-1813), médecin-chef des armées et praticien réputé, publie aux USA en 1784 un livre retentissant : *An inquiry into the effect of Ardent Spirits on human mind and body*, où il décrit les ravages considérables que fait l'alcool dans l'organisme et dans l'esprit des grands buveurs en dehors de l'ivresse publique (Sournia, 1986). Cette description sur le temps long n'était pas évoquée avant lui. Il insiste également sur la dimension morale et politique allant jusqu'à souligner le risque d'un « peuple corrompu par les boissons fortes ». Pendant la même période, Thomas Trotter (1761-1832), en Angleterre, s'intéressa plus aux lésions organiques et aux troubles de la volonté. À noter qu'en cette fin de XVIII^e siècle, le concept de maladie est toujours empreint d'un certain éclectisme et comporte encore des contradictions internes, du moins des incertitudes, qui peuvent favoriser des interprétations divergentes (Grmek 2000).

Le XIX^e siècle et la problématisation

En France, en tout début du XIX^e siècle, on assiste à la naissance de l'anatomoclinique. Les médecins ont déjà commencé à s'extraire d'une vision bimillénaire influencée par Hippocrate et Galien pour tenter, à l'instar de sciences de la nature en voie de constitution à cette époque, d'observer, de classer, en quête de causes objectives, tentant de mettre en relation des signes cliniques et les lésions correspondantes. C'est le moment où la botanique des symptômes cède la place à une grammaire des signes (Grmek, *ibid*). L'hôpital, où ils vont jouer désormais un rôle de plus en plus important, va devenir un lieu d'enseignement et de recherche où ils pourront mettre en relation leurs descriptions cliniques avec des lésions dûment constatées sur le cadavre ou avec des causes repérées par des analyses de laboratoire.

Mais en ce qui concerne ce que nous avons fini par appeler des psychotropes, les premiers à décrire les usages ont surtout été les artistes, de Thomas De Quincey à Baudelaire en passant par Théophile Gautier et quelques autres (Liedekerke, 1984). Encore faut-il savoir qu'il est souvent difficile de repérer chez eux ce qui revient à la description de leur expérience personnelle et ce qui tient, en pleine période romantique, à un style d'époque imprégné d'exotisme et d'ésotérisme (Milner, 2000). Traduites de façon peu fidèle en 1928 par Alfred de Musset, les *Confessions d'un mangeur d'opium anglais* de Thomas de Quincey (1785-1859) montrent néanmoins, à travers les rééditions, comment l'auteur est passé, progressivement, de « la lune de miel à la lune de fiel ». Les *Paradis artificiels* de Baudelaire (1821-1867), au titre évocateur, est plus dans la lignée du « mal nécessaire pour créer ». Mais, à cette époque, quant aux produits, les caractérisations sont assez peu précises et fluctuent, témoin le *Traité des excitants modernes*, écrit en 1838 par Balzac (1799-1850), observateur de son époque s'il en fut, dans le style des « Physiologies », mode littéraire de l'époque caricaturant quelque peu les mœurs. Il y fait référence, en consacrant à chacune d'entre elles un chapitre, à cinq substances : l'eau de vie, le sucre, le thé, le café et le tabac. Il n'y consacre que quelques lignes à l'opium (Balzac, 1992).

Mais, à terme, c'est aux médecins qu'a échu la tâche de nommer, de façon plus précise, ce dont il pouvait s'agir,

au titre de leur technicité, de leur savoir sur le poison, sur la maladie et son aspect éventuellement « épidémique », l'épidémie étant depuis toujours au centre de leurs préoccupations. Dès lors, substantifs et qualificatifs vont se succéder d'abondance jusqu'à l'époque actuelle, évolution du sens des mots pour exprimer l'indicible. Dans un premier temps, des repérages s'effectuent, de façon floue, mettant, par exemple, en relation la consommation de l'opium avec des abus individuels se démarquant d'un usage commun. À cette époque, la frontière entre médicament et poison est incertaine. De l'aveu même des médecins, ces usages peinent à être définis, et, en ce qui concerne l'opium, le « somnolent rêveur empoisonné » s'avère utiliser un produit « pernicieux », ce qui ne laisse d'étonner le praticien. Les repérages formulés ne se soutiennent évidemment pas de leurs seules descriptions. Ils viennent s'insérer dans une recherche de sens s'appuyant sur des découpages catégoriels hérités du XVIII^e siècle. L'opium, quand il est considéré dans sa qualité de médicament, est un narcotique, et il peut provoquer l'ivresse, mais peut aussi, de façon plus spectaculaire, revêtir le caractère d'un poison. Les abus, dont il est parfois l'objet, quand ils se répètent, vont entrer dans le cadre de l'habitude qui, quand elle n'est pas un obstacle à l'efficacité thérapeutique (obligation d'augmenter les doses pour obtenir le même effet), peut être expliquée par la passion. Ce qui n'empêche pas certains médecins de l'évoquer comme une denrée ou de le considérer, à l'instar des artistes comme un moyen d'ouverture de l'esprit. C'est en ce début de siècle, également, que l'on commence à extraire les principes actifs des plantes ; il en va ainsi de la morphine, dont la dénomination reflète un montage hétérogène évocateur. D'un côté elle renvoie à Morphée, fils de Nyx, la nuit et d'Hypnos, et de plus neveu de Thanatos et de la famille d'Éther. Ici s'affirme la culture gréco-latine des médecins de l'époque intriquée à un subtil sens clinique quant à l'évocation, quasi poétique, des effets et des risques encourus. Le suffixe « ine » qui y est accolé, lui, renvoie sèchement au processus chimique de l'extraction de l'alcaloïde. À ce simple niveau et à toute petite échelle, on voit s'illustrer une problématique d'époque où se côtoient une vision qualitative voire émotionnelle et une référence de type scientifique. On peut y voir le reflet d'un romantisme ambiant, réaction aux horreurs de la révolution, côtoyant une vision rationnelle du monde qui pourra prendre, à l'occasion, une connotation scientiste. En tout état de cause, en Angleterre notamment, quand l'opium apparaît dans un discours, médical ou non, il n'est souvent pas présenté comme une cause, mais impliqué dans bon nombre de turpitudes, qui sont, elles, visées, comme la sexualité licencieuse ou la révolte sociale (Berridge & Edwards, 1987). Il faut dire qu'en Angleterre, l'usage de l'opium, sous diverses formes, semble relativement répandu ; ceci en rapport avec l'important commerce qui en est fait par les Anglais en Orient et qui débouchera, en Chine, sur les guerres de l'opium.

De façon générale, à cette époque, en France, le caractère courant du vocabulaire utilisé relève de l'approximation et révèle des balbutiements d'une pensée qui se cherche. Certains auteurs en font même l'aveu : d'après P. Chopin, « un grand nombre d'expériences faites par Monsieur Orfila et les effets bien observés de l'opium ont porté ce savant professeur à le regarder non comme un narcotique ni comme un stimulant, mais comme pro-

duisant un mode d'action qui ne saurait être désigné par aucune dénomination en usage dans la matière médicale » (Chopin, 1820). J. A. Pauchet, dans son *Essai sur l'opium, considéré particulièrement sous le rapport thérapeutique*, déclare : « Cette espèce d'anéantissement de la faculté de penser, cette sorte de sommeil de l'âme, n'a aucun rapport avec l'ivresse occasionnée par le vin, ou les liqueurs fortes, et notre langue n'a pas de terme pour l'exprimer » (Pauchet, 1814). L'écho de ces remarques retentira bien plus tard, en 1881, dans le propos du Dr Jean-Baptiste Fonssagrives, auteur d'un long chapitre du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales consacré à l'opium : « Tant que l'Académie de Médecine n'aura pas fait son dictionnaire [...], il faudra bien ne pas contester aux écrivains le droit de proposer des mots nouveaux, là où ils n'en trouvent pas qui répondent nettement à leur pensée » (Fonssagrives, 1881). À noter qu'en début de siècle les auteurs n'hésitent pas à utiliser, eux-mêmes, le produit pour mieux en décrire les effets. Quant aux aliénistes, ils sont occupés à faire exister leur discipline, et commencent à considérer l'alcool et les opiacés comme facteurs d'aliénation (Esquirol), dans le cadre conceptuel de l'époque, celui des monomanies. On voit bien, à travers la diversité des angles de vue évoqués qu'en ce qui concerne l'opium, sur le plan pratique, les praticiens sont tiraillés entre les usages médicaux en rapport avec la douleur, voire la folie, et ceux plus déconcertants d'usages abusifs, dangereux, voire exotiques.

La période 1845-1850 va marquer un virage et commencer à préfigurer les problématiques ultérieures sur différents plans. Ainsi, la loi du 19 juillet 1845 va réglementer la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses. Soixante-douze (72) produits sont concernés, dont l'opium et ses alcaloïdes, notamment la morphine. En fait cette loi vise, à la suite d'affaires d'empoisonnement, notamment par l'arsenic, à un contrôle plus strict des délivrances ; à ce stade ce sont toujours les poisons du corps qui sont essentiellement le sujet des préoccupations.

Au même moment, en 1846, apparaît, en France, la seringue de Pravaz et en Angleterre, de façon parallèle celle d'Alexander Wood. Elles permettront, quelques années plus tard, l'injection sous-cutanée de la morphine, qui jusque-là n'était pas très employée, car assez émétisante prise per os. Son usage, quand les utilisateurs se l'approprièrent, ne manquera pas d'attirer l'attention des médecins et participera à leur caractérisation.

Dans les mêmes années, commence à se généraliser l'anesthésie générale, utilisant éther et chloroforme. Bien sûr les débats furent vifs, certains praticiens y voyant l'occasion d'opérer plus sereinement et humainement, d'autres avançant qu'il y avait des risques inhérents à leur manipulation ou que la douleur était nécessaire à la mobilisation de l'énergie du patient et qu'en la respectant la convalescence était plus brève. Peut-être y avait-il, encore, en arrière-fond, l'idée de la douleur rédemptrice ? Mais à cette occasion, des effets « désinhibiteurs » ont pu être repérés, rendant l'utilisation un peu suspecte aux yeux de praticiens sourcilleux sur le plan moral.

Moreau de Tours (1804-1884), aliéniste, publie en 1845 *Du hachisch et de l'aliénation mentale, études psychologiques*. Dès la première page, il pointe que le hachisch est peu connu, si ce n'est à travers le livre, édité en 1840, du docteur Aubert-Roche : *De la Peste, ou Typhus d'Orient*, qui

décrit, en ce qui concerne ces affections, les vertus prophylactiques et thérapeutiques du hachisch (Moreau de Tours, 1845). Moreau de Tours, lui, l'utilisera comme traitement dans le cadre de sa profession mais aussi comme moyen d'exploration du psychisme. Il sera, également, l'initiateur du club des haschischins qui se réunira régulièrement, de 1844 à 1849, dans l'île Saint Louis, dans l'hôtel Pimodan. S'y rencontrent, pour des repas assortis de la consommation de confiture de dawamesk à base de cannabis, outre Moreau de Tours, Nerval, Flaubert, Daumier, Delacroix, Balzac et Théophile Gautier, qui publiera en 1846, dans la *Revue des Deux Mondes*, une nouvelle relatant, de façon romancée, l'expérience (Gautier, 1992). On voit ici, une fois de plus, comme tout au long de la première moitié du siècle, la polyvalence des usages et la grande variété des conceptions à leur égard.

Sur le plan conceptuel, la problématisation commence vraiment à se densifier avec l'ouvrage majeur du médecin suédois Magnus Huss (1807-1890) paru en 1849 : *Alcoholismus chronicus* qui sera adapté en français dès 1853 par le Dr Renaudin dans les *Annales Médico-Psychologiques*. Dans son commentaire, il souligne l'essentialité de cette affection, puisque pour un même toxique, l'action est identique à elle-même, comme pour d'autres intoxications chroniques. Désormais, quelque chose cristallise dans la pensée médicale : ces intoxications méritent donc « une place à part comme véritable entité pathologique » (Renaudin, 1853). Cette assertion, jointe à l'idée insistante d'une prédisposition, dont on perçoit mal la nature est, de plus, associée à l'idée de la fonction analogue de différentes « drogues » sous différents climats. L'amalgame de ces trois dimensions, bien qu'elles soient très hétérogènes, tente de donner une certaine unité à ce qui est constaté.

Le concept d'alcoolisme chronique se répandra rapidement dans divers pays européens. L'idée de chronicité est nouvelle en tant que telle et rend bien compte de l'expérience qu'en ont de plus en plus les médecins. Le suffixe « isme » lui aussi fera florès et se répandra, se retrouvant accolé à nombre de produits toxiques qu'ils soient « psychotropes » ou pas. Il suffit de se référer aux dictionnaires historiques de la langue française pour le constater. Mais, là aussi, le suffixe peut refléter deux aspects disjoints : d'une part il permet une description systématique des signes d'intoxication, mais de l'autre il renvoie à un mécanisme d'adhésion. Au niveau sémantique, on peut voir comment l'époque est en train de passer de l'idée de poison du corps à celui de poison de l'esprit. Jusqu'ici on était drogué comme on était empoisonné, dès lors, la visibilité de l'usage de la seringue aidant, on va être repéré comme se droguant, opération à laquelle il va falloir trouver un sens clinique.

La diffusion est rapide, et apparaissent en quelques années le terme de morphinisme, de haschischisme ou d'éthérisme. Certes, des tentatives de nomination avaient été faites antérieurement : en 1819, un allemand du nom de Bruhl-Cramer, et un français, Rayner, avaient décrit respectivement la dipsomanie (*trunksucht*) et l'œnomanie mais, à ce stade, ces formes langagières n'avaient pas connu un grand retentissement. Les descriptions cliniques d'intoxications accidentelles resteront purement médicales (saturnisme, hydrargirisme, iodisme, etc.) contrairement à d'autres intoxications (éthérisme, morphinisme, haschischisme, etc.), celles-ci volontaires et faisant

appel à d'autres dimensions. Le modèle trivarié qui sera nommé bio-psycho-social, une centaine d'années plus tard, existe donc en filigrane dès cette époque. Cette manière globale de dénomination va donc faire florès pendant une vingtaine d'années, et c'est durant cette période que vont être forgés dans ce même moule des concepts tels que le clitoridisme ou la kleptomanie. Leur homogénéité n'est pas à chercher, à cette époque, dans une cohérence clinique mais plutôt dans la réprobation de la quête de certaines formes de plaisirs et singulièrement de leurs sources. Qu'il se soit agi de la convoitise d'objets attrayants que la naissance des grands magasins exhibent (à ce propos voir le livre de Michael B. Miller : *Au Bon Marché 1869-1920*) (Miller, 1987), ou du plaisir solitaire, ô combien réprouvé, comme l'illustre déjà en 1769 la publication de Samuel Auguste Tissot, *L'Onanisme* (Tissot, 1991), et auquel l'usage solitaire de la morphine finit par ressembler étrangement. Les hésitations sur la nature voire l'étiologie de la morphinomanie pouvaient amener à un éclatement du concept. C'est plutôt à un regroupement, lourd de sens et de conséquences, que nous assistons (Yvorel, 1992). Dans ces conditions, médecins et aliénistes n'échapperont pas à la difficulté de prendre du recul par rapports à leurs présupposés, notamment en ce qui concerne le plaisir solitaire, et ceci se verra aggravé par l'étrangeté de personnages déconcertants qu'ils rencontrent, attachés à des pratiques ambiguës, s'anesthésiant pour mieux se sentir, risquant la mort pour mieux vivre, apparaissant comme des oxymores incarnés. Ces ambiguïtés ne seront pas sans exercer une influence certaine sur la conceptualisation qu'ils sont en train de forger.

L'étape suivante sera celle du regard de l'aliéniste sur la situation. Le concept venant l'illustrer viendra d'Allemagne, forgé en 1875, par le Dr Édouard Levinstein (1831-1882), *Morphiumsucht*, qui sera très rapidement traduit en français par morphinomanie. Cette forme conceptuelle renvoie à une éventuelle disposition pathologique faite de fascination pour les effets d'un produit, associée à la dimension irrésistible de son attirance et au dessaisissement du sujet concerné de sa libre volonté de s'y dérober. L'extension de ce concept à un comportement ou mieux, une conduite, s'effectuera rapidement pour parvenir à une personnalisation, ce qui se traduira par une substantivation : le cycle est accompli, il était drogué au début du XIX^e siècle, il se drogue à partir du milieu du siècle, il devient un « drogué » en fin de siècle ; on a chosifié l'ectoplasme ! Une séquence identique, et dans la même temporalité, concerne l'alcool puisque, si l'on en croit le dictionnaire historique de la langue française, c'est après l'alcoolisme chronique (1859), qu'apparaît le terme « s'alcooliser » pointant l'acte réfléchi (1866), et en 1873, le substantif « alcoolique » désignant un sujet. On peut comprendre la logique sous-jacente, la visée d'un substantif étant, entre autres, de permettre une intervention dans la réalité (Dugarin, 1990).

Toutefois, si le terme de toxicomanie ne prendra de l'extension qu'en début de XX^e siècle, il apparaît pour la première fois en 1885, sous la plume du docteur Regnard, qui, voulant stigmatiser fortement les maniaques du toxique, déclara : « ceux-là sont des prosélytes, ce sont des missionnaires en toxicomanie » (Regnard, 1885). Il ne fit qu'introduire un terme ambigu, ne survenant que pour des raisons stylistiques et pour ne pas trop répéter le terme morphinomanie dans son texte. L'accolement

du toxique à la manie, outre son hétérogénéité épistémologique, renvoie à une théorie implicite, mais laquelle ? On peut encore l'interpréter de nos jours comme folie pour le toxique, toxique qui rend fou, fou sans le toxique ou encore toxique fou lui-même, c'est selon, grâce à l'acharnement de la belle ambivalence taxinomique de notre langue et à son goût extrême pour le substantif. Selon qu'on l'entendra dans un sens ou dans l'autre, on incriminera le toxique comme cause en raison de son génie latent, ou l'on s'interrogera sur la problématique du sujet et le sens de son geste, sur son éventuelle responsabilité, sachant, toutefois, que le terme manie renvoie à la folie. Sans compter le fait que ce que recouvre le terme toxique va beaucoup varier dans le temps et selon les cultures et que celui de manie a pu renvoyer, entre autres, à l'idée obsédante ou à l'expansion thymique.

De façon générale, c'est la théorie de Benedict-Augustin Morel (1809-1873) qui va donner le ton pendant une cinquantaine d'années. Il est le célèbre auteur du volumineux *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, et des causes qui produisent ces variétés malades, qui affirme de façon indifférenciée que « les infortunées victimes de l'alcoolisme, du morphinisme, de la tuberculose, de la syphilis, pouvaient hériter ou transmettre une quelconque de ces affections au fil des générations » (Morel, 1857). De façon plus précise, médecins et aliénistes de la fin du XIX^e siècle sont mis en position d'experts et vont être amenés à statuer sur les modalités du rapport au plaisir, tant sur le plan de la sexualité que sur celui du plaisir solitaire de celui qui s'adonne à la drogue. Les aliénistes vont, ainsi, se préoccuper de ce qui est contre nature, donc de la nature de l'instinct, et juger de l'adéquation des comportements humains et des normes qui devraient les gouverner (Davidson, 2005). C'est le moment où ils vont décrire avec un luxe de détails les perversions, et outre le morphinomanie et l'alcoolique, apparaissent dans le même temps le criminel né, le pervers constitutionnel ou l'homosexuel latent, par exemple, ceci non pas en tant que comportement réprouvé, mais comme personnalité constituée. Mais cela n'ira pas sans difficulté, tant la condition sociale des intéressés viendra peser sur le diagnostic. L'habitude vicieuse pour les uns, l'hystérie pour d'autres, seront mises en avant, lestées de leur lourde charge morale. Mais se verront moins stigmatisés, outre les victimes douloureuses de la prescription de morphine, ces « gens de constitution délicate qui cherchent dans les excitations toxiques les sensations que ne peuvent plus leur procurer leurs nerfs émoussés et leur imagination blasée » (Regnard, 1885). Voire seront quasi excusés les pauvres médecins contraints à la morphinomanie par l'excès de leurs responsabilités (Chambard, 1893). Ainsi, à la fin du siècle, des stéréotypes sont nés comme celui du petit poète fin de siècle, syphilitique ou tuberculeux, esthétisant la mort et s'engloutissant dans son intoxication ou de la morphinée. L'idée que des femmes soient plus particulièrement concernées est répandue à l'époque, ce qui, dans les faits, s'est avéré plutôt faux. Le biais tient, peut-être, aux représentations d'époque de la sexualité féminine dans le monde bourgeois.

C'est aussi la période où l'on cherche des solutions pratiques, essentiellement par le biais du sevrage. Les allemands mettent sur pied la méthode des 72 heures de cabanon capitonné, méthode que les français ont qualifiée

de tudesque et dont ils disaient que les patients sortaient en ayant perdu le goût du pain en même temps que celui de la morphine. La méthode française, elle, consistait plus en des cures dégressives en clinique, dont des commentateurs ont pu dire qu'elles duraient longtemps et que les intéressés en sortaient parfois plus intoxiqués que quand ils l'avaient débutée ! Parallèlement, l'idée qu'un nouveau produit pouvait être une solution était récurrente ; utilisé au début dans l'enthousiasme, il était, fugace panacée, assez rapidement abandonné n'ayant fait que déplacer le problème. Ce fut le cas pour l'éther comme solution de l'alcoolisme, ou de la cocaïne, synthétisée au début des années 1860, comme solution du morphinisme. L'héroïne, elle, mise sur le marché en Allemagne en 1898 avec comme indication la tuberculose, maladie des passions tristes, n'a pas dérogé à la règle, euphorisante et puissamment antitussive, elle s'adaptait à la symptomatologie. Mais, dès 1900, elle a pu être considérée comme « le traitement héroïque de la morphinomanie ». Le processus se prolongera longtemps dans le XX^e siècle avec l'apparition des barbituriques, des amphétamines puis des benzodiazépines par exemple. Jusqu'où en est-on sorti, et peut-on en sortir totalement ? À la toute fin du XIX^e siècle, et bien que les médecins parlent volontiers d'épidémie voir de fléau, la difficulté de trouver des solutions par le biais médical va sembler insuffisant. Ce fait, couplé aux craintes des américains et des anglais de voir leurs pays concernés, via l'émigration chinoise, par le retour de bâton des guerres de l'opium, va pousser à tenter de trouver des solutions, par le biais des lois.

Le XX^e siècle, lente émergence de l'addictologie en France

Les tentatives de maîtrise internationale commencent en 1905 ; il s'agit, au départ, d'une commission visant l'opium et qui eut lieu à Shanghai. Elle fut suivie en 1912 par la convention internationale de La Haye élargissant le nombre des participants et visant morphine, héroïne et cocaïne. Il s'agissait essentiellement de tentatives de contrôle des produits eux-mêmes. Nombres de lois nationales furent votées dans les différents pays concernés. En France, elle fut votée en 1916, en pleine guerre, dans un moment de « panique morale », suite à des craintes quant à la fiabilité de certains officiers de marine qui, de retour d'Indochine, s'adonnaient à l'opium fumé. Votée à l'unanimité, elle prévoyait peines de prison et amendes en relation avec la consommation des substances vénéneuses visées. Ces lois furent ensuite révisées à plusieurs reprises, faisant varier les substances incriminées et, selon les moments et les pays, pouvant pénaliser, en ce qui concerne les usagers, la possession, l'usage personnel, l'usage en groupe, le fait de présenter les produits sous un angle positif... C'est à cette période qu'apparaît le terme de stupéfiant, amalgamant des substances aux effets très disparates et parfois opposés. À cette occasion, donc, le qualificatif de délinquant va pouvoir se rajouter à ceux hérités du siècle précédent. Le terme « drogue », plus courant, trouve probablement son origine dans le néerlandais nommant des produits séchés, il prendra l'acception de produit pharmaceutique pour enfin être la désignation courante des stupéfiants. Au passage, signalons que tout ce que l'on a fini par nommer drogue, au sens péjoratif, à l'origine était employé comme médicament, alcool compris.

De façon générale, tenter de maîtriser par trop les « passions », quelles qu'en soient les modalités, n'aboutit le plus souvent qu'à en déplacer les modes d'expression. Ce qui semble une solution dans un premier temps débouche souvent sur de nouveaux problèmes qu'il faudra repérer, nommer et affronter. La prohibition de l'alcool aux États-Unis a, ainsi, fait le lit de l'organisation du trafic illégal. Ces trafics lucratifs ont ensuite eu tendance à s'internationaliser comme en a témoigné la French Connection. Entre les deux guerres, les consommations de stupéfiants sont le fait, essentiellement, de gens d'âge moyen appartenant à certains milieux sociaux ou sous-groupes ethniques. Outre les officiers de marine, nombre d'artistes ont été concernés. L'ensemble est surveillé par une brigade, dite Mondaine ou des mœurs, s'occupant du proxénétisme et... des stupéfiants. La seule dénomination de cette brigade suggère ce que l'on pense du problème à l'époque. Le côté sulfureux des stupéfiants a, par ailleurs, toujours eu tendance à laisser plus ou moins dans l'ombre l'alcool, malgré l'ampleur, bien supérieure, des dégâts qu'il a pu occasionner, tant ce dernier est ancré dans les habitudes, bénéficie de symboliques positives et joue un rôle majeur sur le plan économique. De façon plus légère, c'est aussi l'époque où la chanson réaliste évoque la question en évoquant des chagrins d'amour sombrant dans l'alcool, la morphine ou la « coco ». Durant cette même période, sur le plan clinique, la psychanalyse, en rupture avec la pensée médicale qui a quelque peu tendance à essentialiser les consommateurs, proposera une vision alternative. Pour elle, la notion de pulsion sexuelle se démarque de l'instinct et invite à s'interroger sur les mouvements internes qui la régissent. La drogue ayant quelque chose à voir avec le plaisir, nombre de psychanalystes parleront de para ou métaérotisme, d'autoérotisme, de fonction protectrice du produit, d'impulsion, de compulsion, de désordre narcissique. Certains proposeront même des comparaisons avec des problématiques alimentaires, jusqu'à la possibilité d'une toxicomanie sans drogue (Chassaing 1998).

Le problème va reprendre de l'ampleur à la fin des années 1960. L'élément déclenchant qui va le remettre au premier plan, en France, est situable au jour près. Le 25 août 1969, dans les locaux d'un cinéma du Casino de Bandol, Martine, jeune coiffeuse de 17 ans, décède d'un surdosage d'héroïne. Dès le lendemain, la presse s'empare du sujet et les politiques s'expriment sur la question de façon médiatique. L'événement s'avère avoir déclenché à nouveau une « panique morale » qui débouche sur une loi votée le 31 décembre 1970. De façon analogue à ce qui avait été à l'origine de la loi de 1916, il y a émotion publique, précipitation des événements, saisie par le parlement, unanimité des votes, peines pénales ; la loi de 1970 prévoyant, elle, quand même, un volet sanitaire. Mais, ici, ce qui inquiète, sur arrière-fond d'un certain désenchantement du monde, a trait à une certaine jeunesse, qui évoluant dans « une société de consommation » et d'émancipation des mœurs, se montrerait plus individualiste, plus soucieuse d'autonomie et de réalisation d'un soi autodéterminé. Schématiquement, nous serions passés d'Œdipe à Narcisse. Pendant la première partie du XX^e siècle, de façon existentielle, la dimension névrotique était prédominante, issue de difficiles compromis entre des mouvements pulsionnels et leur réalisation marquée du sceau de l'interdit. La culpabilité et ses ex-

pressions psychiques auraient eu tendance, dans la deuxième partie du siècle, où la sexualité était moins brimée, à laisser la place à la honte de ne pas arriver à se réaliser. Les tableaux cliniques y afférant tendent, alors, à glisser vers des pathologies narcissiques et des troubles de la personnalité. Dans cette situation, le sentiment d'échec débouche plus sur des dépressions ou des addictions.

Le moment de panique morale passé, des réponses vont devoir se mettre en place, tenant compte des deux volets de la récente loi. Ainsi, côté répressif, les choses se singularisent ; la brigade des stupéfiants va devenir une entité distincte de la brigade mondaine et, au moins dans quelques grandes villes, des magistrats se familiariseront avec la mise en place de l'injonction thérapeutique. Côté soin, le problème est complexe, le monde médical n'est absolument pas en condition pour répondre de façon un tant soit peu homogène. Les hôpitaux étaient, jusque-là, très peu concernés par le problème, les universités ne dispensaient aucun enseignement sur le sujet et de façon générale, ces nouveaux « patients », souvent dérangeants, se sont avérés assez rejetés. Néanmoins, quelques cliniciens créèrent, pour des raisons diverses, et avec l'appui des pouvoirs publics, des lieux d'accueil de styles assez différents dans des contextes variés. Le système de soin, au demeurant peu médicalisé pendant les vingt premières années, était essentiellement fondé sur le sevrage et un abord psychosocial étayé par des centres de postcure tenus par des psychologues et des assistants sociaux. La grille de lecture dominante était la psychanalyse qui, faute d'alternative, avait le mérite de donner une assise de compréhension à des prises en charge souvent difficiles. En France, les communautés thérapeutiques n'avaient pas bonne presse et les deux programmes expérimentaux de substitution par la méthadone, développés en milieu hospitalo-universitaire suscitaient la méfiance. À ce stade, l'alcoologie naissante, beaucoup plus médicalisée et hospitalière, avait très peu de rapports avec les structures s'occupant de « toxicomanes ».

Durant cette période, bien que quelques rares universités aient commencé à organiser des enseignements, le savoir diffusé l'était surtout à l'initiative des structures en place et à l'occasion de quelques colloques. Pourtant, à une toute autre échelle, des regards d'un autre niveau avaient pu être portés. Vu sous l'angle de la sociologie naissante et si l'on pense avoir à faire à des conduites suicidaires, un éclairage peut être lié à l'anomie telle que la concevait Émile Durkheim (1858-1917), la déconnexion des règles sociales favorisant le suicide. Une dimension mystique a pu être également évoquée, c'est elle qu'avait soulignée Philippe de Félice (1880-1964) dans son ouvrage : *Poisons sacrés, Ivresses divines. Essai sur quelques formes inférieures de la mystique* (Félice, 1936). Ici, on ne peut s'empêcher de penser, au moins dans la formulation, aux célèbres Paradis artificiels baudelériens, bien que le texte de Baudelaire soit, lui, surtout centré sur le rapport à la créativité. Plus tard, Marc Valleur a mis l'accent sur la dimension ordalique, héritière de l'ancienne tradition occidentale, qui consistait à interroger l'au-delà, via une épreuve, pour obtenir une réponse incontestable. Le principe global serait resté le même, le hasard ayant remplacé la divinité, la différence étant que le jugement de dieu était définitif alors que la réponse du hasard impose d'être testée de façon répétitive. Il s'agirait donc d'une épreuve vécue comme nécessaire, aux confins du

rite d'initiation ou du sacrifice (Valleur, 2022).

De façon plus technique, à partir des années cinquante, à l'échelle internationale, des experts avaient tenté de préciser les choses. Ainsi le deuxième rapport de l'O.M.S. de 1950 disait que les caractéristiques de la toxicomanie étaient : « un invincible désir ou un besoin (obligation) de continuer à consommer de la drogue et de se la procurer par tous les moyens ; une tendance à augmenter les doses ; une dépendance d'ordre psychique (psychologique) et parfois physique à l'égard des effets de la drogue ». La définition ajoutait que la toxicomanie est nuisible à l'individu et à la société. Nous sommes loin d'une définition au sens strict, mais devant un tableau amalgamant des dimensions hétérogènes. L'ambition des experts n'était d'ailleurs, de leur propre dire, « nullement de redéfinir les notions en cause, mais simplement de recommander des termes descriptifs susceptibles d'apporter plus de clarté dans les documents scientifiques, les discussions entre représentants de disciplines différentes et les travaux et échanges à l'échelon national ou international ». En 1957, dans leur septième rapport, ils sont en prise avec la difficulté à faire une différence entre toxicomanie et accoutumance, toxicomanie renvoyant aux drogues illégales, accoutumance aux substances médicamenteuses. En 1964, ils proposent, pour dépasser ce questionnement et introduire plus de clarté, d'employer le terme de pharmacodépendance, qui leur apparaît comme plus précis et plus neutre et avoir une cohérence en relation avec les récentes découvertes en neurobiologie. À la fin des années 70, l'O.M.S., à la demande de l'O.N.U. (Organisation des Nations Unies) et dans le cadre d'un vaste programme concernant l'alcool, les drogues et la santé mentale, va mettre à disposition, avec une certaine insistance, des définitions de concepts de base concernant la dépendance aux drogues. Par exemple, en 1974, la drogue a été définie comme toute substance qui, introduite dans un organisme vivant, est capable de modifier une ou plusieurs de ses fonctions, mais aussi comme toute substance pouvant produire dans un organisme vivant une dépendance physique ou psychique, ou les deux. La définition est intentionnellement large, puisqu'apparaît l'idée qu'au-delà des psychotropes, elle peut concerner d'autres substances pharmacologiquement actives, comme les corticoïdes par exemple. Des précisions seront apportées en 1980 suggérant plusieurs niveaux et une définition taxinomique hiérarchisée. À un premier niveau, les substances sont vitales, l'eau, l'oxygène, les aliments. À un deuxième, elles ont une visée curative, ce sont les médicaments. À un troisième, la visée n'est pas thérapeutique. À un quatrième, on peut constater des effets négatifs sur la santé ou les rapports sociaux. L'auto-administration est une étape critique remarquable.

Parallèlement, à partir des années 1975, l'idée d'un état neuro-adaptatif va être considérée comme une alternative à la dépendance physique et l'idée de syndrome va émerger, en tant que modèle, en relation avec un problème bio-psycho-social entretenu par un système complexe de renforcement. Tout en pointant l'usage qui peut être fait de ces définitions par les législations internationales et nationales, au moyen d'un langage standardisé applicable comme instrument d'investigation et d'évaluation, les experts, à partir de 1977, vont commencer à évoquer le tabac et l'alcool, puis les benzodiazépines. Ils ne souhaiteront pas remanier le con-

cept de dépendance, préférant affirmer que sa définition évoluera en fonction des résultats de la recherche. Dès cette époque s'estompera la distinction entre drogues légales et illégales au profit d'un intérêt renouvelé pour le concept global d'état neuroadaptatif influencé par des conditions environnementales et l'histoire psychologique des individus. Aucun de ces divers éléments ne semblant prééminent, on glissera vers l'idée de rassemblements syndromiques à déterminants hétérogènes avec effet de seuil. Curieusement, le terme de dépendance vient lui-même à être critiqué en raison du risque de le voir réduit à la dépendance physique, les termes d'abus et mésusage semblant devoir céder la place à plus explicites qu'eux, le concept de « syndromes de dépendance » est alors proposé. En insistant sur la notion de comportement compulsif, on peut introduire la boulimie et le jeu pathologique, par exemple. En outre, il convient de distinguer, parmi les formes de dépendance, celles résultant d'un état neuroadaptatif et celles associées à un phénomène de craving, cette impulsion ressentie comme irrésistible. En abandonnant le caractère absolu de la dépendance, on s'oriente vers l'idée d'un groupe de phénomènes cognitifs, comportementaux et physiologiques, imposant la prise en compte de critères multiples pour en affirmer l'existence et affaiblissant sa prééminence. À cette époque, où vont apparaître la Classification internationale des maladies (C.I.M.) et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (D.S.M.), prévaut avant tout chez les experts la notion de « modèle utile », bien qu'ils aient conscience qu'il est impossible d'obtenir un consensus en la matière. Cette préoccupation pragmatique marque nettement l'influence prédominante de la pensée anglo-saxonne à l'O.M.S., soucieuse des aléas de traduction dans d'autres langues, consciente des répercussions des concepts dans les législations et affirmant par là même qu'il ne faut changer de concepts, même issus du vocabulaire courant, qu'en cas de nécessité impérieuse. Dans le vingt-huitième rapport, publié en 1993, les experts suggèrent l'abandon de la distinction entre dépendance physique et dépendance psychique en raison de son ambiguïté, notamment parce que tous les effets des drogues sur l'individu sont potentiellement compréhensibles à partir des connaissances neurobiologiques, conférant une certaine unité aux mécanismes. Ils critiquent également la notion d'abus, pourtant employée jusque-là avec une sorte d'évidence, et proposent de la remplacer par la notion d'utilisation nocive, c'est-à-dire préjudiciable à la santé et dont les complications peuvent être psychiques ou physiques, sans préjuger des conséquences, qualifiées d'effet pernicieux, sur la famille, la communauté et la société en général. Dans ce contexte international, avec le concept d'addiction, les anglo-saxons ont choisi de mettre l'accent sur le lien d'obligation ; avec celui de toxicomanie, associant le toxique à la manie, les français ont choisi de se livrer à leur goût inimitable pour le substantif ; quant aux russes, ils préféreront le concept de narcomanie, mettant, eux, l'accent sur l'état recherché. On peut voir ces choix comme empreints de sensibilités différentes inhérentes à chacune de ces cultures, mais partageant le même souci de désignation : pour l'Anglais le lien économique, pour le Russe l'état d'âme, pour le Français son attrait irrépressible pour l'idée claire et distincte. Il y a des choix de dénotation secondaire qui, au-delà d'une désignation, ont plutôt trait à une manière de voir dans une culture don-

née et révèlent ce à quoi elle est sensible. Cela n'empêche pas ces dénominations secondaires de prendre rang de dénominations primaires pour ce qu'elles prétendent dénommer ; mais on peut douter du fait qu'il existe une stricte équivalence ou identité, entre toxicomanie, narcomanie et addiction. Et pourtant, ces trois vocables ont pour vocation de renvoyer à un même contenu dont le statut ne doit son existence qu'aux termes de la problématisation qui lui a donné naissance, elle-même au service du type de stigmatisation qui l'a, éventuellement, animée.

En France, tous ces débats quant à l'évolution des idées et à la pertinence des concepts ont, à l'époque, très peu d'échos et c'est à la fin des années 80 que l'on voit historiens, sociologues, philosophes et neurobiologistes s'intéresser à la question, ouvrant, à leurs façons, de nouvelles perspectives de compréhension. Dès lors, recherches et publications vont se multiplier parallèlement à des changements importants sur le plan sanitaire. L'irruption du SIDA et la diffusion des hépatites vont obliger le système de soins à se médicaliser et à tenir compte de la dimension de santé publique jusque-là assez négligée. Cela va déboucher, non sans quelques polémiques, sur un abord mettant en avant la réduction des dommages et la création de centres, humanitaires ou non, se souciant, sans préconditions, de problèmes très concrets sur le plan social et sanitaire. Dans cette optique, l'extension des traitements de substitution par la buprénorphine et la méthadone vont se généraliser dans la deuxième partie de la décennie. C'est durant cette décennie, également, qu'une réflexion, à la française, va s'accroître et se complexifier quant aux diverses conceptions possibles du problème et à la nature des concepts pour en rendre compte. L'import progressif du terme addiction en France date de cette époque. Dans un premier temps, il a été l'objet d'une appropriation par des psychanalystes et ceci dès les années 1980. Les mécanismes explicatifs dans les registres de la psychose, la névrose et la perversion ne répondent pas totalement à ce qu'ils constatent cliniquement chez les patients qui s'intoxiquent. Ils pointent chez ces derniers le ravalement du désir au rang du besoin pour éviter la surexposition psychique. Chez eux, il n'y a pas introjection, mais incorporation, pas d'objet transitionnel, mais un objet transitoire, la recherche d'homéostasie psychique est remplacée par une quête de nirvana... Ce type de comportement, bien que symptomatique, ne fait pas symptôme au sens psychanalytique, il en empêcherait plutôt la formation, ou en subvertirait l'expression. Le terme d'addiction sera ainsi emprunté par eux pour catégoriser ces différences. Mais dans un deuxième temps, et de façon très générale, ce à quoi le terme d'addiction renvoie va influencer cliniciens et pouvoirs publics, ce qui débouchera sur des modifications notables des structures et des pratiques. Ainsi les CSST (Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes) institués en 1992 et référés à la toxicomanie laisseront place en 2007, dans leur intitulé, aux CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement et Prévention en Addictologie) référés, eux, à l'addiction. Il en ira de même pour les centres s'occupant d'alcoolisme. Toutes ces structures, regroupées sous un même sigle seront, dès lors, censées recevoir toute forme d'addiction, la prendre en charge, ou l'orienter vers des centres plus adaptés. C'est la période où vont se multiplier les revues traitant du sujet. Parallèlement, un certain nombre d'universités vont organiser

de façon plus systématique enseignements et diplômes faisant le lit de cette nouvelle discipline officialisée en 2007 : l'addictologie.

À ce titre, on peut s'interroger sur ce autour de quoi, historiquement, se sont organisées les différentes disciplines médicales. Pour des raisons très diverses, et en fonction des époques, quelque chose a centré un intérêt en face duquel des pratiques se sont constituées, puis des modèles explicatifs se sont élaborés, débouchant sur des savoirs qui se sont organisés et se sont transmis. Il a, ainsi, pu s'agir d'une classe d'âge, d'organes, de types de lésion, du déséquilibre d'une fonction, d'une cause repérée comme évidente, d'une technologie ou de comportements inquiétants... Ainsi sont nées, par exemple, la pédiatrie, la cardiologie, la cancérologie, l'endocrinologie, l'infectiologie, la radiologie, ou la psychiatrie. En ce qui concerne l'addictologie, son objet peut paraître un peu étrange puisqu'il s'organise autour d'un mode singulier et exclusif de rapport au monde, assorti d'une souffrance en lien avec l'impossibilité de renoncer malgré des conséquences dommageables ; et ceci, dans un monde aux tentations consuméristes démultipliées et hanté par la dette. Non pas à une dette qui nous rattache à un passé auquel nous serions redevables, mais qui nous en tranche, et que l'on contracte au nom d'un futur idéalisé qui nous laisse démunis si on ne peut y faire face. Dettes financières débouchant sur des crises économiques ou emprunts faits aux psychotropes au nom d'un idéal de soi et débouchant sur un syndrome de sevrage (en quelque sorte l'huissier de l'homéostasie) peuvent en être de bons exemples. La trame de fond et l'objet qui focalisent l'intérêt et autour desquels s'organise cette nouvelle discipline pourrait, donc, bien être cette dette, rejoignant ainsi l'étymologie même du mot : l'esclavage pour dette. Le concept de discipline est issu du latin *discere*, qui signifie « apprendre » et renvoie à deux sens. Il vise, d'une part, à la constitution d'un corpus autonome de savoir appliqué à un objet particulier impliquant une rigueur de pensée ; mais il renvoie en même temps à une normativité, une astreinte à des règles, pouvant faire craindre le passage de la rigueur à la rigidité.

En ce qui concerne l'addiction elle-même, on entendra parler de troubles addictifs, de gestes addictifs, d'actes addictifs, de processus addictifs, de positions addictives, de conduites et de comportements addictifs, de pratiques addictives et de phénomènes d'addiction, et même d'une société addictogène. La « toxicomanie sans drogue » d'Otto Fenichel (1945), trouve, via l'addiction, une descendance foisonnante et inattendue, dans la mesure où l'addiction est davantage centrée sur un modèle synchronique que sur une lecture diachronique d'une aventure individuelle, instruite par une théorie. Les débats sur le sujet se multiplient, venant de différents horizons, posant la question de la justification d'un tel regroupement autour d'une notion au passé chargé. L'addiction renvoie-t-elle à une description de comportements ou à des processus ? En quoi rend-elle compte d'une unité clinique ? Un faisceau d'arguments cliniques, épidémiologiques, psychopathologiques, biologiques et thérapeutiques est-il suffisant pour lui assurer une consistance, voire une étiologie ? Les cooccurrences embarrassent-elles plutôt qu'elles n'éclairent ? Jusqu'où les différentes addictions comportent-elles des éléments communs au point de mettre en échec le discernement ? Jusqu'où ce

concept conserve-t-il son monolithisme, ou peut-il se redistribuer dans une diversité ? Son impressionnante extension n'évoque-t-elle pas une carrière analogue à celle du terme de toxicomanie ? Au-delà des addictions chimiques et des addictions comportementales, quels objets peut-elle conquérir encore ? Le caractère « attrape-tout » du concept trouve ici sa consécration, mais jusqu'où peut-il en être autrement ?

Les critiques avaient commencé dès la fin des années 80, venant de certains psychanalystes un peu radicaux, qui, au nom de leur conception de la clinique, interrogeaient le concept de toxicomanie. Ainsi, paraissaient en 1988 deux livres dont les titres avaient de quoi faire réfléchir : *Le toxicomane n'existe pas* (Zafiroopoulos, 1988) et *L'inconsistance de la toxicomanie* (Delrieu, 1988). En quelque sorte, ils déniaient à ce genre de concepts un caractère opérant. De façon plus précise, dans les années qui suivent, un certain nombre d'auteurs vont se pencher de façon plus systématique sur les différents modèles explicatifs à l'œuvre et vont tenter de clarifier la terminologie et tenter d'apporter des éléments objectifs afin d'éclairer les débats. Ainsi, par exemple, en 1997, dans le cadre d'un rapport concernant la prévention, le Professeur Philippe Jean Parquet, psychiatre, s'attache, en préambule, à mettre en exergue et à différencier les notions d'usage, d'abus, d'usage nocif et de dépendance (Parquet, 1997). Toutes notions faisant écho aux travaux des experts internationaux de l'O.M.S. déjà évoquées mais qui étaient bienvenues dans le cadre des débats parfois un peu confus de l'époque. Un an plus tard paraît un autre rapport, celui du Professeur Bernard Roques, neuropharmacologue, membre de l'académie des sciences. Ce rapport demandé par Bernard Kouchner, alors secrétaire d'état à la santé, a pour visée de faire le point sur la dangerosité comparée des psychotropes à partir de la littérature scientifique internationale sur le sujet. Il s'agit d'une approche globale puisqu'elle prend en compte des éléments quelque peu hétérogènes : la toxicité des différentes substances et notamment leur neurotoxicité mais aussi la dépendance physique, la dépendance psychique et la dangerosité sociale. Selon ces critères, héroïne et alcool sont nettement considérés comme les plus dangereuses, devant, dans l'ordre, le tabac, la cocaïne, les psychostimulants, les benzodiazépines et, en dernier lieu, les cannabinoïdes. Les enquêtes épidémiologiques successives de l'OFDT (Observatoire français des drogues et des tendances addictives) créé en 1993 confirmeront, grosso modo, ces données, jusqu'à l'époque actuelle, tout en mettant l'accent sur la dimension de santé publique. Les conclusions de ces enquêtes bousculent les stéréotypes ambiants, rappelant notamment, s'il en était besoin, la sous-évaluation de la dangerosité des drogues légales, historiquement ancrées dans la culture et la surévaluation des drogues venues d'ailleurs comme le cannabis ; et ceci, notamment, en ce qui concerne l'ampleur des différentes consommations et les taux de mortalité y afférents. Mais ces abords, nécessairement statistiques, laissent dans l'ombre la dimension individuelle. En termes triviaux, on peut être un utilisateur dur d'une drogue considérée comme douce ou un utilisateur doux d'une drogue considérée comme dure. Citons également le remarquable ouvrage de Marc Valleur et Jean-Claude Matysiak (Valleur, 2002) : Les addictions, faisant le point, de façon très circonstanciée, sur les différents modes d'approche de la notion d'addiction et ses

différents modèles explicatifs. Il s'attache à en éclairer les pertinences en secteur et incite à chercher un modèle plus intégratif, tout en ayant conscience des risques et des limites de l'opération.

Mais, de façon plus large, on peut s'interroger, sans grille de lecture alternative a priori, sur la nature du concept d'addiction lui-même. Si l'on part de loin, l'homme est un *Animal signé* (Van Lier, 1980) ; au début il était sémiotique, faiseur de signes, puis est devenu sémiologique, théoricien du signe et de plus en plus forger de concepts pour tenter de rendre compte d'un monde perçu comme de plus en plus complexe. Ainsi, conceptualiser consiste en l'élaboration d'une construction nouvelle et généralisante de l'esprit rassemblant sous une idée abstraite un ensemble d'objets ayant des caractères communs et renvoyant à une « essence » supposée ou, à tout le moins, à un nœud d'expériences. Ceci débouche sur des catégorisations servant d'appui pour s'orienter dans la complexité du monde et pouvoir y agir. Mais nombre de philosophes ont pointé des limites comme le risque de généralisations abusives et de perte de la singularité des choses via une forme de réductionnisme. Il s'agit donc, du moins idéalement, de pouvoir, autant que faire se peut, justifier une construction conceptuelle tout en étant vigilant quant à la pertinence de son rapport aux objets visés et au champ de son application. Une définition stricte du concept pouvant être malaisée, son histoire permet souvent de mieux le comprendre, tout en sachant qu'il est toujours plus ou moins « ensorcelé » par son passé. Les concepts sont, bien sûr, forgés dans des contextes différents, à partir des stéréotypes et des présupposés de leur époque qui, eux, ne sont que très peu ouverts à la discussion. En tout état de cause, pour tenter de rendre le monde intelligible, nous pensons avec les outils de l'époque dans laquelle nous vivons et à travers les possibilités qu'offrent les langues et leurs grammaires, à la fois héritages et instruments. Wittgenstein disait que les limites du monde étaient les limites de notre vocabulaire. L'arrière-fond des débats en la matière tourne autour de l'existence ou non d'essences intangibles, universelles et atemporelles, garantissant la quête de l'existence de grands invariants transcendant le temps et la singularité des contextes. Y-a-t-il un arrière monde stable ou n'est-ce qu'une croyance rassurante donnée en héritage et permettant d'éviter de se confronter à un monde en perpétuel changement et à son équivocité chancelante, la pensée devant, alors, s'accrocher à quelque chose ? Monde où, faute d'essences, il va s'agir de s'interroger sur les mécanismes de l'identification de ce qui est perçu et sur les « catégories de l'entendement » à l'œuvre.

Quant au concept lui-même

Alors comment, et à partir de quels points de vue peut-on appréhender le concept d'addiction ? Le concept est une construction discriminante de l'esprit, rassemblant plusieurs objets et dont la fonction primaire est de permettre de s'orienter dans le chaos du monde et de communiquer. Il peut sembler exister a priori, être l'héritage d'une culture, procéder d'une généralisation ou être plus proprement de nature scientifique. Il permet des catégorisations plus ou moins complexes rendant le monde intelligible à travers des structures langagières qui ont pu largement varier dans l'espace et dans le temps. En arrière fond, à travers ce qu'ont pu en dire les philosophes, le monde

peut être conçu comme ayant une existence autonome et ses propres lois qui sont à découvrir ; Héraclite disait, déjà, « la nature aime à se cacher » (Hadot, 2004). Un modèle alternatif, constructiviste, postule, lui, que nous fondant sur nos propres expériences, nous construisons nos propres règles et modèles mentaux déterminant notre vision du monde. Ici, le savoir du moment crée son objet. Cette pensée trouve, elle, ses racines dans le scepticisme antique, le nominalisme du Moyen Âge et surtout chez Kant.

Quels types de regards peuvent-ils, alors, être jetés sur les concepts dont l'historique vient d'être retracé ? Celui des sciences exactes semble inadapté, car trop ambitieux. Dans ces sciences, les champs de référence sont définis, les méthodologies explicitées, les logiques rigoureuses, chaque concept se doit d'être défini dans sa nature et son extension et être fondé sur l'expérience. Elles supposent un sujet rationnel et leur idéal repose sur l'impartialité, la neutralité, l'indépendance, la cohérence et l'unité. Leurs résultats se doivent d'être soumis à la critique des pairs. La visée ultime est de dégager des lois les plus générales possibles. Et tout ceci quand bien même les chaînes conceptuelles qu'elles mettent en œuvre finissent par s'appuyer sur des fondements indémontrables et révisables sur le très long terme. À l'aune de ce type de pensée, les concepts dont l'histoire vient d'être évoquée, et qui ont abouti à celui d'addiction, apparaissent dans leur importante surdétermination et leur polysémie. Ils seraient taxés de pseudo-concepts, c'est-à-dire qui imitent sans fondements solides et cohérents, ou de quasi-concepts, qui définissent et commandent, pour leurs adeptes, les conditions de la vérité.

Mais, comme nous l'avons vu, quand « quelque chose », quel qu'en soit le niveau de complexité, semble insister, les savoirs du moment s'en saisissent et créent leur objet. L'objet conceptualisé correspond alors à un mode particulier de découpage, à caractère médiat et inférentiel de ce qui est perçu ; en ce qui le concerne il en ira, donc, du statut théorique que l'on va lui faire jouer. Ici le terme de savoir peut se différencier des connaissances au sens scientifique. S'il doit tenir compte de ces dernières, il se trouve empreint d'autres dimensions. En l'occurrence, le fait que la problématique touche à des comportements déroutants ayant trait au plaisir, à la douleur et à ce que pense une société des écarts aux normes, c'est dire le risque de voir se télescoper jugements de fait et jugements de valeur. De plus, à une autre échelle, viennent s'entremêler, comme conditions de possibilité, des registres de savoirs de natures distinctes. Sur ce dernier point le modèle bio-psycho-social forgé en 1977 par George Libman Engel (1913-1999) explicite ce que l'on pouvait percevoir, en filigrane, depuis de nombreuses années, notamment en psychiatrie. Opposé aux réductionnismes, il pointe qu'on ne peut comprendre aucun élément, si ce n'est en relation avec le tout. Appliqué au registre de l'addictologie c'est, en tous cas, une invite à tenter de dépasser les querelles d'école. Mais le savoir, dans cette acception plus complexe, n'a pas pour but uniquement de comprendre de façon neutre, sans finalité directe, mais il sert à trancher et conditionne en retour les manières de concevoir, voire des pratiques et des types d'institutions. En conséquence, compte tenu de leur histoire et de la complexité de ce qu'ils visent, les concepts à disposition se heurtent nécessairement

à l'achoppement du *logos* quand il veut dire le *pathos* ; ils ne peuvent, donc, être qu'hybrides ou se ranger dans la gamme des concepts flous tels que les entendait Wittgenstein (1889-1951) (Wittgenstein, 1961). En d'autres termes, quand un mot tente de circonscrire un objet, il permet une opérativité en retour mais laisse dans l'ombre d'autres dimensions, notamment, par exemple, des éléments non conceptuels issus de la sensation ou du partage d'expérience. L'hétérogénéité, ainsi soulignée, rappelle que pour tenter de caractériser l'addiction, nous sommes contraints à des descriptions et que décrire, ce n'est pas modéliser et encore moins définir.

À l'échelle historique, il n'y a pas de raison majuscule, mais des types de rationalités, et vouloir réduire la pensée à la raison, c'est vivre au-dessus de ses moyens ; c'est bien ce que nous rappellent les concepts en question ici. On a vu qu'au fil du temps, il leur a été donné des formes en fonction des différents types de valeur du moment. Néanmoins, enserrés qu'ils sont dans les représentations collectives d'une époque, et malgré les fluctuations dans leurs interprétations, ils se doivent d'être suffisamment stables pour garantir, sur des périodes suffisamment longues, une possibilité de communication minimale. Vu sous cet angle, de façon générale, une des fonctions essentielles des concepts est d'être des instruments de communication. Le concept, alors, devient référence, c'est-à-dire précondition dans laquelle va s'insérer un flux informationnel. Se pose alors la question des univers de référence auxquels les différents locuteurs ont accès. Ce d'autant qu'en tant que description singularisante, le concept apparaît à travers un mode de présentation, donc n'épuisant pas son contenu. Ainsi, des auteurs dans la lignée de Quine (1908-2000), philosophe logicien, en ont souligné, de façon générale, la relative opacité (Quine, 1977). Chaque locuteur pourra l'entendre, en partie, à sa façon, dans la mesure où il aura tendance à en extraire ce qui est épistémiquement gratifiant car générateur d'informations profitables pour lui. Ainsi, sauf à être omniscient, nous sommes astreints à des biais de perception, de représentation, d'interprétation et de confirmation, confortant une manière de voir et conditionnant en partie la perception initiale elle-même. Quant aux inférences dans le domaine, compte tenu de la complexité de l'objet et des dimensions auxquelles il fait appel, elles ont toutes les chances d'être influencées par des croyances, des désirs et des intentions.

À l'issue de ce survol historique des étapes qui ont amené au concept d'addiction, on peut s'interroger sur son impact en retour sur les esprits et les institutions. Dans la perspective de ce qui s'est joué depuis les années 1970, qui ont vu, pour la première fois, la constitution lente d'un système de soin spécifique, un certain nombre d'éléments a considérablement bougé. Le concept d'addiction s'est accompagné d'un élargissement du champ à d'autres objets que les drogues illégales et notamment à des comportements qui n'avaient, en l'occurrence, rien de nouveau, permettant, ainsi, de s'éloigner sensiblement de la dimension cloisonnée, passionnelle et péjorative qui prévalait à l'origine. Historiens, sociologues, philosophes, épistémologues, épidémiologistes ont ainsi apporté, au-delà des recherches cliniques et neurobiologiques, des angles de vue permettant de nuancer des manières de voir par trop déterminées par la nouveauté, parfois spectaculaire, des situations de rencontre avec les « drogués », et par des grilles de lectures issues

de cultures professionnelles, parfois enfermées dans leurs propres logiques. Les stéréotypes étant devenus moins prégnants et la discipline addictologique s'organisant, une meilleure acceptation de problématiques jusque-là difficiles à aborder sereinement s'est fait jour. Elle a dû s'ouvrir aux nouvelles dimensions mises en exergue, allant de la prise en compte des aspects de santé publique et de réduction des dommages aux découvertes de la neurobiologie. Des types de pensée causalistes au sens étroit se sont vus proposer de faire une place à d'autres dimensions et d'accepter de raisonner plus en termes de conditions de possibilités hétérogènes. Sur le plan clinique, il s'est agi de penser plus en termes de pathologies duelles ou de comorbidité. Dans la pratique, une dimension interdisciplinaire pouvait, ainsi, se mettre plus facilement en place et les prises en charge pouvaient s'imaginer dans le cadre de filières de soin auxquelles les patients pouvaient accéder en fonction de leur problème de départ et à partir d'un premier abord ayant un sens acceptable pour eux. Abords médicamenteux, psychothérapies individuelles ou de groupe, accueils institutionnels ou groupes d'auto-supports, de type néphaliste ou non, ont pu, par exemple, seuls, parallèlement ou en séquences, répondre à des trajectoires individuelles évolutives.

Néanmoins, ces améliorations sensibles sur le plan pratique n'estompent en rien les problèmes épistémologiques de fond ni les conflits en ce qui concerne les modalités de soin, leurs fondements théoriques, et la nature des causalités. Tous éléments que l'on voit transparaître de façon récurrente dans les revues spécialisées. De façon fondamentale, un objet de connaissance, qu'on le considère comme un donné ou une construction, apparaît à travers une langue. Or, le français, héritier sur ce plan du grec et du latin, dispose d'un verbe « être » très prégnant pouvant avoir des fonctions grammaticales ou lexicales. Il sert à prédiquer mais aussi peut renvoyer à une essence, une existence, une identité ou à une « vérité ». Ont ainsi dérivé les différents statuts alloués au fil de l'histoire aux individus repérés au titre d'une dépendance ayant attiré l'attention, statuts ontologique, existentiel, clinique, juridique... Choisir, ne serait-ce qu'à son insu, entre ces options n'est sûrement pas innocent et imprègne les pratiques en retour. Ce d'autant que sur le plan clinique, il peut être considéré que l'addiction est de l'ordre du pathologique ou n'est qu'un concept qui renvoie à un usage métaphorique, circonstanciel, amalgamant des dimensions sans communes mesures entre elles. Dans ce cadre, rentrent en ligne de compte les deux dimensions fondamentales que sont le plaisir et la douleur, quelle que soit leur succession dans le temps ; elles régissent très directement les problématiques de l'addiction. Or, quels qu'aient été leurs objets et leurs modes d'expression dans l'histoire, ce sont deux « concepts », si l'on peut parler de concepts à leur endroit, qui ne renvoient qu'à eux-mêmes. Ainsi, habitude et passion, plaisir et douleur, sont des catégories que l'on retrouve sous une forme ou une autre, depuis l'Antiquité, servant de trame de fond à ce qui est devenu l'addiction. Nul doute que sur cet arrière-fond, et à l'échelle historique, nombre de changements vont survenir. De façon contextuelle, ils se situeront sur les plans écologique, économique, politique, scientifique, etc. Mais aussi, de façon plus sociétale et personnelle, ils concerneront les systèmes de valeur et les conceptions de soi. De nouveaux schèmes de pensée vont ainsi

émerger, assortis de nouvelles formes conceptuelles tentant d'appréhender un insaisissable et protéiforme objet insistant.

De façon très générale, on a pu constater l'usage extensif qui a été fait du concept d'addiction qui est largement et rapidement sorti de sa sphère professionnelle d'origine. Il a donc dû, pour ce faire, entrer en résonance avec les représentations transversales de l'époque (ce que Michel Foucault dans les années 1970 appelait une épistémè). Les concepts ayant une vie, on peut alors se demander s'il n'a pas rejoint la catégorie de ces concepts qui connaissent leur moment de « gloire » et sont parfois même fétichisés avant d'avoir à se refondre dans de nouveaux modes d'appréhension. Son emploi dans des cadres plus restreints peut, lui, s'articuler avec des décodages de types anthropologiques, sociologiques, cliniques voire neurobiologiques lui conférant alors des acceptions diversement connotées. On peut le voir ainsi comme lié à une simple manière d'être au monde répondant à l'infinie complexité d'une vie moderne faite de sursollicitations ou comme singularité individuelle dans le cadre de ce que les américains ont appelé des « *pure substance abusers* » faisant référence à des comportements non assortis d'une dimension psychopathologique. Mais bien évidemment, aussi, il est très souvent associé à une dimension pathologique dont on a vu, au fil du temps, la diversité des fondements. La complexité de ces paramètres rend assez illusoire l'exercice qui consisterait à tenter d'imaginer le futur en la matière mais constitue l'occasion d'un riche exercice de pensée évitant la tentation de l'enfermement dans un cadre de pensée partisan et le piège de la pensée captive. Alors, quels nouveaux regards pourront-ils être jetés sur le moment où un moyen devient une fin en soi et sur ce que peut bien contenir le C apostrophe de « C'est plus fort que moi » ? Gageons, d'un point de vue philosophique, que ce sera l'occasion de s'interroger à nouveau sur les apories fondatrices et leur englobement dans des boucles autoréférentielles.

Références

- Balzac, H. de (1992). *Traité des excitants modernes*. Le Castor Astral.
- Berridge, V., & Edwards, G. (1987). *Opium & the People*. Yale University Press, New Haven & London.
- Brant, S. (1997). *La Nef des Fous*. Librairie José Corti.
- Cassirer, E. (1975). *Essai sur l'homme*. Les Éditions de minuit.
- Chambard, E. (1893 ; réédition 1988). *Les Morphomanes*. Frénésie.
- Chassaing, J.L. (dir.) (1998). *Écrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies*. Association Freudienne Internationale.
- Chopin, P. (1820). *Recherches historiques et médicales sur l'opium*. [Thèse de médecine]. Faculté de Médecine de Paris.
- Davidson, A.I. (2005). *L'Émergence de la sexualité*. Albin Michel.
- Descola, P. (2005). *Par-delà nature et culture*. Gallimard.
- Delrieu, A. (1988). *L'inconsistance de la toxicomanie : contribution à l'histoire des discours et des pratiques médicales*. Navarin éditeur.
- Dugarin, J. (2001). *Retour vers le futur...* Dans C. Olievenstein, *Toxicomanie et devenir de l'humanité* (p. 119-132). Odile Jacob.
- Dugarin, J., & Nominé, P. (1990). *L'eidétique, la transduction et la chose. Approche téléologique de la conceptualisation en matière de toxicomanie*. *Psychotropes*, 6(2), 89-92.
- Félice, P. de (1936). *Poisons sacrés, Ivresses divines*. Albin Michel.
- Fonssagrives, J.-B. (1881). *Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales*. 2e série, Tome XVI. P. Asselin & G. Masson. p.247.
- Gautier, T. (1992). *L'œuvre fantastique I-Nouvelles Classiques Garnier*. Bordas.
- Grmek, M.-D. (dir.) (1999). *Histoire de la pensée médicale en Occident*. Tome 3. *Du romantisme à la science moderne*. Seuil.
- Guillaumain, J.-Y. (2014, janvier). *Addiction, addictus et addictio*. *Dépendances*, 51, 24-27.
- Hadot, P. (2004). *Le Voile d'Isis*. Gallimard.
- Kant, E. (1785). *Métaphysique des mœurs*. Dans *Œuvres philosophiques*. III. *Les derniers écrits*. Bibliothèque de la Pléiade (pp.447-791).
- Liedekerke, A de. (2001). *La belle époque de l'opium*. La Différence.
- Miller, M.-B. (1987). *Au Bon Marché 1869-1920*. Armand Colin.
- Milner, M. (2000). *L'imaginaire des drogues*. Gallimard.
- Moreau de Tours, J. (1845). *Du hachisch et de l'aliénation mentale*. Librairie de Fortin, Masson et Cie.
- Morel, B.A. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*. J.B. Baillière.
- Nadeau, L., & Valleur, M. (2014). *Pascasius*. Les Presses de l'université de Montréal.
- Parquet, P.-J. (1997). *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. *Dossiers techniques*, Éditions CFES.
- Pascal, B. (1670). *Pensées*. Chap. XXVI – *Misère de l'homme* (p. 203-217). Editions de Port-Royal. Consulté en ligne : <https://www.penseesdepascal.fr/Divertissement/Divertissement4-moderne.php>
- Pauchet, J.-A. (1814). *Essai sur l'opium, considéré sous le rapport thérapeutique*. [Thèse de médecine]. Faculté de Médecine de Paris.
- Pivert De Senancour, É. (1798). *Rêveries sur la nature primitive de l'homme, sur ses sensations, sur les moyens de bonheur qu'elles lui indiquent, sur le mode social qui conserveroit le plus de ses formes primordiales*. Cité dans Yvarel, J.-J. (1990). *Drogues et drogués en France de 1800 à 1920*. [Thèse de doctorat en histoire]. Université Paris 7.
- Quine, W.V. (1977). *Le mot et la chose*. Champs essais, Flammarion.
- Regnard, P. (1885). *Les poisons à la mode : la morphine et l'éther*, in *Revue Scientifique*, Paris.
- Renaudin. (1853). *De l'alcoolisme chroniques*, par le Dr Magnus Huss. Analyse par M. le Dr Renaudin, directeur de l'asile de Maréville. *Annales médico-psychologiques*, 5.
- Roques, B. (1998). *Problèmes posés par la dangerosité des « drogues »*. Odile Jacob.
- Sournia, J.-C. (1986). *Histoire de l'alcoolisme*. Flammarion.

Tassin, J.-P. (2008). Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction. *Psychotropes*, 14(3), 11-28.

Tissot, S.-A. (1991). *L'onanisme*. Éditions de La Différence.

Vigarello, G. (1989, juillet/août). Quand l'opium n'était pas une drogue. *Esprit*, 7/8, 64-67.

Vernant, J.-P. (dir.) (1993). *L'homme grec*. Seuil.

Valleur, M. (2022). Entre jeu et suicide : les conduites ordaliques. Dans C. Archan, G. Courtois, G. Davy, M. Valleur, et R. Verdier (Dir.). *Les ordalies : Rituels et conduites*. (p. 371-383). Mare & martin.

Valleur, M., & Matysiak, J.-C. (2002). *Les Addictions*. Armand Colin.

Wittgenstein, L. (1961). *Investigations philosophiques*. Gallimard.

Yvorel, J.-J. (1990). *Drogues et drogués en France de 1800 à 1920*. [Thèse de doctorat en histoire]. Université Paris 7.

Yvorel, J.-J. (1992). *Les poisons de l'esprit, drogues et drogués au XIXe siècle*. Quai Voltaire.

Van Lier, H. (1980). *L'animal signé*. De Visscher.

Zafiroopoulos, M. (1988). *Le toxicomane n'existe pas*. Navarin

Valleur, M. (2009). La nature des addictions. *Psychotropes*, 15(2), 21-44.

Valleur, M., Codina, I., & Rossé, E. (2015). Addictions sans produits. Elsevier in EMC – Psychiatrie, 32(1), 1-11. Doi : 10.1016/S0246-1072(15)60727-1

Vigarello, G. (2014). *Le sentiment de soi*. Seuil.

Bibliographie générale

Bachman, C. & Coppel, A. (1989). *Le dragon domestique*. Albin Michel.

Cassin B., (dir.) (2004). *Vocabulaire européen des philosophies*. Seuil. Le Robert.

Dugarin, J., & Nominé, P. (1990). Substantivation, Attribution, Intransitivité. *Psychotropes*, 6(2), 89-92.

Dugarin, J., & Nominé, P. (1992). Avant la morphomanie. Archéologie d'une conceptualisation. *Psychotropes*, 7(2), 21-33.

Dugarin, J., & Nominé, P. (2000). De la passion à l'addiction. *Psychotropes*, 6(3), 95-113.

Dugarin, J. et Nominé, P. (2013). Approche historique et épistémologique du concept d'addiction. Dans M. Levivier, F. Perea et I. Belz Ceria. (dirs). *Parole et addiction* (p. 135-169). érès

Dugarin, J. (2019). L'addictologie : d'une néodiscipline et de son homogénéité. Conditions de production des savoirs à l'œuvre. *Psychotropes*, 25(4), 9-22.

Dugarin, J. (2019). L'addictologie : d'une néodiscipline et son homogénéité. Conditions historiques de son émergence en France. *Psychotropes*, 25(4), 171-184.

Durand, G. (1984). *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*. Bordas.

Erhenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi*. Odile Jacob.

Erhenberg, A. (2018). *Le mécanisme des passions*. Odile Jacob.

Guillebaud, J.-C., (1998). *La tyrannie du plaisir*. Seuil.

Lanteri-Laura, G. (1979). *Lecture des perversions*. Masson.

Legendre, P. (2013). *Tour du monde des concepts*. Fayard.

Lemoine, M. (2017). *Introduction à la philosophie des sciences médicales*. Hermann.

Le Poulichet, S. (dir.) (2000). *Les addictions*. PUF.

Recanati, F. (2008). *Philosophie du langage (et de l'esprit)*. Folio. Gallimard.

Retillaud-Bajac, E. (2009). *Les paradis perdus*. Presses universitaires de Rennes.

Sissa, G. (1997). *Le plaisir et le mal*. Odile Jacob.

Partager ses émotions pour restaurer le lien : réflexions sociologiques sur le fonctionnement d'un « groupe de parole libre autour du jeu d'argent » (Marmottan)

Aymeric Brody

Sociologue, professeur associé à l'EPITA Laboratoire LRE – Équipe MNSHS

S'inscrivant dans une perspective sociologique, cet article présente les premiers résultats d'une enquête ethnographique menée entre 2021 et 2022 au sein d'un groupe de parole proposé par l'hôpital Marmottan à des personnes ayant des problèmes d'addiction aux jeux d'argent. Après un cadrage théorique autour de la question de l'addiction au jeu et un bref état de la littérature scientifique sur les groupes de parole destinés aux personnes concernées, il s'agit de décrire le fonctionnement du groupe de l'hôpital Marmottan au regard du cadre institutionnel et thérapeutique qui préside à son animation. Puis, l'article propose quelques réflexions sociologiques basées sur les premières observations ayant été réalisées au sein de ce groupe et sur un entretien effectué avec l'une de ses membres, le but étant de montrer comment le dispositif en question contribue à restaurer un lien social qui semble leur faire défaut en leur donnant notamment l'occasion d'exprimer et de partager leurs émotions. Par comparaison avec d'autres groupes de parole type *Gamblers Anonymous*, les observations conduites sur le terrain témoignent alors de la manière dont le personnel soignant qui anime les réunions du groupe de Marmottan fixe un cadre thérapeutique visant à la fois l'émancipation des membres et la recontextualisation des émotions vécues à travers leur trajectoire de vie et leur quotidien, à l'intérieur comme à l'extérieur du jeu. Par ailleurs, ces observations empiriques révèlent la façon dont les participants s'approprient le cadre en question, tout en apprenant à structurer et à reformuler leurs propos pour le rendre compréhensible à leurs semblables. Malgré ses limites, l'analyse de l'entretien effectué avec l'une des membres du groupe tend à confirmer que ce dernier permet ainsi de réaffilier des personnes souvent isolées du fait de leurs problèmes de jeu, sans pour autant les rendre dépendants du dispositif et de l'institution qui les accueille.

Mots-clés : addiction aux jeux d'argent, groupe de parole, libre expression, cadre institutionnel, cadre thérapeutique, partage des émotions, réaffiliation groupale.

Introduction

Depuis la création du mouvement des *Gamblers Anonymous* (GA) au milieu du XX^e siècle (Rosecrance, 1980 ; Castellani, 2000 ; Suissa, 2005)¹ et la reconnaissance du «

jeu pathologique » comme une maladie mentale à partir des années 1980², la question du traitement de ce « trouble addictif » (APA, 2013) s'est imposé comme un problème de santé publique (Amadiou, 2020), notamment depuis l'essor des jeux d'argent en ligne (OFDT, 2020). Moins répandus que dans d'autres pays francophones – comme le Québec (Suissa, 2006 ; Gendron et al., 2010) ou la Bel-

¹ Créés aux États-Unis sur le modèle des Alcooliques Anonymes (AA), les GA (aussi appelés Joueurs Anonymes dans les pays francophones) forment une organisation communautaire et spirituelle composée de groupes d'entraide dont le but est de permettre aux joueurs dits « compulsifs » ou « addicts » de parvenir à l'abstinence (cf. Brody, 2021, 2022).

² Cf. Brody & Billieux, 2020, pour une lecture critique de ce processus de pathologisation du jeu

gique (Brody, 2021, 2022) –, des groupes de parole destinés aux personnes confrontées à des problèmes de jeu ont alors commencé à se développer, à l'intérieur comme à l'extérieur des centres de soins spécialisés en addictologie (OFDT, 2018, 2024). Généralement conçus sur le principe de la « pair-aidance » (Dos Santos, 2017) ou de l'« auto-support » (Jouffret-Roustide, 2010), ces groupes peuvent aussi bien s'inscrire dans une perspective de prévention ou de réduction des risques que dans un « cadre thérapeutique » (Delourme, 2003), à l'intérieur d'une structure hospitalière. Ils n'en demeurent pas moins des dispositifs d'entraide où la parole des membres est plus ou moins encadrée³ mais qui ont d'abord pour but « la mise en relation à l'autre dans un cadre protecteur » (ANPAA, 2015), puisqu'il s'agit de rassembler des personnes souvent isolées du fait de leur addiction (Amadiou, 2020 ; Brody, 2022).

Si ces groupes de parole semblent avoir trouvé leur place parmi les dispositifs d'accompagnement s'adressant aux joueurs et aux joueuses concernés, ils soulèvent néanmoins un certain nombre de questions quant à la manière de mettre en relation celles et ceux qui y participent, et d'encadrer leurs échanges pour inscrire leur démarche dans une perspective de soin (au sens thérapeutique comme au sens large du terme). Comment les personnes qui animent ces groupes peuvent-elles faire en sorte de laisser les participants s'exprimer et échanger « librement », tout en proposant un cadre de discussion qui protège la parole de chacun ? Comment ces échanges peuvent-ils permettre à ces derniers de comprendre les difficultés qu'ils traversent, voire de trouver ensemble les moyens d'y faire face ? En quoi leur adhésion au groupe peut-elle les conduire à s'investir, collectivement et/ou individuellement, dans une démarche de soin, y compris sur le plan thérapeutique ? Chemin faisant, dans quelle mesure ces groupes de parole peuvent-ils effectivement contribuer à restaurer un lien social qui a été mis à mal par les problèmes d'addiction qu'ils peuvent rencontrer au quotidien ?

Pour tenter d'apporter des éléments de réponse à ces questions, cet article se fonde sur les résultats d'une recherche sociologique portant précisément sur des groupes de parole destinés à des personnes ayant des problèmes d'addiction aux jeux d'argent⁴. S'échelonnant entre 2017 et 2021, cette recherche a été conçue à partir d'une série d'enquêtes de terrain mêlant observations et entretiens ethnographiques (Beaud & Weber, 1993), d'abord menée au sein d'un « groupe d'entraide » inspiré des GA (2018-2019), puis d'un « groupe de liaison » visant à faire de la prévention et de la réduction des risques en casino (2019-2020) et, enfin, d'un « groupe de parole libre » encadré par le personnel d'un établissement de soins spécialisé dans le domaine des addictions (2020-2021). Se réunissant une fois par mois à l'hôpital Marmottan (Paris), c'est ce dernier groupe qui sera au cœur des analyses que je propose de développer ici, tout en le comparant avec

d'autres groupes de parole et, plus particulièrement, avec celui inspiré des GA (que j'ai déjà eu l'occasion de décrire par ailleurs, cf. Brody, 2021, 2022)⁵.

Après un cadrage théorique autour de la question de l'addiction au jeu et un bref état de la littérature scientifique sur les groupes de parole destinés aux personnes concernées, je commencerai par décrire le fonctionnement du groupe de l'hôpital Marmottan au regard du cadre institutionnel et thérapeutique qui préside à son animation. Puis, je proposerai quelques réflexions sociologiques basées sur les premières observations que j'ai réalisées au sein de ce groupe et sur un entretien effectué avec l'une de ses membres, le but étant de montrer comment le dispositif en question contribue à restaurer ce lien qui semble leur faire défaut en leur donnant notamment l'occasion d'exprimer et de partager leurs émotions.

Des groupes de parole pour restaurer le lien

Si, d'un point de vue sociologique, on peut concevoir le jeu (avec ou sans argent) comme une « forme pure de la socialisation » (Simmel, 1991) – c'est-à-dire une forme d'interaction dont la finalité première est la relation elle-même –, force est de constater que l'addiction au jeu participe, à l'inverse, d'un processus de délitement du lien social. En effet, comme le montrent de nombreuses études portant spécifiquement sur l'addiction aux jeux d'argent, cette dépendance procède d'une perte de contrôle face à la conduite du jeu et d'une centration sur l'activité qui engendrent des conséquences néfastes sur la vie des personnes concernées (cf. Brody & Billieux, 2020), les conduisant généralement à s'isoler à l'intérieur du jeu et à s'éloigner de leur entourage (Amadiou, 2020 ; Brody, 2022).

Plus fondamentalement, on pourrait d'ailleurs avancer, à l'instar de plusieurs psychanalystes, psychologues, psychothérapeutes ou sociologues ayant traité de cette question de la dépendance, que l'addiction au jeu n'est pas seulement une « addiction comportementale » (Varescon, 2022) – au sens d'une dépendance à la conduite même du jeu – mais une « pathologie du lien » (Vénisse, 1997 ; Ehrenberg, 2004 ; Valleur & Matysiaz, 2006 ; Rozaire et al., 2009 ; Rouchon et al., 2010 ; Minet, 2011), celui que les joueurs entretiennent avec leur jeu et qu'ils ne parviendraient plus à nouer avec autrui. Autrement dit, cette conduite addictive serait à la fois le fruit d'un engagement très fort à l'intérieur du jeu, créant une forme d'emprise sur les joueurs, et d'un processus de distanciation tout aussi fort vis-à-vis des liens qui les rattachent au monde extérieur (au jeu), au point de s'éloigner des personnes qui les entourent, voire de rompre avec les plus proches d'entre elles (séparation, divorce, abandon, etc.).

Un double processus d'aliénation et de désaffiliation qui, en termes sociologiques, pourrait renvoyer à ce Howard Becker (1985) appelle une « carrière déviante » – à partir de l'exemple des fumeurs de marijuana –, à savoir la trajectoire d'un individu dont le comportement s'écarte d'un « système particulier de normes » (ici associé à la pratique du jeu) au point d'être « étiqueté comme déviant » (en tant que joueur « addict ») et de s'identifier peu

³ Selon Joseph Rouzel (2018) : « Un groupe de parole peut se définir comme une pratique de groupe, à visée thérapeutique ou pas, qui réunit plusieurs personnes [...] autour d'un thème ou bien d'un mode de libre expression associative. »

⁴ Cette recherche a d'abord été initiée dans le cadre d'un projet de recherche financé par le programme Move-in Louvain au sein du Centre d'Anthropologie, Sociologie, Psychologie - Études et Recherches (CASPER) de l'Université Saint-Louis Bruxelles, avant d'être poursuivie au sein de l'équipe MNSHS du Laboratoire de Recherche de l'EPITA (LRE).

⁵ Je tiens à remercier toute l'équipe de l'hôpital Marmottan et en particulier le personnel soignant en charge de l'animation du groupe, ainsi que tous les participants ayant accepté ma présence lors de leurs réunions et/ou consenti à se livrer à un entretien. J'en profite également pour remercier les membres des Joueurs Anonymes de Bruxelles et l'équipe du GREID de Valenciennes, auprès de qui j'ai mené mes deux autres enquêtes.

à peu à une « pratique [...] devenue systématique et routinière » (son addiction au jeu) qui le privera « des moyens ordinaires d'accomplir les [autres] activités routinières de [sa] vie quotidienne » (comme le fait de travailler, de gérer son argent ou de maintenir des liens avec son entourage), s'isolant ainsi progressivement d'un monde social qui tendrait à le marginaliser (cf. Brody, 2022, 2024). Selon cette approche, la trajectoire des joueurs « addicts » serait donc aussi bien le fruit de leur aliénation à une pratique considérée comme déviante que d'un processus de stigmatisation qui conduit à leur marginalisation.

Chemin faisant, les groupes de parole destinés aux joueurs étiquetés comme « addicts » auraient pour fonction de restaurer une forme de socialisation plus ou moins encadrée (tant sur le plan normatif que thérapeutique) leur permettant de renouer avec le monde qui les entoure (Brody, 2021, 2022). Cependant, les études menées sur le sujet, le plus souvent à propos des groupes d'entraide type GA, débouchent sur des résultats contrastés voire contradictoires (Ferentzy & Skinner, 2003 ; Schuler et al., 2016 ; Rogers et al., 2020), certains auteurs parlant même d'une véritable « boîte noire », tant il semble difficile de mesurer leur efficacité (Ferentzy & Skinner, 2003). Parmi ces études, certaines louent par exemple l'utilité de ces groupes, dans la mesure où ils offriraient à leurs membres un environnement sécurisé leur permettant de parler de leurs problèmes de jeu sans se sentir jugés, de partager et de formaliser leurs expériences, de se soutenir mutuellement et de nourrir ensemble l'espoir d'un rétablissement (Straus, 2006 ; Avery & Davis, 2008). D'autres en pointent surtout les limites et relèvent entre autres une tendance à l'attrition du groupe et à la désaffection des membres dans la durée (Stewart & Brown, 1988), la démarche d'abstinence prônée par les groupes de GA contribuant, semble-t-il, à décourager une partie d'entre eux (cf. Ferentzy & Skinner, 2003). Outre la question de leur efficacité thérapeutique qui fait encore débat dans la littérature scientifique, les groupes de parole sont toutefois présentés comme une « option de traitement accessible » (Schuler et al., 2016), dès lors qu'ils s'inscrivent dans une démarche de soin intégrative (au sens où elle propose une diversité d'approches adaptée aux besoins des patients), ce qui est précisément le cas du dispositif proposé à l'hôpital Marmottan.

Le groupe de parole de Marmottan et ses repères

Sans retracer l'histoire de cet établissement qui fêtait ses 50 ans au moment où je conduisais mon enquête sur le terrain, notons toutefois qu'il fut d'abord conçu pour accueillir des « toxicomanes », avant de devenir un « centre de soins et d'accompagnement des pratiques addictives » en général, qu'il s'agisse d'addictions « avec » ou « sans produit »⁶. Sous l'impulsion du psychiatre Marc Valleur (1997), qui a dirigé l'institution à partir des années 2000, « Marmottan » fut d'ailleurs l'un des premiers centres d'addictologie français à prendre en charge des personnes confrontées à des problèmes d'addiction aux jeux d'argent. Depuis, l'établissement propose aux « joueurs d'argent » une « consultation d'addictologie spécialisée » pouvant à la fois donner lieu à un « suivi thérapeutique » (« [axé] sur la parole ») et à un « accompagnement social

» (lié par exemple aux difficultés financières provoquées par le jeu), s'inscrivant dans le cadre d'une « prise en charge globale » et « intégrative » par une équipe pluridisciplinaire composée de « médecins, infirmières spécialisées, psychologues, assistantes sociales, éducateurs, etc. ». C'est justement dans ce cadre qu'un « groupe de parole destiné aux joueurs » a été créé il y a une douzaine d'années, l'objectif étant de leur permettre « de partager et d'échanger [leurs] expériences, d'obtenir des informations et du soutien, mais sans entrer dans l'individualité des prises en charge », qui pourront se faire par ailleurs.

Pour comprendre comment ce groupe fonctionne, revenons préalablement sur deux « repères théoriques » qui caractérisent la manière dont Marmottan conçoit plus largement la prise en charge des pratiques addictives. Le premier repère est lié à la notion de « démocratie psychique » développée par le psychiatre Claude Olievenstein, père fondateur de cet hôpital au début des années 1970. Pensée comme une forme de (dé)libération intérieure, le but du suivi thérapeutique et de l'accompagnement social qui est ainsi proposé aux personnes dépendantes « n'est pas particulièrement l'abstinence, mais l'apprentissage de [...] la faculté de faire des choix libres », ce qui suppose, selon les termes de l'institution, « de ne pas remplacer la dépendance à un produit par la dépendance à une institution ou à un personnage charismatique ». Outre l'apprentissage de cette liberté de choix qui est placée au centre de la démarche suivie par les patients⁷, il s'agirait notamment de pouvoir « [choisir] sa forme de sortie » de l'addiction sans substituer une dépendance à une autre, comme celle qui peut relier le patient à son thérapeute ou à l'institution médicale que ce dernier incarne. Un principe émancipateur qui se distingue précisément de la perspective des groupes type GA, dont le programme de rétablissement repose quant à lui sur un principe d'abstinence plus ou moins strict (même si le groupe de parole inspiré des GA que j'ai observé par ailleurs était relativement souple sur ce point) et conduit parfois les membres à substituer à leur addiction une forme de dépendance au groupe (Fainzang, 1996 ; Suissa, 2009 ; Brody, 2021).

Cela étant, c'est surtout dans l'encadrement des échanges entre les différents membres du groupe que réside la différence la plus profonde. En effet, dans les groupes de GA, l'animation des échanges est collectivement portée par les membres, c'est-à-dire par les joueurs eux-mêmes, seuls détenteurs des « savoirs expérientiels » (Dos Santos, 2017 ; Brody, 2021) qui nourrissent le dispositif. En revanche, au sein du groupe de Marmottan, c'est bien le personnel soignant qui encadre les réunions et distribue la parole entre les joueurs et les joueuses présentes, ce qui implique nécessairement un rapport hiérarchique entre les membres. Pour autant, ce même personnel de soin semble en réalité tout mettre en œuvre pour atténuer cette hiérarchie, comme le fait de ne pas porter de blouse ou d'instaurer un tutoiement réciproque avec les patients. Une démarche institutionnelle qui, dans le contexte du groupe, les conduit aussi à reconnaître et à valoriser les savoirs expérientiels des participants, en particulier

⁶ Lorsqu'elles ne sont pas référencées, les citations mobilisées dans cette partie sont extraites du site internet de l'hôpital Marmottan : <https://www.hopital-marmottan.fr> (consulté le 13/11/2025).

⁷ La notion de « choix libre » étant entendue à la fois comme une forme de libération ou d'émancipation face à la dépendance dont souffrent les patients et comme une forme de délibération intérieure au sein du cadre « démocratique » proposé par l'institution, l'une comme l'autre nécessitant donc un processus d'apprentissage qui passerait notamment par une prise de parole individuelle et collective.

quand il s'agit de leurs connaissances en matière de jeu. J'en veux pour preuve les propos tenus par une assistante sociale lors de sa présentation aux membres du groupe de parole qu'elle coanimait ce jour-là pour la première fois : « Je n'y connais pas grand-chose en matière de jeu, mais vous allez m'apprendre ! », dit-elle en s'adressant directement à eux. À bien des égards, cette posture volontairement modeste et réflexive – proche de l'attitude du « maître ignorant » (Rancière, 2014) – témoigne, si ce n'est d'une inversion, au moins d'une atténuation de la hiérarchie des savoirs entre soignants et patients, les premiers reconnaissant aux seconds des connaissances auxquelles ils n'ont pas accès et qu'ils n'hésitent pas à valoriser. On retrouve alors ce principe de « démocratie psychique » qui sous-tend effectivement le fonctionnement de l'institution et l'animation du groupe, ce que confirmera l'analyse empirique.

Le second repère théorique sur lequel je souhaite insister s'applique davantage à la façon dont l'institution perçoit l'addiction en général et l'addiction au jeu en particulier. À nouveau puisé dans la pensée du père fondateur de l'établissement, ce repère institutionnel renvoie théoriquement à ce que le personnel soignant nomme le « triangle d'Olievenstein », à savoir l'idée que la « toxicomanie » et, par extension, l'ensemble des addictions se formeraient à la rencontre d'un « produit » (ou un « comportement »), d'un « moment socioculturel » (ou un « contexte social ») et d'une « personnalité » (ou un « sujet »). Derrière cette conception tridimensionnelle de l'addiction qui a largement essaimé au-delà de Marmottan (Fortané, 2010 ; Blaise & Rossé, 2011), il y a donc cette idée-force que la dépendance n'est pas seulement liée aux propriétés addictives du produit ou du comportement en question, mais à la relation que la personne concernée entretient avec lui dans un contexte social particulier. S'inspirant notamment d'une perspective sociologique empruntée à Becker (1985) – auquel le site internet de l'institution fait d'ailleurs explicitement référence –, il s'agit alors de postuler que « toute société [...] véhicule des normes [...] et par conséquent, suscite des marginalités » qu'il faut « comprendre » dans leur contexte pour pouvoir aider au mieux la personne concernée, sans pour autant la percevoir comme un « déviant à redresser ».

S'il faudrait questionner cette perspective théorique que le sociologue partage avec l'institution étudiée – ce qui ne m'empêche pas d'adopter un regard distancié sur la façon dont elle est mise en œuvre –, je me contenterai ici de décrire les effets empiriques que cette conception de l'addiction peut avoir sur le fonctionnement du groupe observé. Ainsi ai-je pu constater, par exemple, que les membres du groupe de Marmottan n'hésitent pas, dans leur prise de parole individuelle et collective, à contextualiser les difficultés qu'ils rencontrent, pouvant même exprimer une certaine colère à l'égard du monde qui les entoure (comme le montre très bien la récente thèse d'Elise Bourdin (2025) dans un contexte similaire). Or, ce travail de contextualisation était largement passé sous silence par les membres du groupe d'entraide type GA que j'ai eu l'occasion de suivre par le passé, ces derniers préférant mettre l'accent sur leur responsabilité individuelle plutôt que sur les forces sociales qui influent sur leur conduite (Brody, 2021, 2022). La démarche est donc radicalement différente au sein du groupe de Marmottan, qui se présente précisément comme un « groupe de parole

libre *autour* du jeu d'argent », suivant les termes du psychiatre qui coanime les réunions avec l'assistante sociale citée précédemment. Une formulation volontairement ouverte qui renvoie à la fois au principe d'une « démocratie psychique » – à travers l'idée d'un « groupe de parole libre » –, et au « triangle d'Olievenstein », dès lors qu'il n'est pas seulement question du comportement addictif mais de ce qui est « *autour* du jeu d'argent », y compris le contexte social qui pèse sur ce dernier.

Ajoutons, à propos du fonctionnement du groupe, que celui-ci accueille « toute personne concernée par l'utilisation problématique des jeux d'argent et de hasard », ce qui le rend donc accessible à toutes celles et ceux qui considèrent leur pratique du jeu comme « problématique » et sont « volontaires » pour en parler, quelle que soit la nature des difficultés rencontrées et leurs éventuelles perspectives d'abstinence. Précisons également que ce groupe de parole se réunit une fois par mois, sans obligation de présence pour les membres, ce qui témoigne à nouveau de la « liberté » qui leur est accordée. Notons enfin que le psychiatre et l'assistante sociale qui coaniment ce groupe ont non seulement pour rôle d'encadrer les réunions et de distribuer la parole entre les participants, mais aussi de leur proposer des thèmes de discussion qu'ils pourront s'approprier « librement », comme nous le verrons par la suite.

Des observations de terrain

J'en viens maintenant aux observations effectuées lors de mon enquête de terrain au sein de ce groupe de parole. Au total, j'ai pu assister à dix séances du groupe entre mars 2021 et avril 2022, soit, à deux exceptions près, la plupart des réunions mensuelles ayant eu lieu durant cette période particulière, marquée par la crise sanitaire. En effet, en raison des deux premiers confinements liés à l'épidémie de COVID-19 (entre mars et mai puis entre octobre et décembre 2020), les réunions avaient été suspendues durant près d'un an avant de reprendre en février 2021, soit précisément un mois avant ma première rencontre avec le groupe. Une reprise qui s'est faite progressivement puisqu'ils n'étaient que deux ou trois participants entre mars et septembre 2021 (alors qu'ils étaient une douzaine avant l'épidémie), puis entre quatre et huit jusqu'en avril 2022 (avec un renouvellement assez important des effectifs), avant d'être rejoints par de nouveaux membres quelques mois plus tard (pour compléter le groupe).

Dans ce contexte, la place que j'ai occupée au sein de ce groupe était d'abord celle d'un « observateur extérieur » – me présentant aux participants comme un sociologue menant une étude sur les groupes de parole destinés aux joueurs – mais elle prenait peu à peu la forme d'une « participation périphérique légitime » (Lave & Wenger, 1991), au sens où mon implication dans la dynamique du groupe était, certes, marginale mais progressivement acceptée et même encouragée par les membres. En effet, si je n'étais identifié ni comme patient ni comme soignant, j'étais parfois invité à prendre part aux échanges (souvent au début et à la fin des réunions), ne serait-ce que pour donner mon ressenti sur ce qui avait été dit et éventuelle-

ment faire part de mes observations⁸. Une participation limitée mais reconnue comme légitime par les membres du groupe, au point de devenir une sorte de « membre extérieur » dont la présence était attendue aux réunions suivantes. Évidemment, je continuais de demander systématiquement leur consentement aux nouveaux venus pour pouvoir assister aux échanges et prendre des notes sur leur contenu (tout en garantissant l'anonymat de leurs propos)⁹ mais, après quelques mois, ma place au sein du groupe semblait plus ou moins acquise, d'autant que je finissais par connaître personnellement la plupart des participants pour avoir mené des entretiens individuels avec eux en parallèle de mon enquête par observation.

En effet, j'ai également réalisé cinq entretiens avec les membres les plus réguliers parmi la vingtaine de personnes ayant participé au moins une fois aux réunions du groupe durant les treize mois de mon enquête. Des entretiens plus ou moins approfondis (d'une durée moyenne de deux heures) qui m'ont alors permis de recueillir leur « récit de vie et de pratique » (Bertaux, 2006) en tant que joueurs, mais également de saisir leur point de vue sur le fonctionnement du groupe et la place qu'il occupe dans leur trajectoire biographique, agrémentant ainsi les notes de terrain que j'avais prises en observant le déroulement des réunions.

Le déroulement d'une séance

En attendant, je commencerai par m'appuyer sur mes observations empiriques pour rendre compte de la manière dont s'est déroulée la toute première séance à laquelle j'ai pu assister, en mars 2021. S'agissant pour moi d'une première prise de contact avec le groupe, cette séance m'a surtout permis d'appréhender son mode de fonctionnement mais aussi la façon dont les participants pouvaient s'approprier le dispositif en question, en fonction du contexte dans lequel il s'insère. Un contexte particulier, tant du fait de la crise sanitaire que de ma présence en tant qu'observateur extérieur et de celle de l'assistante sociale (dont j'ai déjà rapporté les propos précédemment) pour qui c'était aussi la première séance au sein du groupe¹⁰. Trois autres personnes participaient alors à la réunion du jour, le psychiatre en charge de l'animation du groupe et deux patients (un homme et une femme), ayant intégré le dispositif depuis déjà plusieurs années, tout en suivant une thérapie individuelle au sein de l'institution.

Factuellement, cette première séance s'est déroulée de la manière suivante : une fois installés dans la salle de réunion située au dernier étage de l'hôpital, le psychiatre commença par expliquer le fonctionnement du groupe, puis lui et sa collègue (assistante sociale) se présentèrent brièvement, avant de me donner la parole pour que je fasse de même. J'en profitai alors pour exposer ma démarche d'enquête et demander aux membres leur con-

sentement pour y participer. Après quelques questions de la part des deux participants, le psychiatre lança un premier tour de table métaphoriquement nommé « météo émotionnelle », au cours duquel il les invita à prendre successivement la parole pour dire comment « ils se sentent ici et maintenant », au moment de débiter la réunion. Un premier tour de table auquel le psychiatre, l'assistante sociale et moi-même prenions part également, bien que de façon plus succincte. Ensuite, le psychiatre reprit la main et amorça un deuxième tour de table, visant cette fois-ci à revenir sur la « tempête émotionnelle » que ces mêmes patients avaient traversée lors de la séance précédente, ce qui donna lieu à plusieurs échanges, en lien ou non avec leurs problèmes d'addiction. À la fin de la discussion, le personnel soignant proposa aux membres un troisième tour de table consistant à faire un « premier bilan de la période du COVID », environ un an après le premier confinement. Les participants s'exprimèrent à nouveau à tour de rôle avant de partager leurs points de vue sur la situation. Enfin, à quelques minutes du terme de la réunion, le psychiatre invita l'assemblée à un ultime tour de table, consistant à refaire le point sur sa « météo émotionnelle », après environ une heure et demie de réunion.

Une ritualisation par les émotions

Avant d'entrer dans l'analyse des interactions ayant eu lieu entre les membres de ce groupe, notons que le choix des thématiques abordées lors de cette première séance peut paraître surprenant à plusieurs égards. D'abord, si l'on s'en tient au déroulé de la séance, aucun des thèmes proposés aux deux participants n'était en lien direct avec la pratique des jeux d'argent, comme s'ils étaient libres d'aborder ou non le sujet dès lors qu'ils répondaient à la question, ce qui fut le cas la plupart du temps. Par ailleurs, on remarque une certaine focalisation sur le thème des émotions, comme lors de cette séquence de la « météo émotionnelle » – une métaphore plutôt issue de la pédagogie, du développement personnel ou encore du management¹¹ mais qui emprunte probablement aussi aux réflexions de Claude Olievenstein (1988) sur l'expression des émotions – que le psychiatre utilise pour introduire et conclure la réunion. Réitérée à chaque fois lors des séances suivantes, cette séquence apparaît alors comme une sorte de « rituel thérapeutique » (Ehrenberg, 2018) censé permettre aux patients de « se connecter à leurs émotions » (pour citer le psychiatre) mais aussi au moment présent (« ici et maintenant ») et, subséquemment, au groupe lui-même.

Par comparaison, les membres du groupe d'entraide inspiré des GA que j'ai également eu l'occasion de suivre commençaient toujours leurs réunions par la lecture d'un extrait du livre des « douze étapes », sorte de « bible du mouvement » (inspirée des AA) (Suissa, 2009). Définissant les différentes étapes du « programme de rétablissement » qu'ils sont censés accomplir pour parvenir à l'abstinence, chacun devait alors commenter l'extrait choisi au regard de son propre « parcours de rétablissement ». Si la dimension rituelle de cette lecture collective

⁸ Au terme de plusieurs réunions, j'ai par exemple eu l'occasion d'exprimer mon empathie à l'écoute des témoignages parfois poignants de certains participants, ce qui était souvent l'occasion pour moi de les remercier d'accepter ma présence. Il m'arrivait aussi de souligner des mots qui avaient été prononcés ou des choses que j'avais observées (comme la récurrence d'une forme de colère adressée à l'encontre de la société), mais le but était moins de susciter des réactions que de préserver leur confiance (Beaud & Weber, 1993).

⁹ C'est pourquoi je ne nommerai pas les personnes que j'ai pu observer ou interroger dans cette enquête, en évitant autant que possible de divulguer des informations personnelles pouvant permettre de les identifier.

¹⁰ Cela explique d'ailleurs la posture d'observatrice qu'elle a également adoptée lors de cette première séance, comme si elle cherchait à comprendre le fonctionnement du groupe avant de pouvoir s'y investir plus activement à l'avenir (Lave & Wenger, 1991).

¹¹ On retrouve par exemple cette métaphore, aussi nommée « météo intérieure », dans un ouvrage s'adressant au « Chief Happiness Officer », où la séquence est présentée comme « un tour de parole au cours duquel chacun exprime son état émotionnel du moment » et qui peut alors « servir de rituel pour démarrer une réunion » : « Il s'agit de prendre le temps de ressentir ce qui se passe en nous : quelle émotion est présente en moi ? Quelle est mon humeur du jour ? » (Motte et al., 2018).

était particulièrement prégnante – à l’instar de la « prière de la sérénité » qui vient parfois clore les réunions des groupes d’Anonymes¹² –, il ne s’agissait donc pas ici de « se connecter » au groupe par le biais de ses émotions mais via un texte quasi sacré dont le contenu programmatique renvoie les membres à leur expérience personnelle. Autrement dit, c’est plus ou moins le mouvement inverse du rituel de la « météo émotionnelle » proposé au sein du groupe de Marmottan, ce dernier invitant les participants à exprimer leur subjectivité pour pouvoir ensuite s’inscrire dans le collectif, alors que la séquence des « douze étapes » fixe préalablement le cadre collectif auquel les membres doivent adhérer pour construire individuellement leur démarche d’abstinence (cf. Ehrenberg, 2018).

Pour autant, cela ne signifie pas qu’il n’existe pas de cadre à la « libre » expression des membres du groupe observé au sein de l’hôpital Marmottan, simplement celui-ci est fixé par le personnel soignant et régi par les principes de l’institution, dont la « démocratie psychique » et le « triangle d’Olievenstein » sont au fondement. Or, le fait de donner aux participants l’occasion d’exprimer leurs émotions en abordant des sujets en lien ou non avec leurs problèmes d’addiction – le tout dans un cadre de discussion ritualisé qui ne prédéfinit pas le sens qu’il convient de donner à leur démarche de soin –, participe effectivement de la « liberté » de parole et d’acte offerte à chacun des membres de ce groupe.

Une réappropriation du cadre de l’échange

Durant cette première séance, j’ai également pu observer les marges de manœuvre que pouvaient s’octroyer les participants par rapport au cadre de la discussion et aux thématiques proposées par le personnel soignant. Tout à la fois ils respectaient les consignes données pour chaque tour de table et, en même temps, ils construisaient leurs réponses à leur manière, en fonction de ce qu’ils voulaient dire mais aussi des circonstances liées à leurs prises de parole. Ce fut le cas, par exemple, lors du deuxième tour de table consacré à la « tempête émotionnelle » qu’ils avaient traversée lors de la séance précédente. À travers cette thématique formulée par le psychiatre, il s’agissait en fait de revenir sur un sentiment de colère ayant été exprimé à ce moment-là par les deux membres du groupe présents concernant des problèmes *a priori* sans lien avec leur addiction au jeu. L’homme évoque alors une dispute familiale liée à la prise en charge d’un parent dépendant, ce qui aurait provoqué chez lui une certaine exaspération, tout en précisant que sa colère avait fini par s’estomper avec le temps : « Ça peut toujours revenir mais c’est fini. Après, pour aller plus loin, il faudrait que je puisse expliquer [ce qui s’est passé], mais là c’est compliqué », ajoute-t-il, tout en nous donnant finalement quelques éléments d’explication. Après l’avoir laissé finir son propos, le psychiatre lui rappelle en effet que le suivi individuel dont il bénéficie au sein de l’institution est mieux adapté pour approfondir un tel sujet.

Pour autant, c’est bien vers la recherche des causes ou des raisons pouvant expliquer leurs difficultés respectives que s’orientent successivement les propos des deux membres présents. Or, pour ce faire, la femme va prendre l’initiative de revenir sur sa trajectoire biographique à l’intérieur du jeu, s’écartant ainsi de la thématique préalablement définie par le psychiatre : « Mon conflit avec ma sœur est lié à mes dettes de jeu », explique-t-elle avant de retracer l’histoire de son parcours en tant que joueuse pour remettre ensuite en contexte cette discorde familiale à l’origine du sentiment de colère qu’elle avait également exprimé lors de la dernière séance. Outre la volonté de contextualiser son propos pour donner du sens à sa colère, ce détour narratif se justifiait sans doute aussi par sa présence et celle de l’assistante sociale – qu’elle n’avait pas rencontrée jusqu’alors –, comme si elle souhaitait profiter de l’occasion pour se présenter à nous. Pour autant, après nous avoir brièvement raconté ses déboires avec le jeu, elle finit par reprendre le fil de la discussion, à savoir cette « tempête émotionnelle » dont les causes pouvaient paraître éloignées du jeu mais qui en réalité ne l’étaient pas vraiment : « Les problèmes des joueurs touchent leurs proches qui ensuite vous les renvoient à la figure », conclut-elle, en généralisant son propos.

Ce qui est intéressant dans cette séquence, au-delà de la marge de manœuvre qu’ont utilisé ces deux participants par rapport au cadre fixé par le personnel soignant, c’est la façon dont l’un et l’autre se sont en quelque sorte « donnés le mot » (sans se le dire) pour nous présenter leur parcours biographique à l’intérieur comme à l’extérieur du jeu, faisant d’ailleurs régulièrement des liens entre leurs trajectoires respectives – une tendance à la comparaison que j’ai constatée dans tous les groupes de parole que j’ai pu observer. En revanche, ce qui fait peut-être la particularité des récits de vie des membres du groupe de Marmottan – par rapport au groupe inspiré des GA –, c’est à la fois cette volonté de chercher les causes de leurs difficultés au-delà de leurs problèmes d’addiction au jeu (conformément au principe du « triangle d’Olievenstein ») et leur capacité à structurer leur narration en lien avec des questions, des thématiques ou des notions prédéfinies par le personnel soignant. Ici, par exemple, la question des émotions et sa métaphore météorologique est d’abord détournée, notamment pour s’adapter aux circonstances de la venue d’un observateur extérieur et d’une nouvelle assistante sociale, mais elle est finalement reprise pour boucler le propos, comme si elle fixait malgré tout la trame à l’intérieur de laquelle pouvait se construire leur récit.

C’est d’ailleurs toujours autour de cette question des émotions – dont on sait qu’elles jouent un rôle central dans le développement des problèmes d’addiction au jeu (Moutier, 2015) – que le psychiatre va ensuite relancer la discussion, en demandant aux membres de distinguer ce qui relèverait, selon eux, d’une « émotion primaire » et d’une « émotion secondaire », sous laquelle pourrait potentiellement se nicher la première. Après réflexion, la colère qu’ils avaient tous deux ressentie lors de la précédente séance leur est effectivement apparue comme une « émotion secondaire » qui masquait de la « tristesse » et du « désespoir », pour l’une, de la « violence » et de l’« impulsivité », pour l’autre. Une colère « secondaire » que le psychiatre interprète alors de façon plutôt positive, puisqu’elle permettrait, selon lui, de « mettre en mouvement » des émotions plus profondes. On voit ici

¹² En effet, les AA et les GA (comme d’autres groupes d’Anonymes) ont en commun une prière traduite en ces termes par les membres du groupe que j’avais suivi à l’époque : « 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 » (Fascicule des JA BXL). Sans faire l’exégèse de ce texte, notons qu’il invite moins à l’émancipation qu’à une forme de sagesse spirituelle (pour ne pas dire religieuse) basée sur l’acceptation, la réconciliation et la transformation de soi (Venuleo & Marinaci, 2017 ; Brody, 2021).

comment le discours du personnel soignant et en particulier celui du psychiatre en charge de l'animation du groupe, vient cadrer non seulement les récits des participants mais aussi l'interprétation qu'ils peuvent faire de certains événements se déroulant dans leur vie et qui les affectent « ici et maintenant », y compris lorsqu'ils ne semblent pas immédiatement reliés à leurs problèmes d'addiction aux jeux d'argent.

Un questionnement élargi au contexte

Ce fut aussi le cas lorsqu'il s'est agi d'aborder, sous l'impulsion du psychiatre et de l'assistante sociale, la manière dont les participants avaient vécu la période des confinements liés à l'épidémie de COVID-19. Présenté comme un « premier bilan », le tour de parole consistait alors à évoquer non seulement les « difficultés » mais aussi les « aspects positifs » de cette période. Une question volontairement paradoxale et ouverte à l'interprétation, qui donnait aux participants l'occasion d'évaluer l'impact de la crise sanitaire sur leur conduite addictive. En tout cas, c'est ainsi qu'elle fut interprétée. En effet, les mesures de confinement décidées par le gouvernement ayant entraîné la fermeture de certains établissements de jeux (comme les casinos) ainsi que l'arrêt des compétitions sportives et des courses hippiques (supports de paris en ligne), l'un des deux membres a notamment évoqué un « effet protecteur » lié à cette moindre exposition à l'offre de jeu (cf. ANJ, 2021), du moins de son point de vue. Cela étant, les deux participants ont surtout souligné les difficultés rencontrées durant cette période, notamment en lien avec la suspension des réunions du groupe, mais plus largement du fait des restrictions sanitaires encore en cours : « Je mettais des choses en place pour me soigner, et là tout s'arrête, au pire moment, donc je suis très en colère, parfois cela me rend violent, c'est comme une sorte de tsunami intérieur », s'emporte le premier ; « Chez moi, cela provoque des angoisses terribles, que j'ai du mal à gérer, je suis dans un état de sidération, au point que j'ai parfois peur de lâcher l'affaire », s'inquiète la seconde.

Malgré la colère, l'angoisse et la sidération générées par la situation, on notera que ces patients furent tout de même capables de mettre des mots sur ce qu'ils ressentait, comme le psychiatre les y avait invités. En revanche, l'expression de ces émotions encore très vives a progressivement entraîné les participants vers des considérations plus politiques pouvant *a priori* s'écarter de la question. Ainsi, la seconde participante n'hésita pas à formuler des griefs contre l'arbitraire des mesures sanitaires imposées par le gouvernement (« je m'insurge contre les règles incohérentes qu'ils nous imposent »), en précisant d'ailleurs qu'il s'agit là d'un autre sujet de discorde avec sa famille. Notons alors que la critique de ce qu'elle percevait comme une atteinte à ses libertés la conduisit à faire à nouveau le lien avec la question de son addiction au jeu : « J'essaie de garder la tête hors de l'eau, pour retrouver mon autonomie financière, pour récupérer ma liberté. Je ne me bats pas contre le jeu mais pour récupérer ma liberté, ce qui est impossible en ce moment », ajoute-t-elle, en suggérant que les mesures du gouvernement ne l'empêchent pas de jouer (puisqu'elle dit s'adonner aux casinos en ligne, malgré leur interdiction sur le territoire français) mais de s'épanouir dans sa démarche d'émancipation.

Ce qui ressort de cette séquence, toujours par comparaison avec les échanges observés au sein du groupe d'entraide de mon enquête précédente, c'est bien cette

quête de liberté qui, pour la patiente concernée, vise à reprendre le contrôle de son existence, ici face à un contexte qui n'impacte pas seulement sa pratique des jeux d'argent. Une perspective d'émancipation qui s'écarte clairement de la démarche des GA, puisque le « parcours de rétablissement » de ces derniers consiste, au contraire, à reconnaître leur « impuissance » face au jeu et aux (autres) « choses [qu'ils ne peuvent] changer » (y compris sur le plan politique), pour pouvoir assumer pleinement la responsabilité de leur abstinence, ce qui les amène bien souvent à éluder ce qui ne relève pas de leur responsabilité individuelle (Brody, 2021). Certes, les membres du groupe de Marmottan ont également tendance à se responsabiliser voire se culpabiliser pour les « erreurs » qu'ils ont pu commettre, mais leur démarche suppose de s'émanciper des forces qui pèsent sur leur conduite, ici à travers l'expression d'une colère que chacun cherche à transformer en « mouvement », pour reprendre les termes du psychiatre. En tout cas, si la colère des deux participants était encore perceptible un mois après la « tempête émotionnelle » de la précédente séance, le fait d'avoir pu l'exprimer au sein du groupe semble au moins avoir eu pour effet de les en soulager : « ça fait énormément de bien [d'en parler], comme ça j'apprends à vivre avec mes émotions », dira notamment la patiente en question lors de l'ultime tour de table.

Un recentrement sur les émotions

Après une heure et demie d'échange, vient donc le moment du dernier tour de table, consistant à refaire le point sur la « météo émotionnelle » des participants, le but étant justement de voir « ce qui a bougé » entre le début et la fin de la réunion, toujours selon les termes du psychiatre. Seulement, étant donné la forte charge émotionnelle des propos tenus tout au long de la séance, ce dernier nous proposa d'abord une « petite respiration », au sens propre comme au figuré. Ainsi, avant de lancer ce dernier tour de table, il nous invita littéralement à « souffler » (comme une sorte d'exercice de relaxation), ce que nous fîmes tous ensemble, moi y compris. Une respiration qui n'a pas seulement permis aux participants de se « recentrer sur [leurs] émotions » en vue du dernier tour de table, mais aussi de les partager collectivement¹³. Tel était aussi le but de cette nouvelle « météo émotionnelle » proposée ensuite aux membres pour clore la réunion, un rituel thérapeutique auquel les patients se sont volontiers pliés, même s'ils auraient visiblement aimé poursuivre la discussion. Le premier évoque d'ailleurs sa frustration de ne pas pouvoir prolonger la réunion (« j'aurais envie de continuer »), quand la seconde insiste sur le soulagement que provoque chez elle le fait d'avoir pu exprimer sa colère (« je suis toujours tendue mais soulagée »). Puis, l'un et l'autre soulignent le « plaisir » que leur procure le fait de « retrouver le groupe », de « pouvoir exprimer ses émotions sans être jugé » et, selon leurs propres termes, d'assouvir ce « besoin de lien » qui les rassemble.

Comme le suggère l'anthropologue Sylvie Fainzang (1996) à propos des groupes d'anciens alcooliques, l'« efficacité » d'un groupe de parole dépendrait notamment de sa capacité à restaurer ce lien qui fait défaut à ses membres en créant entre eux une « relation symbiotique » résultant de l'expression de leurs difficultés

¹³ Une séquence qui n'est d'ailleurs pas sans rappeler la « prière de la sérénité » parfois effectuée par les GA au terme de leurs réunions.

communes. Or, comme j'ai pu moi-même le constater lors de mes enquêtes précédentes, le plaisir suscité par cette symbiose semble parfois se substituer à la dépendance que les joueurs « addicts » entretiennent avec leur jeu (cf. Brody, 2021, 2022). Autrement dit, ils risqueraient effectivement de devenir dépendants du groupe lui-même. Sur ce point, mes observations au sein du groupe de Marmottan tendraient à montrer que ce dernier propose une alternative à cet écueil, en s'appuyant sur des principes d'émancipation qui fixent le cadre des échanges et tracent des perspectives de rétablissement que les participants peuvent s'appropriier plus ou moins librement. Reste à savoir si ce cadre qui se veut ouvert à la libre expression de ses membres est suffisamment « efficace » (au moins sur le plan sociologique) pour réaffilier les personnes concernées. C'est du moins ce que semble indiquer l'entretien que j'ai mené avec la patiente présente lors de cette réunion.

Un entretien par récit de vie

Pour finir, examinons donc plusieurs extraits d'un entretien que j'ai réalisé quelques semaines après cette première séance, afin de saisir le point de vue de cette participante. Sans détailler sa trajectoire biographique, je précise que son parcours de soin l'a conduite à consulter successivement plusieurs centres spécialisés en addictologie et à intégrer différents groupes de parole avant de rejoindre celui de Marmottan. Voici par exemple la façon dont elle parle d'un autre groupe – proche du fonctionnement des GA –, qu'elle avait rallié en 2011 après avoir connu des problèmes d'endettement liés à sa pratique du jeu :

Pour moi, c'était vraiment un soulagement total d'être dans un environnement où il y avait des personnes qui me ressemblaient, qui avaient le même comportement que moi. Je me sentais dans mon élément parce que je pouvais exprimer ce que je ressentais. [...] Il y avait plusieurs profils, des personnes qui exposaient leur rapport au jeu et là où elles en étaient. Je me souviens de la toute première séance à laquelle j'ai participé, je me suis sentie comme flotter sur un nuage, parce que c'était la toute première fois, depuis que je souffrais de ça, que j'avais un espace dédié pour pouvoir en parler... Déjà, entendre des personnes qui avaient les mêmes mots, la même façon de s'exprimer, la même détresse devant l'impuissance et la perte de contrôle, je buvais du petit lait, j'avais l'impression d'être dans mon élément, de pouvoir enfin parler sans filtre, et sans être jugée. Ça c'était ma toute première impression. [...] Mais surtout ce que j'adore, c'est écouter les autres, voir ce qui entre en résonance avec moi et dans quoi je me retrouve. Parce qu'on a beau être tous des joueurs, on ne vit pas les choses de la même manière. Je me suis alors rendue compte que je vivais mon addiction dans la clandestinité, avec beaucoup de tabous, très peu de possibilités d'en parler à l'extérieur, et aussi avec beaucoup de honte, de gêne et de culpabilité.

On retrouve dans ce passage l'expression d'un « soulagement » lié au fait de se regrouper avec des personnes ayant en commun les mêmes problèmes d'addiction au jeu. Malgré la diversité des profils des membres du groupe en question, notre interlocutrice souligne ainsi la satisfaction que lui procure cette sorte de « résonance » qui la rapproche de ses semblables (« je me suis sentie comme flotter sur un nuage »), comme si le sentiment d'entre-soi la libérait du jugement d'autrui et de la stigmatisation qui en résulte. C'est pourquoi elle insiste aussi sur le plaisir d'écouter les autres raconter leur propre

histoire, l'usage de la comparaison lui ayant visiblement permis de mieux cerner la manière dont elle vivait sa propre addiction. Tout se passe alors comme si la « honte », la « gêne » et la « culpabilité » dont elle prenait alors conscience, pouvaient se dissiper grâce aux échos de cette parole collective.

Ayant finalement quitté ce groupe pour des raisons géographiques, elle consulta ensuite différentes structures de soins, puis se tourna vers l'hôpital Marmottan, dont l'atmosphère particulière l'aurait progressivement séduite, comme elle le raconte dans l'extrait suivant :

Les patients qui courent dans les escaliers, qui s'assoient en tailleur sur leur chaise, qui cherchent des salles [pour s'installer], c'est complètement un autre univers. [...] Et puis, c'est une équipe, on peut parler à beaucoup de personnes. [...] [Au sein du groupe de parole] c'est un psychiatre et [une assistante sociale], mais dans les couloirs, il y a les personnes à l'accueil, avec qui on peut échanger, il y a [un éducateur], avec qui j'ai eu des séances de Shiatsu, pour libérer les énergies. J'ai pu, à un moment donné, m'entretenir avec une psychologue [...], avec qui je faisais du yoga. Il y a l'assistante sociale [...], avec qui j'ai pas mal travaillé. Là c'est une autre assistante sociale qui vient d'arriver, je n'ai pas encore eu l'occasion de travailler avec elle... Mais il y a une multiplicité de personnes que je peux consulter à tout moment, quasiment, y compris des soignants que je ne connais pas mais que je vais rencontrer dans les couloirs. [...] En fait, on a vraiment des connexions avec beaucoup de personnes, à Marmottan. [...] Donc c'est vraiment un spectre large de soignants, avec différentes spécialités, qui crée une sorte de filet de sécurité. Je n'ai jamais connu ça ailleurs. [...] Il n'y a pas de blouses blanches, et le tutoiement, c'est pareil, je n'avais jamais connu ça ailleurs. [...] Au départ ça m'a un peu déroutée parce que je n'étais pas du tout habituée. Mais maintenant ça me convient très bien. J'y suis bien. Mon rêve, mon objectif, c'est un jour de ne plus en avoir besoin, bien sûr, c'est l'idée, mais je m'y retrouve bien.

Outre l'ambiance particulière et inhabituelle qui règne dans cet hôpital, ce sont surtout ces multiples « connexions » avec un personnel soignant aux « spécialités » diverses qui semblent plaire à cette patiente, comme si elle avait « besoin » de ces liens pour se sentir rassurée, sécurisée, accompagnée dans sa démarche de soin. Pour autant, malgré le « filet de sécurité » tissé par ces liens et la démarche thérapeutique entreprise dans cette institution, elle se fixe explicitement comme « objectif » d'être capable « un jour » de s'en passer, visiblement consciente de la dépendance que ce besoin d'aide peut générer chez elle. Conformément aux principes de l'institution et aux propos tenus au sein du groupe, elle perçoit donc sa démarche de soin comme une quête de liberté, Marmottan n'étant dans l'absolu qu'une étape vers l'émancipation.

Voici maintenant comment elle parle plus spécifiquement du groupe de parole auquel elle adhère désormais depuis près de trois ans :

C'est vraiment l'échange d'une parole... je dirais libérée... pour chaque membre du groupe. Au départ, peut-être pour certaines personnes, elle est retenue mais petit à petit, quand on fréquente le groupe, on se libère. [...] Ce qui est très compliqué, pour moi, c'est la densité de ce que j'aurais à dire. J'ai parfois du mal à hiérarchiser et à faire un rendu un petit peu structuré. C'est ça qui est le plus difficile parce qu'il y a plein d'émotions, plein de souvenirs, plein d'éléments qui se percutent, donc ce n'est pas toujours facile d'être structurée. Mais ce que m'apporte le groupe, c'est de pouvoir écouter, parler et

voir dans quelle parole je me retrouve, comparer... chacun se livre par rapport à où il en est, par rapport à ses problématiques personnelles. [...] Au niveau du fonctionnement, l'organisation, ce qui est très appréciable c'est que c'est toujours très posé, cadré, et c'est la grosse différence avec des groupes comme les Alcooliques Anonymes ou autres, où tout est fait par des personnes lambda. Là, c'est dans un cadre médical, il y a [le] psychiatre et l'assistante sociale [...], mais parfois il y a d'autres personnes, des psychologues, des psychiatres, des médecins et autres. Donc déjà, d'un point de vue organisation, c'est très structuré, ça ne peut pas partir dans tous les sens. Ça, c'est très appréciable. Et il y a une régulation de la parole, qui est médicale en fait. [...] Au niveau des thèmes, ça tourne toujours, je pense, autour de l'émotionnel. À quel stade on se trouve, quelles sont les émotions associées et comment on navigue dans notre propre parcours. [...] On reformule, on approfondit, on requalifie les termes... C'est comme ça que je le perçois [...]. C'est structuré et c'est reformulé, c'est ça aussi qui est intéressant. Contrairement aux Alcooliques Anonymes, on est incité à reformuler, ou le thérapeute reformule, pose des questions pour vérifier que ce qu'on dit, c'est bien ce qu'on souhaitait dire. On est guidés, ce n'est pas juste un groupe où on parlote. On n'est pas dirigés mais c'est cadré et il y a un filet médical. [...] Donc c'est structuré, mais dans le bon sens du terme.

On soulignera, dans les propos de cette patiente, la valorisation du cadre médical posé par l'institution et la confiance que celui-ci lui procure, alors même qu'elle soulignait par ailleurs l'ambiance « décontractée » qui règne à Marmottan et la non-directivité de l'animation de son groupe de parole : « On n'est pas dirigés mais c'est cadré et il y a un filet médical », précise-t-elle d'ailleurs à la fin de son propos, comme pour expliquer ce paradoxe. À ce titre, la métaphore de « filet », qui revient à plusieurs reprises, semble particulièrement éclairante. Elle suggère d'abord un maillage de liens qui protège la patiente de son addiction, mais aussi un cadrillage qui permet de « réguler » la parole des participants – y compris la sienne –, pour éviter la « parlote » ou un éventuel trop « plein d'émotions »¹⁴. Outre les « reformulations », les « approfondissements » et les « requalifications » qui lui permettent de (re)construire son récit de vie, le groupe de Marmottan lui apporte donc ce « filet médical » qui, à la fois, l'enveloppe et la sécurise. Un filet qui n'est pas censé retenir celles et ceux qui sont pris entre ses mailles (même si la métaphore est sans doute porteuse d'une certaine ambivalence) mais qui leur donnerait, au contraire, les moyens d'expérimenter une vie plus libre sans avoir à en craindre les conséquences. En tout cas, le cadre thérapeutique proposé au sein de ce groupe de parole semble susciter chez cette patiente une forme d'adhésion suffisamment forte pour qu'elle s'y inscrive dans la durée. Or, contrairement aux Alcooliques Anonymes qu'elle évoque par comparaison (mais cela vaudrait aussi pour les GA), il ne s'agit pas seulement pour elle d'adhérer à un groupe animé par des « personnes lambda » (malgré les savoirs expérientiels dont elles disposent) mais à un dispositif médical dont le fonctionnement assure le bon déroulement des échanges, tout en offrant une certaine marge de liberté aux participants afin qu'ils puissent individuellement et collectivement se l'approprier.

Conclusion

L'enquête de terrain par observation et entretien que j'ai menée durant plus d'un an au sein de ce groupe de parole met en évidence l'enjeu que représente la restauration d'un lien entre des personnes pouvant se retrouver isolées du fait de leurs problèmes d'addiction au jeu : « La solution c'est la relation à l'autre, c'est comme ça qu'on s'en sort », témoigne encore l'un des membres du groupe de Marmottan. Dans le contexte de ce groupe à vocation thérapeutique, c'est surtout par le partage des émotions que ce lien semble se nouer, ce qui suppose à la fois la définition d'un cadre de discussion suffisamment ouvert et protecteur pour que la parole puisse s'exprimer le plus librement possible – ce dont s'assure le personnel soignant qui se charge d'introduire les thématiques abordées, de relancer les participants et de proposer des reformulations – mais aussi une forme de ritualisation qui contribue à créer une adhésion relativement forte de la part des membres. Pour autant, l'efficacité du groupe (qu'elle soit sociologique ou thérapeutique) réside aussi dans leur capacité à s'approprier le dispositif, que ce soit en trouvant des marges de manœuvre pour adapter le cadre de discussion à leur propos et aux circonstances de leurs prises de parole, ou en cherchant des résonnances dans le discours des autres membres. Telle est, en effet, l'une des conditions pour que les participants s'investissent pleinement au sein du groupe et puissent éventuellement tirer profit de ces échanges pour donner du sens à leurs trajectoires respectives en tant que joueurs, ainsi qu'à leur démarche de soin à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital.

Ajoutons, à ce titre, que pour que ce dispositif soit profitable à ses membres, il faut sans doute qu'il s'inscrive dans une institution dont les principes sont clairement établis aux yeux de tous, comme c'est visiblement le cas de la « démocratie psychique » ou du « triangle d'Olievenstein » auxquels se réfère l'hôpital Marmottan. Nous avons effectivement pu constater de manière empirique que ces deux principes ne sont pas des concepts abstraits mais des repères institutionnels suffisamment puissants pour structurer les échanges à l'intérieur du groupe. S'ils peuvent évidemment être discutés voire critiqués sur le plan théorique (ce qui n'était pas le but de cet article), ils contribuent visiblement à instituer un cadre dont les participants semblent avoir besoin pour s'engager dans une démarche de soin, qu'elle soit collective ou plus individuelle, leur permettant d'aborder certains sujets en lien ou non avec leurs problèmes d'addiction aux jeux d'argent. Un cadre institutionnel et thérapeutique qui se veut donc « intégratif », non seulement parce qu'il articule différentes approches adaptées aux besoins des patients, mais parce qu'il leur permet d'adhérer à un collectif – dont le groupe n'est qu'un des maillons de la chaîne – censé leur permettre de renouer avec le monde qui les entoure.

Pour conclure, je pointerai cependant l'une des limites de cette réflexion sociologique menée autour de ce que l'on pourrait appeler une « réaffiliation groupale »¹⁵, en partant de l'hypothèse selon laquelle « le groupe permet d'obtenir une resocialisation minimale, dimension non négligeable pour les patients qui ont une vie

¹⁴ En termes psychanalytiques, on pourrait dire que c'est une « enveloppe psychique groupale » contre « l'intensité et la violence des affects qui s'y déploient et y circulent » (Rouchon et al., 2010).

¹⁵ En sociologie, le terme affiliation désigne « le rattachement ou l'appartenance d'un sujet à un groupe, ou d'un groupe à une unité plus vaste » (Bézille, 2010, 126). Dans le cas précis, il s'agirait de rattacher le sujet à un groupe qui lui-même s'inscrit dans une institution plus vaste, dont le but ultime est de réaffilier ses membres à la société.

sociale particulièrement restreinte » (Rouchon et al., 2010). Pour confirmer une telle hypothèse dans le contexte de mon enquête, il faudrait notamment pouvoir approfondir l'analyse de la « carrière déviante » (Becker, 1985) des personnes concernées afin de mieux saisir la place que le groupe occupe dans leur trajectoire biographique, comme j'avais tenté de faire à partir du récit de vie d'un membre du groupe d'entraide inspiré des GA que j'avais suivi par ailleurs (Brody, 2022). Or, si j'ai retranscrit ici quelques extraits d'un entretien réalisé avec l'une des participantes du groupe de Marmottan, les analyses (nécessairement lacunaires) que j'en ai tirées ne permettent pas de réinscrire son propos dans la trame narrative de sa carrière en tant que joueuse. Pour autant, les extraits proposés montrent assez nettement l'existence d'un travail de restructuration de son récit biographique, comme si sa réaffiliation au groupe l'avait aidée à donner du sens à son histoire, en apprenant progressivement à la « reformuler » pour pouvoir *in fine* la partager avec ses semblables. À cet égard, l'expression des émotions associées à une histoire de vie souvent tragique (cf. Brody, 2022) relève visiblement d'un apprentissage laborieux et éprouvant – au point de nécessiter quelques respirations – mais il paraît essentiel pour entrer à nouveau en relation avec autrui sans pour autant dépendre des liens affectifs qui font aussi le jeu de la vie sociale.

Références

- Amadiou T. (2020). La fabrique de l'addiction aux jeux d'argent. Clamecy : Le Bord de l'Eau.
- ANJ (2021). Jeux d'argent et confinement : pas de bouleversements mais des pratiques problématiques pour une minorité de nouveaux joueurs. <https://anj.fr/jeux-dargent-et-confinement-etude>.
- ANPAA (2021). Groupe à visée thérapeutique : addictologie ambulatoire. Guide repère. <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Guide-reperes-Groupes-therapeutiques.pdf>.
- APA (2013). DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington : American Psychiatric Association.
- Avery L. & Davis D.R. (2008). Women's recovery from compulsive gambling: Formal and informal supports. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 8(2), 171-191. <https://doi.org/10.1080/15332560802156919>.
- Beaud S. & Weber F. (2003). Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques. Paris : La Découverte
- Becker H. (1985). *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.
- Bertaux D. (2006). *L'enquête et ses méthodes : le récit de vie*. Paris : Armand Colin.
- Bézille, H. (2010). Formation du sujet, apprentissages et dynamique des affiliations : éducation et francophonie. 38(1), 123–137. <https://doi.org/10.7202/039983ar>.
- Blaise M. & Rossé E. (2011). Monsieur Drogue. Claude Olievenstein, trente ans d'interventions médiatiques. *Psychotropes*. 17(1), 57-82. <https://doi.org/10.3917/psyt.171.0057>.
- Brody A. & Billieux J. (2020). Addiction au jeu : réalité médicale ou pathologisation des pratiques ludiques ? *Sciences du jeu*. 13. <https://doi.org/10.4000/sdj.2776>.
- Brody A. (2024). Des joueurs sous écrou : enquêtes sur les problématiques liées à la pratique des jeux d'argent en population carcérale. *Revue Générale*. 4, 111-118. <https://pul.uclouvain.be/book/?gcoi=29303100394830>.
- Brody, A. (2022). Devenir « joueur compulsif » : analyse sociologique du récit de vie d'un membre des Joueurs Anonymes. *Sciences sociales et santé*. 40(2), 71-94. <https://doi.org/10.1684/ss.2022.0227>
- Brody A. (2021). Apprendre ensemble à jouer ou à s'abstenir de jouer : enquêtes de terrain auprès de deux communautés de joueurs que tout oppose. *Interrogations*. <https://www.revue-interrogations.org/Apprendre-ensemble-a-jouer-ou-a-s,708>.
- Bourdin E. (2025). Analyse critique des dominations du dispositif de prévention de l'addiction aux Jeux d'Argent et de Hasard en France. Thèse de doctorat. Université Paris 8.
- Castellani B. (2000). *Pathological Gambling: The Making of a Medical Problem*. Albany : University of New York Press.
- Delourme A. (2003). La souplesse du cadre. *Gestalt*. 25(2), 29-47. <https://doi.org/10.3917/gest.025.0029>.
- Dos Santos M. (2017). S'engager en tant que pairs au sein d'une structure pour usagers de drogues: la place des savoirs expérientiels. *Vie sociale*. 20(4), 223-238. <https://doi.org/10.3917/vsoc.174.0223>.
- Ehrenberg A. (2004). Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale Point de vue. *Revue française des affaires sociales*. 77-88. <https://doi.org/10.3917/rfas.041.0077>.
- Ehrenberg A. (2018). La mécanique des passions : Cerveau, comportement, société. Paris : Odile Jacob.
- Fainzang S. (1996). *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*. Paris : Puf.
- Ferentzy P. & Skinner W. (2003). Gamblers Anonymous: a critical review of the literature. *Journal of Gambling Issues*. 8, 1 29. <https://doi.org/10.4309/jgi.2003.9.9>.
- Fortané N. (2010). La carrière des « addictions » D'un concept médical à une catégorie d'action publique. *Genèses*. 78(1), 5-24. <https://doi.org/10.3917/gen.078.0005>.
- Gendron, A., Dufour, M., Brunelle, N. & Leclerc, D. (2010). Tour d'horizon sur les principales approches de traitement du jeu pathologique chez les adultes et les adolescents. *Drogues, santé et société*. 9(1), 37–76. <https://doi.org/10.7202/044869ar>.
- Jaufret-Roustide M. (2010). L'auto-support des usagers de drogues : concepts et application. *Rhizome*. 40. https://orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/rhizome_40_4_jaufret_roustide.pdf
- Lave J. & Wenger E. (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. New York : Cambridge University Press.
- Minet S. (2011). Ne dites pas à mon fils que je joue : une logique de dépendance. *Racine*.
- Moutier S. (2015). Le rôle des émotions dans les jeux de hasard et d'argent : développement typique et atypique des capacités de prise de décision. *Psychotropes*. 21(2), 9-21. <https://doi.org/10.3917/psyt.212.0009>.
- OFDT (2018). Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016 : situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document_3771_doc_num_explnum_id-32155-.pdf.

- OFDT (2020). Les Français et les jeux d'argent et de hasard : résultats du Baromètre de Santé publique France 2019. Tendances, 138. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document_3518_doc_num_explnum_d-30777.pdf.
- OFDT (2024). Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2021. Notes. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2024-05/ofdt_issxsv2e2.pdf.
- Olievenstein C. (1988). Le Non-dit des émotions. Paris : Odile Jacob.
- Rancière J. (2014). Le Maître ignorant : cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle. Paris : Fayard
- Rogers J., Landon J., Sharman S. & Roberts A. (2020). Anonymous Women? A Scoping Review of the Experiences of Women in Gamblers Anonymous. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 18, 1008-1024. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00101-5>.
- Rosecrance J. (1985). Compulsive gambling and the medicalization of deviance. *Social problems*. 32, 275-284. <https://doi.org/10.2307/800687>.
- Rouchon J.-F., Cédric F., Levy K., Reyre A., Taïeb O., T. B. & Moro M.-R. (2010). Expériences de vie et de mort des groupes thérapeutiques dans un centre de soins pour patients toxicomanes. *Psychotropes*. 16(3), 89-106. <https://doi.org/10.3917/psyt.163.0089>.
- Rouzel J. (2018). Ce que parler veut dire. L'animation de groupes de parole. *VST - Vie sociale et traitements*. 140(4), 39-47. <https://doi.org/10.3917/vst.140.0039>.
- Rozaire C., Guillou Landreat M., Grall-Bronnec M., Rocher B. & Vénisse J.-L. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ?. *Archives de politique criminelle*. 31(1), 9-23. <https://doi.org/10.3917/apc.031.0009>.
- Schuler A., Ferentzy P., Turner N.E., Skinner W., McIsaac K.E., Ziegler C.P. & Matheson Flora I. (2016). Gamblers Anonymous as a Recovery Pathway: A Scoping Review. *Journal of Gambling Studies*. 32, 1261-1278. <https://doi.org/doi:10.1007/s10899-016-9596-8>.
- Simmel G. (1991). Sociologie et épistémologie. Paris : PUF.
- Stewart R.M. & Brown R.I. (1988). An outcome study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry*. 152, 284-288. <https://doi.org/10.1192/bjp.152.2.284>.
- Straus B. (2006). Some words about comments: How direct interpersonal communication at Gamblers Anonymous meetings impacts GA members' therapy. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*. 1(3-4), 75-111. https://doi.org/10.1300/J384v01n03_06.
- Suissa A.J. (2005). Le jeu compulsif. Vérités et mensonges. Québec : Éditions Fides.
- Suissa A.-J. (2006). Jeux de hasard et d'argent en Amérique du Nord : repères et pratiques citoyennes en émergence. *Psychotropes*. 12(3), 211-227. <https://doi.org/10.3917/psyt.123.0211>
- Suissa A.J. (2009). Le monde des AA : alcooliques, gamblers, narcomanes. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Valleur M. & Bucher C. (1997). Le jeu pathologique. Paris : PUF.
- Valleur M. & Matysiak J.-C. (2006). Les addictions : panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge. Paris : Armand Colin.
- Varescon I. (2009). Les addictions comportementales : Aspects cliniques et psychopathologiques. Mardaga.
- Vénisse J.-L. (1997). Introduction. In Vénisse J.-L. & Bailly D. Addictions, quels soins ?. Paris : Masson.
- Venuleo C. & Marinaci T. (2017). The social construction of the pathological gambler's identity and its relationship with social adaptation: Narratives from members of Italian Gambling Anonymous and gam-anon family groups. *Journal of Gambling Issues*. 36, 138-163. <http://dx.doi.org/10.4309/jgi.2021.47.3>.

Généalogie de l'intoxication et politique de l'accoutumance. Nietzsche, une pensée de l'addiction

Vincent Mingarelli

Doctorant contractuel en philosophie au sein du Centre Gilles Gaston Granger (Université Aix-Marseille/CNRS)

Nous proposons de mettre en évidence l'existence d'une pensée de l'addiction au cœur de la philosophie nietzschéenne de la culture. Nous souhaitons montrer que la métaphore pharmacologique joue un rôle décisif dans l'élaboration de cette philosophie, puisque Nietzsche a systématiquement recours à une diversité de termes (« stimulant », « remède », « palliatif », « narcotique », « poison », etc.) pouvant se rapporter à la notion de « drogue » (par laquelle nous traduisons le grec « pharmakon ») pour penser les productions culturelles de l'homme, des religions aux arts en passant par les sciences ou les philosophies. Nous montrerons que cet usage de la métaphore pharmacologique permet à Nietzsche d'établir une généalogie toxicologique du malaise de l'homme moderne, celui-ci étant pris dans un processus d'addiction à une série de narcotiques devenus pour lui des conditions de vie. Or, ces narcotiques dont il est dépendant lui échappent progressivement dans le contexte historique du nihilisme, et c'est pourquoi nous montrerons que l'enjeu du nihilisme est celui de la désintoxication d'un « toxicomane » sous sevrage. Enfin, nous articulons ces analyses à une interprétation pharmacologique du versant réformateur de la philosophie de Nietzsche, en montrant que le projet d'un « renversement de toutes les valeurs » peut être compris comme une « politique de l'accoutumance » à de nouvelles drogues, fondée sur une posologie déterminée, et visant l'incorporation de nouvelles valeurs favorisant un épanouissement de la vie.

Mots-clés : culture, addiction, accoutumance, intoxication, pharmacologie, Nietzsche.

Introduction

« Oh, qui nous racontera toute l'histoire des narcotiques ! » (GS, §86). Pourquoi Nietzsche demande-t-il, à qui veut bien l'entendre, qu'on nous raconte *toute l'histoire des narcotiques* ? Cette interrogation constitue le point de départ de notre réflexion. On sait que Nietzsche, dans ses dernières années d'écriture, demande fréquemment le concours de chercheurs de toutes disciplines confondues afin de l'aider à établir — tâche trop lourde à assumer pour un seul homme — une histoire des morales, ou encore une histoire des jugements de valeur : on pense notamment à la « Remarque » ajoutée au paragraphe de clôture du premier traité de la *Généalogie de la morale*, où Nietzsche encourage les facultés de philosophie à « promouvoir les études d'*histoire de la morale* par une série de concours académiques » (GM, I, §17), ou encore au paragraphe d'ouverture de la cinquième section de *Par-delà bien et mal*, où Nietzsche invite l'ensemble de ses collègues à « préparer une *typologie* de la morale » (PBM, §186). Que

Nietzsche puisse espérer l'établissement d'une histoire ou d'une typologie de la morale n'étonnera personne. Mais pourquoi faudrait-il souhaiter une histoire ou une typologie des « narcotiques » ? Pourquoi sa philosophie réclame-t-elle une telle histoire ou une telle typologie ?

Chez Nietzsche, le recours aux termes issus du champ sémantique de la pharmacologie ou de la toxicologie relève, pour une très large part, du registre métaphorique. Il mobilise une diversité de notions associées au mot grec *pharmakon* (« remède », « palliatif », « narcotique », « poison », etc.) pour décrire métaphoriquement une morale, une religion, un art, une science, et pour en déterminer la valeur. Pour comprendre son usage du lexique pharmacologique, il faut rappeler pourquoi Nietzsche privilégie le langage métaphorique sur le langage conceptuel, dont la tradition philosophique avait fait son instrument. Ce choix déroutant est justifié philosophiquement : il procède de la radicalité du soupçon nietzschéen à l'égard du langage. Dans tout processus de traduction d'un affect

en une pensée, puis d'expression d'une pensée au moyen du langage, Nietzsche repère une multitude d'opérations d'altération, de distorsion, de falsification. Il y va toujours, dans toute procédure de signification, d'une logique du déplacement : le locuteur ou l'auteur, fût-il philosophe, produit nécessairement une série de déplacements de sens. Ainsi, c'est par souci de probité, d'honnêteté intellectuelle, que l'écriture nietzschéenne affirme un privilège du langage métaphorique sur celui du concept. Contrairement au langage conceptuel, dont les signifiants seraient susceptibles de renvoyer à un « en soi » des choses, ce que Nietzsche conteste évidemment, le langage métaphorique « introduit à la fois une logique de la multiplicité et une logique du déplacement : une logique qui fait du détour, du report, la condition même de la signification » (Wotling, 1995 : 43). Si tout langage, fût-il philosophique ou scientifique, constitue forcément l'aboutissement d'un processus « artistique » de déformation et de création de sens, l'écriture métaphorique, en tant qu'elle reconnaît procéder d'un tel processus de déplacement de sens et exiger du lecteur, en retour, une activité créatrice et interprétatrice, est honnête, probe : elle ne « ment » pas, comme l'écriture conceptuelle, qui prétend tendre vers « une correspondance univoque du signifiant et du signifié conceptuel » (Blondel, 1986 : 21).

Ce privilège du langage métaphorique, s'inscrivant à l'horizon de l'élaboration d'un « nouveau langage » (PBM, §4), exige du lecteur une discipline philologique sévère et soumet le commentateur à une exigence spécifique :

il est alors indispensable d'élucider le réseau métaphorique qui structure [le texte nietzschéen], c'est-à-dire de dégager le travail de signification qui est à l'œuvre dans ses métaphores, et plus encore de rendre raison de l'enchaînement et des renvois des grandes unités métaphoriques récurrentes (Wotling, 1995 : 43).

Notre étude s'inscrit précisément dans une telle démarche d'élucidation du réseau métaphorique qui structure l'œuvre de Nietzsche. En effet, nous soutenons que la pluralité de termes renvoyant au lexique pharmacologique forme une telle « grande unité métaphorique récurrente » du texte nietzschéen, dont l'analyse permet de mettre en évidence la singularité de la réflexion du philosophe allemand sur les rapports mutuels du corps à la culture, celle-ci constituant le cœur de sa démarche philosophique (Blondel, 1986). Aussi, l'hypothèse déterminant l'orientation de notre réflexion est la suivante : si les métaphores de la santé et de la maladie, ou de la guérison et de l'intoxication, constituent les instruments privilégiés par Nietzsche pour penser les dynamiques du corps, la métaphore pharmacologique est celle qu'il privilégie pour penser les artifices de la culture que sont les doctrines morales, philosophiques, scientifiques, ou encore les œuvres artistiques ou techniques. En nous appuyant sur cette hypothèse, nous chercherons à mettre en lumière l'existence d'une pensée de l'addiction, et plus largement d'une pensée de l'accoutumance aux drogues, au cœur de la philosophie nietzschéenne de la culture. Nous nous efforcerons d'en préciser la signification, en montrant que Nietzsche pense le processus historique de la culture, dans et par lequel la vie humaine se donne telle ou telle forme déterminée, comme un pro-

cessus d'accoutumance à certaines drogues¹ particulières, plus ou moins curatives, plus ou moins toxiques. C'est pourquoi toute typologie des cultures sera nécessairement une typologie des drogues : une pharmacologie. Nietzsche se donne ainsi la possibilité de dégager la signification du malaise de l'homme moderne, en montrant qu'il résulte d'un long processus d'addiction, s'accroissant au fil des générations, à des drogues dont les hommes crurent initialement qu'elles étaient des remèdes à leurs maux, mais qui se révélèrent n'être que des narcotiques et devinrent enfin des poisons. Ces analyses nous permettront d'interpréter la figure nietzschéenne de l'homme moderne comme un « toxicomane² » sous sevrage, brutalement dépossédé du narcotique auquel son corps est accoutumé et dont il est dépendant. Enfin, le mouvement de notre réflexion nous conduira à proposer une interprétation des conceptions éthique et politique de Nietzsche comme des programmes expérimentaux d'accoutumance à certaines drogues déterminées.

La métaphore pharmacologique

La problématique organisant la réflexion philosophique de Nietzsche est celle des rapports mutuels du corps, appréhendé selon l'hypothèse de la volonté de puissance, aux multiples artifices de la culture — et plus précisément, de la valeur de ces rapports du corps à la culture. Rappelons ici, pour l'intelligibilité de notre étude, que Nietzsche ne désigne pas par le concept de « corps » un substrat physique autonome, mais une pluralité articulée de forces en tension, une multiplicité conflictuelle d'instincts, de pulsions et d'affects, qui ne cesse de s'organiser et de se réorganiser au fil du processus d'individuation. Ce que nous appelons ici les « artifices » sont l'ensemble des productions « humaines, trop humaines » caractérisant une culture donnée et déterminées par des orientations axiologiques inconscientes : par des valeurs. Pour Nietzsche, l'histoire de la culture n'est autre que l'histoire des cycles d'extériorisations et d'incorporations de tels artifices et des valeurs qui les déterminent. Les artifices de la culture procèdent du corps, répondent aux besoins ou aux exigences d'une certaine complexion d'instincts, d'un certain type d'organisation pulsionnelle, et traduisent les valeurs qui constituent les conditions de vie de ce type de corps. En retour, les valeurs déterminant la production d'un artifice donné sont incorporées, « passent dans la vie du corps » de ceux qui vivent sous l'influence de cet artifice, « qui se trouvent placés sous leur charme et leur protection » (PBM, §61) : c'est le processus de l'incorporation, par lequel un artifice exerce une action transformatrice sur les corps. Ainsi, le corps produit la culture et est produit par elle en retour ; la culture est produite par le corps et produit le corps en retour.

Or, comme on sait, la métaphore médicale est déterminante dans l'analyse nietzschéenne des rapports

¹ Nous choisissons ici le mot « drogue » pour traduire la notion de *pharmakon*, mais nous entendons ce mot au sens du terme anglais « *drug* », traduisant aussi bien le « médicament », prescrit dans un cadre thérapeutique et accessible dans des « *drugstores* », que le produit constituant l'objet d'une intoxication et contre lequel le gouvernement américain mena une « *war on drugs* »

² Malgré sa connotation parfois péjorative dans la société actuelle, nous choisissons d'utiliser le terme « toxicomane » dans cet article, en référence à la figure littéraire du toxicomane, courante dans une certaine littérature du XIX^e siècle. On la retrouve notamment chez De Quincey ou chez Baudelaire, dont Nietzsche connaissait les textes sur les « paradis artificiels ».

mutuels du corps à la culture, c'est-à-dire des processus d'extériorisation par lesquels le corps produit la culture et d'incorporation par lesquels la culture produit le corps. Le philosophe allemand se présente comme un « médecin de la culture », analysant les artifices d'une culture donnée (telle doctrine morale, philosophique, scientifique, telle œuvre artistique ou technique) à l'aune du critère de la « santé » ou de la « réussite physiologique [*Wohlgerathenheit*] » dont ils témoignent. Le médecin de la culture déchiffre les maladies de la civilisation : il interprète les artifices de la culture comme des symptômes du corps, en les rapportant généalogiquement à des choix axiologiques longuement incorporés, et reconduit ces choix axiologiques aux instincts, plus ou moins sains, plus ou moins morbides, qui constituent leurs sources productrices. Pour l'intelligibilité de notre démonstration, il faut rappeler brièvement ce que Nietzsche entend exactement par « santé » et par « maladie ».

Nietzsche, on le sait, n'oppose nullement la santé et la maladie. Cherchant à surmonter le mode de pensée idéaliste et ses oppositions de valeurs absolues, il récuse l'idée d'une différence de nature entre la santé et la maladie, et affirme au contraire la solidarité fondamentale de ces deux termes. L'opposition entre la santé et de la maladie relève de la « superficialité », d'une interprétation idéaliste de la réalité : « La santé et la maladie ne sont pas deux modes différant essentiellement [...]. Il ne faut pas en faire des principes distincts [...]. Dans la réalité, il n'y a entre ces deux manières d'être que des différences de degré » (FP XIV, 14 [65]). Ainsi, pour Nietzsche, ces deux termes ne se trouvent pas dans un rapport d'opposition, mais de composition, puisque la maladie — ou plutôt, une certaine dose de maladie — est pensée comme une condition de la santé : « Je pose ici pour signes d'une vie pleine et florissante une série d'états psychologiques que l'on a coutume aujourd'hui de juger maladiés. Or, nous avons avec le temps perdu l'habitude de parler d'une opposition entre malade et sain : il s'agit de degrés » (FP XIV, 14 [119]). Ce que Nietzsche désigne sous le nom de « santé » ne correspond pas à un « état » de l'organisme tel qu'il serait préservé de tout phénomène pathologique. Cette représentation hygiéniste de la santé comme « pureté » relève d'un idéalisme morbide dont Nietzsche signale clairement le caractère « barbare » : ainsi se demande-t-il « si la volonté exclusive de santé [n'est] pas un préjugé, une lâcheté et peut-être un reste de barbarie et de mentalité arriérée des plus raffinées » (GS, §120). Affirmant au contraire que la santé ne peut se passer de la maladie, Nietzsche désigne sous ce terme la capacité de l'organisme à faire l'épreuve de la maladie et à la surmonter, c'est-à-dire à assumer, à affirmer et à dominer les éléments morbides qui le constituent : « Santé et état morbide : soyons prudents ! Le critère demeure l'efflorescence du corps, l'élan, le courage et la gaieté de l'esprit — mais naturellement aussi l'importance des éléments morbides qu'il peut assumer et surmonter — qu'il peut rendre sains » (FP XII, 2 [97]). La présence d'éléments morbides dans l'organisme constitue donc une condition d'une dynamique psychophysiologique relevant de la « santé », puisque celle-ci consiste en l'invention et la conquête, toujours précaire et jamais définitive, d'une « nouvelle santé » depuis l'expérience d'une affection pathologique.

En somme, ce que Nietzsche désigne sous le nom de « santé » correspond à une dynamique de guérison,

puisqu'elle implique une affection pathologique et une capacité du corps à assumer et surmonter cette affection en l'« interprétant », dira Nietzsche : en l'*assimilant*. La « santé », chez Nietzsche, correspond à une poussée et une affirmation d'un « instinct de guérison » (FP XIV, 14 [66]) au sein de l'organisme souffrant. Si le corps consiste en une pluralité articulée de tendances, on peut affirmer que les tendances « saines » de l'organisme, ne s'individuant que dans une relation conflictuelle à ses tendances « morbides », correspondent rigoureusement à cet « instinct de guérison ». Les tendances « saines » sont précisément celles qui cherchent à surmonter la douleur qui affecte l'organisme, à guérir des blessures en les interprétant ; au contraire, les tendances « morbides » de l'organisme réagissent à l'épreuve de la maladie en l'aggravant, en empirant les troubles psychophysiologiques qu'elle occasionne. On tient là les définitions respectives du corps « sain » et du corps « morbide » chez Nietzsche : tous deux sont affectés et blessés, sont impressionnés par des maux (puisque aucun corps vivant ne saurait faire l'économie de tels maux), mais le corps « sain », où les instincts de guérison sont suffisamment puissants pour dominer les instincts morbides, assume et surmonte ces maux, tandis que le corps où dominent les instincts morbides est incapable de guérir de ces maux, et cherche à tout prix les fuir, à les étourdir, à les anesthésier au moyen de narcotics — et, ce faisant, il tend généralement à intensifier ces maux, à aggraver la maladie, selon une logique de contagion ou d'intoxication qui définit ce que Nietzsche nommera la « décadence ».

Or, un « instinct de guérison », tel qu'il constitue la source d'une dynamique relevant de la « santé » ou, inversement, une tendance « morbide », constituant la source d'une dynamique « décadente », actualisent leur puissance au moyen d'instruments, de ce que Nietzsche décrit métaphoriquement comme des drogues. La philosophie nietzschéenne du corps « sain » ou « morbide » est indissociable d'une pensée des instruments de la guérison ou de l'intoxication que sont les artifices de la culture. Aussi, cette conception de la santé comme capacité à surmonter la maladie s'articule à l'enjeu pharmacologique des instruments de la guérison, comme en témoigne ce texte :

Indépendamment du fait que je suis un décadent, j'en suis également tout le contraire. La preuve, entre autres, en est pour moi que, contre les malaises, j'ai toujours choisi des remèdes indiqués [die rechten Mittel], alors que le décadent véritable choisit toujours des remèdes qui lui font du mal [nachtheiligen Mittel] (EH, Pourquoi je suis si sage, §2).

Dans ce texte issu d'*Ecce Homo*, Nietzsche se livre à une auto-analyse médicale, et donc pharmacologique. Conscient d'être constitué d'instincts morbides (c'est pourquoi il dit qu'il est « un décadent »), il soutient toutefois que ses instincts de guérison ont su s'affirmer et dominer leurs concurrents morbides (c'est pourquoi il dit être aussi « le contraire » d'un décadent) lorsqu'il était atteint de « malaises ». Or, comment démontre-t-il cette domination des instincts de guérison, c'est-à-dire des tendances « saines », sur leurs concurrents « morbides » ? En exposant le type de drogue auquel il eut recours pour affronter de tels « malaises » : Nietzsche distingue les « remèdes indiqués [die rechten Mittel] », qui constituent les instruments des instincts de guérison, vers lesquels son corps s'est tourné, des « remèdes qui [...] font du

mal [*nachtheiligen Mittel*] », c'est-à-dire qui aggravent le malaise, vers lesquels se tournerait le corps du « décadent véritable », c'est-à-dire le corps dominé par des instincts morbides, refusant d'assumer le malaise et incapable de le surmonter en l'interprétant.

Ainsi, l'homme « sain », celui dont le corps traduit la « réussite physiologique », « devine les remèdes contre les lésions » (EH, Pourquoi je suis si sage, §2) : son corps surmonte ses affections pathologiques, ses « lésions », au moyen d'instruments que sont les « remèdes ». Inversement, Nietzsche définit ainsi la décadence : « Types les plus généraux de la décadence : on choisit, en croyant choisir des remèdes, ce qui hâte l'épuisement » (FP XIV, 17 [6]). Mû par « le travail secret de l'instinct de la décadence » (EH, Pourquoi je suis si sage, §1), un tel corps réagit à l'épreuve du malaise en se tournant vers des drogues qui lui semblent constituer des remèdes, mais qui produiront l'effet de narcotiques ou de poisons, qui hâteront « l'épuisement », c'est-à-dire la « dégénérescence » de l'organisme. Une telle dynamique procède d'une domination des instincts morbides et, corrélativement, d'une « perte de l'instinct de guérison chez les affaiblis : de sorte qu'ils convoitent comme remède ce qui accélère leur ruine » (FP XIV, 14 [66]). Chez Nietzsche, la notion de « décadence » est synonyme d'intoxication : elle ne désigne nullement le corps souffrant comme tel, mais un certain type de réaction morbide du corps souffrant aux troubles dont il fait l'expérience. Or, ce processus de « décadence » s'effectue dans un rapport du corps à des instruments, des artifices (une religion, une morale, un art, etc.), pensés métaphoriquement comme des drogues.

En somme, pour Nietzsche, la métaphore pharmacologique permet d'appréhender l'ensemble des artifices de la culture, tels qu'ils procèdent de l'activité du corps et le transforment en retour : « La religion et l'art seulement comme remèdes [*Heilmittel*] » (FP HTH I, 19 [65]). Nietzsche se donne ainsi la possibilité de penser aussi bien une doctrine religieuse (GM, §17), une théorie philosophique (PBM, §208) une production scientifique (GM, §23) ou une œuvre d'art (A, §269) comme des drogues, c'est-à-dire des instruments du corps souffrant cherchant à surmonter ou à anesthésier cette sensation de souffrance : « tout art, toute philosophie peuvent être considérés comme un remède et un secours [*Heil- und Hilfsmittel*] au service de la vie en croissance, en lutte : ils présupposent toujours de la souffrance et des êtres qui souffrent » (GS, §370). La drogue est ce qui passe dans la vie du corps souffrant pour l'affecter – suivant le type de drogue – dans le sens d'une atténuation de sa perception de la douleur, d'une anesthésie, ou dans le sens d'une stimulation, d'une intensification du sentiment de puissance. Elle est ainsi ce qui transforme le corps, ce à quoi le corps peut s'accoutumer et ce dont l'absorption peut devenir pour le corps un besoin, une *condition de vie* (et l'on voit ici se profiler le problème de l'addiction) : cette description correspond rigoureusement à celle des artifices de la culture dans la philosophie de Nietzsche.

Ébauche d'une typologie des drogues

Nous l'avons vu, la signification et la valeur des instruments pharmacologiques que le corps, « sain » ou « morbide », utilise dépendent de leur caractère tendanciellement curatif — susceptible de guérir une affection pathologique — ou toxique — susceptible d'aggraver

cette affection. Ainsi, le besoin de telles drogues présuppose une affection préalable, causant un trouble, que l'on peut interpréter comme une sensation de « souffrance », en suivant la lettre du texte du *Gai Savoir* suscitée. Comme on voit, Nietzsche associe rigoureusement le besoin de telles drogues, c'est-à-dire d'artifices, à une réaction à la souffrance : ce besoin ne peut qu'être celui d'« êtres qui souffrent ». Nietzsche situe donc la problématique du rapport du corps, « sain » ou « morbide », à ses artifices, à ses drogues, tendanciellement curatives ou toxiques, sur le terrain de la *réaction à une sensation de souffrance* (Wotling, 1995 : 258), sensation résultant de ce que Nietzsche nomme généralement une « excitation » [*Reiz*]. Pour comprendre comment cette réflexion médicale et pharmacologique s'oriente vers une pensée de l'addiction, il faut commencer par distinguer deux méthodes de « lutte contre le mal », c'est-à-dire deux types de drogues permettant de combattre la sensation de souffrance affectant un corps :

Lorsqu'un malheur [Übel] nous frappe, on peut soit le surmonter en en supprimant la cause, soit en modifiant l'effet qu'il produit sur notre sensibilité : donc en réinterprétant un mal pour en faire un bien dont l'utilité n'apparaîtra peut-être que plus tard. La religion et l'art (ainsi que la philosophie métaphysique) s'efforcent d'agir sur la modification de la sensibilité, en partie en modifiant notre jugement sur les expériences (par exemple à l'aide du principe « Dieu châtie qui il aime »), en partie en éveillant un plaisir dans la douleur, dans l'émotion en général (ce qui constitue le point de départ de l'art tragique). Plus on est enclin à réinterpréter et à arranger, moins on considère les causes du mal et moins on les écarte. L'adoucissement et le traitement narcotique momentanés [die augenblickliche Milderung und Narkotisierung], qui sont usuels dans les cas de mal de dents par exemple, vous suffisent également pour des souffrances plus graves. Plus la domination des religions et de tout l'art de la narcose [aller Kunst der Narkose] diminuent, et plus les hommes considèrent avec rigueur la véritable mise à l'écart des maux, ce qui certes s'avère désastreux pour les poètes tragiques [...], mais plus encore pour les prêtres : car ceux-ci vivaient jusqu'alors du traitement narcotique [Narkotisierung] des maux humains (HTH, §108).

Dans ce §108 d'*Humain, trop humain*, Nietzsche distingue nettement deux types de traitements, deux méthodes thérapeutiques susceptibles de répondre à ce qu'il nomme « un mal ». D'une part, il existe une méthode consistant à chercher à « supprimer la cause » de ce mal : cela semble être la méthode la plus rationnelle, celle qu'un médecin bien intentionné suggérerait. Nietzsche n'approfondit pas son analyse de cette méthode thérapeutique, somme toute assez banale. La seconde méthode thérapeutique l'intéresse davantage : elle consiste à « modifier l'effet [que le mal] produit sur notre sensibilité ». D'emblée, on peut livrer une première analyse de ce qui distingue radicalement ces deux méthodes thérapeutiques en faisant intervenir une métaphore que Nietzsche articule fréquemment à la métaphore pharmacologique : la métaphore dermatologique. Tandis que la première méthode thérapeutique ambitionne d'affecter et de transformer, dans le sens de la guérison, les « profondeurs » du corps, la seconde méthode thérapeutique, elle, se contente de modifier les sensations, à la surface de l'épiderme, sans se soucier le moins du monde de ce qui se joue sous la couche superficielle de l'épiderme. Or, c'est précisément sous cette couche superficielle de l'épiderme qu'opèrent

les « causes » du mal, et tout médecin ambitionnant de « supprimer la cause » du mal (nous reprenons, non sans un certain réserve, les mots du §108 d'*Humain, trop humain*, sans oublier la critique de la notion de « cause » par le Nietzsche de la maturité) doit s'intéresser à ce qui se joue sous cette couche épidermique, afin d'identifier cette « cause » et de réfléchir au moyen de la surmonter. Ne chercher qu'à modifier, par l'étourdissement ou l'anesthésie, les sensations de déplaisir dues au mal, sans chercher à identifier et à éliminer ses « causes », ne peut que soulager temporairement le corps mais ne le guérit pas. Ainsi, cette seconde méthode thérapeutique, que Nietzsche décrit comme « l'adoucissement et le traitement narcotique momentanés » du mal, en tant qu'elle est susceptible de soulager le corps souffrant sans le guérir, lui fait perdre de vue le problème de la « cause » de sa souffrance : elle détourne, elle divertit le corps de la cause du mal qui l'affecte, et elle l'éloigne même, par accoutumance à ce « plaisir » de l'étourdissement, d'une dynamique de guérison.

C'est pourquoi Nietzsche établit un lien de corrélation négative entre, d'une part, l'accoutumance aux narcotiques, c'est-à-dire aux instruments au moyen desquels s'applique la seconde méthode thérapeutique, celle qui ne vise qu'à modifier les sensations du corps souffrant et, d'autre, part, le désir d'une authentique guérison : « Plus la domination des religions et de tout l'art de la narcose diminuent, et plus les hommes considèrent avec rigueur la véritable mise à l'écart des maux ». L'étourdissement de la douleur au moyen de narcotiques peut suffire à certains corps souffrants, et ceux-ci sont susceptibles de s'accoutumer à ces anesthésiants, ce qui les enferme dans un besoin sans cesse renouvelé de telles drogues, sans jamais ouvrir l'horizon d'une guérison, difficile mais souhaitable. De telles drogues, que Nietzsche désigne tour à tour sous les noms de « narcotiques », de « stupéfiants » [*Betäubungen*] ou de « moyens pour soulager la souffrance » [*Linderungsmittel*], relèvent d'un « bas niveau de médecine », écrit-il dans un texte contemporain du paragraphe d'*Humain, trop humain* :

« Les remèdes qu'emploient les hommes contre leurs douleurs ne sont sous plus d'un rapport que des stupéfiants [*Betäubungen*]. Mais tous les remèdes de ce genre appartiennent à un bas niveau de la médecine. On trouve des représentations servant de stupéfiants dans les religions et les arts, qui, de ce point de vue, entrent dans l'histoire de la médecine. Les religions surtout s'entendent, par le moyen d'hypothèses, à faire perdre de vue la cause de la souffrance » (FP HTH I, 18 [33]).

En somme, ces artifices relevant du « bas de niveau de la médecine », ont essentiellement vocation à assourdir momentanément la sensation de souffrance qui affecte le corps. C'est pourquoi Nietzsche, dans le §108 d'*Humain, trop humain*, choisit à deux reprises le mot « Narkotisierung » pour décrire l'effet des artifices (on peut reconduire étymologiquement le radical « *narko* » au grec *nárkôsis*, qui signifie « engourdissement »). Il reproche à cet usage de narcotiques de détourner les hommes des efforts nécessaires à la recherche d'une dynamique de guérison, puisque ceux-ci tendent à se satisfaire, par « faiblesse » et selon une logique d'addiction, de la simple anesthésie momentanée que procurent ces narcotiques.

Généalogie toxicologique du malaise moderne

Le problème de l'addiction comme telle surgit à ce stade de notre réflexion. En effet, Nietzsche se montre particulièrement attentif aux effets à long terme de l'accoutumance à de tels narcotiques, et de l'approfondissement d'une dynamique de l'addiction au fil des générations. Par souci d'intelligibilité, il faut ici distinguer clairement l'accoutumance et l'addiction. On peut définir l'addiction comme un phénomène de dépendance du corps à certaines substances ou activités, telle qu'elle détermine des conséquences nuisibles sur la santé de l'individu. L'addiction est donc un type particulier d'accoutumance : une accoutumance aux conséquences nuisibles à la santé.

Un paragraphe important d'Aurore (§52) témoigne de ce souci nietzschéen des effets de l'accoutumance, et permet ainsi de comprendre comment le narcotique peut — au fil du temps et à travers les générations — devenir un poison :

« Où sont les nouveaux médecins de l'âme ? C'est seulement grâce aux moyens de consolation [*die Mittel des Trostes*] que la vie a pris ce caractère foncièrement douloureux, auquel on ajoute foi actuellement ; la maladie la plus grave des hommes a résulté du combat contre leurs maladies, et les semblants de remèdes [*die anscheinenden Heilmittel*] ont produit à la longue plus de dégâts que le mal qu'ils devaient servir à éliminer. L'ignorance faisait tenir les remèdes qui agissent immédiatement, qui anesthésient et enivrent [*betäubenden und berausenden*], et qu'on appelle consolations, pour les véritables vertus curatives ; et on ne remarquait même pas que l'on payait souvent les soulagements immédiats par l'aggravation générale et profonde du mal, que les malades avaient à pâtir des séquelles de l'ivresse, et plus tard de la privation d'ivresse et plus tard encore d'un oppressant sentiment général d'inquiétude, de tremblements nerveux et de fragilité. Malade jusqu'à un certain point, on ne guérissait plus : les médecins de l'âme, universellement reconnus et adulés, y veillaient » (A, §52).

Dans ce texte, la réflexion de Nietzsche prend une vaste perspective historique. Celui-ci tente une généalogie toxicologique du malaise moderne, qu'il associe ici à la foi dans le « caractère foncièrement douloureux de l'existence ». Comme nous l'avons dit précédemment, il n'y a de corps qu'artificiel : le corps est toujours formé dans et par son rapport aux artifices de la culture, il produit et est produit en retour par ses artifices. Cela vaut à l'échelle d'une vie, mais aussi à l'échelle de l'histoire d'une culture, comme Nietzsche le laisse entendre dans ce texte. Ainsi, ce malaise moderne, ce trouble « physiologique » dont la foi dans le « caractère foncièrement douloureux de l'existence » constitue un symptôme, n'a rien de « naturel » : il peut être interprété par le médecin de la culture comme la conséquence d'une absorption répétée et d'une accoutumance, génération après génération, de narcotiques : c'est-à-dire d'un processus d'addiction, si l'on définit l'addiction comme une accoutumance et une dépendance à une substance entraînant des conséquences nuisibles à la santé. Pour Nietzsche, ce malaise moderne constitue le produit d'un long processus historique d'intoxication, au moyen d'artifices dont les hommes se sont abreuvés, pensant que ce seraient pour eux des remèdes, mais qui n'étaient que des narcotiques, et qui se sont avérés constituer, au fil d'un processus d'addiction, des poisons, aggravant les maux initiaux et produisant ainsi les troubles « physiologiques »

qui affectent l'homme moderne (« un oppressant sentiment général d'inquiétude, de tremblements nerveux et de fragilité »).

Que sont ces « semblants de remèdes », qui ont trompé les hommes et les ont entraîné dans un long processus d'intoxication ? Ils correspondent rigoureusement à ces « remèdes qu'emploient les hommes contre leurs douleurs [et qui] ne sont sous plus d'un rapport que des stupéfiants [Betäubungen] », appartenant à « un bas niveau de médecine », que décrivait le fragment posthume commenté plus haut. En effet, Nietzsche décrit ainsi les effets de ces « semblants de remèdes » : ils « agissent immédiatement, [...] anesthésient et enivrent. » Ils appartiennent à la seconde catégorie de drogues établie par le §108 d'*Humain, trop humain* : ils agissent sur le corps en « modifiant l'effet [que] produit [le mal] sur notre sensibilité », ils offrent un « adoucissement et [un] assoupissement momentanés ». Dans le §108 d'*Humain, trop humain* et dans le fragment posthume contemporain de ce même ouvrage, Nietzsche se contentait de décrire les effets de l'addiction à de tels narcotiques sur un mode négatif : cette accoutumance ne permettait pas aux hommes d'agir en vue de la « véritable suppression des maux », elle les détournait du désir d'une action thérapeutique « réellement » curative. Trois ans plus tard, dans ce texte d'*Aurore*, Nietzsche approfondit son analyse et décrit les effets d'une telle accoutumance sur un mode positif : elle empoisonne. Au-delà de l'effet négatif que constituait le détournement de l'attention portée à une véritable thérapeutique, l'absorption répétée de ces narcotiques « anesthésiants et enivrants » aggrave les maux de l'homme entraîné dans cette dynamique de l'addiction. Dans ce passage, Nietzsche pense en particulier au christianisme, dont le prêtre ascétique « ne combat que la souffrance elle-même, la misère de celui qui souffre et non pas sa cause, ni la maladie elle-même » (GM, III, §17). Il combat la souffrance d'une manière telle que, non seulement il ne guérit pas les maux, mais il « rend le malade plus malade encore — [...] ce genre de remède à la souffrance [...] enracine une calamité profonde et croissante » (GM, III, §20). Enfin, la dernière phrase de l'extrait du §52 d'*Aurore* que nous citons (« malade jusqu'à un certain point, on ne guérissait plus : les médecins de l'âme, universellement reconnus et adulés, y veillaient ») renvoie, elle, à la figure du « dealer » telle qu'elle apparaît au §108 d'*Humain, trop humain* sous les traits du poète et surtout du prêtre, car « ceux-ci vivaient jusqu'alors du traitement narcotique [Narkotisirung] des maux humains » (HTH, §108) et de l'addiction des corps aux drogues produisant cette anesthésie, ce soulagement momentané. Le prêtre ascétique veille donc à ce que l'homme, « malade jusqu'à certain point », ne guérisse pas, sombre dans la dynamique de l'addiction, puisque son pouvoir repose sur la dépendance d'hommes affaiblis aux narcotiques qu'il leur dispense. Ici, souvenons-nous de l'interrogation de Nietzsche dont nous disions en introduction qu'elle constituait le point de départ de notre réflexion : « Oh, qui nous racontera toute l'histoire des narcotiques ! » Articulée aux textes d'*Humain, trop humain* (1878) et d'*Aurore* (1881) que nous venons de lire, cette question énigmatique lancée au terme du §86 du *Gai Savoir* (1882) prend tout son sens. « L'histoire des narcotiques » réclamée par Nietzsche dans le *Gai Savoir* correspond à l'histoire des instruments de la longue « aggravation générale et profonde du mal », c'est-à-dire de

la longue intoxication exposée au §52 d'*Aurore*, dont le malaise de l'homme moderne constitue le symptôme.

Or, la situation historique de l'élaboration de cette généalogie toxicologique fait apparaître le problème médical du sevrage dans l'analyse nietzschéenne du « malaise » de l'homme moderne, de celui que Nietzsche décrira comme « le dernier homme » (APZ, Prologue, §5). Cette « situation historique », ce moment de l'histoire de la culture européenne, c'est celui que Nietzsche désigne sous le nom de « nihilisme » : moment où les « les valeurs suprêmes se dévalorisent » (FP XIII, 9 [35]). Les valeurs dominant la culture européenne depuis deux millénaires, dont Nietzsche soutient qu'elles furent consacrées par les artifices philosophiques issus du platonisme et les artifices religieux issus du « judéo-christianisme », sont progressivement dépréciées. « Dieu est mort » (GM, §343) : le processus d'intoxication au narcotique le plus puissant qu'aient connu les Européens, la figure d'un Dieu rédempteur, comme incarnation du fanatisme de la « vérité » et du fantasme morbide d'un « au-delà » suprasensible dépréciant l'« ici-bas » terrestre, aura duré deux millénaires. Le corps de l'homme moderne est désormais dépendant des effets pharmacologiques de cette illusion-narcotique, qu'il n'a cessé d'absorber depuis deux mille ans. Or, qu'arrive-t-il lorsque ce narcotique, longuement incorporé au fil d'un processus d'intoxication bimillénaire, dont les effets anesthésiants sont devenus des *conditions de vie* du corps de l'homme européen, se dérobe sous les yeux de ce « toxicomane » ? C'est dans cette contradiction que réside l'enjeu du nihilisme — et l'immense inquiétude qu'il suscite chez Nietzsche : contradiction entre, d'une part, la dépendance de l'homme moderne à ce puissant narcotique, dont la consommation et le besoin n'ont cessé de croître, selon la logique de l'addiction, au fil de deux millénaires d'intoxication et, d'autre part, la dévalorisation, la démonétisation soudaine de ce Dieu-narcotique, qui, de ce fait, échappe progressivement aux Européens. C'est à l'aune de cette contradiction entre l'irrépressible besoin de consommer le narcotique et la disparition progressive de ce narcotique dont il est dépendant, qu'il faut relire une formule capitale du *Crépuscule des idoles*, où Nietzsche définit le corps de l'homme moderne comme « une contradiction physiologique interne » (CI, « Divagations d'un "inactuel" », §41).

On peut définir le syndrome de sevrage comme l'ensemble des symptômes survenant lors de l'interruption totale ou partielle de la prise d'une drogue consommée régulièrement et à laquelle le corps s'est accoutumé. Or, qu'est-ce donc que le nihilisme, sous sa forme dite « passive » (FP XIII, 9 [35]), sinon le spectacle d'un « toxicomane » entré brusquement en phase de sevrage, se trouvant subitement dépossédé des narcotiques auxquels son corps s'est longuement accoutumé ? De fait, les symptômes identifiés par la formidable intuition clinique de Nietzsche sur le corps de l'homme moderne, et notamment le corps de l'homme éprouvant la forme « passive » du nihilisme, correspondent rigoureusement à ceux que la toxicologie présente comme les symptômes du sevrage, ou a minima certains d'entre eux : mal-être psychique, extrême irritabilité, agitation frénétique se traduisant par le besoin permanent d'excitations. Nietzsche parle notamment d'une « excessive excitabilité [*übermäßige Reizbarkeit*] / l'hyperirritabilité [*Hyperirritabilität*] » se traduisant

paradoxalement par le « besoin d'excitants [Reizmitteln] », et plus précisément par « la débauche de musique et d'alcool » (FP XIV, 15 [32]). Le corps de l'homme sous sevrage, dont la figure narcotique du Dieu monothéiste et de l'imaginaire qu'il charrie s'éloignent progressivement et menacent de disparaître, cherche frénétiquement à soulager ou étourdir le malaise caractéristique de cette phrase de sevrage par une série de succédanés. Par exemple, la musique wagnérienne : « rien n'est plus moderne que cette maladie généralisée, [...] que cette hyperexcitabilité de la machinerie nerveuse, que Wagner est *par excellence* » (CW, §5) ; « Wagner est une calamité pour la musique. Il a pressenti en elle le moyen d'exciter les nerfs fatigués » (CW, §5).

Aussi, sous l'effet de la progression du nihilisme, c'est-à-dire de la généralisation de cette condition de « toxicomane » sous sevrage, la culture européenne devient-elle essentiellement une pharmacie composée de tels excitants, aux effets toujours plus brusques : « l'Europe d'aujourd'hui abonde surtout dans l'invention d'excitants : elle n'a pas, semble-t-il, de besoins plus pressants que les stimulants et l'eau-de-vie » (GM, III, §26). Une fois ce diagnostic établi, Nietzsche avance une question vertigineuse : l'homme moderne survivra-t-il à cette phase douloureuse du sevrage, la surmontera-t-il en créant de nouveaux artifices sous-tendus par de nouvelles valeurs affirmatrices ? Sera-t-il capable d'entrer dans la phase « active » du nihilisme, où s'inventent de nouvelles valeurs susceptibles de rendre possible un épanouissement de la vie ? Ou s'épuisera-t-il, inversement, dans cette morbidité dont l'horizon ne peut être que celui que l'affaiblissement voire l'extinction progressive de la vie ? La frénésie consumériste contemporaine ainsi que la destruction des esprits, des corps et de la Terre qui en résultent témoignent de l'actualité de cette grave interrogation.

Une politique de l'accoutumance

Ce grave diagnostic et l'interrogation anxieuse qui en découle appellent une réflexion sur les moyens d'exercer une action transformatrice sur le corps, non pas dans un souci de « rétablissement » (compris comme un retour à un équilibre antérieur à l'apparition de la maladie, ce qui, bien entendu, n'a aucun sens dans le cadre de la pensée nietzschéenne), mais de guérison au sens que Nietzsche donne à cette notion : la guérison ne peut se résumer à « la suppression de la cause » de la maladie, c'est-à-dire à son simple effacement, tel qu'il permettrait au corps de retrouver un état antérieur. La guérison consiste à assumer et à surmonter la maladie, c'est-à-dire à s'inventer une « nouvelle santé », plus riche ; cela suppose que les éléments « sains » du corps aient assimilé les éléments pathologiques qui le troublaient, qu'ils leur aient *imposé une nouvelle forme*. Ainsi, on dira, avec les mots de Nietzsche, qu'il s'agit pour le corps d'engager un mouvement de dépassement de soi [*Selbst-Überwindung*] symptomatique de l'épanouissement physiologique³.

Une telle dynamique de guérison a pour condition première une désintoxication, c'est-à-dire une adaptation

du corps à une situation d'abstinence de la drogue dont il était dépendant : ce que l'on pourrait appeler une « désaccoutumance ». Le corps de l'homme moderne doit pouvoir se désaccoutumer des narcotiques qui ont dominé l'Europe depuis deux millénaires et qui, à l'époque du nihilisme, se dérobent à lui. Cependant, mettre fin à une situation d'addiction, réapprendre à vivre sans la drogue dont on était dépendant, sans la substance qui nous maintenait dans un état d'hétéronomie, cela ne signifie pas : vivre « sans accoutumance », dans un fantasme de pure autonomie et d'indépendance absolue, ni même évidemment dans un fantasme de retour à une « nature » propre qui aurait précédé le processus d'addiction. Toutes ces représentations relèvent de ce que Nietzsche nommerait le refus du tragique, traduisant une interprétation idéaliste de la réalité. Si mettre fin à une situation d'addiction ne signifie pas vivre sans accoutumance ni revenir à une « nature » antérieure, cela signifie nécessairement : *développer de nouvelles accoutumances*, c'est-à-dire imposer au corps de nouveaux artifices, porteurs de nouvelles normes, de nouvelles valeurs, qui deviendront, au fil du processus de l'incorporation, de nouvelles *régularités instinctives* du corps. Nous avons vu que l'addiction est un type particulier d'accoutumance, aux conséquences nuisibles à la santé. On peut toutefois imaginer des possibilités d'accoutumance à des artifices qui ne feraient pas l'effet de narcotiques ou de poisons, affaiblissant le corps en l'entraînant dans un processus d'addiction morbide, mais constitueraient à l'inverse de « puissants stimulants de la vie [*starke Reizmittel zum Leben*] »⁴ (OSM, §16) : c'est-à-dire des artifices qui stimuleraient « cet excédent de forces plastiques, curatives, formatrices et réparatrices qui est précisément le signe de la grande santé » (HTH, Préface, §4), puisque — nous l'avons dit — le critère nietzschéen de la santé renvoie à la capacité du corps à guérir de ses blessures, c'est-à-dire à assimiler les forces qu'il rencontre dans ce champ de forces en tension que constitue la réalité, et qui sont à la source des excitations qui l'affectent.

On peut appréhender les conceptions éthique et politique de Nietzsche, visant toutes deux la transformation de la complexion pulsionnelle constitutive du corps dans le sens de l'épanouissement, comme de tels processus d'accoutumance, conscients et programmés. Il s'agit de substituer, progressivement et méthodiquement, aux addictions morbides à des narcotiques ou poisons des accoutumances salutaires. On n'attend pas d'en « avoir fini » avec les addictions morbides pour, ensuite, une fois celles-ci dissipées, s'accoutumer à des « stimulants en faveur de la vie ». Il n'y pas d'entre-deux, de période de béance entre la fin de l'addiction aux artifices nuisibles et le début de l'accoutumance aux stimulants salutaires (ces deux processus vont de pair), puisqu'il n'y a pas de vie du corps hors des multiples processus d'accoutumance, morbides ou épanouissants, qui le constituent. « La coutume est notre nature » (Pascal, 1670 : 82), disait Pascal, soutenant que la nature que viendrait effacer une nouvelle coutume n'était jamais qu'une première coutume : « La coutume est une seconde nature, qui détruit la première. Mais qu'est-ce que nature ? [...] J'ai grand peur que cette nature ne soit elle-même qu'une première coutume » (Pascal, 1670 : 83). De même n'y a-t-il, chez Nietzsche, aucune «

³ Précisons que cette conception de la guérison comme « dépassement de soi » ne renvoie nullement à une conception volontariste du sujet, qui déciderait souverainement d'opérer un tel mouvement de guérison. Ce mouvement de « dépassement de soi » n'est que le résultat « visible », l'épiphénomène d'une lutte infra-consciente entre les multiples instincts qui constituent le sujet : une dynamique de guérison résulte d'une domination, précaire et jamais définitive, des instincts « sains » sur les instincts « morbides ».

⁴ On pourrait aussi traduire ainsi : de « puissants stimulants en faveur de la vie », comme le fait Henri Albert dans sa traduction de 1902.

nature » humaine indépendante des coutumes, *c'est-à-dire des processus d'accoutumance*. Il n'y a, lorsque l'on regarde la diversité des groupes humains à travers l'espace et le temps, qu'une multiplicité de types humains, de types d'organisation pulsionnelle, chacun témoignant de programmes d'accoutumance à des drogues plus ou moins épanouissantes, plus ou moins avilissantes pour la vie (le bouddhisme, par exemple, est selon Nietzsche un programme d'accoutumance à des opiacés visant à limiter au maximum les possibilités d'excitation du corps (AC, §20)). Ainsi, si le processus de la culture n'est jamais qu'un processus d'accoutumance à des drogues déterminées — stimulants ou anesthésiants, remèdes ou poisons —, toute réflexion visant une transformation des corps dans le sens de l'épanouissement doit-elle se constituer comme un programme d'accoutumance à une drogue que l'on estimerait salubre : ce que nous appelons ici une « politique de l'accoutumance ».

Dans le cas de l'éthique, ce processus se joue à l'échelle microscopique de la vie individuelle : on pourra ainsi parler d'une « micropolitique » (Astor, 2014 : 465) de l'accoutumance. Le sujet éthique est son propre médecin : il reconnaît ses intoxications et s'applique sciemment un programme d'accoutumance salubre faisant apparaître de nouvelles habitudes, puisque l'on sait, au moins depuis Aristote, que la vertu est le « résultat de l'habitude [*ethos*] » (Aristote, 1965 : 45). Or de nouvelles habitudes, *c'est-à-dire* de nouvelles régularités déterminant la vie du corps, sont toujours produites par des processus d'accoutumance. On trouvera un exemple éclairant de cette « micropolitique » de l'accoutumance, issu de la vie de Nietzsche, en relisant la Préface à *Opinions et sentences mêlées*, où le philosophe allemand présente un programme de désintoxication qu'il s'est appliqué en vue de retrouver la santé. Mais, ici, on s'intéressera davantage à la réflexion nietzschéenne sur ce que serait un projet proprement « politique » à l'échelle macroscopique et transgénérationnelle du groupe humain. Comme on sait, la critique nietzschéenne de l'intoxication de l'homme moderne débouche sur le projet d'une réforme générale de la culture, en vue d'une modification, à long terme, du type d'organisation pulsionnelle dominant la vie humaine en Europe : Nietzsche parlera métaphoriquement d'un projet d'« élevage [*Züchtung*] ». Si ce projet, sous des formes variées, trame l'ensemble de l'œuvre de Nietzsche, on en trouve une formulation particulièrement éloquente dans *Aurore* : « Nous avons à réformer notre façon de penser et enfin, pour aller plus loin, peut-être dans très longtemps, à réformer notre façon de sentir » (A, §103). Chez Nietzsche, la responsabilité d'une réforme de la culture, visant à long terme une transformation de notre « manière de sentir », incombe aux « philosophes de l'avenir » (PBM, §61), que Nietzsche associe à la figure du médecin. Ce philosophe-médecin doit puiser dans la pharmacologie des cultures établie par les historiens, afin d'identifier les remèdes susceptibles d'être salutaires à l'homme moderne, souffrant de son intoxication voire de son sevrage : « L'histoire dans son ensemble, science des différentes civilisations, est la doctrine des remèdes [*die Heilmittellehre*], mais non la science de la thérapeutique » (VSO, §188). Si l'historien établit la pharmacologie des cultures du passé, il ne saurait en tirer des conclusions sur les drogues à prescrire aux hommes de son temps : il n'est pas philosophe ; il présente les cultures du passé, mais

ne peut déterminer la valeur des drogues qui constituent ces cultures passées. La tâche d'identifier, sur la base d'une connaissance de la *Heilmittellehre* (*c'est-à-dire* de la pharmacologie) établie par les historiens, les drogues susceptibles d'être salutaires aux hommes contemporains incombe au philosophe-médecin.

Celui-ci est aussi philosophe-législateur dans la mesure où il « légifère » : il impose les remèdes qu'il juge salutaires à la culture qu'il cherche à réformer, et crée les conditions d'un processus d'accoutumance à ces remèdes. Transformer les corps dans le sens d'une dynamique d'épanouissement suppose de mener une longue action réformatrice sur la culture, en créant et tentant d'imposer, comme des conditions de vie, de nouvelles accoutumances, de nouvelles drogues, *c'est-à-dire* de nouveaux artifices porteurs de nouvelles valeurs, de nouvelles orientations axiologiques. Ces drogues-remèdes ne seront efficaces que s'ils maintiennent leur autorité sur de longues périodes de temps, à travers les générations, de sorte que chaque nouvelle génération s'y accoutume toujours davantage, et incorpore toujours plus profondément les valeurs dont ils sont porteurs : « Les morales et les religions sont le principal instrument qui permet de faire de l'homme ce qu'on veut : à condition qu'on ait d'abord une surabondance de forces créatrices et qu'on puisse affirmer sa volonté créatrice sur de longs espaces de temps » (FP XI, 34 [176]).

Enfin, une telle politique de l'accoutumance engage non seulement une réflexion sur les drogues à opposer au processus d'intoxication, mais également sur la posologie susceptible de favoriser le processus d'accoutumance, et donc celui de l'incorporation des nouvelles valeurs. Toute politique de l'accoutumance visant une « transformation en profondeur » de l'homme doit ainsi reposer sur une posologie méticuleuse :

« Les petites doses. S'il s'agit d'introduire autant que possible une transformation en profondeur, il convient de fractionner le médicament en très petites doses, mais de le prendre très régulièrement durant de longues périodes ! Que veut dire créer de grandes choses en une seule fois ? Gardons-nous d'échanger précipitamment et par la violence l'état de la morale auquel nous sommes accoutumés avec une nouvelle évaluation des choses ; non, nous voulons persister longtemps encore dans cet état, jusqu'à ce que nous découvriions, probablement très tard, que la nouvelle évaluation est devenue la force dominante en nous et que les petites doses de celle-ci, auxquelles nous devons désormais nous habituer, ont dorénavant établi en nous une nouvelle nature. » (A, §534)

Dans ce texte, Nietzsche fait référence, dans les termes de la métaphore pharmacologique, au processus d'incorporation de nouvelles valeurs. Un tel processus, se jouant à l'échelle de l'histoire d'une culture, et non pas à celle de la vie individuelle, ne produira des résultats sensibles qu'au terme d'une longue période de temps. Le processus d'accoutumance des corps au remède se fait lentement, discrètement, dans le dos de leur conscience, sans qu'ils n'y prennent garde, jusqu'au jour où ils s'apercevront que ces artifices ont produit leur effet salutaire, que de nouvelles valeurs ont été pleinement incorporées, sont passées dans la vie du corps, sont devenues des instincts. Pour favoriser l'efficacité d'un tel processus d'accoutumance, Nietzsche donne des indications posologiques que l'on peut résumer en trois points essentiels : un petit dosage à chaque prise ; une fréquence

régulière de la prise du médicament ; une longue durée de traitement. Ces indications déterminent ainsi les modalités pratiques de la « politique de l'accoutumance » que les « philosophes de l'avenir » (PBM, §62) seront amenés à conduire.

Dans la suite de ce texte d'*Aurore*, Nietzsche oppose à cette posologie, supposant patience et discipline, mais rendant véritablement possible, à long terme, une dépendance du corps à la drogue salutaire, la brusquerie inefficace de la Révolution française, qui prétendit chambouler toutes les valeurs dans la plus grande précipitation :

« On commence même à se rendre compte que la dernière tentative pour opérer une grande transformation des jugements de valeur, en rapport avec les affaires politiques — la "Grande Révolution" — n'a été rien de plus qu'une pathétique charlatanerie sanglante, qui, au moyen de crises soudaines, a donné à l'Europe crédule l'espoir d'une soudaine guérison et a ainsi rendus impatients et dangereux, jusqu'à présent, tous les malades de la politique. » (A, §534)

Pour Nietzsche, ce désir impatient d'une transformation radicale des jugements de valeur témoigne de cette époque « de hâte, de précipitation indécente et transpirante » (A, Préface, §5) qu'est la modernité, et constitue le symptôme d'une naïveté, d'une ignorance thérapeutique. À l'inverse, une thérapeutique pensée comme programme d'accoutumance à de nouvelles drogues, visant l'incorporation de nouvelles valeurs déterminées par un souci d'épanouissement de la vie, suppose, pour être efficace, une posologie fondée sur la prise régulière de petites doses, et ce sur de longues périodes de temps.

Conclusion

Nous nous sommes appuyés sur l'hypothèse selon laquelle la métaphore pharmacologique constitue une grande unité métaphorique récurrente de la philosophie nietzschéenne de la culture, en ceci qu'elle permet à Nietzsche de formuler une réflexion cohérente sur les instruments des dynamiques de guérison ou d'intoxication du corps que sont les artifices de la culture. Ainsi, nous avons pu montrer que Nietzsche établit une généalogie toxicologique du malaise de l'homme moderne, ce malaise résultant d'un long processus historique d'addiction des corps à des narcotiques (au premier rang desquels des doctrines philosophiques et religieuses), c'est-à-dire à des drogues anesthésiantes mais dénuées d'effets curatifs, dont la prise répétée finit par aggraver les maux qui furent à la source de leur production. Nietzsche élabore cette réflexion dans la situation historique exceptionnelle du nihilisme, c'est-à-dire au moment où les narcotiques auxquels le corps du « toxicomane » moderne est profondément accoutumé se dérobent progressivement à lui, ce « toxicomane » entrant par conséquent dans un moment de sevrage hautement périlleux. Enfin, nous avons montré que, pour Nietzsche, cette situation inquiétante appelle une « politique de l'accoutumance » à de nouvelles drogues conduite par le philosophe-médecin, fondée sur une posologie requérant patience et assiduité, et visant l'incorporation de nouvelles valeurs favorisant un épanouissement de la vie.

Références

Aristote. *Éthique à Nicomaque* (1965). Paris : Flammarion.

Astor, D. Nietzsche. *La détresse du présent* (2014). Paris : Gallimard.

Blondel, E. (1986). Nietzsche, le corps et la culture (2006). Paris : L'Harmattan.

Nietzsche, F. (1878). *Humain, trop humain* (HTH) (2019). Paris : Flammarion.

Nietzsche, F. (1879). *Humain, trop humain II* (OSM ; VSO) (2019). Paris : Flammarion.

Nietzsche, F. (1881). *Aurore* (A) (2012). Paris : Flammarion.

Nietzsche, F. (1882). *Le Gai Savoir* (GS) (2007). Paris : Flammarion.

Nietzsche, F. (1883-1885). *Ainsi parlait Zarathoustra* (APZ) (2006). Paris : Flammarion.

Nietzsche, F. (1886). *Par-delà bien et mal* (PBM) (2000). Paris : Flammarion.

Nietzsche, F. (1887). *La Généalogie de la morale* (GM) (2002). Paris : Flammarion.

Nietzsche, F. (1888). *Le cas Wagner/Crépuscule des idoles* (CW ; CI) (2005). Paris : Flammarion.

Nietzsche, F. (1888). *L'Antéchrist* (AC) (1996). Paris : Flammarion.

Nietzsche, F. (1888). *Ecce Homo* (EH) (1974). Paris : Gallimard.

Nietzsche, F. *Humain, trop humain. Un livre pour esprits libres suivi de Fragments posthumes* (1876-1878) (FP HTH, I) (1988). In *Œuvres philosophiques complètes*, t. 3. Paris : Gallimard.

Nietzsche, F. *Fragments posthumes* (automne 1884 – automne 1885) (FP XI) (1982). In *Œuvres philosophiques complètes*, t. 11. Paris : Gallimard.

Nietzsche, F. *Fragments posthumes* (automne 1885 – automne 1887) (FP XII) (1979). In *Œuvres philosophiques complètes*, t. 12. Paris : Gallimard.

Nietzsche, F. *Fragments posthumes* (automne 1887 – mars 1888) (FP XIII) (1976). In *Œuvres philosophiques complètes*, t. 13. Paris : Gallimard.

Nietzsche, F. *Fragments posthumes* (début 1888 – début 1889) (FP XIV) (1977). In *Œuvres philosophiques complètes*, t. 14. Paris : Gallimard.

Pascal (1670). *Pensées* (2015). Paris : Flammarion.

Salanskis, E. (2016). « Un prisme de la pensée historique de Nietzsche : l'élevage ». In Binoche B., Sorosina A. *Les historicités de Nietzsche. 183-196*. Paris : Editions de la Sorbonne.

Wotling, P. *Nietzsche et le problème de la civilisation* (1995). Paris : PUF.

De l'addiction à l'auto-oppression dans un monde néolibéral

Saja Fahrat

Département de philosophie de l'Université de Montréal, Bureau de la responsabilité sociale de la faculté de médecine de l'Université de Montréal

Cet article propose une analyse philosophique et critique de l'addiction, envisagée comme une forme d'auto-oppression affective et existentielle. Loin de se limiter à une lecture médicale ou psychologique du phénomène, il s'agit de comprendre comment l'addiction affecte la relation de l'individu à lui-même, à la souffrance et au temps, tout en étant influencée par un contexte social marqué par l'idéal de performance. L'étude débute par une exploration du cycle addictif, dans lequel la recherche de soulagement immédiat conduit à une répétition qui renforce le mal-être initial. Cette boucle temporelle, dominée par l'urgence et la compulsion, entrave toute possibilité de transformation durable. L'article mobilise ensuite les apports de Kierkegaard, Frankl et Weil pour éclairer le lien entre angoisse, quête de sens et désengagement existentiel. L'addiction y apparaît comme une réponse déficiente à une souffrance non élaborée, qui se traduit par une forme de désubjection progressive. À cette dynamique intérieure s'ajoute une pression sociale plus large : l'individu, encouragé à s'auto-discipliner et à s'auto-réaliser, intériorise les normes de performance et de responsabilisation. Ce contexte favorise une forme d'auto-oppression, où l'individu participe activement à ce qui le limite. Enfin, l'article ouvre des pistes de réflexion en faveur d'une sortie du cycle addictif, en valorisant l'attention à soi, la lenteur et la restauration du sens comme leviers d'émancipation. Il plaide pour une approche plus globale de l'addiction, articulant expérience subjective et enjeux sociaux, au-delà des lectures culpabilisantes.

Mots-clés : addiction, auto-oppression, souffrance, néolibéralisme, quête de sens.

Introduction

L'addiction est un objet d'étude central dans les champs médical, psychologique et sociologique. Elle est communément définie comme un état de dépendance chronique se manifestant par une perte de contrôle, une recherche compulsive de soulagement ou de plaisir, et la poursuite du comportement malgré ses conséquences négatives (Koob & Volkow, 2016). Si ces approches permettent d'en cerner les mécanismes neurobiologiques et comportementaux, elles n'épuisent pas la signification existentielle du phénomène. En effet, au-delà de ses dimensions cliniques, l'addiction soulève une interrogation plus fondamentale sur le rapport du sujet à la souffrance, à la liberté et au sens de son existence.

Plutôt que de la concevoir comme une pathologie individuelle, il convient de la comprendre comme une modalité du rapport du sujet à lui-même, à la souffrance et au monde. L'addiction interroge les conditions de possibilité de la liberté, de la maîtrise et du sens, dans un contexte

où la recherche d'apaisement tend à se substituer à la capacité de transformation (Pharo, 2022). Elle ne se réduit donc pas à une perturbation, mais renvoie à une configuration existentielle à travers laquelle le sujet cherche à se rapporter à lui-même dans une situation de vulnérabilité et de contrainte.

À partir de cette perspective, deux questions se posent : comment concevoir l'addiction comme une forme d'auto-oppression affective et existentielle ? Et comment cette forme d'assujettissement intérieur s'articule-t-elle avec les logiques sociales contemporaines qui la favorisent, voire la reproduisent ? Ces interrogations appellent une réflexion à la fois à l'expérience subjective des individus concernés et aux structures sociales qui façonnent ces expériences. Plutôt que d'opposer responsabilité individuelle et déterminisme social, il s'agit de comprendre comment ces deux dimensions s'entrecroisent dans un contexte où la consommation devient un mode privilégié de régulation émotionnelle.

Dans cette optique, je soutiens que l'addiction aux drogues constitue une forme d'auto-oppression affective et existentielle, où le sujet, en quête de soulagement, participe à un processus qui entrave sa propre émancipation. Cette dynamique est renforcée par les conditions sociales contemporaines qui valorisent le soulagement rapide et réduisent les espaces de « vrai » transformation.

Pour en rendre compte, l'analyse s'articule en trois temps. Tout d'abord, l'analyse du cycle addictif mettra en lumière comment le soulagement immédiat procuré par la consommation de drogue, bien qu'éphémère, renforce paradoxalement la souffrance et enferme l'individu dans une boucle temporelle sans fin, l'empêchant ainsi de transformer véritablement sa douleur. Ensuite, l'addiction sera abordée comme une forme d'auto-oppression, où, en cherchant à échapper à sa souffrance, le sujet devient l'agent de sa propre contrainte, reproduisant ainsi un cycle d'asservissement intérieur qui limite sa liberté, son épanouissement et sa capacité à se réapproprier son existence. Enfin, l'auto-exploitation et la culture de la performance dans le néolibéralisme seront analysées, mettant en évidence comment l'impératif de productivité et l'idéologie de la responsabilité personnelle conduisent l'individu à s'auto-discipliner et à s'auto-exploiter, tout en l'empêchant de remettre en question les causes structurelles.

Le cycle addictif de la drogue : une boucle temporelle de soulagement et de malaise

Au cœur du cycle addictif se trouve le paradoxe du soulagement immédiat. Lorsqu'une personne en souffrance psychique ou physique consomme une drogue, elle éprouve un apaisement momentané de sa souffrance (angoisse, douleur, vide intérieur), ce qui renforce la conduite de consommation. Ce soulagement, bien qu'éphémère, participe à une spirale de dysrégulation du système de récompense, menant à un état allostatique de vulnérabilité à la rechute (Koob et Le Moal, 2001). Ce réconfort immédiat, bien réel sur le moment, crée l'illusion d'une solution à la souffrance. Toutefois, ce soulagement est éphémère et purement symptomatique : une fois l'effet dissipé, la souffrance réapparaît, souvent amplifiée par le manque ou la conscience du problème (Khantzian, 1997). Ainsi, l'acte de consommer, censé dissiper la souffrance, contribue en réalité à le reconduire. La satisfaction brève obtenue par la drogue renforce l'emprise de la souffrance, car l'esprit développe progressivement une accoutumance à cette modalité de soulagement immédiat, ce qui conduit à un affaiblissement des capacités à mobiliser d'autres modes d'approche ou de traitement de la douleur (Koob et Le Moal, 2001).

D'un point de vue temporel, ce mécanisme installe l'individu dans une temporalité cyclique et fermée. Chaque épisode de soulagement est suivi d'un retour de la souffrance qui appelle une nouvelle consommation, dans un enchaînement sans fin (Koob et Le Moal, 2001). Le temps ne s'écoule plus selon une progression orientée vers un changement durable, mais tourne en rond autour de l'instant de la dose. On peut parler d'un présent perpétuellement reconduit : l'individu dépendant vit dans l'attente du prochain soulagement et dans le regret du soulagement passé, sans véritable horizon futur (Lewis, 2015). Des observations phénoménologiques confirment ce schéma temporel : un présent hyper-constrictif,

presque aucune projection dans l'avenir, et une répétition compulsive des actes. Autrement dit, la boucle addictive désynchronise la personne du temps commun et de ses projets à long terme, la coincant dans un éternel retour du même.

Le cercle vicieux de l'addiction peut être compris à partir d'une lecture existentielle : la consommation procure un apaisement momentané face à la souffrance, mais cette brève suspension de souffrance incite le sujet à répéter le geste dès que la tension réapparaît. Ce processus de soulagement répété, qui vise à neutraliser la souffrance plutôt qu'à la comprendre, constitue ce que Søren Kierkegaard (1813-1855) nomme une « répétition vide ». Dans *La répétition* (1843), le philosophe distingue en effet la répétition véritable — celle qui ouvre à une re-création de soi à travers l'épreuve du temps — de la répétition illusoire, qui tente de reconduire le même plaisir sans en tirer de sens.

Le choix de Kierkegaard s'explique par la portée existentielle de son analyse : il pense la subjectivité à partir de la tension entre liberté et désespoir. Dans *La Maladie à la mort* (1849), il décrit le désespoir de l'immédiat comme la forme la plus élémentaire de cette fuite devant soi : « ne point vouloir être soi, ou plus bas encore : ne point vouloir être un moi, ou, forme la plus basse de toutes, désirer d'être un autre, se souhaiter un nouveau moi » (Kierkegaard, 1849). Ce désespoir exprime le refus d'assumer la condition temporelle de l'existence, et le désir illusoire de se reconstruire sans médiation.

D'ailleurs, ce refus de l'existence telle qu'elle est — imparfaite, incertaine, traversée par l'angoisse — contribue à expliquer l'attrait de cette boucle addictive, qui trouve sa force dans la promesse illusoire d'un apaisement immédiat. Face à l'angoisse existentielle — ce sentiment diffus d'incertitude et de vide que Kierkegaard décrit comme le « vertige de la liberté » — l'individu est tenté de fuir la possibilité ouverte par la liberté en cherchant refuge dans une sensation immédiate, qui comble momentanément le vide ou apaise l'inquiétude intérieure (Kierkegaard, 1844). La consommation de drogue peut être appréhendée comme une modalité d'ajustement existentiel visant à réduire, de manière temporaire, la tension psychique liée à la souffrance. En recentrant l'attention et en modifiant l'état de conscience, elle procure un apaisement transitoire de la souffrance. Toutefois, cette démarche repose sur une contradiction : en cherchant à éviter l'expérience de la souffrance, le sujet en compromet la possibilité de compréhension et, par là même, de dépassement.

C'est sur ce point que la pensée de Simone Weil (1909-1943) offre un éclairage particulièrement pertinent. Élaborée dans le contexte historique de la Seconde Guerre mondiale, marqué par la montée du totalitarisme et les expériences de déshumanisation associées à la guerre et à la Shoah, sa réflexion sur la souffrance — développée notamment dans *La Pesanteur et la grâce* (1947) — s'inscrit dans une tentative de penser les conditions spirituelles et éthiques de l'existence humaine face à l'épreuve du mal. Weil désigne par malheur une forme extrême de souffrance atteignant l'être dans ses dimensions les plus profondes, qui met à distance l'illusion de maîtrise et ouvre à une attention plus directe au réel.

Cette conception de la souffrance comme expérience de lucidité et de dépouillement éclaire la problématique de l'addiction. Là où Weil fait de l'attention une voie

de transformation intérieure, l'addiction en constitue l'inversion : elle substitue à l'épreuve de la conscience un anesthésiant imaginaire qui suspend la douleur sans la traverser. Le sujet cherche à éviter la souffrance par la consommation, mais cette fuite le prive de toute possibilité d'en élaborer le sens. En proposant un soulagement artificiel et immédiat, l'addiction instaure une dissociation : elle coupe l'individu de la part de lui-même capable d'affronter et d'intégrer la douleur (Pedinielli et Bonnet, 2008).

La notion d'« attention » chez Weil — entendue comme une ouverture au réel dans toutes ses dimensions, y compris la souffrance — permet ainsi de mettre en contraste la logique de l'addiction. Alors que l'attention transforme la douleur en connaissance, l'addiction organise l'évitement. Plus le sujet tente d'atténuer sa souffrance par la substance, plus celle-ci réapparaît, souvent intensifiée, une fois l'effet dissipé. Weil souligne que la recherche d'un soulagement immédiat enferme l'être humain dans une temporalité fragmentée, privée d'horizon. L'addiction en constitue une illustration paradigmatique : en fuyant la souffrance, le sujet fige son rapport au temps et à lui-même, réduisant son existence à une succession d'instantanés sans profondeur.

L'angoisse, plutôt que d'être envisagée comme une expérience à fuir, peut être comprise comme une composante inhérente à la condition humaine, liée à la conscience de la liberté et à la multiplicité des possibles (Kierkegaard, 1935). Elle naît de la perception du choix et de la responsabilité qu'implique toute existence consciente. Le recours à des moyens extérieurs, tels que la consommation de substances, pour en atténuer les effets, peut être interprété comme une forme de détournement du rapport réflexif du sujet à lui-même. Une telle stratégie tend à interrompre le processus de compréhension intérieure, maintenant l'individu dans un équilibre précaire (Fino et Zielinski, 2023).

Dans cette perspective, l'addiction peut être envisagée comme un phénomène anti-dialectique, dans la mesure où la répétition des mêmes comportements empêche toute transformation. L'angoisse, qui pourrait constituer un point d'entrée vers un travail de sens et d'élaboration, se trouve contournée plutôt qu'assumée. Le sujet demeure ainsi dans une temporalité close, où le présent se substitue à toute projection. En ce sens, l'addiction interrompt la dynamique temporelle propre à l'existence, laquelle suppose l'acceptation du devenir, de l'incertitude et de la finitude.

Alors que l'addiction, en entretenant la répétition de comportements compulsifs, enferme le sujet dans une forme d'inertie existentielle, toute possibilité d'en sortir suppose une redéfinition du rapport à la souffrance. En tant que phénomène fondamentalement anti-dialectique, l'addiction suspend le mouvement de la subjectivité en la maintenant dans une stagnation temporelle et existentielle. Dès lors, son dépassement requiert une transformation de la manière dont l'individu comprend et traverse la douleur.

C'est dans cette perspective que les travaux de Viktor Frankl (2006), psychologue et philosophe, apportent un éclairage important. Selon lui, la souffrance cesse d'être pure souffrance dès lors qu'elle est investie de sens. Ce processus de signification permet de réorienter l'existence en lui redonnant direction, consistance et potentialité.

Frankl interprète l'addiction comme la manifestation d'un « vide existentiel », un sentiment d'absurdité ou d'absence de finalité qui conduit à une triade névrotique : dépression, agressivité et conduite addictive.

Privé de repères axiologiques ou de buts mobilisateurs, l'individu tend à combler ce vide par des palliatifs immédiats — substances psychotropes, comportements compulsifs — qui procurent un soulagement temporaire sans résoudre le fond du malaise. En ce sens, de nombreuses conduites addictives peuvent être comprises comme les expressions d'une quête de sens avortée, ou d'une tentative désespérée d'éteindre une souffrance qui n'a pas trouvé sa voie vers la signification. L'addiction apparaît alors non pas comme une simple fuite, mais comme une stratégie existentielle précaire, dans laquelle l'oubli procuré par l'ivresse ou la compulsion se substitue à un travail d'élaboration du sens rendu difficile par les conditions sociales contemporaines.

Cependant, Frankl souligne aussi que la souffrance cesse d'être souffrance au moment où elle trouve un sens (Frankl, 2006). Autrement dit, ce n'est pas l'élimination de la douleur qui libère l'individu, mais l'intégration de cette douleur dans une perspective signifiante. Tant que la souffrance semble absurde ou intolérable, il est naturel de chercher à l'anesthésier. Mais dès qu'elle trouve un pourquoi à sa douleur (une raison, un projet, une valeur), l'individu peut supporter presque n'importe quel comment. C'est ici qu'intervient la possibilité d'une authentique métamorphose de soi. Frankl invite ainsi chacun à exercer sa liberté de choisir son attitude face aux épreuves, et à assumer la responsabilité de donner un sens à sa vie (Frankl, 2006). En pratique, sortir du cycle impose un travail de sens : réinscrire la douleur initiale dans son histoire personnelle, afin qu'elle devienne source d'enseignement ou de changement. Ainsi, ce qui n'était qu'un malaise peut se convertir en moteur d'évolution.

Retrouver un sens à la vie permet de réouvrir l'horizon du temps : au lieu d'un futur borné à la prochaine dose, un futur ouvert redevient envisageable, peuplé de projets et d'espairs. L'individu peut alors assumer son passé, habiter son présent et envisager un avenir libéré du cycle. Le temps cesse d'être un cercle vicieux pour redevenir le mouvement même de l'existence libre. Cette transformation intérieure s'accompagne d'une redécouverte de soi : en affrontant authentiquement sa douleur, en l'intégrant plutôt qu'en la fuyant, la personne opère un remaniement identitaire. Désormais, elle ne se définit plus uniquement par son manque, mais comme un être en devenir, capable de changement et d'autonomie.

L'addiction comme forme d'auto-oppression du sujet

L'addiction, entendue dans son sens large, peut être envisagée comme une forme d'oppression de soi, dans la mesure où elle implique un rapport de contrainte intériorisée. Toutefois, dans le contexte particulier de la dépendance aux drogues, ce mécanisme se manifeste de manière exemplaire. La consommation de substances psychoactives rend particulièrement perceptible la tension entre la recherche de soulagement et la perte progressive de maîtrise. Alors que certaines formes d'addiction peuvent s'inscrire dans des pratiques socialement tolérées ou valorisées, l'usage de drogues met en évidence, avec une acuité singulière, le renversement d'un processus de

maîtrise en un mécanisme de servitude.

L'idée selon laquelle l'addiction aux drogues peut être comprise comme une forme d'auto-oppression peut, à première vue, paraître paradoxale. L'oppression renvoie en effet, dans son acception courante, à une contrainte exercée par une instance extérieure — un rapport de domination dans lequel un sujet est soumis à une volonté autre. Dès lors, comment concevoir qu'un individu puisse être simultanément l'agent et le patient d'une même dynamique de contrainte ? Cette apparente contradiction peut être levée si l'on considère que, dans l'addiction, le sujet dépendant agit, à travers sa propre logique de protection et de soulagement, d'une manière qui restreint progressivement sa liberté et sa capacité d'épanouissement.

Afin de mieux comprendre ce paradoxe, il convient d'explicitier le concept d'auto-oppression. Celui-ci désigne un processus par lequel une contrainte, d'abord perçue comme extérieure, est progressivement intériorisée par le sujet jusqu'à agir en lui comme le ferait un pouvoir externe. Autrement dit, l'instance contraignante cesse d'être simplement subie : elle devient incorporée, reproduite et entretenue par le sujet lui-même. L'auto-oppression décrit donc un mode d'assujettissement où le pouvoir de contrainte se déplace du dehors vers le dedans, transformant la dépendance en une forme d'autodiscipline intériorisée.

C'est précisément cette dynamique d'intériorisation que met en lumière la réflexion de Frantz Fanon (1961). Bien que formulée dans le contexte politique de la colonisation, son analyse éclaire les mécanismes par lesquels la domination externe s'infiltre dans la vie intérieure du sujet, jusqu'à modeler sa perception de soi et à orienter ses conduites. La structure de pouvoir se déplace ainsi du champ social vers le champ psychique, où elle devient une instance interne de régulation et de contrôle (Traoré, 1963). Cette perspective permet d'établir, par analogie, un parallèle avec l'expérience addictive : dans le cas de la dépendance aux drogues, la contrainte exercée initialement par la substance s'intériorise peu à peu et agit comme une force autonome au sein du psychisme du sujet.

Le sujet dépendant en vient alors à reproduire intérieurement un schéma de domination : le désir compulsif s'impose comme une loi, réduisant sa capacité de décision et compromettant son autonomie. L'addiction peut dès lors être interprétée comme une forme d'oppression de soi par soi, où le sujet occupe simultanément la position de l'agent contraignant (la part de lui qui impose la consommation) et celle du sujet contraint (la part qui subit la perte de maîtrise et les conséquences de la dépendance).

D'ailleurs, ce mécanisme d'auto-oppression s'amorce fréquemment dans une logique de protection ou de régulation émotionnelle. Comme l'a montré Rajita Sinha (2008), l'usage de substances psychoactives peut, au départ, constituer une stratégie d'adaptation face au stress, destinée à réduire la tension, à soulager l'anxiété ou à atténuer le mal-être. Ce recours à la substance agit alors comme une forme d'automédication procurant un apaisement temporaire et le sentiment de reprendre la maîtrise de son état intérieur. Toutefois, la répétition de ces conduites entraîne des modifications neurobiologiques durables dans les systèmes du stress et de la motivation, qui accroissent la vulnérabilité à la perte de contrôle, au

désir impérieux et à la recherche compulsive de la substance, inversant ainsi la finalité initiale de soulagement (Sinha, 2008).

L'effet apaisant recherché se transforme progressivement en facteur de contrainte, et le moyen de soulagement devient la cause d'une nouvelle dépendance. Le processus de protection se mue ainsi en un processus de limitation, où le sujet se trouve lié à ce même objet qui lui servait de refuge. En d'autres termes, la solution auto-administrée se retourne contre son auteur, restreignant sa liberté d'action et sa capacité de développement. Ce renversement illustre une structure quasi dialectique : ce qui était conçu pour libérer de la douleur extérieure engendre, par un effet de retournement, une nouvelle forme de servitude intérieure. Le caractère tragique de l'addiction réside précisément dans cette dynamique de retournement, où la logique initialement protectrice — chercher à se soustraire à la souffrance — finit par produire une autodestruction progressive, c'est-à-dire une participation involontaire à sa propre aliénation.

Pour mieux comprendre ce paradoxe, on peut mobiliser la philosophie de l'agir et du soi divisé. Dans l'addiction, le sujet fait l'expérience d'une division interne qui rappelle le problème classique de l'akrasia (faiblesse de la volonté) : il y a en lui une volonté explicite d'arrêter ou de modérer la consommation, et en même temps une force contrariante — le désir impérieux de la drogue — qui le pousse à continuer. Les philosophes depuis l'Antiquité ont souvent décrit l'homme en proie à ses passions comme un esclave de celles-ci, perdant sa maîtrise de soi. Aristote et Épicète, par exemple, voyaient dans l'asservissement aux plaisirs immodérés une perte de liberté comparable à une servitude. D'ailleurs, Ricœur a analysé de façon nuancée le rapport entre la volonté et les facteurs involontaires (corporels, pulsionnels) qui conditionnent l'action. Contrairement à une vision opposant radicalement la volonté libre et les désirs imposés, Ricœur (2000) souligne que la volonté du sujet est toujours enchevêtrée avec l'involontaire — le corps, l'habitude, l'inconscient. Il n'est donc pas étonnant que dans l'addiction, la volonté de la personne ne puisse triompher par un simple « acte de volonté » abstrait : la volonté est déjà travaillée de l'intérieur par le besoin corporel et psychique. L'individu dépendant se confronte à son propre corps et à sa propre psyché, qui exigent la substance, de sorte que son pouvoir d'agir se retourne contre lui. En termes ricœurains, ses « capacités » — c'est-à-dire ce qu'il peut faire, son je-peux — se trouvent entravées par une habitude devenue contraignante, issue d'une interaction entre le besoin et l'action qui le satisfait (Ricœur, 1990). Cette situation traduit une forme d'aliénation interne : une partie du soi, celle du besoin devenu quasi autonome, exerce une pression sur l'autre, celle de la volonté réfléchie, entraînant une diminution de l'autonomie. Le sujet se trouve ainsi dans une condition de servitude volontaire, en ce sens qu'il participe, bien que de manière involontaire, au pouvoir que la drogue exerce sur lui.

Cette logique de participation à sa propre contrainte peut être approfondie à la lumière de la réflexion de Michel Foucault sur les rapports entre pouvoir et subjectivation. Alors que Ricœur met en évidence la tension interne entre la volonté et l'involontaire, Foucault déplace la question vers les mécanismes par lesquels le pouvoir

moderne amène les individus à intérioriser les normes et à s'y conformer sans contrainte explicite. Selon lui, le pouvoir ne s'exerce plus principalement de manière coercitive ou visible, mais à travers des processus de régulation intériorisée qui orientent la conduite des sujets.

Son analyse du *panoptique* illustre ce mode de fonctionnement : le détenu, incertain d'être observé, adopte de lui-même les comportements attendus, devenant ainsi le principe de sa propre discipline (Foucault, 1975). Ce modèle peut être transposé à l'addiction, dans la mesure où le contrôle exercé initialement par la substance ou par le contexte de consommation tend à être progressivement intériorisé. Des éléments tels que la peur du manque, la recherche de soulagement ou la conviction qu'il faut consommer pour aller bien fonctionnent comme des régulateurs internes du comportement.

Dans cette configuration, aucune contrainte externe n'est nécessaire : l'individu s'auto-discipline en fonction de son addiction. Il organise son temps, ses pensées et ses actions autour de la consommation, même en l'absence d'incitation immédiate. La peur du manque ou du malaise antérieur agit alors comme une forme de contrainte invisible. L'addiction illustre ainsi un processus d'auto-assujettissement, au sens où le sujet devient simultanément le support et l'objet du pouvoir addictif — à la fois agent de la contrainte et individu qui en subit les effets.

Un corollaire de ce processus réside dans une forme de désubjection du sujet addict. En se réduisant progressivement au cycle de la recherche et de la consommation de substances, l'individu perd le contact avec d'autres dimensions de son existence — ses projets, ses valeurs, ses relations — qui constituaient son identité subjective. Cette dynamique conduit à une éclipse de l'être, où le « je » autonome et réflexif cède la place à la mono-obsession de la substance. Selon la perspective foucauldienne, on pourrait affirmer que l'addiction constitue un régime de vérité et de pouvoir qui redéfinit le sujet : celui-ci n'est plus qu'un « addict », une étiquette qui le définit et est imposée de l'extérieur, au détriment de toute autre identification. Ce rétrécissement de l'existence s'accompagne fréquemment d'un sentiment de dévalorisation et de perte de dignité, renforçant ainsi le cycle auto-oppressif. La honte et le dégoût de soi, souvent exacerbés par les comportements liés à l'addiction, sont des émotions profondément intériorisées par l'individu, comme le décrit Carl Mindell (1994), contribuant à le maintenir dans une dynamique de domination interne. Cela nourrit la conviction que l'individu « ne mérite pas » ou « ne peut pas » changer. Cette conviction réduit encore son pouvoir d'agir et de se transformer. Ainsi, le sujet, construit une prison intérieure pour se protéger d'un mal qu'il subit et se retrouve piégé dans cette prison, progressivement dépouillé de son rôle de sujet actif. Cette désubjection implique que le sujet ne maîtrise plus son histoire : il subit sa vie plutôt que de la diriger, enfermé dans un présent répétitif dicté par l'addiction, ce qui brise le fil d'une identité narrative cohérente, pour reprendre l'expression de Ricœur. L'auto-oppression de l'addiction peut dès lors être interprétée comme une auto-désappropriation du soi, où le sujet se dépouille lui-même de sa liberté et de son identité.

L'auto-exploitation et la culture de la performance dans le néolibéralisme

Dans le contexte néolibéral actuel, l'impératif de productivité et de performance personnelle est omniprésent. Chacun est incité à se considérer comme un « entrepreneur de soi-même », responsable d'optimiser en permanence son « capital humain » (Armano, Morini, & Murgia, 2023). Les entreprises et institutions valorisent l'autonomie et l'initiative individuelle, si bien que l'individu en vient à s'auto-discipliner pour répondre aux attentes de rendement. Byung-Chul Han (2015) caractérise la condition moderne en affirmant qu'aujourd'hui, chaque individu se retrouve dans une situation d'auto-exploitation au sein de sa propre entreprise, jouant simultanément le rôle de maître et d'esclave, tandis que la lutte des classes se transforme en un conflit intérieur où l'individu lutte contre lui-même. Autrement dit, l'idéologie du « tu peux (réussir) si tu veux » remplace l'ancien « tu dois », conduisant le sujet à intérioriser les exigences autrefois imposées de l'extérieur. Cette intériorisation produit un surinvestissement dans le travail — dépassement constant de ses limites — qui mène à l'épuisement et à la dépression (Han, 2015). La notion d'*achievement society* (société de la performance) illustre ce phénomène : la valeur personnelle y est mesurée à l'aune de la productivité, et l'individu s'épuise à courir après une image idéalisée de lui-même, se sentant continuellement insuffisant (Han, 2015). On assiste dès lors à une nouvelle forme de domination où l'individu s'auto-opprime en endossant le rôle du bourreau et de la victime à la fois, convaincu que chaque échec résulte d'un manque d'effort de sa part.

Parallèlement à l'éthique de la performance, la culture contemporaine tend à valoriser la gratification immédiate des désirs et des besoins. L'accès instantané à la consommation — qu'il s'agisse de services de livraison rapide, de plateformes de diffusion en continu ou de la multiplication d'expériences brèves et intensives — s'accompagne d'une recherche constante de satisfaction immédiate, illustrée notamment par les interactions numériques ou les achats impulsifs. Ces formes de consommation produisent des effets de contentement éphémères susceptibles de dissimuler des formes de malaise plus profondes. Certains auteurs ont ainsi établi un parallèle entre cette dynamique et celle du « fast-food spirituel », en ce sens que ces pratiques, bien qu'elles procurent un apaisement rapide, ne génèrent pas nécessairement de transformations durables ni de bénéfices à long terme (Purser, 2019). Le système néolibéral semble offrir des solutions individuelles immédiates, la consommation de produits, la participation à des cours de méditation ou l'adoption de nouvelles routines de développement personnel, comme réponses à l'inconfort, sans toutefois remettre en question les causes structurelles sous-jacentes de cette souffrance. Ce retournement de l'explication vers l'individuel s'accompagne d'une adaptation docile aux conditions existantes : plutôt que de libérer l'individu, ces pratiques l'encouragent principalement à tolérer le statu quo. Elles agissent comme un sédatif social, soulageant temporairement des symptômes tels que le stress ou l'anxiété, sans s'attaquer aux causes du mal-être. Or, ces outils de bien-être sont une forme d'auto-discipline dissimulée sous l'apparence de l'aide à soi-même : ils permettent à l'individu de s'ajuster aux conditions qui ont engen-

dré ses difficultés, plutôt que de les remettre en question (Purser, 2019). Ainsi, les résultats (détente, regain d'énergie) peuvent même entraver l'émancipation véritable en neutralisant la colère ou l'indignation qui auraient pu conduire à une remise en cause collective de l'ordre établi.

Cette logique de solutions immédiates et d'ajustement aux conditions existantes trouve son prolongement dans un autre aspect central de l'idéologie néolibérale : l'érection de la responsabilité individuelle en principe normatif. Alors que les pratiques de bien-être et de développement personnel constituent des réponses ponctuelles et superficielles à la souffrance, le discours social dominant tend à réaffirmer l'idée que chaque individu est entièrement responsable de sa trajectoire, qu'il s'agisse de sa réussite professionnelle, de son équilibre psychique ou de sa situation économique. Cette vision, instaurée depuis les années 1980, déplace la charge de l'échec des structures sociales vers l'individu. Dans ce contexte, Mark Fisher (2009) souligne que l'une des plus grandes réussites des élites a été de convaincre les individus que leurs malheurs (chômage, pauvreté, souffrance psychologique) ne sont imputables qu'à leurs choix et insuffisances personnels. Il qualifie de volontarisme magique cette conviction largement partagée selon laquelle chacun a le pouvoir de devenir tout ce qu'il souhaite être, une idée qui, selon lui, constitue une forme de religion implicite dans la société capitaliste contemporaine (Fisher, 2009). Dès lors, l'individu en souffrance se perçoit comme coupable de son propre mal-être, ce qui le conduit souvent à redoubler d'efforts pour se « réparer » lui-même – alimentant le cycle de l'auto-exploitation – plutôt que d'identifier les mécanismes d'oppression externes à l'origine de sa situation. En effet, plus l'individu se croit seul maître de son destin, plus il peine à voir les contraintes structurelles qui pèsent sur lui. Cette auto-responsabilisation intériorisée crée un terreau propice à une forme d'auto-oppression subtile : l'individu, convaincu d'être à la fois l'architecte de sa réussite et de son échec, devient capable de s'auto-exploiter de manière efficace, tout en étant aveugle aux contraintes imposées par le système (Armano, Morini, & Murgia, 2023). Ce faisant, il n'y a plus besoin d'opresseur extérieur visible : chacun s'inflige à soi-même la pression et la discipline autrefois exercées par les structures, perpétuant de l'intérieur l'ordre social existant.

Vers une réappropriation de soi

La sortie du cycle addictif ne peut être envisagée comme une simple obéissance à une norme de sobriété ou comme une injonction morale à l'abstinence. Une telle approche, centrée sur l'interdiction, tend à reproduire la contrainte sous une autre forme en déplaçant la dépendance vers le registre de la culpabilité. À l'inverse, la libération du sujet suppose une transformation progressive du rapport à soi, fondée sur un processus de réappropriation intérieure. La guérison apparaît alors non comme un acte de rupture ponctuel, mais comme un mouvement de maturation, dans lequel l'individu reconstruit progressivement une continuité entre son vécu, sa conscience et son existence. Trois dimensions semblent essentielles à ce processus : l'attention, la lenteur et la restauration du sens.

L'attention constitue le premier pas de cette transformation. L'addiction se caractérise par une tendance à

éviter la souffrance à travers des mécanismes de fuite ou de soulagement immédiat. Le rétablissement exige, au contraire, une capacité à demeurer présent à ce qui est ressenti, même lorsque cela implique la confrontation à la douleur. Cette posture ne relève pas d'une valorisation de la souffrance, mais d'un effort de lucidité : elle consiste à reconnaître ce qui est vécu sans chercher à le neutraliser. En ce sens, l'attention peut être comprise comme une forme de connaissance vécue, une manière d'entrer en rapport avec soi par la présence plutôt que par le contrôle. Ce déplacement du rapport à soi — du réflexe de défense vers l'observation consciente — permet à la personne dépendante de réintroduire une distance réflexive dans son expérience, condition nécessaire d'une véritable autonomie.

La lenteur représente, pour sa part, une modalité temporelle de ce travail intérieur. Le cycle addictif enferme l'individu dans une logique d'urgence et d'immédiateté, où la satisfaction rapide supplée à la réflexion. Réapprendre la lenteur revient à instaurer une temporalité qui rende possible l'élaboration du vécu. En rompant avec la compulsion du « tout de suite », le sujet retrouve la possibilité d'une expérience durable et signifiante. La lenteur, en ce sens, n'est pas inertie mais ouverture : elle permet à la conscience de se déployer et de rétablir la continuité du temps subjectif, là où la dépendance instaurait la répétition et la discontinuité. Elle correspond à un rythme intérieur plus conforme au développement d'une liberté réelle, entendue comme capacité d'agir selon la compréhension plutôt que selon la contrainte du besoin.

Enfin, la restauration du sens constitue l'achèvement de ce processus. Le vide existentiel souvent associé à l'addiction témoigne d'une rupture du lien entre l'existence et sa signification. La substance agit alors comme un substitut de sens, procurant temporairement un sentiment d'unité ou de plénitude. La sortie de la dépendance suppose dès lors de redonner à l'existence une orientation, en rétablissant la cohérence entre les émotions, les valeurs et les actes. Cette re-signification ne se réduit pas à un discours sur soi, mais s'incarne dans des pratiques, des engagements ou des relations qui réintègrent l'individu dans une dynamique de sens. Le rétablissement implique donc moins une suppression du symptôme qu'une transformation de la manière d'exister.

Ainsi comprise, la guérison s'inscrit dans une perspective de continuité et de dépassement : elle ne vise pas seulement à éteindre la dépendance, mais à restaurer l'unité intérieure que celle-ci avait fragmentée. Par l'attention, la lenteur et le sens, le sujet reconstruit un rapport plus cohérent à lui-même et au monde, fondé sur la présence, la durée et la signification. La liberté retrouvée ne résulte alors ni d'une contrainte extérieure ni d'un effort de volonté seulement, mais d'un processus d'intégration progressive où la conscience devient à la fois le lieu et le moteur de la transformation.

Références

- Armano, E., Morini, C., & Murgia, A. (2023). Pour une ontologie précaire. Une approche orientée vers la subjectivité (A. Cavazzini, Trad.). *Cahiers du GRM*, 21, Article 21.
- Field, M. (2015). Review of *The biology of desire: Why addiction is not a disease* by M. Lewis. *Addiction*, 110(12), 2039.

- Fino, C., & Zielinski, A. (2023). Prendre ou accueillir le risque. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 317(2), 129–140.
- Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning*. Beacon Press.
- Han, B.-C. (2015). *La société de la fatigue*. Éditions Notabene.
- Han, B.-C. (2016). *Le parfum du temps: Essai philosophique sur l'art de s'attarder* (J. Ricard, Trad.). Actes Sud. (Œuvre originale publiée en 2009)
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244.
- Kierkegaard, S. (1844/1990). *Le concept d'angoisse* (K. Løgstrup, Trad.). Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1844)
- Kierkegaard, S. (1849/1993). *Le traité du désespoir: La maladie à la mort* (K. Løgstrup, Trad.). Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1849)
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97–129.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction : A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773.
- Mindell, C. (1994). Shame and contempt in the everyday life of the psychotherapist. *Psychiatric Quarterly*, 65(1), 31–47.
- Pharo, P. (2022). Les pathologies addictives de la liberté. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 315(3), 63–75.
- Pedinielli, J.-L., & Bonnet, A. (2008). Apport de la psychanalyse à la question de l'addiction. *Psychotropes*, 14(3), 41–54.
- Pichot, P. (1995). Kierkegaard et la naissance du concept de l'angoisse. *Semantic Scholar*.
- Purser, R. (2019, June 14). The mindfulness conspiracy. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2019/jun/14/the-mindfulness-conspiracy-capitalist-spirituality>
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Éditions du Seuil.
- Sinha, R. (2008). Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105–130.
- Traore, B. (1963). Les damnés de la terre. *Présence Africaine*, 45, 197–204.
- Weil, S. (1948). *La pesanteur et la grâce*. Librairie Plon. (Œuvre originale publiée en 1947)
- Weil, S. (1952). *Gravity and grace* (A. Wills, Trans.). Routledge & Kegan Paul.

La culture de la drogue

Sonny Perseil

HDR en science politique et sc. de gestion, ESDR3C / Cnam, directeur de la revue Politiques des drogues

Alors que les autorités françaises, dans leur lutte contre le narcotrafic, semblent avoir déclaré une guerre sans concession aux consommateurs, qu'elles tiennent pour principaux responsables du développement de la criminalité sévissant sur le marché des stupéfiants, l'histoire culturelle de l'Hexagone tend à montrer l'attrait d'une bonne partie de la population pour les drogues. La culture populaire nationale exprime en effet non un rejet de certains produits qualifiés de drogues, mais au contraire une appréciation largement positive. Des exemples significatifs illustrent cette tendance, comme, dans l'un des plus grands succès de la bande dessinée, la valorisation du produit dopant utilisé par les Gaulois du village d'Astérix (la potion magique) pour résister aux Romains, qui n'est pas sans évoquer les effets attendus de certains médicaments, en particulier les antidépresseurs, dont les Français sont de grands consommateurs. La culture de l'alcool, et en particulier celle du vin, apparaît également au cœur des passions françaises ; certains vignobles figurent d'ailleurs au patrimoine culturel de l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture, et l'œnologie est devenue une discipline, professionnelle et scientifique, pleinement reconnue. Le cannabis, dont la culture se diversifie de plus en plus en espèces différemment appréciées par les experts et les usagers, est aussi très consommé en France et se prête fréquemment à un jugement critique qui témoigne de l'intérêt de la population pour le produit. D'une façon plus générale, d'autres drogues dites illégales, comme les psychédéliques, suscitent l'engouement et une approche finalement culturelle des drogues en France.

Mots-clés : drogue, culture, Astérix, médicaments, alcool, cannabis.

Dans le domaine ô combien complexe des addictions, notre époque connaît le retour de caricatures et de raccourcis intellectuels, avec des slogans du type « la drogue, c'est de la merde »¹. Cette approche outrée reprend la communication publique des années 1980 (et en particulier un film réalisé en 1986 par Jean-Marie Périer pour le Comité français d'éducation à la santé, qui se termine par cette fameuse formule, exprimée visuellement à l'écran par un sachet jeté dans les toilettes)². Ces messages sont en particulier véhiculés par des politiques qui entendent s'illustrer dans la lutte contre l'insécurité (Perseil, 2025). Or, il est intéressant de constater, y compris dans le climat anxigène actuel lié à la (sur)médiatisation du trafic de stupéfiants, que l'histoire culturelle de la France, comme celle d'autres pays, est marquée par une valorisation de

certaines substances que l'on peut qualifier de drogues (Stella, & Coppel, 2021). Ce qui interroge logiquement sur les justifications de la prohibition et des politiques répressives associées : en effet, pourquoi culpabiliser les consommateurs, qui seraient responsables des violences criminelles engendrées par le commerce de drogues, et pour quelles raisons faudrait-il combattre et dénigrer « la drogue », alors que certains de ces produits sont à ce point appréciés, culturellement, dans l'Hexagone³ ?

Dans le présent travail, à vocation sociologique, cette appréciation, appelée ici « culture de la drogue », sera abordée sous l'angle de la culture populaire et en prenant acte de la consommation abondante, parfois valorisée, de médicaments, d'alcool et d'autres substances en terre gauloise.

Astérix et la potion magique

La légitimité des pratiques peut être saisie dans la « vraie vie », mais également dans les fictions, et surtout celles qui rencontrent le grand public et contribuent à normaliser

¹ Déclarations de Gérald Darmanin, sur LCI, le 14 septembre 2020, qui reprennent le slogan du clip de 1986 réalisé par Jean-Marie Périer. Voir par exemple <https://www.lepoint.fr/societe/darmanin-se-prononce-contre-cette-merde-de-cannabis-et-sa-legalisation-14-09-2020-239174023.php#consultation> : 17.06.2025

² Voir <https://www.youtube.com/watch?v=jHIEleYnwyI>, consulté le 15/10/2025.

³ Les problèmes de terminologie dans ce domaine sont nombreux : la drogue, les drogues, les narcos, etc. Voir notamment Chouvy (2025).

certaines comportements : « la culture populaire transforme nos existences en éduquant notre expérience ordinaire, en façonnant non seulement nos goûts esthétiques mais aussi notre moralité », explique ainsi la philosophe Sandra Laugier⁴.

Astérix, la bande dessinée créée par Uderzo et Goscinny, centrée sur un village gaulois qui résiste à l'oppression romaine, a connu un succès phénoménal, qui ne s'est jamais démenti depuis sa création en 1959. Après plusieurs adaptations sur grand écran et la création d'un parc d'attractions dédié, elle vient même d'être de nouveau mise au goût du jour par Alain Chabat pour une série de dessins animés sur Netflix en 2025. Le premier épisode de ces créations inédites s'intéresse tout particulièrement à l'élaboration de la potion magique, qui donne une force surhumaine à ceux qui l'ingèrent, permettant ainsi de vaincre les armées de César. Comme cela a déjà été relevé par d'autres auteurs, il s'agit bien d'une drogue, certes fictive – comme l'ensemble de l'œuvre – mais qui n'est pas sans évoquer les substances fournies aux soldats pour pouvoir faire face à l'ennemi, comme par exemple le captagon⁵.

Le fait est qu'Astérix n'existerait pas sans son formidable produit dopant, qu'il transporte généralement dans une gourde attachée à sa ceinture (comme s'il ne pouvait pas s'en passer). Le ressort scénaristique de la potion magique constitue en fait un « ingrédient » essentiel des aventures des Gaulois, qui apparaît systématiquement dans toutes les histoires racontées en livre, à la télévision ou au cinéma, voire en constitue l'enjeu principal. Elle semble indispensable non seulement à la survie des Gaulois, mais donc également à la mécanique créative mise en place par les auteurs.

La drogue, au fondement de l'un des symboles de la culture française, c'est donc, dans le cadre de ces créations, fantastiquement utile, pas du tout de la merde. Alors que la logique reste toujours la même – les irréductibles Gaulois sont sauvés par la potion magique – consciemment ou inconsciemment, tous ceux qui apprécient cette mécanique scénaristique valident la pertinence du dispositif drogue/produit dopant. Alors qu'une autre star de la bande dessinée francophone, Lucky Luke, a sacrifié sa cigarette (au profit d'un brin d'herbe...), aucune pression ne s'est en effet manifestée pour retirer la potion magique des aventures des Gaulois.

Une consommation de masse des médicaments

La logique scénaristique de la potion magique évoque en fait celle de toutes les substances qui permettent de soutenir les individus dans leurs épreuves, y compris celles du quotidien. Il ne s'agit pas, ici, de déconsidérer le médicament en soi, car la mise sur le marché de celui-ci ne se fonde nullement sur des ressorts fictionnels, mais bien au contraire sur des analyses approfondies de l'équilibre bénéfice-risque. L'objet de la présente réflexion est simplement de constater le fort attrait des Français pour ce type de produits, qui peuvent être, pour certains, qualifiés de drogues, quand bien même leur statut social et juridique diffère substantiellement de celui des stupéfiants.

En effet, pendant longtemps, la France a été présentée

comme championne du monde de la consommation des antidépresseurs. Même si ce n'est plus vraiment le cas, beaucoup de Français restent persuadés que prendre un petit cachet fait du bien⁶. Le fait est que durant de nombreuses années, les populations de l'Hexagone utilisaient bien plus que celles d'autres pays des médicaments psychotropes : « En France, plusieurs rapports publics ont souligné les niveaux élevés de consommation de médicaments psychotropes dans la population générale et ont analysé les conditions ou les conséquences de leur usage. [...] D'après les sources institutionnelles, l'utilisation globale de médicaments psychotropes en France est estimée comme étant l'une des plus élevées en Europe » (INSERM, 2012)⁷. Le « niveau très élevé de consommation de certaines classes de médicaments (anxiolytiques notamment) » en France, exprime une banalisation de ces consommations, le médicament étant « plutôt perçu comme un produit « sûr », car il est proposé par un laboratoire pharmaceutique qui suit des règles strictes dans la fabrication et le contrôle de la qualité » (Langlois, 2022). Il est donc fréquent, dans l'Hexagone, d'aller voir un médecin pour qu'il prescrive une drogue légale. Comme le notait le Dr Sauveur Boukris, « les Français sont de grands consommateurs de médicaments. Il y a une culture du médicament, on attend tout de lui »⁸. Dans le même temps, le potentiel addictif de certains produits ne paraît pas nécessairement bien connu et les Français semblent continuer à différencier nettement les stupéfiants et les médicaments, peu cités, spontanément, pour évoquer de possibles addictions (Li et al., 2025). L'utilité du médicament par rapport aux représentations des « mauvaises drogues » (INSERM, 2012) contribue certainement à la grande confiance que semblent accorder les Français à ce type de produits, si l'on en croit les études régulièrement commandées par l'organisation représentant les entreprises du secteur⁹. De ce point de vue, la singularité nationale n'est cependant guère évidente et la consommation généralisée de médicaments paraît être devenue une réalité internationale incontournable, l'industrie pharmaceutique ayant atteint des sommets, avec 1 607 milliards de dollars de chiffre d'affaires en 2023 (+ 8,2 % par rapport à 2022)¹⁰.

En France comme ailleurs, on prend donc ces substances pour se calmer, se faire du bien, se soutenir, aider à la performance, etc. Le médicament miracle n'a ainsi pas une vocation très éloignée de la potion magique de fiction et entraîne des effets réels et désirés comme un produit dopant, la mécanique semblant pleinement assumée, tant par le patient que le médecin prescripteur, qui après avoir diagnostiqué le problème, recommande la meilleure

⁶ Voir notamment https://www.lemonde.fr/idees/article/2013/11/26/la-france-n-est-plus-leader-dans-les-antidepresseurs_3520348_3232.html, consultation : 17/06/2025.

⁷ « Les principaux médicaments psychotropes classiquement distingués sont les tranquillisants ou anxiolytiques, les somnifères ou hypnotiques, les neuroleptiques ou antipsychotiques, les antidépresseurs et les thymorégulateurs. D'autres médicaments qui peuvent agir sur l'activité psychique sont également considérés dans les études disponibles : les psychostimulants, les analgésiques opiacés et les médicaments de substitution aux opiacés ». En ligne : <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/134000039.pdf>, consulté le 15/10/2025.

⁸ <https://www.republicain-lorrain.fr/actualite/2013/02/02/en-france-il-y-a-une-culture-du-medicament>, consulté le 17/06/2025.

⁹ Voir par exemple <https://www.leem.org/sites/default/files/2024-01/Observatoire%20soci%C3%A9tal%20lpsos%20pour%20le%20Leem%20des%20entreprises%20du%20m%C3%A9dicament%202023.pdf>, consulté le 15/10/2025.

¹⁰ <https://www.leem.org/le-marche-pharmaceutique>, consulté le 17/06/2025.

⁴ Laugier (2023), p. 19.

⁵ Voir par exemple sur <https://www.clubic.com/mag/sciences/article-811150-1-science-fiction-potion-magique-asterix-vraie-drogue-combat.html>, consulté le 17/06/2025.

drogue susceptible de répondre aux troubles mis en évidence. Là encore, rien ne paraît avoir remis en cause cette logique et la mise en circulation de ces très nombreux produits (anxiolytiques, mais aussi antidépresseurs, tranquillisants, somnifères, stimulants, anti-douleurs, etc.) n'a jamais été véritablement menacée.

La culture de l'alcool

La drogue soigne mais, par les effets psychotropes de nombreux produits, elle a aussi des effets sur la perception de la réalité en procurant à celui qui la consomme une forme d'ivresse, celle-ci constituant d'ailleurs souvent le but recherché par l'utilisateur. Le plaisir apporté par la drogue, paradis artificiel pour reprendre l'expression popularisée par Charles Baudelaire, s'exprime de façon finalement très consensuelle au sein d'un autre secteur industriel extrêmement puissant en France, l'alcool.

Bien sûr, il a existé, et il existe encore aujourd'hui, de nombreuses campagnes visant à limiter la consommation des breuvages alcoolisés. Néanmoins, jamais il n'a été question, dans l'Hexagone, de s'attaquer frontalement aux cultures de certaines boissons associées à l'identité française comme le Cognac. Certains présidents ont aussi médiatisé leur goût de la bière, comme Jacques Chirac, grand amateur de Corona, ou Emmanuel Macron, qui siffla cul sec une bouteille de la même marque à l'issue de la finale du championnat de France de rugby en 2023. Le vin est néanmoins tout particulièrement honoré et protégé, avec même une reconnaissance internationale par l'inscription de la Juridiction de Saint-Émilion, des Climats du vignoble de Bourgogne, des coteaux, maisons et caves de Champagne au Patrimoine mondial de l'Unesco (Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture). Le vin est en quelque sorte un fait culturel global et social, avec une partie économique très importante, mais une appréciation qui va bien au-delà grâce à la critique, la gastronomie et l'œnologie, discipline qui lui est dédiée, avec des diplômes nationaux et même un syndicat professionnel.

La culture du vin est une évidence en France, et pourtant, il s'agit bel et bien d'une drogue reconnue comme telle par les institutions, étant pleinement intégrée dans le champ d'activités de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives ou dans celui de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (dans l'illustration qui figure sur la page d'accueil de son site Internet, le verre de boisson alcoolisée est même le premier produit visible)¹¹. Les bouteilles les plus distinguées peuvent en effet être consommées sans modération, tous les jours et en quantités « déraisonnables », afin de trouver l'ivresse, ce qui peut entraîner de graves conséquences sur sa propre santé, comme celle des autres (accidents de circulation, violences domestiques, etc.). Les médecins addictologues le savent bien et ne se désintéressent bien sûr jamais de cette drogue (Leibovici, 2022).

Cannabis et psychédéliques : d'autres drogues « culturelles » ?

L'art de la vigne, la dégustation de crus classés, la distinction entre cépages, etc. paraissent, par ailleurs, avoir bien

inspiré la communauté des cultivateurs et des consommateurs de cannabis. Comme il existe des salons du vin, des compétitions et des classements pour les meilleures productions, de telles initiatives ont vu le jour pour les nombreuses espèces de chanvre, plus ou moins dosées en cannabinoïdes (THC - delta-9-tétrahydrocannabinol, CBD - cannabidiol, etc.), légaux ou pas, en France ou à l'étranger. Une communauté d'amateurs et d'experts du cannabis, qui développent rencontres, publications, forums, concours, etc. s'est ainsi largement développée à travers le monde

Ce réseau de relations sociales et culturelles a très bien pris en France, avec des sites Internet, des plateformes et de nombreuses initiatives visant à la légalisation du cannabis mais aussi, moins politiquement, tout simplement à sa connaissance et à son appréciation comme semble l'indiquer le nom d'une des organisations les plus emblématiques dans ce domaine, le Collectif d'information et de recherche cannabique (CIRC). Le fait est que l'Hexagone est depuis bien longtemps l'un des pays qui consomme le plus de cette drogue, dont l'usage est devenu extrêmement banalisé dans la culture populaire, l'activité de trafic ayant même souvent été dédramatisée (Perseil, 2004 et 2023).

Les psychédéliques sont aussi en train de bénéficier d'un vaste travail de sensibilisation, en particulier pour promouvoir son utilisation comme traitement alternatif à la dépression ou pour des problématiques de fin de vie (Nora, 2025). Une société savante, la Société psychédélique française, organise ainsi régulièrement des événements et investit les réseaux sociaux pour diffuser des informations sur ces substances (LSD, psilocybine, mescaline, ayahuasca...), bien des années après les travaux fondateurs de Roger Heim, ancien directeur du Muséum national d'histoire naturelle, sur les champignons hallucinogènes à la fin des années 1950.

En conclusion, la culture de la drogue, marquée par son inscription à la fois dans la culture populaire et au sein de la connaissance savante, fondée sur des logiques de soins à la personne, de dopage et/ou d'une forme d'hédonisme, paraît bien installée en France. Beaucoup d'autres illustrations auraient pu soutenir cette idée, de l'art du marketing développé par Angelo Mariani, qui avait lancé un vin portant son nom, mélange d'alcool et de cocaïne (qui connut un succès immense et fut l'un des précurseurs du Coca Cola), à l'aura de nombreux intellectuels et artistes, de Françoise Sagan à Michel Foucault en passant par Johnny Hallyday ou Serge Gainsbourg, connus pour avoir utilisé, voire abusé, de substances légales et illégales, parfois à l'appui du processus créatif. Est-ce que c'est mal ? Peut-on condamner ce qui relève d'une culture ancrée dans la société, voire les territoires et les terroirs quand on pense aux vins ? C'est finalement l'une des questions qui peut se poser quand on essaye d'extraire la réflexion sur les politiques des drogues des carcans de la morale et de ses « entrepreneurs », pour reprendre l'expression d'Howard S. Becker (Becker, 1985).

Références

Becker. (1985). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.

Boukris. (2013). *La fabrique de malades*. Paris : Le Cherche-Midi.

¹¹ <https://www.drogues.gouv.fr/>, consulté le 02/07/2025.

Chouvy. (2025). Drogue, stupéfiant, narcotique : laxisme conceptuel et grammatical. *Politiques des drogues*. N°8, pp. 66-78.

INSERM. (2012). Médicaments psychotropes : consommations et pharmaco-dépendances. Paris : Inserm. (collection Expertise collective).

Langlois. (2022). L'organisation sociale de la félicité médicamenteuse : le cas des jeunes et des psychotropes. *Politiques des drogues*. N°3, pp. 38-45.

Laugier, dir. (2023). Les séries. Laboratoire d'éveil politique. Paris : CNRS Éditions.

Li, Philippon, Le Nézet, Eroukmanof, Janssen, Spilka. (2025). Opinions et représentations des Français sur les drogues en 2023. Paris : OFDT. (collection Rapports)

Leibovici. (2022). Drogues : la longue marche. Paris : L'Harmattan. (collection Addictions).

Nora. (2025). Voyage dans les médecines psychédéliques. Paris : Grasset.

Perseil. (2025). L'effet Darmanin. *Politiques des drogues*. N°7, pp. 52-58.

Perseil. (2023). The Evolution of the Political and Media Framing of Drugs (2003–2022). *International journal on criminology*. 10 (1), pp.91-96.

Perseil. (2004). La confusion politique et médiatique. In Perseil, Rinck. *Le cadrage politique de la drogue - autour de Howard S. Becker*. pp. 105-111. Paris : Editions Pepper,

Stella, Coppel (2021). *Vivre avec les drogues*. Paris : L'Harmattan. (collection Addictions).

Addiction et responsabilisation

Mathieu Garcia^{1,2}

¹ CY Cergy Paris Université, Laboratoire CHArt (Cognitions Humaine et Artificielle),

² Sorbonne Université (Paris IV), Département de Philosophie

Dans cet article, je cherche à déterminer si la présence d'une addiction contribue en cas d'infraction à saper les conditions cognitives et volitives requises pour qualifier une intention de nuire indispensable à la caractérisation d'une culpabilité morale. J'entends par-là interroger si les individus concernés peuvent raisonnablement se voir attribuer la responsabilité des effets (in)directement criminogènes de leur état de dépendance. Ce faisant, je réponds aux deux questions suivantes : (i) pouvaient-ils d'une façon ou d'une autre éviter son occurrence ? Et (ii) dans l'immédiat, c'est-à-dire au moment des faits, avaient-ils la possibilité d'agir autrement ? Pour (i) comme pour (ii), je procède en tempérant les déclarations (essentiellement neurocentristes) de ceux qui s'attachent à dépouiller les personnes dépendantes de toute capacité de résistance : « elles ne sont plus en mesure de se contrôler, et ne pouvaient lutter contre le développement de la maladie ». Je conteste également la propension de certains, plus rares, à leur retirer toute forme de lucidité : « les sujets enlisés dans une addiction ne sont généralement pas conscients de leur état, et notamment de ce que celui-ci implique à court et à long terme ». Je soutiens de mon côté qu'ils pourraient au mieux bénéficier d'une responsabilité atténuée, et propose à ce titre un cadre d'analyse standardisé permettant d'apprécier au cas par cas et de façon quantifiée s'il y a lieu qu'elle le soit.

Mots-clés : addiction, dépendance, blâme moral, responsabilité pénale, capacité de contrôle, libre-arbitre, rationalité, neurosciences

Introduction

Une enquête récemment menée dans vingt-neuf pays auprès d'une centaine de chercheurs en addictologie révèle que près de 80 % d'entre eux attribuent aux personnes présentant une addiction la « responsabilité » de leurs conduites de consommation et des actions susceptibles de précipiter une rechute après une période d'abstinence. Plus étonnant encore, environ 60% des sondés jugent ces mêmes personnes responsables de leur « condition », c'est-à-dire, ici, de sa genèse (Ochterbeck et al., 2023). Un certain consensus semble donc se dessiner. Mais est-il fondé ? Et si oui, dans quelle mesure ? J'aimerais dans cet article suggérer quelques éléments de réponse à ces deux questions, en me concentrant sur les situations dans lesquelles la présence d'une forme ou d'une autre de dépendance constitue la principale cause contributive dans la commission d'une infraction, que celle-ci soit (i) directement liée à la possession d'une substance donnée (achat illégal, marchandisation, etc.), (ii) motivée par le besoin de se la procurer (vols, escroqueries, etc.), ou (iii) accomplie dans un état d'intoxication (violences, délits routiers, négligences, etc.). Pour être un peu plus précis, j'entends par-là interroger si les infracteurs souffrant d'addiction méritent *sur le coup* d'être blâmés pour leur

méfait. Ce faisant, j'aurai également l'occasion d'aborder le problème que pose l'intoxication inaugurale – puis réitérée – qui conduit certains individus à s'enfermer dans des états criminogènes : la question étant cette fois-ci celle de savoir s'il y a ou non matière à leur reprocher d'avoir mis le pied dans un certain type d'engrenage, ou de ne pas s'être libérés de la dépendance qui s'est installée (puisque'il est tout à fait possible d'affirmer qu'ils ne pouvaient plus lutter à la périphérie de l'acte, tout en maintenant qu'ils savaient au départ qu'ils ne pourraient ensuite pas lutter, ou en avançant qu'ils le pouvaient « pendant un moment », à tel point qu'il serait au fond légitime de leur imputer soit une faute antérieure délibérée, soit une négligence dans la gestion de leurs conduites de consommation).

Tout l'enjeu consiste alors à déterminer si le critère, *cognitif*, de la bonne appréciation d'une situation¹ anticipée, ou celui, *volitif*, de la maîtrise de soi au moment des faits survivent aux effets d'une addiction consolidée

¹ La bonne appréciation d'une situation suppose ici *a minima* (i) de savoir, d'une manière générale, que consommer *cette* substance comporte quelques risques (physiques, psychologiques, sociaux, juridiques), et (ii) de se représenter correctement la situation présente (« Je suis en train de consommer une substance qui s'avère être addictogène – au sens où j'ai conscience que ce que je bois n'est pas de l'eau »).

ou (seulement) germinée. Je laisse pour l'instant de côté le premier critère, pour m'intéresser au second. Car celui-ci fait directement écho à l'article 122-1 du Code pénal français, disposant qu'un infracteur « n'est pas pénalement responsable [de ses agissements] s'il était atteint, à la périphérie de ces derniers, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli [...] le contrôle de ses actes ». L'alinéa second du même article précise que si le trouble est venu « entraver » le contrôle de ces actes, la personne « demeure punissable », et donc d'une certaine façon responsable, même si « la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle envisage la peine et en fixe le régime ».

Il est donc ici question d'une responsabilité entendue comme *capacité*. Ce qui est en jeu, en effet, et comme le signalait Herbert L. A. Hart (1968, p. 152), c'est « la capacité, pour un sujet donné, de se conformer à ce que le droit exige et de s'abstenir de faire ce qu'il interdit ». Dès lors, une personne est entièrement excusée s'il est établi qu'elle n'a fait preuve d'aucune mauvaise volonté en commettant le tort qui lui est matériellement imputé : celui-ci était « inévitable ». En cas d'excuse partielle, l'action est réputée ne pas refléter pleinement ce que voulait la personne : elle pouvait faire autrement, mais très difficilement.

En tout état de cause, le raisonnement adopté est le suivant :

Si un sujet est coupable – pleinement ou partiellement – d'avoir fait *y*, alors il avait le devoir de ne pas faire *y*.

Si un sujet avait le devoir de ne pas faire *y*, c'est qu'il pouvait ne pas faire *y*.

De sorte que si un sujet est coupable d'avoir fait *y*, c'est qu'il pouvait ne pas faire *y*.

Certes, le raisonnement déplié porte sur la culpabilité, et non sur la responsabilité. Mais dans un système pénal rétributiviste, juger (à l'aune d'une logique capacitaire) un individu « responsable » revient *de facto* à lui imputer une faute morale, c'est-à-dire, en un mot, à le blâmer pour son comportement (il *mérite* d'être puni, précisément parce qu'il aurait pu – et donc dû – faire autrement).

Aussi n'est-il pas inutile de revenir, au moins dans les grandes lignes, sur ce qu'une addiction est supposée impliquer sur le plan volitif. J'emploie le terme « supposé » à dessein, pour rappeler qu'une large part du discours autorisé à propos de ce type de pathologie reste sinon hautement suspecte, du moins sujette à quelques raccourcis qu'il serait, je crois, inconséquent de placer sous le tapis².

Une dissolution de la volonté ?

En parlant de « discours autorisé », je fais référence à celui stipulant que l'addiction anéantit toute faculté de contrôle de soi. La position défendue est claire : lorsqu'il est avéré, le phénomène addictif marquerait la présence d'une « maladie du libre arbitre » (Volkow, 2015) sous-tendue par des déséquilibres d'ordre cérébral (Baler & Volkow, 2006 ; Goldstein & Volkow, 2002 ; Koob & Volkow, 2010 ; Leshner, 1997). Sont alors généralement mis en

cause le circuit dopaminergique (et ses flambées incitatives), le système exécutif (et en particulier les atteintes structurelles et fonctionnelles du cortex préfrontal), ainsi que la région du striatum dorsolatéral (garante de nos automatismes comportementaux). Étrangement, un grand nombre d'auteurs évacue dans ce cas les questions – pourtant essentielles, et largement ratissées – relatives au type de causalité mis en évidence dans les études citées (lorsque ces dernières ont effectivement vocation à démontrer l'existence d'une certaine forme de causalité). Il n'est cependant pas utile de s'attarder davantage sur ces séduisantes caractérisations réductionnistes faisant des conduites addictives le produit d'une *brain disease*. Non pas uniquement parce que d'autres l'ont déjà fait (Field, Heather, & Wiers, 2019 ; Henden et al., 2013 ; Heather, 2017 & 2021 ; Heyman, 2009 ; Levy, 2013 ; Lewis, 2015 & 2017 ; Peele, 2016 ; Pickard, 2012 & 2022), mais surtout parce que lorsqu'entre en jeu la responsabilité pénale d'un individu, l'étiologie d'un trouble, ou sa nature profonde, ne constitue un paramètre pertinent que s'il conditionne le type et/ou la quantité de dégradation observée à l'endroit de certains prérequis psychiques.

Bien sûr, il est tentant de rétorquer que le fait de considérer ou non l'addiction comme une affection neurobiologique a son importance, dans la mesure où toute affection de la sorte impliquerait *obligatoirement* son lot de pertes de contrôle. C'est là le point de vue de ceux qui déduisent de l'idée que *x* possède un cerveau dérégulé *y* l'idée que *x* n'est pas responsable de ce qu'il peut ou veut faire (entendons : de ce qu'il peut ou veut faire en lien avec ce qu'un tel dérèglement induit). Car si l'on postule que le fait que *x* possède *y* implique nécessairement – c'est-à-dire logiquement – que *x* ne soit plus capable de contrôler ce qu'il fait, ni même ce qu'il veut faire, alors *x* ne saurait être tenu responsable ni de ce qu'il fait, ni de ce qu'il souhaite faire. Le problème est cependant qu'il n'est pas du tout évident que la *seule présence* d'une configuration neuronale *y* à l'origine d'un trouble *z* soit en elle-même systématiquement suffisante pour conclure que *z* implique nécessairement une impossibilité à réguler certains désirs et, par extension, certains comportements. Sachant qu'affirmer le contraire semble par principe rendre absurde toute prétention à vouloir juger de la responsabilité d'un agent (à supposer que parler d'« agents » ait encore ici un sens), étant donné que n'importe quel « agent », quel que soit l'état de son appareillage cérébral, voit jusqu'à preuve du contraire ses désirs ainsi que ses comportements régis par cet appareillage cérébral, et par conséquent par une certaine configuration neuronale. De sorte que quiconque entend promptement – je veux dire *automatiquement* – déduire de la simple présence d'une configuration neuronale *y* à l'origine de *z* la neutralisation (partielle ou absolue) des pouvoirs du vouloir doit également accepter de déduire de la seule présence d'une configuration neuronale typique³ *y'* – garantie par la seule possession d'un cerveau – la neutralisation (là encore, partielle ou absolue) de ces pouvoirs. Autrement dit : soit l'on souscrit à un déterminisme neuronal strict, inconditionnel, qui s'appliquerait dans tous les cas, c'est-à-dire à chaque fois qu'un substrat ou un événement neuronal est d'une manière ou d'une autre impliqué, soit l'on accepte qu'une certaine dose d'indéterminisme subsiste tou-

² La majorité des répondants du sondage mentionné en introduction partage cet avis.

³ Je fais ici comme s'il était aisé de différencier une configuration neuronale *typique* d'une configuration neuronale *atypique*.

jours malgré l'existence d'un soubassement « neuronal » ; soubassement que l'on retrouve finalement à chaque fois qu'un épisode mental est instancié par un équipement cérébral donné, ou qu'un comportement est adopté (grâce à ce dernier).

D'aucuns pourraient certes objecter que toutes les forces causales – ici réduites à un ensemble de déterminations neuronales – qui influent sur nos choix et nos comportements quotidiens ne se valent pas. Même en période de canicule, mon désir de boire de l'eau après en avoir été privé pendant à peu près trois heures n'est certainement pas aussi fort, et donc aussi contraignant que l'envie qui saisit un alcoolique chronique à la seule vue d'une bouteille d'alcool (après plusieurs semaines d'abstinence). Soit. Mais fait-il pour autant face à une situation qui excède sa capacité de contrôle ? Son désir, qui peut soit dit en passant le disposer à voler une bouteille, ou à prendre le volant malgré son état d'ivresse, est-il *strictement* irrésistible, et à ce titre *véritablement* coercitif ? Est-il en d'autres termes aussi incontrôlable que le sont par exemple les crises qui assaillent soudainement l'épileptique, ou les tremblements qui handicapent les personnes atteintes de Parkinson ?

La réponse est vraisemblablement négative. Après tout, les conduites de recherche ou de consommation de l'objet « impérieusement » désiré n'ont rien d'*automatiques*. Elles sont loin d'être identifiables à un comportement réflexe, c'est-à-dire à un mouvement que tout le monde pourrait sans difficulté juger « involontaire », ou *entièrement* « subie ». Elles ne sont d'autre part nullement conditionnées par une capacité de résistance assurément limitée, comme celle qui nous permettrait de rester suspendus, par la seule force de nos doigts, au bord d'une falaise. Il est en outre permis de signaler, avec Stephen J. Morse (2011), que si les tentations d'un addict étaient *réellement* indomptables, alors aucun addict ne devrait jamais être capable de réfréner son désir de consommer, disons, de la drogue. Or, on sait parfaitement, et heureusement, que tel n'est pas le cas. De plus, et pour rester sur l'exemple du toxicomane, il n'est pas rare que le prix du produit convoité, la présence de la police à proximité, ou la perspective d'une comparution imminente suffisent à exercer un effet dissuasif, et ainsi à retarder la satisfaction d'un besoin qui paraît donc en ce sens maîtrisé, au moins temporairement (Hart et al., 2000 ; Petry et al., 2017). Certaines études ont même clairement démontré qu'une quantité non négligeable de consommateurs dépendants cessent sans traitements leur consommation lorsque les coûts engendrés par celle-ci finissent par devenir trop élevés (Heyman, 2009 ; Sobell, Ellingstad, & Sobell, 2000).

On argumentera alors sûrement que leur contrôle n'est pas illimité ; que les ressources dans lesquelles ils puisent pour réguler leurs comportements finissent par s'épuiser. C'est notamment ce que défend le philosophe Neil Levy (2006), pour qui l'addiction implique à un moment à un autre que celui qu'elle ronge succombera à ses dik-tats, après s'être vaillamment débattu. Tout ne serait qu'une question de temps – et évidemment de différences interindividuelles dans la mise à profit de ce dernier. Comme le souligne Sripada (2018), la dynamique volitive propre à l'addiction se caractérise moins par une disparition du *self-control* que par sa fragilisation : si l'individu dépendant possède à un instant *t* les ressources exécutives nécessaires pour résister à la tentation, rien

ne garantit qu'il les possédera à *t+1* (face à une nouvelle tentation). Autrement dit, le risque de voir ses capacités d'inhibition débordées augmenterait avec le temps, à mesure que se démultiplient les occasions de flancher, sous l'effet de la fatigue, du stress ou de l'accumulation des efforts d'autorégulation.

Reste que même si l'on admet cette idée, il n'en demeure pas moins difficile de concevoir, en un sens non métaphorique, que la mise en débâcle de cette volonté constamment défiée s'apparente à ce qui advient chez quelqu'un qui se trouve subitement forcé de balancer son bras, comme cela peut s'observer dans le syndrome, en l'occurrence neurologique, de la main étrangère. Par conséquent, il semble exagéré de prédir aux personnes adictes un désir dont la force excède la capacité de contrôle volontaire de l'agent, au point de rendre rigoureusement impossible l'inhibition de l'acte qu'il motive. En ce sens, parler de *compulsion* revient à désigner une forme de désir qui n'est pas seulement intense ou impérieux, mais totalement coercitif, c'est-à-dire incompatible avec la possibilité effective d'agir autrement. C'est seulement sous cette condition – celle d'une incapacité d'inhibition – qu'un désir peut être dit constituer une contrainte à proprement parler.

Or, cette condition n'est pas anodine pour la question de la responsabilité. Puisque si l'on admet qu'un agent ne peut être tenu pour responsable que d'un acte qu'il était en mesure de ne pas accomplir, alors la reconnaissance d'une véritable compulsion – d'un désir irrésistible au sens fort – équivaut à la suspension de la responsabilité : là où il n'y a pas d'alternative, il n'y a pas non plus de faute (nous l'évoquions plus haut : à l'impossible nul n'est tenu). À l'inverse, si le désir, aussi intense soit-il, laisse subsister une marge de contrôle, fût-elle étroite ou coûteuse, il n'exonère pas entièrement l'agent, mais atténue seulement sa responsabilité (et c'est précisément dans cet espace intermédiaire, entre la contrainte et la simple tentation, que se loge la difficulté propre des addictions, ainsi que celle de l'alinéa 2 de l'article 122-1 déjà cité).

Peut-être suis-je néanmoins en train de placer bien trop haute la barre en dessous de laquelle parler d'un acte « involontaire » n'est pas permis⁴. Peut-être pourrait-on plutôt estimer qu'un acte n'a plus rien de « volontaire » si tôt qu'il entre en conflit avec les valeurs de l'agent ; avec ses désirs les plus profonds (lire en ce sens Kennett, Vincent, & Snoek, 2015). Nonobstant le fait qu'une telle conception paraît tout droit conduire à l'irresponsabilisation de toute personne éprouvant⁵ un conflit entre ce qu'« elle » fait et ce qu'elle voulait « vraiment » faire⁶, il faut ici répondre qu'un tel conflit ne présage nullement en lui-même, là encore, d'une quelconque impossibilité *mécanique*, pour la personne concernée, de ne pas réaliser ce qu'elle ne

⁴ À l'instar de John Hyman (2015), je conçois ici la « volonté » non pas comme un état psychologique préalable à l'action, mais comme une qualification normative de l'acte lui-même. En ce sens, dire qu'un acte est « volontaire » ne revient pas à décrire un certain processus mental antécédent, mais à affirmer qu'il a été accompli en l'absence de facteurs contraignants (« aucune raison de l'excuser ne vient s'y opposer », résume Hyman [2015, p. 43]). Cette conception permet dès lors de dissocier la volonté de l'intention : un acte peut être (dit) « intentionnel » – c'est-à-dire accompli pour une raison – sans être pour autant « volontaire », s'il résulte d'une pression, d'une manipulation ou d'une perte de contrôle.

⁵ Ou rapportant sans l'éprouver.

⁶ Il me semble par exemple que soutenir que la seule présence d'une *difficulté* à ne pas faire ce qu'on ne voulait pas réellement faire devrait suffire pour nous excuser suppose logiquement d'être également prêt à excuser tout comportement acratique.

voulait selon ses dires pas faire.

Des choix impossibles ?

Une autre voie envisageable consiste alors à avancer que le caractère « contraignant » des besoins auxquels « l'addict » se trouverait assujéti réside dans le fait que ne pas les satisfaire entraînerait, je cite Jeanette Kennett (2015, p. 1071), « un coût qu'il serait déraisonnable de lui demander d'accepter ». L'idée étant que si un individu aux prises avec son addiction a toujours le choix, celui-ci reste quoiqu'il en soit extrêmement délicat, en ce que les possibilités qui s'offrent à lui sont pour ainsi dire peu reluisantes (Yaffe, 2011). Le raisonnement est *grosso modo* le suivant. Il nous apparaît injuste, et même aberrant, d'attendre de quelqu'un mis en joue par un braqueur de lui refuser, au péril de sa vie, l'argent qu'il exige. Alors que notre victime a le choix entre sacrifier sa vie et aider le braqueur à remplir sa besace, nous l'excusons volontiers d'avoir opter pour « l'assistance-braquage ». Dans la situation qui est la sienne, on peut à vrai dire difficilement lui demander autre chose. Or, il en va de même, nous dit-on, pour l'addict, à qui il serait tout aussi osé de demander de ne plus se laisser aller à ingérer telle ou telle substance, en tant que cela supposerait d'ouvrir la porte aux symptômes – particulièrement incommodants – de sevrage, ou de précipiter son enlèvement dans une anhédonie métastasée.

Il y a plusieurs manières de répondre à cet argument. On peut d'abord rappeler que la douleur occasionnée par le sevrage n'est pas *littéralement* insoutenable, et qu'elle peut de surcroît être médicalement accompagnée. On peut ensuite faire remarquer qu'un tel argument ne s'applique pas aux cas de « toxicomanies sans drogue » (Fenichel, 1953), ou au moins signaler qu'il n'a pas la même portée, ce qui n'est pas un détail, dans la mesure où le défendre coûte que coûte semble présumer de tracer une frontière étanche, cliniquement douteuse, entre les addictions comportementales et non-comportementales (avec le sous-entendu voulant que seules les formes non-comportementales pourraient justifier un blanchissement moral). On ajoutera d'autre part qu'une personne se détournant de ce qui l'a rendue addictive ne bascule pas systématiquement dans une anhédonie. Et on notera enfin que si un sujet addict se retrouvait d'une façon ou d'une autre confronté à l'alternative « subir de graves blessures corporelles *versus* arrêter sa consommation et sombrer dans une dépression (ou ce qui peut s'y apparenter) », il choisirait probablement la seconde option, ce qui tend à relativiser le caractère prétendument *implacablement* contraignant du *craving* qui met en échec ses tentatives de désaccoutumance (Morse, 2011).

Il est vrai, malgré tout, que de nombreux toxicomanes continuent à consommer leur drogue quand bien même cette consommation accroît de façon évidente la probabilité d'une mort prochaine, en aggravant un état de santé déjà problématique. D'autres persistent dans leur consommation au point de s'adonner à des conduites délictuelles qu'ils condamnent par ailleurs. N'est-ce pas là finalement autant de preuves en faveur du caractère « forcé » de ces actions qui pérennisent leur condition ?

Une imprudence coupable ?

C'est habituellement à ce stade que la discussion prend une tout autre tournure, orientée par l'intempérance ini-

tiale que supposerait chaque addiction. Car en effet, même si l'on décide de voir dans ces comportements de consommation l'emprise d'une force qui écrase la volonté et opprime les désirs de leurs auteurs, il n'en demeure pas moins que ces derniers sont *causalement* responsables de s'être embarqués dans cette situation, et/ou de n'avoir « rien fait » pour s'en extraire lorsqu'ils en avaient (encore) la possibilité. Tel est, brutalement formulé, l'argument d'après lequel personne ne force quiconque à consommer un produit addictogène. La consommation préalable d'une substance, ou la réitération d'un comportement susceptible de devenir addictif procèderaient au départ d'un choix indéniablement volontaire. Et les premières expérimentations se feraient, sauf exceptions, à un âge où le développement cognitif est normalement largement suffisant pour que les dangers, régulièrement rappelés et bien documentés, de la consommation de substances soient intégrés et compris.

Ce type de raisonnement prête évidemment le flanc à plusieurs objections. Premièrement, la plupart des personnes ayant développé une addiction ont très tôt été exposées, sans avoir leur mot à dire, à toutes sortes de substances, lorsque ce n'est tout simplement pas à la substance à laquelle elles sont devenues dépendantes. Elles grandissent assez souvent dans un milieu familial propice à la banalisation d'une consommation objectivement excessive, avec des parents qui présentent eux-mêmes fréquemment une addiction. Il convient deuxièmement de ne pas verser dans une trop grande hypocrisie, et admettre que dès lors que l'on ne cantonne pas le débat aux drogues pour l'instant illégales, le caractère moralement blâmable d'une décision de consommer tel ou tel produit ne va pas du tout de soi. Qui donc oserait, en particulier en France, reprocher à quelqu'un qui souhaiterait découvrir les saveurs de l'alcool de manquer de prudence ? Comment justifier la condamnation morale d'une expérimentation ou d'une consommation itérative de cette substance⁷, quand de nombreuses entreprises la commercialise, au profit du gouvernement, qui en reçoit les bénéfices fiscaux ? Il faut ensuite garder à l'esprit – c'est le troisième point – que la majorité des individus qui consomment de manière récréative, à un moment ou à un autre de leur vie, diverses substances ne développeront jamais une addiction, sans parler du fait que ceux qui en développent une ne sont pas forcément ceux qui ont pris le plus de risque : ils n'ont pas toujours été impliqués dans des conduites déraisonnables, et basculent néanmoins dans une dépendance qui relève donc moins de leur responsabilité que d'une certaine forme de malchance (sous-tendue par des paramètres psychologiques, épigénétiques et socio-économiques relativement bien connus). Face à un alcoolique ayant commis un délit dans un état d'ivresse induit par une « compulsion » à boire, on pourrait même être tenté de conclure à un manque de « fortune morale » (Williams, 1981). Il y a enfin un quatrième argument que l'on peut mobiliser à l'encontre de l'idée d'après laquelle il serait légitime de blâmer les infracteurs s'étant eux-mêmes embourbés, « en toute connaissance de cause », dans une dépendance criminogène. Celui-ci vise en un mot à mettre en doute leur capacité de clairvoyance ou d'anticipation rationnelle. Qui peut en effet prévoir que sa première rencontre avec une machine à sous donnera lieu à une dépendance qui

⁷ Dont tout le monde connaît les effets désinhibiteurs.

entraînera des difficultés financières, et pourquoi pas des comportements délictuels destinés à renflouer les caisses ? Ne sommes-nous pas là en train de conférer à nos facultés prospectives un pouvoir démesuré ? On peut si l'on veut s'entendre sur le fait que nul n'est censé ignorer que côtoyer un peu trop les casinos peut annoncer une addiction, mais que vaut un tel « savoir » ? Peut-on – et doit-on – sérieusement s'attendre à ce que la conscience de l'éventualité multidéterminée de cette addiction seulement potentielle et seulement potentiellement criminogène suffise à empêcher la consommation dudit stupéfiant ?

Ces différentes réserves ne sont cependant pas si décisives que cela, dans la mesure où elles reposent toutes sur le présupposé selon lequel une personne souffrant d'addiction n'est aucunement en mesure de sortir du cycle infernal dans lequel elle se trouve plongée. Certes, beaucoup brandissent l'aspect insidieux de l'installation de la dépendance, en faisant valoir que lorsqu'un individu prend conscience des conséquences négatives de sa consommation, il est déjà trop tard : le piège s'est déjà refermé sur lui ; l'addiction est déjà là. Mais le problème est que cet argument tire sa portée de l'assertion, déjà contestée, posant qu'une fois le piège refermé, rien ne peut plus être fait. Il exige autrement dit de souscrire à la thèse, pour l'heure infondée, d'après laquelle une personne addict n'a littéralement plus aucun contrôle, à chaque moment de son existence, sur ses choix, ou en tous cas sur ceux qui mettent en jeu la continuité de sa consommation. Et pourtant, il y a bien lieu de croire, je cite Morse (2011, p. 180), « [qu'elle] accède au moins de temps à autres à ces intervalles de lucidité » au cours desquels elle peut lancer les démarches nécessaires pour agir sur les effets délétères de son accoutumance.

Un discernement aboli ?

À ceux qui demanderaient si elle a vraiment les moyens d'entrevoir ces effets, il faut signaler que la réponse ne peut être négative que si une comorbidité est à noter, ce qui change d'office la nature de la cause subjective d'irresponsabilité sur laquelle il s'agissait de statuer. Car une addiction n'implique pas une absence totale d'*insight* quant à ce qu'elle engendre. Au pire peut-on soupçonner un déni extrêmement efficace, mais celui-ci n'est pas synonyme d'inconscience. Et c'est d'ailleurs ce que suggère l'idée, martelée par les grands organismes de santé, voulant que l'addiction « commence » dès lors que « la recherche ou l'usage d'un produit » persiste « en dépit de la connaissance de ses conséquences nocives »⁸. Les principaux concernés l'expriment d'ailleurs fort bien dans leurs témoignages : « c'est plus fort que moi », disent-ils souvent ; « je sais bien que je ne devrais pas continuer à faire ça, mais je ne peux pas m'en empêcher » ; « j'étais conscient que j'étais en train de me détruire, mais je ne pouvais pas m'arrêter » (exemples de propos recueillis et cités par Heyman [2009])⁹.

Troquer l'hypothèse d'une *contrainte* absolue pour celle

d'une *ignorance*¹⁰ qui le serait tout autant n'est donc pas une solution viable. Une personne dépendante a accès, au moins de temps à autres, à des raisons à la fois morales et prudentielles de ne pas céder face à « ses » désirs non-désirés. Mais la bonne question est peut-être celle de savoir si elle y est aussi *sensible*¹¹ qu'une personne non-dépendante. En d'autres termes, n'est-il pas permis d'envisager sa responsabilité de façon non pas binaire, mais scalaire ?

Considérons deux situations. Dans la première, un individu *A* fait face à l'envie de consulter une notification sur son téléphone alors qu'il conduit. Il a conscience que, s'il y cédaient, il mettrait en péril sa propre sécurité ainsi que celle des autres conducteurs. Il n'a par ailleurs aucune autre raison de négliger cette bonne raison d'inhiber son geste. Il y est donc pleinement réceptif. Dans la seconde situation, un individu *B* en proie au même désir attend un message de l'hôpital où son fils vient d'être hospitalisé. Tout comme *A*, il sait que consulter son téléphone au volant est dangereux, mais il se dit également que cette notification est peut-être un message de l'hôpital (susceptible de le rassurer). Il a accès aux mêmes raisons de rester concentré sur la route, mais n'y est pas aussi sensible : le principe de précaution lui apparaît sur le moment subsidiaire ; sa puissance normative est affaiblie, ce qui rend l'inhibition plus coûteuse et la prise de risque plus probable.

Aussi voit-on avec ces deux exemples que la sensibilité aux raisons n'a rien d'un état discret. Elle apparaît en effet modulée par toute une série de facteurs d'ordre psychologique (fatigue, stress, vulnérabilités motivationnelles). Plus fondamentale encore, « avoir accès à une raison » *x* ou *y* peut signifier (i) l'avoir en tête, (ii) la comprendre (c'est-à-dire, *a minima*, et selon l'acception latine, la relier à certains enjeux qui doivent eux aussi être compris), (iii) la ressentir comme saillante, (iv) ou la trouver suffisamment motivante pour guider l'action. D'où la plausibilité de l'idée voulant que la responsabilité – lorsqu'elle dépend de la façon dont un agent répond à différentes raisons – puisse être graduée : car ces quatre ingrédients ne sont pas toujours réunis, et le degré de sensibilité à telle ou telle raison fluctue finalement aussi en fonction de leur combinaison. Enfin, et surtout, une raison *y* peut compter de manière irrégulière ou instable, c'est-à-dire peser différemment selon la pression environnementale, la disponibilité de l'objet du désir, ou l'imminence du renforcement attendu. Ainsi, dans un contexte bien précis, un individu donné reconnaîtra certaines raisons, mais pas d'autres. Il pourra par ailleurs se référer à des raisons « fortes », mais pas à des raisons « faibles » (Fischer & Ravizza, 1998).

Il faut ici faire remarquer que plusieurs études apportent quelques crédits à cette approche gradualiste de la sensibilité aux raisons que nous pouvons avoir de stopper ou d'initier un comportement. Certaines révèlent par exemple chez les personnes addictes la présence de distorsions cognitives qui viennent perturber l'appréciation des effets de la dépendance contractée (Pickard, 2016 ; Segal, 2013 ; Sripada, 2022). D'autres établissent que l'allocation des ressources attentionnelles des principaux concernés contribue très tôt à entretenir leur servitude : les éléments

⁸ Je reprends ici la définition que propose l'Institut Nord-Américain des drogues (<https://nida.nih.gov>), cité par le Ministère interministériel français de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA, <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>).

⁹ Dans l'un des chapitres de l'ouvrage qu'il publie en 2017 avec Segal, Heather s'attarde sur la déclaration d'un ancien patient relatant ce qui constituait pour lui une lutte quotidienne : « Je me disais chaque matin : aujourd'hui j'arrête – et chaque soir, j'étais de nouveau saoul » (p. 138).

¹⁰ Pour reprendre le vocabulaire aristotélicien (cf. *Éthique à Nicomaque*, Livre III, trad. fr. par J. Tricot. Paris : Vrin, 1990).

¹¹ J'utilise ici un terme couramment employé en philosophie morale depuis les travaux de Fischer et Ravizza (1998).

qui, dans l'environnement immédiat, rappellent de près ou de loin la substance qui aliène leur volonté ont effectivement tendance à capter *d'avantage* leur attention (Field & Cox, 2008) – en sachant que cela peut surtout s'observer dans des contextes de délibération, où les considérations congruentes avec la consommation sont plus aptes non seulement à s'imposer dans l'esprit des individus, mais plus encore à y rester (Cox, Klinger, & Fadardi, 2016). Pour ne rien arranger, les mouvements de prise de décision se révéleraient chez eux *globalement* orientés vers la poursuite de récompenses instantanées, ce qui suppose naturellement de juger au rabais la valeur de celles plus éloignées dans le temps (Ainslie, 2000 ; Bickel et al., 2014).

En somme, le repérage des raisons susceptibles d'opérer un revirement ou d'exercer, même provisoirement, un effet dissuasif, pourrait être *en partie* compromis. Sauf que dans ce cas, la même chose doit être dite à propos de la capacité de l'individu à y réagir, par le biais d'une modification de ses comportements. Cette capacité serait alors significativement limitée, sans être annihilée. Ce qui exige forcément, en premier lieu, de déterminer à partir de quel seuil cette limitation est suffisante pour justifier une forme d'excuse morale, et en second de s'assurer que cette limitation est bien réelle. Et cette double exigence ne concerne évidemment pas uniquement la « perte » de contrôle (ici rabattue sur un contrôle *réduit*) : elle s'applique tout autant à l'évaluation du degré de réceptivité à l'égard des raisons de s'abstenir de consommer – ou de poursuivre telle ou telle activité. Aussi convient-il, pour chacune de ces deux voies disculpantes, de s'appuyer sur certains repères. À mon avis, il s'agit là d'un impératif pour quiconque partage l'intuition voulant qu'à circonstances égales, il est plus difficile pour un addict que pour un non-addict d'inhiber certaines actions, que cela soit justement à cause d'une perception amoindrie des variables pertinentes, d'une faculté de résistance au *craving* émoussée, ou des deux à la fois.

Un modèle d'évaluation de la responsabilité diminuée

Je souhaiterais donc pour finir suggérer un cadre d'analyse qui opérationnalise cette évaluation du degré de responsabilité des personnes souffrant d'addiction. Je propose en ce sens de tenir compte des paramètres suivants (évoqués dans cet article) :

R (Accès aux raisons) – apprécier la capacité de l'individu à (re)connaître les différentes raisons qu'il peut avoir de transformer ses habitudes.

Quantification : Score de 1 à 10 pour ce qui est de l'identification des raisons morales (Rm) ; puis de 1 à 10 pour ce qui a trait à la détection des raisons d'ordre prudentiel (Rp). Faire ensuite la somme de ces deux scores pour obtenir un total pouvant aller de 2 à 20, converti ensuite sur 10 pour correspondre à l'échelle des autres paramètres.

Indicateurs : Rm ==> Identification des préjudices causés à autrui, reconnaissances des obligations non-remplies, sensibilité à l'exemplarité, etc. ; Rp ==> Ex. Anticipation de la dégradation fonctionnelle engendrée par la consommation de toxiques, prise de conscience des impacts financiers, repérage des liens causaux (directs et indirects) pertinents, etc.

Modalité d'évaluation : Entretiens semi-structurés ; instruments psychométriques (exemples pour Rp : Risk Perception Questionnaire [RPQ, Weinstein, 1980], Inventory of Drug-Taking Situations [IDTS, Turner, Annis & Sklar, 1997]), etc.

Cotation : Pour Rm comme pour Rp ==> Sensibilité aux raisons sérieusement altérée = 0-3 ; moyennement altérée = 4-6 ; ou quasi-standard, voire intacte = 7-10.

M (Marge de manœuvre) – évaluer la « qualité des opportunités » (Nelkin, 2020) dont la personne dispose pour s'affranchir de sa dépendance.

Quantification : Score de 1 à 10 selon le niveau d'accessibilité à des alternatives réalistes et moins nocives. La présence de contraintes structurelles importantes fait chuter le score.

Indicateurs : Ensemble des ressources et des conditions de vie facilitant (ou compromettant) des changements bénéfiques quant aux comportements adoptés. Ex. Accessibilité aux moyens de traitement psychothérapeutiques et/ou pharmacologiques (proximité géographique des structures de soin, des services d'assistance sociale, etc.), ressources matérielles (moyens financiers suffisants pour couvrir les coûts liés aux changements espérés), niveau d'exposition « forcée » à des stimuli vecteurs de rechute (au travail, à domicile ou aux alentours), soutien amical et/ou familial, etc.

Modalités d'évaluation : Enquête administrative + questionnaire socio-démographique (éventuellement couplé à un entretien).

Cotation : Opportunités quasi-nulles = 0-3 ; limitées = 4-6 ; ou multiples et aisément accessibles = 7-10.

E (Clarté épistémique) – estimer le degré de justesse des croyances entretenues à propos des possibilités d'évolution, ainsi que de la nécessité d'évoluer.

Quantification : Score de 1 à 10 selon le niveau d'adéquation des croyances relevées chez l'individu.

Indicateurs : Fondement des croyances quant aux effets de la substance de prédilection, illusion de contrôle (« je peux m'arrêter quand je veux »), myopie attentionnelle, raisonnements contrefactuels biaisés, impuissance acquise, etc.

Modalités d'évaluation : Entretiens semi-structurés ; instruments psychométriques (exemples : Addiction Belief Inventory [ABI, Luke et al., 2002], Unrealistic Optimism Scale [UOS, Weinstein, 1980], Illusion of Control Scale [ICS, Langer, 1975], Alcohol and Drug Consequences [ADCQ, Cunningham et al., 1997], Situational Confidence Questionnaire [SCQ-39, Annis & Graham, 1988], etc.

Cotation : Croyances massivement erronées et inflexibles, déni puissant = 0-3 ; confusions et manque d'informations = 4-6 ; croyances à peu près fidèles à la réalité, ouverture à la révision des points de vue = 7-10.

T (Trajectoire) – indiquer si les paramètres R, M et E ont eu tendance à évoluer dans le temps.

Quantification : Score de 1 à 10 selon la dynamique de rétablissement, ou au contraire de dégradation.

Indicateurs : Adhésion au traitement, historique des rechutes et des améliorations, stabilité des gains cognitifs et motivationnels observés, etc.

Modalités d'évaluation : Entretiens semi-structurés ; informations issues du dossier médico-légal.

Cotation : Tendance nette à la dégradation = 0-3 ; stagnation/progrès peu significatifs = 4-6 ; progression marquée et durable vers une forme de rétablissement = 7-10.

Formellement, cela donne donc la fonction suivante :

$$DR = f(R, M, E, T)$$

Où DR désigne le degré de responsabilité morale de l'individu.

Chaque paramètre est coté par au moins deux évaluateurs indépendants, et les scores retenus correspondent à la moyenne inter-juges (ou à la médiane si la dispersion est supérieure à 3 points). Il est par ailleurs possible, et sans doute souhaitable, de pondérer ces paramètres en fonction de leur valeur normative, susceptible de varier selon le contexte social et/ou juridique. Dans ce cas, DR devient la moyenne pondérée des quatre facteurs R, M, E et T. Ce qui donne la formule de base ci-dessous :

$$DR = \frac{w_R \cdot R + w_M \cdot M + w_E \cdot E + w_T \cdot T}{w_R + w_M + w_E + w_T}$$

Où R, M, E, T $\in$ [0, 10],

Et w_x désigne le poids normatif attribué à chacun des paramètres du modèle.

De sorte que si l'on considère par exemple les valeurs pondérées :

$$w_r = 0.35$$

$$w_m = 0.25$$

$$w_e = 0.25$$

$$w_t = 0.15$$

Ainsi que les scores suivants : R = 4, M = 5, E = 6, T = 7

Nous avons ce calcul :

$$DR = (0.35 \times 4 + 0.25 \times 5 + 0.25 \times 6 + 0.15 \times 7) \div 1 = 5.25/10 \Rightarrow DR = 0.525$$

Suggérant par conséquent une responsabilité réduite d'environ 47 % par rapport à un sujet que nous pourrions juger « pleinement » responsable (en mettant donc de côté tout scepticisme concernant la possibilité de l'être).

Reste évidemment à établir un seuil au-delà duquel un prononcé d'irresponsabilité partielle deviendrait justifié. Le législateur pourrait bien sûr trancher, en partant par exemple du principe qu'une atténuation inférieure à 50 % n'est pas suffisante. Mais son choix recèlerait alors une part d'arbitraire : pourquoi ne pas opter pour un seuil à 55 % ? Ou à 40 % ? Cela dit, il y a de quoi se demander s'il est réellement possible de faire autrement. Même le fait de tester la validité prédictive de ce modèle n'éliminerait pas la difficulté. Idem pour le recours à des courbes ROC, en vue de vérifier les performances en matière de classification : détection des « responsabilisés » par rapport aux « non-responsabilisés ». Car cela présupposerait de se fier, en guise de critères externes, aux jugements émis par des psychologues, des psychiatres ou des juristes. Et dans le domaine qui nous intéresse, la logique qui préside à leurs conclusions demeure en grande partie opaque, et in fine tout aussi teintée d'arbitraire, puisqu'il s'agit forcément, à un moment ou à un autre, de dire si oui non, l'altération constatée est suffisante pour fonder une irresponsabilisation. En fait, le cadre d'analyse que j'ai tenté d'esquisser vise justement à baliser l'activité judiciaire en opérationnalisant les choses au maximum, de manière à éviter ce genre de coupure arbitraire. De sorte qu'il y a de quoi s'interroger quant à son véritable intérêt si le découpage qu'il introduit au cœur d'un gradient d'altération dépend ultimement d'un ensemble d'appréciations qui ne reposent en aucun cas sur son utilisation.

Une certaine dose d'humilité est donc de mise, et cet outil pourrait sans nul doute être considéré avant tout – voire uniquement – comme une façon de structurer l'évaluation réclamée, et plus encore comme un moyen parmi d'autres d'en expliciter les ressorts. Dès lors, sa fonction résiderait moins dans l'obtention d'un chiffrage en faveur/défaveur d'un blâme moral que dans une sorte de clarification des variables, mais aussi des indicateurs idéalement pris en compte lors de la réalisation d'expertises médico-légales. Celles-ci seraient au passage bien plus standardisées, et donc moins susceptibles de se voir guidées par des méthodes d'évaluation ainsi que des raisonnements exotiques. Le juge, qui n'est pas lié par les conclusions des experts sollicités, disposerait quant à lui de tous les éléments nécessaires pour prendre sa décision. Il pourrait de surcroît très bien se référer aux scores obtenus pour chaque paramètre dans une optique d'individualisation de la peine. Enfin, les cotations proposées pourraient parfaitement constituer le point de départ d'un suivi thérapeutique (par exemple dans le cadre d'une injonction de soins).

Conclusion

Je me suis dans cet article efforcé de déconstruire une vision mécaniste – et souvent étroitement cérébraliste – présentant les personnes souffrant d'addiction comme des automates conscients, absolument incapables d'inhiber certains de leurs comportements ou de réprimer les désirs qui les précipitent. J'ai toutefois suggéré, comme d'autres (Burdman, 2022 ; Morse, 2016 ; Sripada, 2018), qu'il est possible de défendre une position intermédiaire, plus nuancée, situant la plupart des dépendances quelque part entre les régimes du volontaire et de l'involontaire. En cas de délits causalement reliés à un état d'accoutumance, ce terrain médian peut justifier une excuse partielle, soit l'imputation d'une responsabilité qui n'est pas totale, compte tenu d'une altération constatée du contrôle des actes ou du discernement censé le motiver. Néanmoins, une telle option suppose de déterminer si, au moment des faits, l'atteinte des capacités de l'individu à « faire autrement » ou à reconnaître les raisons qu'il peut avoir de « faire autrement » était suffisante, c'est-à-dire suffisamment décisive pour que la balance penche nettement du côté de l'involontaire. Or, cela soulève plus d'une difficulté, et le canevas évaluatif proposé en dernière partie consiste précisément à les dissiper. Son usage exige cependant de ne pas occulter le fait que les preuves disponibles pour apprécier chaque situation demeurent dans tous les cas compatibles avec la présence et l'absence du type d'agentivité requis. À vrai dire, les traits caractéristiques de l'addiction (division volitive, survalorisation des satisfactions immédiates, rationalisations, persistance dans l'intempérance, etc.) se retrouvent à des degrés divers chez des non-addicts, d'où la nécessité, dans un cadre pénal qui se veut compatibiliste, d'être le plus clair possible quant aux paramètres dont l'évaluation va permettre de trancher entre ceux qui méritent d'être excusés et les autres.

Références

- Ainslie, G. (2000). A research-based theory of addictive motivation. *Law and Philosophy*, 19(1), 77–115.
- Annis, H. M., & Graham, J. M. (1988). Situational Confidence Questionnaire (SCQ 39): User's guide. *Addiction*

Research Foundation.

Baler, R. D., & Volkow, N. D. (2006). Drug addiction: The neurobiology of disrupted self-control. *Trends in Molecular Medicine*, 12(12), 559–566.

Bickel, W. K., Koffarnus, M. N., Moody, L., & Wilson, A. G. (2014). The behavioral- and neuro-economic process of temporal discounting: A candidate behavioral marker of addiction. *Neuropharmacology*, 76(1), 518–527.

Burdman, F. (2022). A pluralistic account of degrees of control in addiction. *Philosophical Studies*, 179(1), 197–221.

Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Gavin, D. R., Sobell, M. B., & Breslin, F. C. (1997). Assessing motivation for change: Preliminary development and evaluation of a scale measuring the costs and benefits of changing alcohol or drug use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(2), 107–114.

Fenichel, O. (1953). *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris : Presses Universitaires de France.

Field, M., Heather, N., & Wiers, R. W. (2019). Indeed, not really a brain disorder: Implications for reductionist accounts of addiction. *Behavioral and Brain Sciences*, 42, e9.

Field, M., & Cox, W. M. (2008). Attentional bias in addictive behaviors: A review of its development, causes, and consequences. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(1–2), 1–20.

Fischer, J. M., & Ravizza, M. (1998). *Responsibility and control: A theory of moral responsibility*. Cambridge University Press.

Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1642–1652.

Hart, C. L., Haney, M., Foltin, R. W., & Fischman, M. W. (2000). Alternative reinforcers differentially modify cocaine self-administration by humans. *Behavioural Pharmacology*, 11(1), 87–91.

Heather, N. (2017). On defining addiction. In N. Heather & G. Segal (Eds.), *Addiction and choice: Rethinking the relationship* (pp. 3–25). Oxford University Press.

Heather, N. (2021). Alcohol addiction: A disorder of self-regulation but not a disease of the brain. In D. Nutt & L. A. King (Eds.), *The Handbook of Alcohol Use* (pp. 583–604). Academic Press.

Heim, D. (2014). Addiction: Not just brain malfunction. *Nature*, 507(7490), 40.

Henden, E., Melberg, H. O., & Røgeberg, O. J. (2013). Addiction: Choice or compulsion? *Frontiers in Psychiatry*, 4, 77.

Heyman, G. M. (2009). *Addiction: A disorder of choice*. Harvard University Press.

Hyman, J. (2015). *Action, Knowledge, and Will*. Oxford University Press.

Kennett, J., Vincent, N. A., & Snoek, A. (2015). Drug addiction and criminal responsibility. In J. Clausen & N. Levy (Eds.), *Handbook of neuroethics* (pp. 1065–1083). Springer.

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238.

Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(2), 311–328.

Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45–47.

Levy, N. (2006). Autonomy and addiction. *Canadian Journal of Philosophy*, 36(3), 427–447.

Levy, N. (2013). Addiction is not a brain disease (and it matters). *Frontiers in Psychiatry*, 4, 24.

Lewis, M. (2015). *The biology of desire: Why addiction is not a disease*. Perseus Books Group.

Lewis, M. (2017). Addiction and the brain: Development, not disease. *Neuroethics*, 10(1), 7–18.

Luke, D. A., Ribisl, K. M., Walton, M. A., & Davidson, W. S. (2002). Assessing the diversity of personal beliefs about addiction: Development of the addiction belief inventory. *Substance Use & Misuse*, 37(1), 89–120.

Morse, S. J. (2011). Addiction and criminal responsibility. In J. Poland & G. Graham (Eds.), *Addiction and responsibility* (pp. 159–199). MIT Press.

Morse, S. J. (2016). Addiction, choice, and criminal law. In N. Heather & G. Segal (Eds.), *Addiction and choice: Rethinking the relationship* (pp. 426–445). Oxford University Press.

Nelkin, D. K. (2020). Equal opportunity: A unifying framework for moral, aesthetic, and epistemic responsibility. *Proceedings of the Aristotelian Society*, 120(2), 203–235.

Ochterbeck, D., Frense, J., & Forberger, S. (2023). A survey of international addiction researchers' views on implications of brain-based explanations of addiction and the responsibility of affected persons. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 41(1), 39–56.

Peele, S. (2016). People control their addictions: No matter how much the “chronic” brain disease model of addiction indicates otherwise, we know that people can quit addictions—with special reference to harm reduction and mindfulness. *Addictive Behaviors Reports*, 4, 97–101.

Petry, N. M., Alessi, S. M., Olmstead, T. A., Rash, C. J., & Zajac, K. (2017). Contingency management treatment for substance use disorders: How far has it come, and where does it need to go? *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 897–906.

Pickard, H. (2012). The purpose in chronic addiction. *AJOB Neuroscience*, 3(2), 40–49.

Pickard, H. (2016). Denial in addiction. *Mind & Language*, 31(3), 277–299.

Pickard, H. (2022). Is addiction a brain disease? A plea for agnosticism and heterogeneity. *Psychopharmacology*, 239(4), 993–1007.

Segal, G. M. (2013). Alcoholism, disease, and insanity. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 20(4), 297–315.

Sripada, C. (2018). Addiction and fallibility. *The Journal of Philosophy*, 115(11), 569–587.

Sripada, C. (2022). Impaired control in addiction involves cognitive distortions and unreliable self-control, not compulsive desires and overwhelmed self-control. *Behavioural Brain Research*, 418, 113639.

Turner, N. E., Annis, H. M., & Sklar, S. M. (1997). Measurement of antecedents to drug and alcohol use: Psychometric properties of the Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS). *Behaviour Research and Therapy*, 35(5), 465–483.

Volkow, N. D. (2015, June). Addiction is a disease of free will. National Institute on Drug Abuse. <https://archives.drugabuse.gov/about-nida/noras-blog/2015/06/addiction-disease-free-will>

Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), 806–820.

Williams, B. (1981). *Moral luck: Philosophical papers 1973–1980*. Cambridge University Press.

Yaffe, G. (2011). Lowering the bar for addicts. In J. Poland & G. Graham (Eds.), *Addiction and responsibility* (pp. 113–138). MIT Press.

Drogues, qualités et morale. Les stratégies d'évitement du risque, de préservation de soi et de contournement de la stigmatisation : expériences, situations et discours

Marie Jauffret-Roustide

Sociologue et politiste, directrice de recherche Inserm au Centre d'Étude des Mouvements Sociaux, Inserm U1276/CNRS, UMR8044/EHESS

Les drogues et les addictions sont l'objet de représentations sociales stigmatisantes et sont le plus souvent appréhendées à partir du prisme du risque. Au décours de recherches sociologiques sur l'exposition au risque infectieux (VIH et hépatites B et C) chez les personnes consommant des drogues par injection, nous avons eu l'opportunité de recueillir des récits sur la manière dont certains parviennent à se préserver face aux risques. Ces récits décrivent des situations d'évitement du risque, mettent en avant différentes qualités pour se préserver : le sens des responsabilités, la prévoyance et la patience ainsi que leurs rituels de protection face aux risques centrés sur l'hygiène et l'ordre qui produisent une forme de morale et remettent en question les représentations sociales stigmatisantes. Une partie des personnes utilisatrices de drogues tente toutefois de disqualifier les comportements de leurs pairs en employant le même type de qualificatifs stigmatisants que ceux utilisés à leur rencontre et tentent ainsi de se distinguer de la disqualification dont elles sont l'objet. Cette approche centrée sur les stratégies de préservation de soi, plutôt que sur l'exposition au risque met en évidence que les personnes utilisatrices de drogues ont intégré le discours de réduction des risques et les injonctions sociétales de responsabilité et d'autonomie. Ces situations d'évitement du risque ne doivent pas être réduites à ces qualités individuelles car les conditions de la préservation de soi sont également produites par le contexte social et politique de consommation qui peut favoriser ou protéger vis-à-vis de l'exposition aux risques.

Mots-clés : drogues, addiction, réduction des risques, stigmatisation, représentations sociales, risques, morale

Introduction

Les drogues et les addictions renvoient généralement à des imaginaires de perte de maîtrise et de contrôle. Dans les discours médiatiques, en effet, les personnes consommatrices de substances ou ayant des conduites addictives sont généralement décrites comme des personnes malades devant sortir de « la drogue » ; comme des personnes amORAles qui feraient passer le plaisir éprouvé lors de la consommation de drogues devant les contraintes sociales (le travail, les fonctions parentales) ; comme des individus dangereux pour la société en raison des risques sécuritaires associés aux drogues (« coupables des violences liées au « narcotrafic »), ou des risques sanitaires (transmission de maladies infectieuses (VIH, hépatites, maladies psychiatriques) qui seraient « néfastes »

pour la société. Ces représentations sociales marquées par la pathologie, le risque et la violence peuvent également concerner – dans une moindre mesure toutefois – le champ du soin. Ainsi, en France, jusqu'à la fin des années 1980, le champ du soin aux « toxicomanes », dominé par la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, a légitimé, à travers la théorie de l'ordalie, la représentation du toxicomane comme un être suicidaire prenant plaisir à jouer avec la mort (Bergeron 1999). Et par ailleurs, les études menées récemment auprès des personnes usagères de substances mettent en évidence que le portrait psychologique habituellement dressé des personnes utilisatrices de substances pouvait prendre la forme caricaturale d'un individu inconstant, instable, infantile, manipulateur, menteur et irresponsable, en particulier dans les

services de soins non spécialisés (Jauffret-Roustide et al. 2025b).

Les personnes utilisatrices de substances psychoactives ou ayant des conduites addictives constituent donc des publics soumis à une forte stigmatisation sociale, définie selon le sociologue Erving Goffman comme « *An attribute that is deeply discrediting* » and that reduces « *the bearer from a whole and usual person to a tainted, discounted one*. »¹ (Goffman 1963). Parmi ces publics, certains sont encore plus stigmatisés que d'autres, comme par exemple les personnes qui injectent des substances qui sont perçues comme vectrices de chaos dans un monde social où le « normal » est constitué par « l'ordre » et par « l'abstinence » (Fraser & Moore 2008). Les risques auxquels ces personnes sont exposées incluent également des risques identitaires qui sont multidimensionnels, car ils touchent à différentes dimensions : légale (l'interdit de l'usage produit par la prohibition avec la loi du 31 décembre 1970 qui punit l'usage de stupéfiants en France), sanitaire (les risques de transmission du VIH et des hépatites B et C par le biais du partage de matériel d'injection), sociale (les conduites addictives peuvent mettre en difficulté l'accès au travail) et relationnelle (l'addiction peut prendre toute la place dans la vie des personnes et produire de l'isolement).

Comme le montrent les travaux des sociologues Berger et Luckmann, cette identité stigmatisée liée à l'usage de substances est imposée de l'extérieur par le regard que les autres peuvent porter sur la personne mais elle peut également être intériorisée car « *il existe une dialectique entre l'identification et l'auto-identification, entre l'identité objectivement attribuée et subjectivement appropriée.* » (Berger & Luckmann 1996). Dans le cadre de ce processus, les individus qualifiés de déviants peuvent pour certains être réduits à rester dans l'espace qui leur est concédé de par la force de la machine conceptuelle qui tend à les confirmer dans leur identité de « déviant ». Afin de répondre à ce processus de stigmatisation, différentes stratégies d'adaptation peuvent être mises en œuvre par les personnes utilisatrices de substances. Certaines vont intégrer le regard négatif qui est porté sur elles (Ahern et al. 2007 ; Young et al. 2005), rechercher également des signes de cette identité dans le regard des autres (Blendon & Young 1998), voire caler leurs comportements en fonction de ce qu'on attend d'elles, se conformer à son stigmate peut alors être un moyen de conserver son identité (Berger & Luckmann 1986). D'autres vont, à l'inverse, chercher à neutraliser cette stigmatisation par le biais de stratégies de distinction (Matza et al. 1957). Les personnes tendent alors à se distinguer en mettant en évidence la différence de perception qu'elles ont d'elles-mêmes en forçant parfois le trait, et peuvent être réduites à déplacer la stigmatisation dont elles font l'objet vers d'autres personnes ou groupes de personnes, parfois au sein même du monde social des consommateurs de drogues.

Dans les travaux de recherche que je mène depuis une trentaine d'années auprès des personnes utilisatrices de substances en situation de vulnérabilités, la majorité de mes orientations de recherche ont porté sur la compréhension des processus à l'œuvre pour comprendre l'exposition aux risques des personnes utilisatrices de substances, ainsi que le type d'action publique à mettre

en œuvre pour diminuer ces risques. Au cours de cette trajectoire de recherche, j'ai lu de très nombreux articles scientifiques sur ces thématiques qui ont nourri ma pratique de recherche et mené moi-même avec mon équipe des études sociologiques avec le prisme de la prise de risque. Ces travaux de recherche portaient dans la grande majorité des cas sur la compréhension des déterminants des prises de risque liées à l'usage de drogues qui était traditionnellement appréhendée à partir d'indicateurs tels que la proportion d'usagers de drogues ayant partagé leur matériel de consommation (seringue, petit matériel), ainsi que la fréquence et le contexte du partage. Si ces indicateurs issus d'enquêtes épidémiologiques sont essentiels pour mieux comprendre et agir sur les déterminants de la prise de risques, ils contribuent à se focaliser sur le risque et à ne pas envisager la possibilité pour les personnes consommatrices de substances à mettre en œuvre des stratégies de préservation de soi et d'évitement de situations à risque. Par ailleurs, ils mettent en lumière une forme d'irrationalité et d'irresponsabilité des personnes consommatrices et contribuent indirectement et involontairement à entériner le processus de stigmatisation qui est associé à ces publics dans le contexte de la réduction des risques. Comme le note le sociologue Tim Rhodes (Rhodes 2002), « *Viewed as « risk adverse », individuals wilfully engaging in risk behaviour may be depicted as dysfunctional or irrational. Viewed as « risk aware », they may also be blamed.* »

Dans cet article, nous avons choisi de faire un pas de côté et de nous intéresser à une thématique qui est apparue de manière spontanée dans les récits des personnes utilisatrices de substances qui ont été rencontrées au cours de nos terrains de recherche², à savoir les expériences et les contextes dans lesquels les personnes déclarent ne pas prendre de risques et parvenir à les éviter. Nous avons été confrontés à ces discours dans le cadre de recherches menées auprès d'un public spécifique, celui des personnes qui s'injectent des drogues (soumis à une forte stigmatisation sociale), mais nous avons également recueilli ce type de récits lors de recherches menées sur d'autres publics utilisateurs de drogues par voie fumée ou sniffée (crack, héroïne, cocaïne ou cannabis). Nous avons choisi de rendre visibles dans cet article les expériences de personnes ayant recours à l'injection (qui est souvent appréhendée comme l'une des figures archétypale et stigmatisée de l'addiction) à partir des situations, des motivations et des justifications mises en avant par les personnes, des récits sur l'évitement du risque rarement présentés dans les articles de recherche. Ces récits ont été recueillis dans le cadre d'entretiens longs menés sur différents terrains de recherche, et nous avons fait le choix de mettre en valeur des verbatims, révélant la diversité des expériences face au risque, habituellement invisibilisées

² Ces récits sont issus d'entretiens menés dans le cadre du volet qualitatif de l'enquête ANRS-Coquelicot réalisée à quatre reprises entre 2002 et 2023. Une centaine d'entretiens qualitatifs ont été réalisés à Paris et à Marseille lors des trois premières éditions et ont fait l'objet d'un financement de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites (ANRS). Ces entretiens ont duré entre 30 minutes et deux heures et portaient sur les trajectoires de vie des personnes, leurs rapports aux substances et le contexte d'exposition aux risques. Cette collecte de données a été réalisée auprès de personnes usagères de drogues (le plus souvent par injection), rencontrées dans des centres de soin en addictologie, des centres de réduction des risques et des associations communautaires. Les analyses de données ont été effectuées par Marie Jauffret-Roustide, et la réalisation des entretiens a impliqué au cours des différentes années de collecte sur le terrain : Florence Chatôt, Emmanuelle Hoareau, Lila Oudaya, et Sylvie Priez, Marie Jauffret-Roustide. Les entretiens ont été anonymisés, et les prénoms des personnes interrogées ont été modifiés.

¹ Avec la traduction personnelle suivante : « Un attribut qui jette un crédit profond » et « qui réduit le porteur de ce stigmate d'une personne entière et normale à une personne entachée et déconsidérée. »

dans les recherches.

Cet article met en avant ces récits qui sont l'occasion pour elles de mettre en valeur des qualités pour qualifier les stratégies d'évitement du risque. Les qualités renvoient ici au « *sens appréciatif du terme correspondant à la valeur et à la perfection*. (Lalande 2006). Plusieurs qualités dont sont habituellement privés ces publics dans les discours publics sont réinterrogées dans notre article : l'immoralité versus la morale, le désordre versus l'ordre, l'absence de volonté versus la volonté (traduites ici par la patience et la prévoyance) et l'irresponsabilité versus la responsabilité et l'altruisme par la mise en évidence d'expériences et de situations durant lesquelles des personnes utilisatrices de substances mettent en œuvre des moyens pour se préserver. Notre analyse de ces récits ne se réduit pas à la mise en valeur de ces qualités, elle les interprète dans un environnement contraint qui rend plus difficile leur déploiement (précarité sociale, détention, restriction de l'accès à du matériel stérile, ...). De plus, à certains moments du récit, le poids de la stigmatisation fait surface par la mise en œuvre de stratégies de neutralisation qui visent à disqualifier certains groupes de personnes pour limiter les effets de la stigmatisation structurelle, interpersonnelle et personnelle dont les personnes utilisatrices de substances par injection font l'objet.

Le cadre sociologique d'analyse de ces récits emprunte à des courants divers qui sont déployés tout au long de l'article et qui sont reliés entre eux. Tout d'abord, notre analyse part d'une perspective interactionniste centrée sur les processus de stigmatisation que subissent les personnes utilisatrices de substances en raison de pratiques qui dévient des normes dominantes sur la santé, et ensuite les tentatives de requalification identitaire que ces personnes tentent de mettre en œuvre à partir de discours sur leurs pratiques d'évitement du risque. C'est lors de ce processus de requalification identitaire que la question des qualités qui est au centre de cet article vient prendre toute sa place. Notre analyse s'inscrit également dans une sociologie pragmatique qui prête une attention particulière aux épreuves morales que traversent les personnes et à la manière dont elles y font face dans le cadre d'une diversité de modes d'engagement avec leurs pairs qui contribuent à la création d'une forme de morale d'action. Et enfin, nous mobilisons également des travaux sociologiques plus spécifiques dédiés aux usages de drogues menés en France et à l'international (au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Australie) qui permettent de mettre en perspective les récits des personnes dans ce moment historique de la réduction des risques qui a permis de grandes avancées en santé publique, mais qui incarne également un tournant néo-libéral de nos sociétés contemporaines qui tend à faire peser la responsabilité des conduites uniquement sur l'individu.

Les qualités associées à l'évitement du risque : responsabilité, altruisme, patience et prévoyance

Dans l'analyse des discours sur les situations d'évitement du risque que nous avons pu collecter au cours de nos recherches, des qualités sont mises en avant par les personnes pour se préserver : le sens des responsabilités, la prévoyance, l'altruisme et la patience. Ces qualités vont à l'encontre des représentations sociales communément admises et présentes dans le débat public pour qualifier les personnes utilisatrices de substances autour de no-

tions d'irresponsabilité, d'imprévoyance, d'urgence et d'infantilité.

Être responsable vis-à-vis des autres quand on se sait soi-même contaminé

La capacité à être responsable vis-à-vis des autres est la qualité qui revient le plus fréquemment dans les entretiens. Ce sentiment de responsabilité peut concerner différentes sphères, le cercle des autres personnes utilisatrices de substances par injection, mais également celui des proches ou plus globalement le reste de la société. Il peut également s'appliquer à différents contextes, tels que le contexte de consommation, mais également des risques plus extra ordinaires tels que se piquer avec une seringue laissée dans un sac ou par terre, d'où l'évocation fréquente de l'habitude de casser l'aiguille de sa seringue, après s'en être servi.

Henri³ sait qu'il est contaminé par le VIH et l'hépatite C et affirme de ce fait refuser de prêter sa seringue par sens des responsabilités :

« Sincèrement, ma seringue quand je l'ai finie, je la casse. Je suis malade. Non, je suis malade, moi je le dis aux gens, moi je le dis. Y en a qui sont francs. Y en a qui sont francs pour moi. Je la passe pas, je suis malade. Pour moi, ma seringue, je prends toujours mon Stéribox parce qu'y en a qui sont pas malades, ça veut dire que tu vas pas emboucaner les gens. Moi je suis malade, je le dis. Non, je passe pas ma seringue. J'ai l'hépatite C, j'ai le VIH, je passe pas. Ça veut dire que je vais tuer la personne. Ca, non. Même s'il faut galérer, on va galérer pour trouver. Mais non. »

Régis, 32 ans déclare agir dans la même logique, par altruisme, en estimant ne pas souhaiter pour les autres, ce qu'il ne souhaitait pas pour lui-même :

« Non, non. On me l'a demandé et j'ai refusé. Pourquoi ? Parce que je suis malade, j'ai l'hépatite C et je me mets à la place des gens. »

Nour, 45 ans est séropositive pour le VIH depuis 20 ans. Elle évoque l'attention toute particulière qu'elle met à préserver les autres afin qu'ils ne soient pas exposés à son matériel de consommation, même dans les situations où sa vigilance peut s'altérer en raison des effets des produits.

« Quand on passait une soirée ensemble et qu'il y avait deux ou trois personnes avec nous, moi j'avais toujours l'habitude de marquer ma seringue ou alors la seringue que j'utilise, la prendre et la mettre de suite dans mon sac à main pour pas qu'il y ait d'erreur et de confusion, pour ne pas la mettre sur la table (...) Ma pompe, je la mets à côté de moi ou je la jette dans le lavabo et quand je vois quelqu'un qui va vers le lavabo, comme je suis en coma mais que je suis quand même lucide, je dis à la personne: attention dans le lavabo il y a ma pompe», je suis hyper... je fais toujours attention, je fais toujours hyper gaffe. »

L'extrême vigilance dont elle fait preuve n'est selon elle pas reconnue à sa juste valeur par ses partenaires de consommation. Elle évoque également son vécu de la stigmatisation concernant sa propre contamination dans les moments de consommations collectives où elle dit sentir des regards de suspicion portés sur elle, situation qu'elle vit douloureusement comme le signe d'un manque de confiance :

« Mais eux, ils ont peur et de suite ils me disaient: « tu l'as mis où ta pompe, elle est où? », « putain mais arrêtez vous,

³ Tous les entretiens ont été anonymisés et les prénoms modifiés.

vous me prenez la tête, arrêtez sans déconner, vous avez pas confiance ou quoi?», «non, c'est pas qu'on a pas confiance, mais bon on sait jamais», j'ai dit: «même dans mon délire coc, je sais ce que je fais de ma pompe, même quand je pars en petit capot, en petit coma, je sais ce que je fais de ma pompe».

Savoir faire preuve de patience

Ne pas partager son matériel de consommation revient à faire preuve d'une forme de résistance face au désir de consommer qui survient souvent de manière impérieuse, en particulier dans les situations d'addiction. La patience constitue alors une qualité essentielle mise en exergue par certaines personnes, qui revient à différer l'acte de consommation au profit de la préservation de soi face au risque infectieux. Vladimir, 26 ans met en valeur sa « force de caractère » (ce qui va à l'encontre du caractère faible, habituellement associé aux personnes ayant des conduites addictives) qui lui permet de différer le moment de consommer quand les conditions d'une injection « safe » ne sont pas réunies :

« J'ai pris sur moi, c'est pas non plus à une journée près où on va pas être bien (...) je m'en suis toujours sorti, je prends sur moi vachement, j'arrive à prendre sur moi parce que j'ai une force de caractère assez... enfin je prends sur moi. »

Maurice, 28 ans insiste sur sa capacité à résister même dans les situations extrêmes où il subit la sensation du « manque » :

« Non, j'ai toujours fait très attention. Attention à quoi? Attention à la seringue, que c'est ma seringue personnelle. Je prendrai jamais la seringue d'un autre, en fait. Même si je suis en manque, en manque, en manque, je prendrai jamais la seringue d'un autre. »

Les situations de manque sont en effet décrites dans la littérature comme des périodes propices à la prise de risque (Gossop 1999), car la nécessité de procéder à l'injection de manière rapide vient perturber les rituels d'usage.

Se montrer prévoyant

Dans la littérature sur l'exposition aux risques des personnes utilisatrices de substances, les rituels occupent une place importante dans la consommation de produits (Grund 1996) et cette ritualisation peut à la fois contribuer à l'exposition ou à la préservation face aux risques de transmission des maladies infectieuses. Dans la mesure du possible, les personnes préparent et anticipent leur consommation, et prévoient donc à l'avance les conditions de réalisation de l'injection, en ayant du matériel disponible avec elles. Une occasion de consommation imprévue constitue alors un « grain de sable » qui vient perturber ce système rodé et peut favoriser ainsi la prise de risque (Bouhnik et al. 2002).

Hippolyte, 38 ans établit encore une fois un lien entre le fait d'avoir échappé à la contamination par le VIH et la prévoyance. Il décrit très précisément comment il s'organise pour ne pas être dépendant du matériel des autres :

« Je suis passé à côté, mais je l'ai jamais fait parce que j'ai toujours eu mes pompes, toujours, toujours, toujours. Je calculais toujours à l'avance. Mettons, demain matin, je sais que je vais me lever malade, j'avais toujours ma pompe prête pour le lendemain matin. Je faisais toujours attention à ça, à savoir qu'y avait le sida jusqu'en 96. Par la suite, je suis rentré en prison, je suis sorti en 99, j'ai plus touché à l'héro, tout ça.

Y en avait, mais ça m'intéressait plus, j'en avais plus envie. De temps en temps, je prenais un peu la coke et toujours avec ma pompe et jamais avec la pompe de Pierre, Paul ou Jacques. Je me servais toujours de ma pompe à moi et après je la jetais. »

Samba, 25 ans déclare faire preuve de prévoyance à la fois pour lui, mais aussi pour les autres, en mettant du matériel d'injection à disposition de l'ensemble du groupe avec lequel il consomme des produits. Être prévoyant consiste également, selon lui, à choisir ses partenaires de consommation et à organiser la question du matériel de consommation avant ou au même moment que l'achat du produit, jamais après :

« Ah, on peut ne pas faire attention. Mais bon, comme toujours, il faut faire attention avec qui on se perche, c'est ça aussi le truc. Moi je sais que je n'ai jamais été avec plusieurs personnes à la fois, quand on faisait des soirées c'était des gars que je connaissais bien et en qui je pouvais avoir confiance. Moi je sais que quand je prévoyais des soirées, je prévoyais toujours les quantités qu'il fallait pour deux ou trois fois la soirée, donc comme ça au moins j'étais tranquille et au moins je pouvais en prêter s'il y avait des potes qui étaient en galère, j'étais pas emmerdé, j'étais sûr de ne pas me retrouver avec une pompe qui manque. Parce qu'après, c'est vrai que quand on est vraiment perché et qu'on a vraiment envie de se faire un taquet, est-ce qu'on le prendra?, est-ce qu'on le prendra pas? J'en sais rien, mais je me suis jamais retrouvé devant ce problème-là donc je sais pas. J'ai toujours fait attention avant pour être sûr de ne pas avoir ce problème le moment venu. Parce que je sais que j'en ai vu plus d'un paniquer : arriver avec deux pochons de coc dans les mains et ne pas penser aux pompes, ça arrive souvent (...) Pour gérer, pour faire gaffe à ce qu'on fait, c'est plus facile quand on n'est pas défoncé que quand on l'est parce que défoncé, il faut faire quatre fois plus attention. »

Des règles simples autour de la morale du « non partage »

Dans les discours que nous avons recueilli, a émergé un discours autour de la « morale » du non-partage qui est définie par quelques règles « simples » telles que la décrit très clairement Octave, 36 ans :

« La drogue, c'est tout simple, c'est tout con, si tu ne veux pas attraper des maladies, vous utilisez la stérilbox ; les aiguilles, vous les utilisez que deux fois, l'eau vous ne la prêtez pas, vous ne prêtez rien. » ;

ou alors selon Shimon, 21 ans, l'usage unique du matériel d'injection est énoncé comme une règle absolue :

« De toute façon (à propos des cotons) je l'utilise qu'une fois, je l'utilise pas deux fois. Je l'utilise une fois, je casse, je jette, y'a pas de seringue ben je shoote pas, c'est tout. »

Aller à l'encontre des règles du bien-vivre ensemble

De manière générale, dans nos sociétés, se montrer généreux en acceptant de partager avec les autres fait partie des qualités essentielles à la sociabilité et contribue au bien-vivre ensemble. Dans le cas présent de l'exposition au risque infectieux lors de situations de consommation de drogues, le partage prend ici une valeur inverse, celle de la mise en danger de l'autre. Ne pas partager son matériel d'injection correspond alors à une conduite rationnelle de préservation de soi et des autres, qui, comme nous venons de le décrire, et fait appel à des qualités morales telles que la responsabilité, la prévoyance, la patience et l'altruisme. Partager étant perçu comme un acte de générosité dans d'autres sphères de la vie sociale, une

personne qui ne dispose pas de matériel stérile lors d'un acte de consommation collective, peut invoquer cet argument de la générosité pour demander à d'autres de leur prêter le matériel nécessaire.

Dans ces situations, certains insistent sur le fait que leur matériel leur appartient et qu'il n'est pas question qu'ils le partagent :

« *Ma seringue c'est ma seringue, mon matos c'est mon matos (...)* Je n'ai jamais dépanné quelqu'un avec. Mon truc c'était mon truc c'est tout. » ou Nour, 45 ans, contaminée par le VIH, dit également dissuader les éventuelles demandes de ce type : *Tu as déjà été dans la situation où tu étais avec quelqu'un qui avait du produit mais pas de matériel pour s'injecter et qui t'a demandé d'utiliser... Le mien, tout à fait, et ben j'ai dit non. « Je casse mon aiguille, tu prends ma pompe et tu vas au distributeur de pompe » il était pas loin de chez moi. »*

Octave, 36 ans insiste de manière catégorique sur l'impossibilité pour lui à prêter ou à emprunter du matériel d'injection qu'il présente comme une ligne de conduite absolue. Il évoque a contrario la question du partage chez les autres comme un moment de faiblesse qu'il qualifie de « bêtise » :

« *S'il y a des gens avec moi je ne prête rien du tout, s'il y en a qui en veulent, j'ai un kit à côté et je leur donne un kit, mon matériel, on n'y touche pas, on ne touche pas à mon matériel : on ne touche pas à ma pompe, on ne touche pas à ma cuillère, on ne touche à rien de tout ça. Je ne suis pas malade, je ne veux pas être contaminé par les autres, et je ne veux surtout pas être contaminé par une bêtise, parce que ça c'est une bêtise. La plupart des gens qui sont contaminés comme ça c'est une bêtise. « Tu veux une seringue, t'en a pas ? : bon tiens, c'est pas grave », allez, trop tard. »*

Le chacun pour soi agit ici comme une forme de protection des autres et est transformé en une logique altruiste basée sur la responsabilité, comme le déclare Shimon, 21 ans :

« *T'as pas de seringue, tu prends pas la mienne, tu te démerdes, je sais pas ce que tu as, tu sais pas ce que j'ai, moi je sais que j'ai rien parce que je fais des tests assez souvent quand même mais bon voilà même si j'ai quelque chose je veux pas le refiler à quelqu'un, c'est pas le but des choses rendre malade tout le monde, au contraire. »*

Yassine, 25 ans, déclare refuser de prêter son matériel par crainte d'endosser la responsabilité d'une contamination par l'hépatite C :

« *Jamais jamais, là dessus je suis strict (...)* Moi je sais que voilà, j'ai fait des trucs mais voilà, j'ai jamais prêté mon matos. Pourtant une ou deux fois il y a des gens qui étaient en galère, je leur ai pas passé. Ça te le fait souvent ça qu'on te demande ton matos ? Et oui. Souvent quand j'allais à des teufs et qu'on me passait de la coc, ça m'arrivait de consommer avec des gens, mais moi j'avais tout ce qu'il fallait et eux ils avaient rien quoi. Ils me disaient : « ouais j'ai rien, prête-le moi », je leur disais « j'ai l'hépatite, je le prête pas ». Ouais, il insistait mais jamais je lui ai passé quand même. Je veux pas qu'après il me dise : « ouais, c'est ta faute ».

Quelques figures archétypales de l'évitement du risque et stratégies de requalification/disqualification

Les sociologues Fraser and Moore mettent en évidence l'utilisation du registre du chaos dans le discours public afin de qualifier les personnes utilisatrices de substances,

en opposition à la dimension de « l'ordre » habituellement utilisée pour qualifier les non consommateurs (Fraser & Moore 2008). Cette dimension du chaos est ici utilisée afin de mettre en évidence le caractère « improductif et désordonné » des vies des personnes consommatrices de substances face à des vies « productives et ordonnées » chez les non consommateurs. Il est intéressant d'analyser la manière dont certaines personnes décrivent leur rapport à la consommation et à leur matériel d'injection de manière extrêmement « ordonnée », jusqu'à la caricature. Cette mise en évidence de l'importance d'avoir des pratiques marquées par l'ordre (en opposition au chaos qui renvoie à l'anomie) est à la fois normative car elle produit de nouvelles normes dans les interactions entre personnes utilisatrices de substances par injection et leurs pratiques vis-à-vis de l'exposition aux risques de transmission de maladies infectieuses, mais elle est également performative dans la mesure où elle vient reconfigurer les vies des personnes concernées en les préservant concrètement d'une exposition au risque.

L'hygiène, l'ordre et les rituels

Ainsi, certains mettent à distance le registre du chaos, en décrivant leurs pratiques d'usage à partir du registre sémantique de l'obsession de l'ordre et de l'hygiène. Ces personnes se décrivent alors comme des maniaques de la propreté voire comme des « tyrans » vis-à-vis des autres. Quelques personnes ont une boîte dans laquelle ils disposent l'ensemble de leur matériel et qu'elles conservent sur eux. Cette boîte constitue un lieu de protection vis-à-vis de toutes les menaces venant de l'extérieur, virus, bactéries, saletés diverses.

Octave, 36 ans décrit un attachement quasi affectif à sa boîte :

« *Moi, mon matériel est désinfecté tous les jours, tous les jours ma boîte est propre, il n'y a rien qui rentre dedans, dès qu'elle est ouverte dans les deux secondes qui suivent c'est refermé, il n'y a pas de saloperies, il ne peut pas y avoir de poussières qui rentrent dedans. Si vous laissez votre boîte ouverte, il y a pleins de choses qui vont tomber dedans, les cendres de cigarettes, les trucs comme ça sans faire exprès (...)* c'est les boîtes dans lesquelles on mettait les stylos dans le temps. C'est une boîte métallique et il y a un élastique autour justement pour éviter qu'elle s'ouvre dans le sac, c'est ma boîte depuis l'âge de 17 ans, donc ça fait presque 20 ans que je l'ai, c'est ma boîte quoi. »

Gautier 22 ans a également une boîte avec un tissu à l'intérieur qui lui sert de surface propre pour préparer son injection :

« *En fait, depuis mon tout premier shoot, je m'étais fabriqué ma petite boîte. C'est une boîte avec un tissu autour pour éviter les saletés. Comme j'ouvrais la boîte, je levais le tissu et : aucune saleté. C'est là-dedans que je mettais tout pour tout faire, comme ça, chaque chose avait sa place, comme ça, même quand je devais aller vite, chaque chose avait sa place, son ordre. »*

Demba, 25 ans décrit à la fois ses techniques de désinfection de la seringue lors qu'il la réutilise pour un usage personnel. Il a également mis en place une technique pour repérer que les seringues distribuées n'ont jamais été utilisées par d'autres :

« *Des fois je réutilise mon matos, mais je le nettoie. Tu le nettoies ? Je le rince à l'eau. Dès que j'ai fini un taquet de toute façon je rince tout le temps ma seringue, je la rince deux*

ou trois fois avant de la casser pour éviter qu'il y ait du sang dedans. On ne sait jamais, si tu mets ça dans ton sac, un mec qui met sa main dedans, il a une petite coupure, s'il y a une goutte de sang qui est dessus, tu ne sais pas. Ça peut faire dix minutes que tu as fait ton taquet, le virus il est toujours dessus; le mec, il met la main dans mon sac, il peut être contaminé si j'ai quelque chose. Pour l'instant je crois que je suis clean donc ça va (...) De toute façon, je n'ai jamais pris de matos utilisé de toute manière. J'ai toujours fait gaffe de ne pas prendre des pompes... quand on me passe des pompes, je regarde toujours, tu as un petit point de pression sur la pompe, quand tu enlèves ton petit bouchon blanc, tu appuies et tu as un petit point de pression, comme si tu ouvrais un petit pot pour bébé, tu as un déclic, un petit déclic, et s'il n'y est pas c'est qu'elle a été utilisée, donc je la jette. Au moins je sais que la pompe, elle est nickel, elle est propre. »

Samba, 25 ans décrit son obsession de compter et de vérifier sans cesse le nombre de seringues dont il dispose dans ses sachets car il est obsédé que d'autres personnes viennent dérober des seringues dans sa tente, les utiliser puis les remettre, sans qu'il ne s'en aperçoive. Il a donc mis en place une série de rituels, afin de vérifier que les seringues neuves qu'il entropose ne soient pas utilisées par d'autres à son insu :

« Oui, c'est ça le problème, faut faire attention à soi et faut faire attention aux gens qu'il y a autour de nous. Si on veut vraiment faire gaffe, faut faire attention à nous-mêmes et autant aux autres, qu'ils ne fassent pas de conneries autour de toi, que ça se répercute pas sur toi (...) qu'ils laissent pas traîner de shooteuse, qu'on aille marcher dessus ou patati, il peut y avoir plein de cas, c'est ça qui est galère (...) je compte mon matériel, je fais attention et voilà, je sais le nombre de seringues que j'ai, j'en ai 20, j'en ai pas 30, j'en ai pas 21 (...) déjà je me suis posé des questions, et quand je les enlève, je les compte au fur et à mesure, et je faisais des trous dans le sachet au fur et à mesure pour compter le nombre de pompes que j'avais utilisées pour être sûr de pas me tromper, c'était un rituel en fait tous les jours, ou marquer au stylo avec un petit trait ou faire un trou pour être sûr. Parce que ça m'est arrivé plusieurs fois qu'on vienne m'emprunter du matos sans me le dire et je voulais pas que les gars me fassent le coup «je te l'emprunte, je te le remets et je te le dis pas»; et à partir du moment où j'avais un doute, je jetais le paquet et point final (...) Depuis, j'ai toujours ce défaut-là de compter les seringues tout simplement (...) Et je sais que chaque pompe qui est là, on pourrait croire qu'elle est neuve parce qu'elle est rebouchée, sauf qu'il n'y a plus la bulle d'air. C'est pas dur, la bulle d'air on sait qu'elle fait deux unités c'est-à-dire le premier petit trait, juste à la tirer, réformer le bouchon, voilà c'est terminé, on croirait qu'elle est neuve. Et après, c'est juste le détail de regarder les soudures, et sur plein de sachets de 10, les soudures elles sont même pas visibles. »

Les stratégies d'évitement du risque : des opportunités pour disqualifier les autres pour se requalifier soi-même

Lors des entretiens sur les prises de risques, une des logiques argumentatives utilisées par les personnes est de décrire les risques observés chez les autres et pour ensuite s'en distinguer. Cette logique de distinction est utilisée pour démontrer que les autres adoptent des comportements moins conformes aux normes de protection qu'eux-mêmes et permet à la personne interrogée de se présenter comme un individu responsable en miroir de l'irresponsabilité qu'ils attribuent aux autres. La plupart des personnes utilisatrices de substances par injection ont en effet intégré le fait que la persistance de pratiques de

partage dans un contexte d'accessibilité aux seringues pouvait être mal perçue. Ce discours peut leur donner l'occasion de restaurer une identité qu'ils considèrent comme étant « blessée » (Pollak 1998) et de se revaloriser dans le contexte de l'entretien. Par ailleurs, ce type de discours montre que les personnes ont intégré l'impératif de responsabilité et de citoyenneté associé aux recommandations émises par la politique de réduction des risques et qu'ils émettent un jugement vis-à-vis de ceux qui ne l'appliquent pas en les mettant à distance et en se distinguant (Fraser 2004, Moore & Fraser 2006).

Gautier, 22 ans, opère ainsi un déplacement de la stigmatisation en décrivant une personne menaçant les passants avec une seringue. Il reprend à son compte une rhétorique largement utilisée dans les médias dans les années 1980-90 pour attiser la peur du VIH et des toxicomanes :

« L'autre jour, il y a quelqu'un en ville qui m'a dit qu'il y avait un gars dans je ne sais plus quelle ville, qui se baladait avec une seringue remplie de sang et qui faisait peur aux mamies comme ça : «donne-moi ton sac ou je te donne le sida», ça sert à rien. Non moi, mes seringues, après utilisation, je les rince, je casse la pompe blanche et je casse l'aiguille dans le bouchon et je mets tout ça dans le container. La fiole d'eau, je la vide et je la mets dans une cannette de bière comme ça, ça ne peut pas ressortir. »

Octave, 36 ans évoque un squat où des consommations collectives se déroulaient et les pratiques de partage semblaient courantes entre personnes utilisatrices de substances par injection estimant avoir le même statut sérologique, en nommant cette manière de faire comme un 'autre principe' pour s'en distinguer :

« C'est vrai que tout le monde se partageait tout et n'importe quoi, tout le monde sauf moi et jamais quelqu'un m'a dit... Par contre, vu que là-bas c'étaient des personnes d'un certain âge par rapport à moi, ils m'ont dit: «oui, mais nous on est malade», ils étaient déjà malades, soit ils avaient l'hépatite soit ils avaient autre chose, ils étaient déjà malades, donc ça ne les dérangeait pas de prêter leur matériel à quelqu'un de déjà malade. Ça, c'est un autre principe après, c'est une autre façon de voir les choses, mais moi, vu que je n'étais pas malade, c'était hors de question que je prenne leur matériel. Donc j'avais mon matériel à moi et ils savaient très bien que... »

Hippolyte, 38 ans décrit des pratiques d'utilisation de seringues usagées récupérées « par terre », pratiques dont il se distingue en invoquant son utilisation de la javel dans les situations de pénurie de matériel comme en prison :

« De ce côté-là... Mais j'ai vu des gens prendre des risques, prendre des pompes par terre, les rincer comme ça. À la limite, tu as de la Javel, tu nettoies, que tu réutilises, ça, je veux bien. Ca, je l'ai déjà fait. Mais prendre une pompe comme ça, la nettoyer juste à l'eau, tu sais même pas d'où elle vient et tu t'envoies. Ca, non, je peux pas le dire. Et j'ai vu le faire. J'ai vu des gens le faire. Est-ce que tu t'es vu le faire ? Non, non, non. Moi, en cellule, en prison, on a eu de la coke. Le gars, il s'est calé, comme je me suis calé derrière, mais avant de me caler, j'ai pris de la Javel, j'ai bien nettoyé et après je me suis envoyé. J'ai pris mon temps. Il vaut mieux perdre 5 minutes qu'attraper une maladie. »

Jacob, 25 ans fait quant à lui part de son indignation vis-à-vis des pratiques de partage en pointant celles qui sont liées à l'inattention :

« Non, j'ai jamais pris de risques. Je le vois, je suis pas con quand même. Mais y en a que, oui. Ceux que tu as pu voir,

un exemple... Je dis : mais qu'est-ce que tu fais? Jette-moi cette pompe. Après je vois ceux qui se sont trompés: non, c'est la mienne, c'est la tienne. Je fais: allez vous faire foutre, vous avez rien compris. Par exemple il la pose là, l'autre il la pose là et après ils savent pas à qui elle est. Ou sur les fauteuils. Ouais, ils la nettoient à l'alcool, mais je crois pas que l'alcool ça soit suffisant. »

À travers les discours sur l'évitement du risque, certains divisent le monde social des personnes utilisatrices de substances par injection en deux groupes, celles qui respectent les normes et les règles du bon usage versus celles qui ne les respectent pas.

Vladimir, 26 ans distingue ainsi la pratique du « shoot propre » qu'il dit appliquer lui-même de celle du « shoot sale » qu'il dit avoir observé chez les autres :

« En fait t'as shoot propre et shoot sale, moi j'appelle ça comme ça et moi j'utilisais le shoot propre quoi si tu veux, donc moi je faisais vraiment attention à ce que je faisais quoi. Et t'as le shoot sale ou c'est vraiment les mecs qui arrivent, ou t'as des seringues plein la table, plein le bordel et pour moi c'est du shoot sale et moi j'ai toujours fait du shoot propre. Moi c'est carré, c'est ordonné, j'ai ma petite cuillère, j'ai tout préparé, j'ai plus qu'à injecter donc j'injecte, mais c'est vraiment tout préparé, c'est pas fait à l'arrache, vite fait comme ça (...) Le shoot sale, tu peux me décrire ? Ben t'arrive chez quelqu'un où il y a une table ou un bar et où il y a les seringues qui traînent partout, des seringues qui ont déjà été utilisées si tu veux, des bouteilles d'eau, des stéribox, des trucs qui ont été utilisés et qu'ils réutilisent. Et moi je suis pas comme ça, je suis pas de ce monde-là. »

Samba, 25 ans fait une distinction entre les personnes qui accordent de l'importance à l'hygiène, et d'autres qui ne s'en préoccuperaient pas. Cette distinction des rapports à l'hygiène lui permet d'affirmer qu'il s'agit de deux mondes distincts, et de se situer clairement dans cet espace divisé :

« Maintenant moins, je traîne plus beaucoup avec la zone et compagnie, je vais plus dans les squats, enfin c'est rare. Mais avant quand je traînais dans les squats et compagnie, il y en a beaucoup qui sont en galère de pompe, qui prêtent les pompes, qui réutilisent dix fois la même pompe, qui les laissent traîner, qui les récupèrent. Il y a des trucs un peu graves, beaucoup je sais pas, mais j'ai vu des cas pas mal c'est clair. Il y en avait un à C., c'était le champion, il avait une petite table carrée comme celle-là et elle était tout le temps pleine de poussière et de saloperies et il laissait ses cuillères dessus, ses pompes ouvertes, et puis il les prenait, il prenait n'importe laquelle au milieu et puis hop, c'était parti. Quand on voit des gars faire comme ça, ça répugne un peu, ça donne pas envie de les imiter (...) Franchement ça dépend des personnes, il y en a qui le sont et il y en a qui ne le sont pas, on l'est ou on l'est pas. Il y en a qui s'en foutent de la propreté, il y en a qui s'en foutent pas, c'est comme l'hygiène: préoccupé ou pas préoccupé, il y en a qui le sont et il y en a qui le sont pas, malheureusement. »

Véronique, 35 ans insiste également sur les manières de se shooter qui relèvent de la propreté et celles qui n'en relèvent pas, comme le fait de garder les cotons pour les réutiliser ensuite :

« Dis moi, quand tu te shootes, est-ce que ça t'arrive de garder les cotons? Ah non. Est-ce que tu les donnes ? Non, moi, même le mec qui veut faire les cotons, je les prends, je jette tout. Qu'est-ce que tu vas faire des cotons ? Oui, mais si lui veut les garder ? Ah non, moi je les prends, je les jette. Ca, ils me connaissent, ils font pas avec moi. Moi, c'est comme

ça, je prends, je jette. Je garde pas les cotons, qu'est-ce que tu vas faire avec les cotons ? Ca sert à rien. Non, pas toi... Mais lui le fait alors je prends, je jette, moi quand je suis là. Après, il les fait quand même quand je suis pas là. C'est son problème. Moi j'aime pas qu'on fasse ça. C'est-à-dire, là, tu te fais juste un trou, tu fais rien d'autre. Après, on va dire, des grammes... En plus, ils ont été... Aspirés. Et rajouter de l'eau et tout, et tu les gardes encore ? Ca t'arrive de les garder les tiens ? Jamais, moi. Ah non, jamais, moi j'ai gardé mes cotons. Moi, c'est en propreté, que j'ai pas de marque, que j'ai jamais fait dans mon corps, dans mes bras. »

Discussion

Les descriptions de ces situations et de ces expériences d'évitement du risque et de stratégie de préservation de soi sont intéressantes car elles sont utiles pour repenser les stratégies de prévention en santé publique et promotion de la santé. Elles permettent de s'appuyer sur les pratiques, les savoirs et les compétences de personnes ayant une expérience de l'usage de drogues par injection et qui ont pu éviter de s'exposer elles-mêmes ou d'exposer les autres à des risques de transmission du VIH ou de l'hépatite C. Ces récits constituent également des occasions pour les personnes de redéfinir leur identité en donnant une autre image d'elles-mêmes et de limiter la stigmatisation dont elles sont habituellement l'objet. En effet, à travers ces discours, les personnes utilisatrices de substances par injection s'efforcent de lutter en actes dans leurs pratiques et en paroles contre la force des préjugés dont elles sont l'objet en mettant en évidence des qualités dont elles peuvent être dotées, telles que la prévoyance, la patience, l'altruisme et le sens des responsabilités.

L'ensemble de ces qualités reliées entre elles donne à voir une forme de morale de l'usage de drogues inscrite dans une logique de réduction des risques, qui produit de nouvelles normes d'usage, mais également un nouveau monde social, présents dans les récits. Cette « nouvelle morale » promue par la politique de réduction des risques crée en effet de nouvelles règles et normes d'usage qui vont réguler de manière différente les relations entre les personnes qui consomment des substances, qui vont contribuer à définir ce qui doit être valorisé et dévalorisé en termes de comportements. Au-delà des qualités individuelles qu'elle valorise dans son nouveau système de valeurs, la réduction des risques contribue à requalifier les personnes qui vont suivre ces règles, mais également à disqualifier celles qui ne parviennent pas à les suivre. Nos analyses font écho aux analyses relatives à la morale du « toxicomane » proposées dans les années 90 par le sociologue Albert Ogien par le détour de deux auteurs, Bouveresse :

« La morale est l'état naturel, stable vers lequel tend toute vie collective. Là où s'instaure une régularité, là s'est formulée une morale (...) La toxicomanie peut être considérée comme une vie collective de cette espèce et la morale du drogué envisagée comme l'ensemble des règles qui ordonnent ses relations à autrui, dans et hors de cette vie. »;

puis Matza (Matza 1957) :

« Cette morale n'est ni une morale inversée, ni une immoralité (l'absence totale de règles intelligibles guidant l'action). C'est comme dans toutes les formes de déviance, une morale de « neutralisation », dans laquelle certaines règles sont celles de la morale commune, qu'il faut cependant soumettre à requalification ou à suspension, quand d'autres sont particulières à une

activité spécifique (drogue, crime organisé, sexualité atypique, clandestinité, ...) (Ogien 1994).

Dans cette perspective proposée par Ogien, la morale est appréhendée comme « *l'ensemble des règles de conduite admises à une époque ou par un groupe d'hommes.* » (Lalande 2006). Cette définition de la morale correspond à celle de Durkheim qui considère que « *Chaque peuple a sa morale, qui est déterminée par les conditions dans lesquelles il vit. On ne peut donc lui en inculquer une autre, si élevée qu'elle soit, sans le désorganiser* » (Durkheim 1986).

L'analyse de ces récits sur les stratégies d'évitement des risques part ici de l'expérience des personnes concernées qui mettent en exergue des raisons liées aux qualités personnelles (responsabilité, patience et prévoyance). Ces discours peuvent contribuer à construire une forme de « morale du drogué », et donnent parfois à voir des figures archétypales de personnes utilisatrices de substances par injection vis-à-vis de la préservation de soi (comme figures de l'ordre) dans le cadre de la politique de réduction des risques centrée initialement sur la prévention du infectieux (VIH et hépatites B et C). Parler des situations d'évitement du risque peut également être l'occasion de développer des stratégies de disqualification des autres afin de se requalifier soi-même. Faire parler les personnes de leurs prises de risque revient toutefois à leur reconnaître la capacité à prendre du recul face à leur comportement et comme le note Ogien (Ogien 1994) à « *formuler un jugement sur sa vie* » et considérer que « *le drogué ne perd jamais la faculté de produire un jugement moral* », capacité qui vient rompre avec le discours de sens commun qui revient à lui dénier toute faculté de raisonnement. À travers la mise en exergue de ces qualités, les personnes utilisatrices de substances par injection montrent qu'elles ont intégré les normes et valeurs du bien vivre ensemble, et que l'espace dans lequel elles évoluent n'est pas réduit à une forme d'anomie.

Comme mentionné précédemment, cette nouvelle forme de morale s'inscrit dans un mouvement politique, social et historique, celui de la politique de réduction des risques mise en œuvre au milieu des années 80 début des années 90 pour faire face à l'épidémie de VIH. Cette nouvelle politique qui rompt avec l'imposition du sevrage et de la psychothérapie comme seul horizon thérapeutique tente de faire évoluer les représentations stigmatisantes des personnes utilisatrices de drogues et de créer une nouvelle identité de ces publics intégrant des qualités de responsabilité individuelle et d'autonomie. En effet, la réduction des risques en choisissant de substituer au terme « *toxicomane* » la dénomination d'« *usager de drogues* » met l'accent sur la capacité des individus à faire des choix responsables, en réduisant les risques liés à l'usage de drogues par la mise à disposition d'outils de prévention (Jauffret-Roustide 2004, Moore & Fraser 2006).

Dans le même temps, la politique de réduction des risques met l'usager dans une position paradoxale, en le responsabilisant, elle lui adresse une forme d'injonction à mettre à distance la prise de risques en matière de partage de matériel lié à l'usage de drogues et produire une nouvelle forme de jugement bio-médical centré sur la capacité à se préserver des risques infectieux (Jauffret-Roustide 2016). Les personnes utilisatrices de substances qui ne parviennent pas à suivre les consignes de réduction des risques peuvent alors être réduites à endosser à nouveau la figure de l'usager de drogues irresponsable, assujéti

à des comportements irrationnels. L'éducation à la santé peut ainsi être appréhendée dans ce contexte à la fois comme un processus de normalisation des comportements, par la santé et la limitation des risques (Fraser 2004). Il reste toutefois important de rappeler que la réduction des risques permet de sauver des vies au quotidien et constitue également une opportunité unique d'autonomisation des personnes utilisatrices de drogues et de leur capacité à reprendre le contrôle sur leurs vies par la mise en œuvre de moyens de protection face aux risques infectieux (Jauffret-Roustide 2009).

Une des limites de notre travail est qu'il porte sur des recueils de discours, et non sur des observations ethnographiques sur les lieux de consommation (Bourgois 1992). Il n'est donc pas exclu que les personnes interrogées prennent réellement des risques dans leurs pratiques de consommation, sans les avoir déclarés. Il ne s'agit pas de mettre en doute les discours qui nous ont été livrés, mais il convient d'être prudent dans l'interprétation de ces données, et de prendre en compte le biais de désirabilité sociale inhérent au recueil de données sur les pratiques stigmatisées, liée à la situation d'entretien. Dans le contexte français où l'accessibilité du matériel stérile est une norme, il est, en effet, plus difficile de déclarer des pratiques de partage du matériel d'injection. Il n'est également pas question de généraliser ici ces situations qui portent sur un nombre limité de cas, mais les stratégies d'évitement du risque mises en évidence par les personnes sont riches de sens. Par ailleurs, ces situations d'évitement du risque ne doivent pas occulter les contextes dans lesquels des personnes utilisatrices de substances sont confrontées à des prises de risque, et ce tout particulièrement pour celles vivant dans des contextes de précarité sociale, qui peuvent être contraintes d'injecter dans la rue, en l'absence de pérennisation et déploiement des haltes soins addictions en France (Jauffret-Roustide 2016).

La littérature sociologique dans le champ des études sur les drogues a montré que la politique de réduction des risques pouvait être interprétée parfois comme une vision néo-libérale de l'individu qui valorise ses compétences et sa capacité à adopter des comportements rationnels et responsables, mais qui tend également à attribuer la responsabilité de la prise de risque à l'individu sans réellement prendre en compte les dimensions sociale, politique, légale et économique dans lesquelles ils vivent (Rhodes 2002). Ce discours néo-libéral sur l'individu imprègne la société dans son ensemble car les notions d'« *Autonomie, responsabilité, subjectivité (...)* sont désormais les trois mots clés de la socialité contemporaine » (Ehrenberg 2007). Les individus sont alors soumis à la contrainte de devenir les acteurs de leur propre changement. Depuis une vingtaine d'années, plusieurs auteurs ont critiqué la vision néo-libérale de l'individu produite par le discours de réduction des risques (O'Malley et al. 2004, Moore & Fraser 2006, Mc Lean 2015, Pereira et al. 2017). Cette critique met entre autres en évidence la notion de contexte ou d'environnement du risque qui englobe les dimensions sociale, politique et structurelle de la prise de risques (Rhodes 2002). L'exhortation à être un individu responsable, compétent pour modifier ses comportements se heurte à la réalité quotidienne vécue par certaines personnes, réalité marquée par la précarité et la stigmatisation qui constituent des obstacles face à la réduction des

risques (Moore & Fraser 2006 ; Jauffret-Roustide 2009). Pour l'anthropologue Philippe Bourgois, la précarité sociale peut rendre impossible l'intégration des mesures de réduction des risques dans les pratiques des personnes utilisatrices de substances par injection au quotidien et peut être alors interprétée comme une incarnation de la violence symbolique de la réduction des risques (Bourgois 1998). En faisant porter le poids de la responsabilité de la prise de risque uniquement à l'individu, cette politique de réduction des risques peut faire basculer les personnes concernées dans un processus de culpabilisation s'ils ne s'engagent pas dans des pratiques de limitation des risques (Fraser 2004, Keane 2003).

C'est la raison pour laquelle le sociologue Samuel Friedman insiste sur la nécessité d'agir sur la dimension structurelle, sociale et politique, et de ne pas attendre que le changement provienne uniquement des actions des individus (Friedman 2002). Friedman insiste sur la nécessité de prendre en considération la dimension de l'ordre social, et la part de responsabilité de l'Etat à savoir son engagement dans des politiques sociales, économiques et de santé publique volontaristes pour réduire les risques associés à l'usage de drogues. L'action publique exerce en effet un rôle majeur sur la possibilité pour les individus de modifier leurs comportements. Dans un contexte de prohibition en France où l'usage de drogues est une pratique illégale, les personnes sont souvent réduites à se cacher pour consommer, d'où des injections réalisées dans la précipitation et dans des conditions d'hygiène peu satisfaisantes, et donc plus à risque (Bouhnik et al. 2002, Bourgois 1998). Le regard social désapprouvateur porté sur les pratiques d'usage de drogues joue également un rôle dans la dissimulation des pratiques d'injection. Les personnes sont souvent réduites à dissimuler leurs pratiques d'injection et à les réaliser dans la précipitation, afin de ne pas être repérées par leur entourage (dans le cas des injections réalisées chez soi) ou par l'environnement (dans le cas des injections réalisées dans l'espace public). L'environnement dans lequel est réalisé l'injection exerce donc un rôle majeur concernant l'exposition aux risques (Rhodes 2005).

Par ailleurs, notre analyse sur les stratégies d'évitement du risque et de préservation de soi ne doit pas être réduite à la mise en évidence de traits de personnalité, trop souvent invoqués pour stigmatiser les personnes utilisatrices de substances (Friedman 2002). Ces discours sur les situations d'évitement du risque présentent l'intérêt de mettre en évidence des situations, des pratiques et des environnements spécifiques grâce auxquelles se préserver des risques infectieux lors de la pratique d'injection devient possible. Ils mettent également en exergue que les comportements peuvent être planifiés et ne sont pas uniquement marqués par l'impulsivité (Friedman 2008). Se montrer prévoyant en consommant dans des lieux tranquilles, ou en ayant toujours du matériel avec soi. Savoir s'entourer de partenaires de consommation de « confiance » qui n'exposent pas les autres au risque implique de choisir ses partenaires de consommation. Se sentir responsable de soi-même, de ses proches et de ses partenaires de consommation amène les personnes à faire attention à ne pas laisser son matériel traîner. La description de ces situations montre que l'évitement du risque nécessite de limiter l'imprévu, de maîtriser le contexte de l'injection et

de réduire la part de l'incertitude. Les récits collectés lors de nos recherches montrent que malgré la dépendance ou le manque, les personnes utilisatrices de substances par injection sont capables de faire des choix (celui de ne pas partager son matériel de consommation, même quand la pression des pairs est forte), et d'avoir un rapport « ordonné » aux choses, en étant particulièrement soigneuses et attentives à l'hygiène de son propre matériel de consommation. Dans ces récits, les personnes utilisatrices de substances par injection s'efforcent d'aller à l'encontre des représentations sociales stigmatisantes dont ils font l'objet, en mettant en évidence des qualités dont elles font preuve en résistant à la tentation de partager leur matériel de consommation, avec comme conséquence de différer voire de renoncer à une proposition de consommation partagée. Ce discours valorisant peut être une tentative plus ou moins consciente de réhabiliter son identité personnelle « blessée » (Pollak 1998). Ces choix sont possibles dans un environnement donné, celui où l'accès aux seringues propres est possible (sans stigmatisation des consommateurs qui se voient parfois refuser l'achat de seringues en pharmacie) (Jauffret-Roustide et al. 2025a) et où les personnes disposent d'un lieu (logement, salle de consommation à moindre risque ou halte soin addictions) dans lequel les injections peuvent se faire dans un cadre sécurisé.

Tout au long de notre parcours de recherche, nous avons tenté de montrer la complexité des facteurs déterminant la prise de risque et la nécessité de favoriser les approches de réduction des risques qui reconnaissent que les personnes utilisatrices de substances sont capables de modifier leurs comportements et de prendre en charge leur santé, à condition de leur en donner les moyens, en proposant des prises en charge respectueuses de leurs droits. Cette dimension ne doit toutefois pas faire oublier la nécessité d'agir sur les facteurs structurels de la prise de risques à savoir l'environnement social et politique dans lequel s'inscrivent les prises de risque.

Références

- Ahern, J., Stuber, J., Galea, S. (2007) Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug & Alcohol Dependence*, 88, 188-96.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1986) *La construction sociale de la réalité*. Méridiens Klincksiek (1ère éd. 1966) édition. Paris, 1986.
- Bergeron, H. (1999). *L'Etat et la toxicomanie*. PUF édition. Paris, France.
- Blendon, R.J., Young, J.T. (1998). The public and the war on illicit drugs. *JAMA*. 279, 827-32.
- Bouhnik, P., Touzé, S., Valette-Viallard, C. (2002). *Sous le signe du "matos" : contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psychoactifs*. Edited by RESSCOM. Paris.
- Bourgois, P (1992). Une nuit dans une "shooting gallery": enquête sur le commerce de la drogue à East Harlem. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 9-78.
- Bourgois, P. (1998). The moral economies of homeless heroin addicts: confronting ethnography, HIV risk, and everyday violence in San Francisco shooting encampments. *Substance Use & Misuse*. 33, 2323-51.
- Durkheim, E. (1986). *De la division du travail social*. Quadrige - Presses Universitaires de France (1ère éd. 1930) édition.

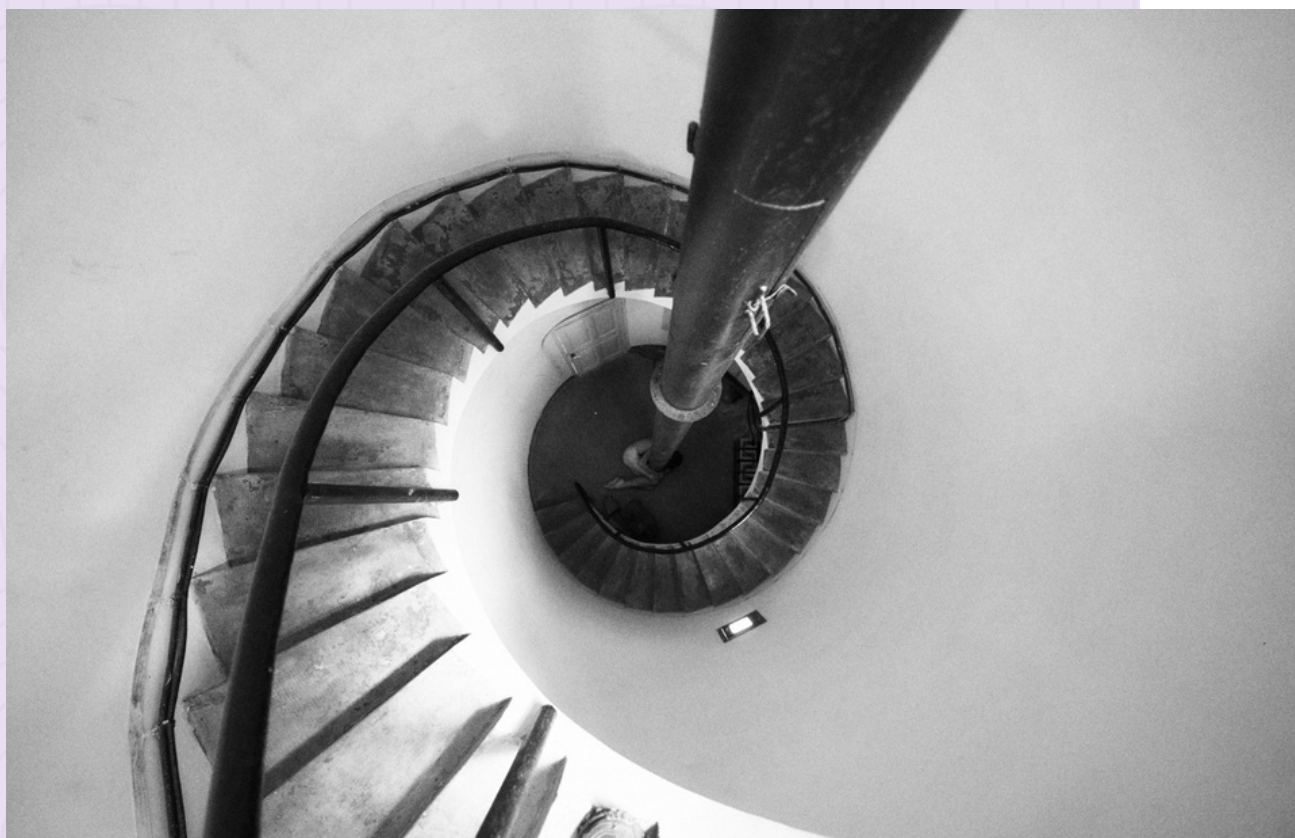
- Ehrenberg, A. (2007). Epistemology, sociology, public health: how to clarify? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 55, 450-5.
- Fraser, S. (2004). 'It's your life!': injecting drug users, individual responsibility and hepatitis C prevention. *Health* (London), 8, 199-221.
- Fraser, S. & Moore, D. (2008). Dazzled by unity? Order and chaos in public discourse on illicit drug use. *Social Science & Medicine*. 66, 740-52.
- Friedman, SR. (2002). Sociopharmacology of drug use: initial thoughts. *International Journal of Drug Policy*. 13, 341-7.
- Friedman, SR., Mateu-Gelabert, P., Sandoval, M., Hagan, H., Des Jarlais, D. (2008). Positive deviance control-case life history: a method to develop grounded hypotheses about successful long-term avoidance of infection. *BMC Public Health*. 8, 94.
- Goffman, E. (1963). Stigma: notes on management of a spoiled identity. Prentice-Hall edition. Englewood Cliffs.
- Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., Strang, J. (1993). Severity of heroin dependence and HIV risk. II. Sharing injecting equipment. *AIDS Care*. 5, 59-68.
- Grund, JP., Friedman, SR., Stern, LS., Jose, B., Neaigus, A., Curtis, R. and al. (1996). Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens. *Social Science & Medicine*. 42, 691-703.
- Jauffret, M. (2000). La réduction des risques: enjeux autour d'une mobilisation collective. *MANA. Revue de sociologie et d'anthropologie*. 8, 161-88.
- Jauffret-Roustide, M. (2004). *Les drogues : approche sociologique, économique et politique*. La Documentation Française edition. Paris.
- Jauffret-Roustide, M. (2009). Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: a lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship. *Health Sociology Review*. 18, 59-72.
- Jauffret-Roustide, M. (2016). Les salles de consommation à moindre risque : apprendre à vivre avec les drogues. *Esprit*. 429, novembre, 115-123.
- Jauffret-Roustide M, Wodwiak L. (2025a). Plafond de verre sur la politique de réduction des risques en France. *La Revue nouvelle*, n°3, 40-50
- Jauffret-Roustide, M, Bertrand, K., et le groupe Polytoix. (2025b). Une expérience narco-féministe de recherche participative : la place des savoirs expérientiels liés à l'usage de drogues dans l'évaluation des politiques de soins liés aux addictions, au prisme du genre. *Revue française des affaires sociales*. avril, 1, 245.
- Keane, H. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy*. 4, 227-32.
- Lalande, A. (2006). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Quadridge PUF edition. Paris.
- Matza, D. & Sykes, G. (1957). Techniques of neutralization: a theory of delinquency. *American Sociological Review*. 2.
- McLean, K., (2015). From responsible users to recalcitrant dope fiends: Mapping modes of engagement with harm reduction. *Addiction Research & Theory*, 23 (6), 490-498.
- Moore, D. & Fraser, S. (2006). Putting at risk what we know: reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications. *Social Science & Medicine*. 62, 3035-47.
- Ogien, A. (1994). La morale du drogué. *Revue Française des Affaires Sociales*. 2, 59-67.
- O'Malley, P., & Valverde, M. (2004). Pleasure, Freedom and Drugs: The Uses of 'Pleasure' in Liberal Governance of Drug and Alcohol Consumption. *Sociology*, 38(1), 25-42.
- Pereira, M., & Scott, J. (2017). Harm reduction and the ethics of drug use: contemporary techniques of self-governance. *Health Sociology Review*, 26(1), 69-83.
- Pollak, M. (1988). *Les homosexuels et le sida, sociologie d'une épidémie*. Métailié edition. Paris.
- Rhodes, T. (2002). The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*. 13, 85-94.
- Rhodes, T., Singer, M., Bourgois, P., Friedman, SR., Strathdee, SA. (2005). The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science & Medicine*. 61, 1026-44.
- Rhodes, T., Watts, L., Davies, S., Martin, A., Smith, J., Clark, D. and al. (2007). Risk, shame and the public injector: a qualitative study of drug injecting in South Wales. *Social Science & Medicine*. 65, 572-85.
- Young, M., Stuber, J., Ahern, J., Galea, S. (2005). Interpersonal discrimination and the health of illicit drug users. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*. 31, 371-91.



REVUE MÉDECINE ET PHILOSOPHIE

#14 / 2026

Figures de l'addiction



REVUE MÉDECINE ET PHILOSOPHIE

ISSN : 2650-5614 – E-ISSN : 1645-6638

LiSSa

DOAJ

{BnF

medocpsy

HAL

suDoc

Mirabel

Science
S2HEP