AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE METZ

UFR SCIENCES HUMAINES ET ARTS

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE - METZ
N° inv. 2001002L
Cote L/Mz 01/1
Loc

THESE

pour le Doctorat de sociologie

présentée et soutenue publiquement par

Nathalie GOURMELON

le 12 septembre 2001

Nouvelles populations limites et changements institutionnels : histoire d'une mutation

Sous la direction de Jean-Yves TREPOS

JURY

Président : Jacques COMMAILLE, Professeur, Ecole Normale Supérieure

Jean-Yves TREPOS, Professeur, Université de Metz

Francis BAILLEAU, Chargé de Recherche au CNRS

Marcel CALVEZ, Maître de Conférence, Université de Rennes

Rémi LENOIR, Professeur, Université de Paris I

UNIVERSITE DE METZ
UFR SCIENCES HUMAINES ET ARTS

THESE

pour le Doctorat de sociologie

présentée et soutenue publiquement par

Nathalie GOURMELON

le 12 septembre 2001

Nouvelles populations limites et changements institutionnels : histoire d'une mutation

Sous la direction de Jean-Yves TREPOS

JURY

Président : Jacques COMMAILLE, Professeur, Ecole Normale Supérieure

Jean-Yves TREPOS, Professeur, Université de Metz

Francis BAILLEAU, Chargé de Recherche au CNRS

Marcel CALVEZ, Maître de Conférence, Université de Rennes

Rémi LENOIR, Professeur, Université de Paris I

A ma mère, à mon père,

Remerciements

Mes remerciements s'adressent à tous ceux qui m'ont, de près ou de loin accompagnée durant cette recherche et l'ont par-là même, rendue possible :

Jean-Yves Trépos pour avoir accepté d'encadrer cette thèse à mi-parcours. La confiance qu'il m'a ainsi accordée, son soutien, son écoute (malgré la distance qui nous séparait), ses encouragements incessants m'ont été d'un grand recours pour mener ce travail jusqu'à son terme.

Francis Bailleau pour m'avoir chaleureusement accueillie au GRASS. Cette thèse doit beaucoup à son dynamisme, à ses conseils précieux, à sa très grande disponibilité. Non content de suivre lui aussi ce travail jusqu'au bout, il a également su répondre à mes innombrables questions, pour ne pas dire angoisses et m'a ainsi permis de faire face et de ne pas perdre confiance durant certains moments difficiles.

L'ensemble des membres du GRASS, en particulier Colette Bec, Geneviève Bouet-Chemin, Stéphanie Boujut, Anne Cadoret, Claudine Curjol, Yann Darré, Philippe Habib, Yvon Lochard, Philip Milburn.

Mes collègues de l'Université de Metz, notamment Hervé Levilain et Cherry Schrecker.

Les membres de l'équipe du CERFSOPHI de l'Académie des Sciences de Moscou, en particulier Natalia Chmatko et Julia Markova.

Toutes celles et tous ceux qui ont accepté de me recevoir, le temps d'un, voire de deux entretiens et m'ont accordé de leur temps, dont je connais la valeur, notamment le Dr Patrick Alécian, le Dr Gilles Barraband, Jean-Luc Bossavit, le Dr Dominique Boubilley, Dominique Brossier, Simone Couraud, Marie Ehlinger, Corinne Ehrenberg, Jean-Marie Fauché, le Dr Laurent Gourarier, le Dr Serge Hefez, Adriana Juez, le Dr Bertrand Lebeau, le Dr Jean-Pierre Lhomme, le Dr William Lowenstein, le Dr Ali Magoudi, Perlette Petit, Jean-Luc Ricaud, le Dr Anne-Marie Simonpolie, Malika Tagounit, Gérard Tonnelet, le Dr Didier Touzeau, le Dr Marc Valleur, le Dr Sylvie Wieviorka.

Le Dr Jean Ebert et le Dr Marie-Jo Taboada ainsi que toute l'équipe de l'Unité de coordination de Horizons pour leur sympathie, leurs compétences et leur formidable accueil.

Les quelques autres membres d'associations ou professionnels d'institutions telles que l'Armée du Salut de Paris, l'ASE de Vitry, Asud de Nîmes, Boréal à Paris, Charonne à Paris, Ellipse à Lille, La Halte à Etampes, Logos à Nîmes, Marmottan à Paris, Le Patriarche à Trouville, la maternité de Port-Royal à Paris, Médecins du Monde à Paris et à Strasbourg, la pouponnière les Récolets à Paris, les PMI du 18ème et du 19ème à Paris, Transit à Marseille.

Les personnes accueillies ou prises en charge dans ces différentes structures, qui ont accepté, le temps d'un entretien de se raconter.

La Direction Générale de la Santé - Division Sida ; Ensemble Contre le Sida/ La Fondation pour la Recherche Médicale ; La Délégation Interministérielle à la Ville, pour l'intérêt qu'ils ont porté à mes projets.

Clothilde Carrandié, documentaliste (et véritable mémoire) de Marmottan, ainsi que du réseau Toxibase, pour ses compétences hors pairs, sa générosité et son extrême gentillesse.
Les autres documentalistes de la DGLDT ; de la PJJ ; de Médecins du Monde et de La Documentation Française.

Tous ceux enfin, qui non contents de me montrer leur intérêt pour ce travail, m'en ont également périodiquement sortie, me rappelant que la vie était aussi ailleurs : mes parents bien sûr, mes sœurs : Patou et Domie, mon « bel ami » Laurent et tant d'autres que je remercie tout simplement d'être là : Alex, Arnaud, Catherine, Christophe, Danielle, Frédérique, Gaëlle, Hervé, Ilona, Leïla, Lionel, Loïc, Louis, Luc, Lucie, Marie-Jo, Mathilde, Mich, Nathalie, Yann.

Table des matières

INTRODUCTION 1

1 - Eléments d'une problématique 2

2 - L'itinéraire imprévu d'un objet de recherche 14

3 - Descriptif des différents travaux empiriques 31

PREMIÈRE PARTIE : LE PROCESSUS D'INSTITUTION D'UN MODÈLE DE PRISE EN CHARGE 35

CHAPITRE I : NAISSANCE ET ITINÉRAIRE D'UN PROBLÈME SOCIAL 36

1- L'identification d'un danger 36

1-1 : Vers une médicalisation du social : du monomane au toxicomane 36

1-2 : Première inscription sociale et politique dans la liste des « fléaux » 38

1-3 : La manière douce 41

2 - La constitution d'un savoir spécifique 45

2-1 : Itinéraire d'un futur « toxicothérapeute » 45

2-2 : Des modèles de prise en charge 50

2-3 : L'élargissement d'une brèche 55

3 - Des compromis pratique 60

3-1 : Une jonction d'intérêts 60

3-2 : Une « maladie » spéciale 64

3-3 : Des auxiliaires de bonne volonté 68

CHAPITRE II : L'ANCRAGE DANS UNE TRADITION **74**

1 - Une structuration horizontale *74*

1-1 : Les étapes d'une institution spécialisée 74

1-2 : Un parcours balisé 80

1-3 : Vers une clinique du sujet 84

2 - Comprendre les intraitables : la consécration d'un modèle *88*

2-1 : L'attrait des profondeurs et les querelles de principe 88

2-2 : Un consensus tactique 93

2-3 : Des professionnels et des individus d'exception 97

CHAPITRE III : MAINTENIR L'ÉQUILIBRE **102**

1 - Les limites de l'éclectisme *102*

1-1 : Des institutions barbares 102

1-2 : Des modèles « impensables » 105

1-3 : Des barbares dans l'institution 109

2 - Des passagers clandestins *113*

2-1 : De l'enfance du toxicomane aux enfants de toxicomanes : un point de vue pédopsychiatrique 113

2-2 : La récurrence de la médicalisation 118

3 - Gérer les crises *122*

3-1 : L'affirmation d'un ordre social 122

3-2 : Une « centralisation » bien orchestrée 125

DEUXIÈME PARTIE : LA GESTION DES RISQUES OU LE PASSAGE VERS UN NOUVEL ORDRE DES CHOSES **132**

CHAPITRE I : DES RUPTURES D'ÉQUILIBRE **133**

1-De la dangerosité aux risques *133*

1-1 : De nouveaux fléaux 133

1-2 : Le marquage des politiques du risque 136

2-3 : « L'affaire de tous » 140

2- Des institutions et des populations-limites *145*

2-1 : La fragilisation institutionnelle ou le silence des dominants 145

2-2 : Des cas difficiles 151

2-3 : Trouver de nouveaux cadres administratifs 156

3 - Vers de nouvelles formes de prise en charge *163*

3-1 : Des concertations locales 163

3-2 : Des bifurcations professionnelles 168

3-3 : Un souci humanitaire 173

CHAPITRE II : UN ÉCLATEMENT DES MODÈLES TRADITIONNELS **178**

1 - Un nouveau procès de civilisation *178*

1-1 : Le dévoilement d'une ligne de force 178

1-2 : Vers la rupture d'un compromis 182

1-3 : Malaise dans la clinique 186

2 - De nouveaux auxiliaires *192*

2-1 : Le passage d'un clandestin 192

2-2 : La multiplication de dispositifs locaux ou la lente ascension d'un autre modèle 197

2-3 : Des rencontres d'intérêt 200

3 - Enjeux et mises en jeu *204*

3-1 : La nouvelle manière douce 204

3-2 : Le processus de légitimation d'un nouveau modèle 209

3-3 : Des actions inspirées 214

3-4 : Le temps des ripostes 218

CHAPITRE III : UNE MUTATION GÉNÉRALISÉE 224

1 -Des formes concrètes de despécialisation *224*

1-2 : De nouvelles institutions spécialisées 224

1-2 : Des compromis pratiques ou la folle ascension des dispositifs intermédiaires . 229

2 - Repousser les limites *234*

2-1 : « Des antibiotiques à spectre large » 234

2-2 : « De nouveaux intervenants » 239

TROISIÈME PARTIE : VERS UN NOUVEL ORDRE SOCIAL 246

CHAPITRE I : A LA RECHERCHE D'UNE NOUVELLE UNITÉ 247

1 - Vers une structuration transversale *247*

1-1 : - De nouvelles institutions spécialisées 247

1-2 : Des techniciens négociateurs 253

2 - La refonte d'une ligne de force *260*

2-1- Des politiques aigres-douces 260

2-2 : L'art du maillage organisé 267

2-3 : Des implications visibles 272

CHAPITRE II : MYTHES ET RÉALITÉS DU CHANGEMENT 278

1 - Des intervenants en perte de légitimité *278*

1-1 : Un positionnement ambigu 278

1-2 - Le partenariat en question 284

1-3 - Un étrange éclectisme 290

2 - Des populations limitées *296*

2-1 : Un tournant dans le trajectoire 296

2-2 : Une égalité de façade 302

2-3 : Sur le seuil 306

CHAPITRE III : TROUVER DE NOUVEAUX VÉHICULES 312

1 - Des experts providentiels 312

1-1 : De nouveaux dispositifs 312

1-2 : Les manifestations d'une compétence 319

1-3 : Le montage d'une équipe 327

2 La phase d'expérimentation 333

2-1 : Des ajustements difficiles 333

2-2 : Des partenaires plus ou moins légitimés 339

2-3 : Des compétences à faire valoir 346

3 - Des situations d'expertise ou la socialisation des savoirs 351

3-1 : La construction commune de l'objet 351

3-2 : L'élaboration de la demande 356

3-3 : « Nous sommes tous dans la même galère » 362

CONCLUSION 370

BIBLIOGRAPHIE 384

Introduction

1 - Eléments d'une problématique

Il y a à un peu moins d'une dizaine d'années (en 1992-1993), un débat assez virulent, un conflit même s'est engagé sur la question de la prise en charge des consommateurs de drogues. Il mettait en scène les partisans déjà anciens d'une forme de traitement résolument centrée sur la psychothérapie, cette clinique du toxicomane qui perdurait depuis les années soixante-dix, et ceux favorables à une approche issue de la toute nouvelle « politique de réduction des risques », axée notamment (c'est d'ailleurs particulièrement sur ce point que portèrent les différends) sur l'offre de produits de substitution. A son origine, un nouveau « fléau »: l'épidémie de sida dont l'impact sur ces populations se faisait de plus en plus visible, de plus en plus menaçant. Jusque-là circonscrite dans un domaine balisé par quelques spécialistes attachés à conduire ces jeunes gens, « toxicomanes » par voie intraveineuse, vers la voie longue et difficile de l'abstinence, la question est assez vite, et sous la pression de quelques nouveaux entrepreneurs (dont certains de ces spécialistes « reconvertis ») devenue « affaire de tous ». La perspective n'est alors plus tant, en substance, orientée vers le sevrage que vers l'offre de moyens concrets (dont au départ la mise en vente libre des seringues), destinés à éviter de nouvelles contaminations et à permettre un suivi sanitaire régulier de cette population jusque-là relativement absente des structures de droit commun. Faisant écho à de nombreux discours en terme de prévention, de solidarité, de citoyenneté, de nouvelles pratiques se sont ainsi développées, centrées notamment sur des approches dites « communautaires » destinées, à l'échelle locale d'une commune, d'un quartier et dans les zones les plus fréquentées par ces populations, à mobiliser tout un chacun et à élaborer un certain nombre d'actions coordonnées. De nouveaux dispositifs ont été mis en place : antennes mobiles allant à la rencontre de ces « usagers de drogues », sur leur lieu de vie et distribuant des seringues stériles et autres outils de prévention ; des centres d'accueil (de jour ou de nuit) et des centres de soins nouveaux ont ouvert offrant, pour les premiers des prestations minimales (soins de première urgence, nourriture de base, douches, vestiaires, coins repos, etc), et pour les seconds une prise en charge médicale, des programmes de substitution et un suivi au niveau social et psychologique. Partenariats, pratiques de réseaux inter-professionnels et inter-institutionnels se sont déployés s'efforçant de dépasser d'anciens cloisonnements sectoriels et de surseoir, le plus efficacement et dans les plus brefs délais, aux problèmes de ces populations tout autant rétives vis-à-vis des services hospitaliers qu'elles y étaient ordinairement perçues sous l'étiquette du « mauvais patient », du « mauvais malade ».

En trois décennies, du début des années 1970 au début des années 2000, cet objet « toxicomanie » a changé de forme, de visage et les débats, progressivement, se sont estompés. Forcés de réviser et de diversifier leurs modes de prise en charge, les spécialistes les plus « orthodoxes » semblent s'être alignés, sinon tout à fait sur les nouveaux discours, tout au moins sur les pratiques qu'ils sous tendent. Sorti de son enclos psychothérapique, le « toxicomane », devenu « usager de drogues » semble s'être, lui aussi inséré dans ce nouveau paysage institutionnel, dans ce nouveau statut, cette nouvelle catégorie qui en fait, entend t-on, un citoyen normal, semblable aux autres.

Cette évolution succinctement présentée ici constitue à la fois le point de départ et le cœur de notre recherche[1]. L'objectif principal de cette thèse est en effet de montrer comment, à partir du sida et de sa jonction avec le domaine de la toxicomanie, un processus à l'œuvre ici et là depuis déjà un certain nombre d'années, quoique de façon lente, diffuse, s'est brusquement emballé, contraignant un domaine de prise en charge, un type particulier d'institution historiquement construit autour d'un modèle spécifique, à basculer vers un autre modèle, celui précisément de la gestion des risques. Ainsi extraordinairement dévoilé, mis en discours et en pratique comme jamais auparavant, ce dernier s'est inscrit depuis lors comme le modèle dominant, à la base même du fonctionnement normal de notre société, entraînant d'autres espaces jusque-là placés dans un régime encore hésitant et beaucoup plus lent d'évolution, de transformation, à effectuer le même virage. En témoignent notamment les débats et changements en cours dans le domaine du traitement de la délinquance des mineurs (qui constitue notre second objet) actuellement sous les feux de la scène médiatique, sociale et politique.

Ces changements en chaîne, particulièrement visibles depuis une dizaine d'années, qui entraînent à leur suite et dans différents lieux (tel l'effet « boule de neige ») toute une série de doutes, d'interrogations puis de glissements de sens, de positions, présentent selon nous, toutes les caractéristiques d'une mutation et plus exactement d'une mutation sociale. On retiendra de celles-ci les définitions qu'en donne G. Balandier. Ainsi « sa signification commune reste celle des changements cumulés - affectant plusieurs des instances de la société globale - et apparemment irréversibles ; elle réfère aux transformations profondes subies par les structures sociales et par les agencements culturels, et devenus manifestes, ainsi qu'aux

[1] Nous nous expliquerons dans la partie suivante sur les raisons qui nous ont amenées à cet objet de recherche tout comme sur la place qu'il occupe ici.

crises qui en résultent »[2]. La notion de mutation sociale, en tant que processus plus restreint désigne quant à elle « les changements qui assurent le *passage* d'une structure sociale à une autre, d'un système de structure à un autre »[3].

Cette notion de « passage » est bien au cœur de notre recherche : passage donc d'un modèle de prise en charge à un autre ; passage d'un type de discours à un autre, passage encore vers d'autres formes de pratiques, passage enfin vers de nouvelles définitions de catégories. Nous nous gardons toutefois d'attribuer à ces différents éléments un ordre quelconque d'apparition ; tous ont joué peu ou prou ici au même niveau. Mais avançons un peu plus, sans entrer dans l'analyse qui va suivre, dans la compréhension de ce moment précis, ce basculement. Une question s'impose ici : pourquoi ce basculement s'est-il précisément opéré là, à partir de cette jonction sida-toxicomanie et pas ailleurs ? Autant le dire d'emblée, nous pensons et il s'agit là d'une de nos hypothèses, que sans l'apparition du sida, ce modèle de la gestion des risques se serait imposé de toutes façons, à plus ou moins long terme. Nous affirmons aussi, (autre hypothèse), que ce passage aurait alors très bien pu s'opérer via le domaine de la délinquance et que celui-ci, objet de cristallisation d'une mutation, aurait de la même façon entraîné dans un même processus d'autres espaces de pratiques, d'autres champs dont celui de la toxicomanie voué donc structurellement à se transformer.

La jonction sida-toxicomanie est à voir ici comme l'événement déclencheur d'une accélération, d'un emballement. Deux éléments principaux peuvent d'ores et déjà être posés comme explication.

Le premier est d'ordre démographique. S'il est indéniable qu'au moment de son apparition le sida a fait ressurgir dans notre monde social la grande peur ancestrale de l'épidémie, celle-ci s'est vue, dans le cadre de sa rencontre avec la toxicomanie, considérablement amplifiée[4]. Outre en effet les risques encourus pour eux-mêmes dans le cadre de leurs pratiques d'injections, les consommateurs de drogues représentent aussi, sur le plan cette fois de la sexualité, la population charnière entre ceux que l'on a appelés à une époque les « groupes à risques » et le reste de la population. Rarement affichée en tant que telle dans les discours, cette position spécifique (sans doute soutenue par quelques caractéristiques idiosyncrasiques posées comme intrinsèques à cette catégorie :

---

[2] BALANDIER G [Dir]., Sociologie des mutations, Paris : Editions Anthropos, 1970, p. 16.
[3] *Ibid*
[4] Après une période, précisons-le, de construction d'un nouvel espace : le champ du sida, largement initié par les regroupements d'homosexuels masculins, premières victimes désignées de la « maladie ».

irresponsabilité, inconscience, etc) n'est probablement pas sans lien non plus avec l'extraordinaire embrasement qui s'en est suivi. Ajoutons sur ce point que le caractère hors-la-loi, illégal de la consommation de drogues, couplé depuis une trentaine d'années avec cette image d'individus malades au sens psychopathologique du terme (des « toxicomanes »), et dangereux d'un point de vue social, disqualifiait aussi d'emblée toute velléité de leur part à prendre les devants, à se mobiliser comme le firent notamment les homosexuels masculins, autre « groupe à risques », dont les porte-parole sont devenus très vite des interlocuteurs incontournables en matière d'action sanitaire sur la question. Ce n'est sans doute pas un hasard si la réduction-gestion des risques s'est ainsi focalisée (et dans ce contexte épidémiologique) sur une population plus que toute autre stigmatisée, marginalisée, dans l'ombre finalement. Plus que partout ailleurs et étant donné bien sûr les limites en matière de prise en charge thérapeutique, l'action impliquait ici un mode de suivi et de surveillance particulier, qui, en l'absence de données concrètes, immédiatement saisissables (quant au nombre d'individus infectés, quant à leurs pratiques de consommation, leur mode de vie, etc) se devait de prendre appui, non pas tant sur des individus que sur des anticipations, des estimations statistiques, des mises en corrélation de différents facteurs abstraits, facteurs de risques. Ne pouvant compter à priori sur la participation active de ces populations en matière de prévention, l'intervention ne pouvait non plus de surcroît s'appuyer sur les systèmes classiques, traditionnels de prise en charge.

Nous entrons là dans notre second élément d'explication, d'ordre cette fois institutionnel et professionnel. La particularité de cette épidémie est aussi, on le sait, d'avoir posé les limites de notre médecine moderne et techniciste. Son rôle apparaît ici sensiblement transformé dans la mesure où il ne s'agit plus tant de guérir une maladie que de la « gérer ». Au centre de cette gestion : les rapports médecins-malades qui prennent dès lors une importance tout à fait cruciale. Parce qu'il n'a plus « la liberté (...) de définir et de contrôler seul et en toute indépendance l'objet et les conditions mêmes de sa pratique »[5], parce que « l'évocation de la séropositivité et de la maladie ne peuvent se former qu'à partir de celui qui la vit »[6], le corps médical doit apprendre ou réapprendre à négocier avec ceux que l'on hésite dès lors à définir sous les termes de « profanes » ou de « patients ». Seulement voilà, cette nouvelle relation qui progressivement s'instaure, conférant au malade un rôle actif dans la prise en charge, se heurte à de nombreuses difficultés dès qu'il s'agit d'individus

---

[5] HERZLICH C., PIERRET J., Malades d'hier, malades d'aujourd'hui, Paris : Ed Payot, 1990, p. 310.
[6] CALVEZ M., Composer avec un danger, Approche des réponses sociales à l'infection au VIH et au SIDA, Rennes : IRTS de Bretagne, 1989, p. 76.

consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Jusque-là peu sollicitée par ces patients jugés par ailleurs difficiles, incontrôlables, la médecine hospitalière s'avère ici, et de façon globale, singulièrement décontenancée. Ne le sont pas moins les spécialistes de la toxicomanie dont la pratique principalement centrée sur la psyché, sur une approche au long terme et au cas par cas, force précisément d'un modèle de prise en charge, s'avère être résolument bousculée par la survenue en nombre de ces clients porteurs d'étranges problèmes somatiques. Mais, nous l'avons dit, la secousse qui apparaît ici très violente, brutale, extrêmement douloureuse pour tous n'est au demeurant que celle qui va faire vaciller le modèle. Le champ de la toxicomanie n'en est en effet pas à sa première crise et les quelques précédentes, tant bien que mal résolues autour de la préservation (par réajustements successifs) de la clinique, en avaient déjà bousculé, chacune à leur manière (dans le fond et/ou dans la forme) la cohérence princeps. Le modèle avait ainsi laissé voir comme le dirait T. Kuhn[7] quelques anomalies. Non perçues ou occultées par certains, elles avaient déjà contribué à semer le doute chez d'autres, troublés par l'envahissement de ce sentiment que quelque chose n'allait pas, n'allait plus ; quelque chose de l'ordre d'une perte d'adéquation, entre un modèle et le monde qui l'entoure. Nous posons ici que cette perte d'adhérence, perte de vitesse, était le prélude d'une autre manière de voir, d'une autre manière de faire dont l'apparition du sida a forcé la mise à jour, l'éclatement. Si l'on peut dire que sans cela le basculement ne se serait pas opéré, on peut affirmer aussi que sans ce processus antérieur l'épidémie n'aurait pas eu l'impact que nous lui conférons ici.

Seuls quelques regards déjà aiguisés pouvaient être à même de percevoir que ces toxicomanes porteurs d'une nouvelle maladie, difficilement pris en charge ici comme ailleurs et figures dès lors « limites » d'un modèle, nécessitaient l'introduction en masse de nouveaux savoir-faire, de nouvelles techniques aptes, très vite, à enrayer le mal et à conjurer le danger. S'agissant de surseoir à certaines limites institutionnelles et professionnelles, de capter, y compris à distance, des populations tout autant menacées que présumées menaçantes, le modèle de la gestion des risques trouvait ici les moyens d'une formidable extension. Ce qui ailleurs pouvait être géré par des formes nouvelles de négociation entre les malades eux-mêmes et leur soignant devait ici se déployer en amont et dans les brèches, dans les failles des systèmes traditionnels de prise en charge.

Ainsi que le souligne R. Castel, « comme toutes les transformations importantes, celle-ci (supposait) une lente évolution antérieure des pratiques qui, à un moment donné, franchit

---

[7] KUHN T., La structure des révolutions scientifiques, Paris : Ed Champs Flammarion, 1983, 284 p.

un seuil et se donne alors sous la forme d'une mutation »[8]. Mais, dans la mesure où nous posons que ce basculement allait également toucher d'autres domaines il nous faut dès à présent poser une autre question et y formuler quelques éléments de réponses : comment, par quels mécanismes cette transformation qui semble avoir pris ici une tournure tout à fait particulière a t-elle pu se perpétuer dans d'autres espaces jusqu'à devenir « le » modèle dominant de prise en charge et de traitement des populations ? « Décider de rejeter un paradigme est toujours simultanément décider d'en accepter un autre »[9] nous dit T. Kuhn. Tout semble dès lors nous mener à cette idée que, si la réduction-gestion des risques a pu à ce moment se manifester avec autant d'éclat c'est qu'elle était déjà en préparation ici même ou ailleurs et que son aboutissement n'était somme toute que le résultat d'une longue préparation. Nous pouvons d'ors et déjà ouvrir plusieurs pistes et les poser comme autant de signes annonciateurs de la mutation en question. Sans doute est-il important de préciser avant toute chose que la question n'est pas tout à fait neuve. L'histoire est pleine notamment de ces formes nouvelles de catégorisations, toutes destinées à appréhender des situations ou comportements sociaux jugés néfastes, dangereux pour l'ordre établi ou simplement en rupture de contrat social. Des « fous », « enchaînés de Bicêtre » délivrés par Pinel en 1793 en passant par les « aliénés » jusqu'aux malades mentaux ; des « monstres » criminels définis par la Justice pénale du 18ème siècle jusqu'aux « délinquants »[10] ; des écoliers anormaux, instables, arriérés, débiles légers aux « enfants inadaptés »[11] ; des « indigents aux « exclus », en passant par les « assistés »[12], autant de termes, de classements, de « rites » qui servent à marquer une limite (entre le bon et le mauvais, entre le normal et le pathologique, entre l'intérieur et l'extérieur, etc), et qui justifient régulièrement la mise en place de formes adaptées de prise en charge, afin, nous dit A. Van Gennep « que la société générale n'éprouve ni gêne ni dommage »[13]. Au principe de ces agencements, de ces distributions et

---

[8] CASTEL R., De la dangerosité au risque, Actes de la Recherche en Sciences Sociales, n° 47-48, 1983, p 119.
[9] KUHN T., *op. cit.*, p. 102.
[10] Cf notamment sur ces épisodes :
CASTEL R., L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme, Paris : Les Editions de Minuit (coll. « Le sens commun »), 1976, 334 p.
FOUCAULT M., Histoire de la folie à l'âge classique, Paris : Ed Gallimard (coll. « Tel »), 1972, 583 p.
FOUCAULT M., Surveiller et punir, Paris : Ed Gallimard (coll. « Tel »), 1975, 360 p.
[11] Cf particulièrement ici :
ZAFIROPOULOS M., PINELL P., Un siècle d'échecs scolaires (1882-1982), Paris : Les Ed Ouvrières, 1983, 198 p.
[12] Cf notamment :
BEC C., L'assistance en démocratie, Paris : Ed Belin, 1998, 254 p.
CASTEL R., Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat, Paris : Ed Fayard, 1995, 490 p.
[13] VAN GENNEP A., Les rites de passage, Paris : Picard, 1981 [1ère Edition : 1909], p. 4.

redistributions : le risque, depuis longtemps déjà objet de politiques, « sa matière même » comme l'ont montré F. Ewald et D. Kessler[14]. Indissociable au demeurant d'un certain calcul, de l'établissement de probabilités quant à un « possible » à venir, d'une prévision au cœur de la démarche préventive, la perception du risque s'affine progressivement, lentement, à mesure du déploiement de techniques et de pratiques savantes qui s'attachent, au-delà de la simple assistance, à dissocier comme le fit notamment P. Pinel les insensés véritables des pauvres, des séniles; à traquer, et tel fut le renversement opéré par A. Morel, derrière les symptômes présentement visibles les signes avants-coureurs, la causalité cachée de la maladie ; à déceler, et telle fut par ailleurs la préoccupation de A. Binet, derrière les élèves paresseux, les menteurs, les idiots, les épileptiques qui compromettent la bonne marche des programmes scolaires, les anormaux d'asile et les anormaux d'école, encore éducables et dévoués aux toutes nouvelles classes de perfectionnement. Et si au tout départ comme l'a bien montré R. Castel[15] la menace, le danger sont encore circonscrits, quoique de façon relativement floue, incertaine, aléatoire, au sombre psychisme du sujet dont l'enfermement, la mise à l'écart constitue l'unique modalité de prise en charge, progressivement, leur mise en corrélation avec toute une série d'éléments extérieurs (pauvreté, malnutrition, logement insalubres, alcoolisme, etc) les élève au rang de risques objectifs, mesurables, quantifiables. On passe alors à la désignation de « populations à risques » qu'il s'agit - en toute légitimité, pour leur bien propre et celui de la société - de prendre en charge, partant d'un éclatement des murs des grands asiles en autant de dispositifs et de politiques sectorielles que nécessaire, jusqu'à (à l'ère notamment de l'informatique) des formes de gestion plus globales qui effacent le sujet lui-même, économisent au maximum le face à face entre le spécialiste et son patient et définissent, à distance, par le truchement de commissions, de groupes de réflexion peuplés de représentants et d'experts de toute sorte, les profils des populations à saisir et les voies qu'elles se doivent désormais d'emprunter. R. Castel, a bien montré dans son ouvrage intitulé « la gestion des risques »,[16] comment, partant d'une contestation de l'enfermement asilaire, une forme nouvelle de traitement, la manière douce, avait pu s'imposer jusqu'à devenir, au moment de la mise en place de la psychiatrie de secteur et du formidable essor de la psychanalyse, le modèle par excellence. Mais il nous montre aussi comment, au moment même de son apogée, cet idéal d'une prise en charge perçue comme dégagée des contraintes

---

[14] EWALD F., KESSLER D., Les noces du risque et de la politique. Le Débat, mars-avril 2000, n°109, pp. 55-72.
[15] CASTEL R., *op. cit.*, 1983.
[16] CASTEL R., La gestion des risques, de l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse, Paris : Les Editions de Minuit (coll. « Le sens commun »), 1981, 227 p.

institutionnelles, des hiérarchies, allait fournir les bases concrètes de politiques qui, par le truchement de techniques de plus en plus affinées, allaient trouver là, sans en avoir l'air car sous des dehors de moins en moins autoritaires, totalitaires, les moyens d'un contrôle accru des populations. A la fin des années soixante-dix, la gestion des risques entrait ainsi en scène, opérant, nous dit l'auteur, un basculement, une mutation. Mais, il le précise cependant dans son introduction : celle-ci n'a dans son analyse qu'une portée limitée « puisqu'elle repose sur la crédibilité d'une démonstration qui concerne seulement la restructuration du champ médico-psychologique »[17]. Somme toute, comme il le souligne encore, si de nouvelles règles du jeu sont ici perceptibles, les jeux ne sont pas complètement faits.

Une vingtaine d'années de recul, un élargissement du regard vers d'autres domaines du social, nous amène, partant de ses mêmes lignes de force, à élargir la portée de ce foisonnant travail et à en décaler quelque peu, dans le cadre d'une mutation plus générale, le point de basculement. Au moment même en fait de la parution de cet ouvrage en 1981, d'autres discours, d'autres tendances se faisaient entendre suggérant que, face aux phénomènes massifs « d'exclusion », sources de malheurs (chômage, pauvreté, perte des liens sociaux, familiaux, etc) tout autant que de dangers (délinquance, insécurité, etc), soudainement mis sous les feux de la scène sociale, médiatique et politique, il convenait d'innover. La notion d'exclusion a ainsi progressivement envahi les différentes sphères de notre société, bousculant un modèle de traitement des populations dont l'Etat Providence, le plein emploi avaient constitué la matrice. Solidarité, citoyenneté sont alors devenus les maîtres mots d'une politique en quête de sens, favorisant, sur les bases notamment d'une décentralisation entamée, des pratiques nouvelles (notamment de mise en réseau, de coordinations inter-institutionnelles et professionnelles, de « médiation ») autour du rétablissement du lien social, destinées à prévenir un ensemble de risques plus ou moins identifiés (notamment dans des champs tels que la santé, l'éducation, la justice, l'emploi), et à combler les failles entre les différents systèmes de prise en charge. Emblématiques de ces recompositions à la fois locales et transversales, les politiques de la ville et les mesures d'insertion en direction des jeunes, figures non moins symboliques d'une société de plus en plus inquiète de son sort et de son avenir, vont constituer le point d'élargissement de ces nouvelles technologies d'interventions qui ne visent plus tant à prendre en charge, à « traiter » les problèmes qu'à surseoir au coup par coup, par la mise en place de divers types dispositifs (à commencer notamment par les « missions locales pour l'emploi » puis les « Zones

[17] *Ibid.*, p. 16.

d'Education prioritaires ») aux risques conjugués de rupture sociale. L'instauration en 1988 du Revenu Minimum d'Insertion continuera de marquer ce glissement vers un mode de gestion collectif des problèmes sociaux en y pointant toutefois de façon assez nette, à travers la notion de contrat, une dimension individuelle. Comme le souligne C. Bec « l'allocation ne prend tout son sens que si elle s'accompagne d'une double obligation, celle pesant sur la collectivité de fournir des moyens d'insertion et celle du bénéficiaire de s'engager à s'insérer »[18]. Glorifié quelques années plus tôt[19], « l'usager » entamait ici et à mesure de l'installation progressive de la crise économique, une nouvelle carrière, non plus fondée sur une dépendance vis-à-vis des institutions de droit commun mais sur sa capacité propre à prendre en main son propre destin. C'est donc en marge des institutions classiques et des modèles traditionnels de prise en charge que cette « sphère de l'insertion »[20] se développe, ouvrant du même coup la voie à de nouveaux opérateurs de terrain, professionnels et associatifs en tous genres qui n'avaient jusque là pas fait de ces questions un enjeu particulier et qui se chargent localement de remobiliser, de soutenir, de maintenir « tête hors de l'eau » ces individus, jeunes et moins jeunes, inadaptés aux fluctuations d'un marché roi. On passe ainsi sensiblement de politiques centralisées, édictées de fond en comble par le haut à des formes d'actions publiques menées par voie de rapports officiels, de missions interministérielles et à coup de circulaires. L'Etat n'est plus, finalement, dans cette gestion globalisée qu'un partenaire parmi d'autres.

Notre intention n'est pas ici d'analyser en profondeur tous ces mouvements et les multiples expériences auxquelles ils ont donné lieu. Nous souhaitons simplement montrer, en réponse à la question posée plus haut, qu'au moment de l'apparition du sida, puis de sa jonction avec le domaine de la toxicomanie, le processus qui nous intéresse ici était bel et bien en phase ascendante et avait déjà entamé, quoique de façon encore hésitante, non ouvertement déclarée, son accélération. La plupart des ingrédients de base, les lignes fortes d'un nouvel ordre social étaient bien là qui, à la faveur d'un libéralisme débridé, voie inéluctable du progrès de part et d'autre de la planète, menaçaient déjà de jeter aux orties un modèle patiemment construit de société et de prise en charge des populations. La survenue d'un risque ultime, d'un danger de mort - qui plus est centré sur des individus jeunes, qui plus est capable par le biais de certains d'entre eux de se propager - allait, dans un tel contexte, servir

---

[18] BEC C., *op. cit.*, 1998, p. 151.
[19] Cf précisément SAPIN M., La place et le rôle des usagers dans les services publics, Paris : La Documentation Française, 1983, 146 p.
[20] BEC C., *op. cit.*, 1998, p. 155.

de point de basculement à cette gestion des risques et forcer, en toute légitimité, le passage vers un nouvel ordre déclaré des choses. En somme ce qui s'est passé là, en ce domaine, peut-être vu comme l'aboutissement d'un processus et le point de départ de sa généralisation dans des espaces qui s'en étaient auparavant partiellement saisis, inspirés. Dès lors que d'autres problèmes, d'autres menaces se feraient entendre, ils trouveraient très vite sur ces bases les moyens de leur résolution, dans cette boite agrémentée de nouveaux outils tant conceptuels que pratiques, que la jonction sida-toxicomanie aurait déjà largement mis à l'épreuve.

Quatorze années tout juste après la publication de son livre « la gestion des risques », R. Castel présentait son ouvrage sur « les métamorphoses de la question sociale »[21], vaste tableau socio-historique des transformations du salariat dans lequel il s'attache à saisir le sort et le traitement réservé aux invalides sociaux, depuis l'époque des indigents, en passant par celle des vagabonds, des misérables jusqu'aux exclus. Si l'on y retrouve, précisément d'ailleurs dans ce dernier cycle centré sur les politiques d'insertion, certains des éléments princeps du modèle qui nous intéresse ici, le parti pris de l'auteur pour un nouvel angle de vue, pour un nouveau champ d'observation ne le porte guère à opérer une mise en lien avec son précédent domaine d'investissement. On peut en saisir quelques-unes des raisons objectives, à la faveur notamment de cette précédente analyse sur l'évolution du champ médico-psychologique qu'il concluait sur un constat : celui de la fin d'un modèle d'intervention, la fin d'un cycle et sur un questionnement : « il est (...) aventureux, écrivait-il, de décider si ces transformations vont dans le sens d'une dispersion maximale, de telle sorte qu'il y aurait seulement une juxtaposition de tentatives de solutions éclatées à des problèmes hétérogènes, ou si l'on assiste à la mise en place d'un nouveau dispositif d'ensemble dont la cohérence relative serait comparable à celle du système qui vient de s'effacer, et qui serait assez prégnant pour commander l'avenir »[22]. Sans doute était-il en effet pour l'heure présomptueux de prévoir la tournure de ces événements. Mais n'était-ce pas finalement parce que le changement n'avait pas encore eu lieu ? Parce que des résistances, nombreuses persistaient ? N'était-ce pas parce que le modèle de la gestion des risques n'avait pas encore trouvé la brèche dans laquelle s'engouffrer pour de bon ? Le bénéfice du temps nous amène, nous l'avons dit, à décaler le point de bascule de cette mutation. Les éléments dès lors s'agencent comme par enchantement et nous font voir un fil tendu entre ces deux ouvrages du même auteur, qui, des transformations du champ médico-psychologique à celles plus récentes du travail salarié signale bien une même évolution, une même ligne de force. On peut y suivre

---

[21] CASTEL R., *op. cit.*, 1995.

de fait (tel sera le propos de notre première partie) la trajectoire de certains professionnels (notamment psychiatres devenus « toxicothérapeutes »), amenés au départ à s'insérer dans un type de modèle dominant, une forme spécifique d'institution, qui vont être progressivement mais imperceptiblement (et pas forcément d'ailleurs consciemment) amenés à bouger, à s'en décaler pour s'ajuster à une réalité de plus en plus mouvante, jusqu'à cette limite extrême (début de notre deuxième partie) où leur monde, résolument se renverse et passe dans une autre temporalité, une autre gestion de l'espace et des catégories qui le composent. On démontrera alors que loin d'être un phénomène isolé, circonscrit à un champ particulier, ce changement est au demeurant celui par lequel la mutation parviendra, non sans débats et conflits, à s'affirmer, forte indéniablement de la place prise par de nouveaux prétendants, professionnels de toute sorte (dont de nombreux médecins) qui se chargeront de mettre en œuvre les moyens d'une autre forme de prise en charge adaptée au nouveau contexte social et épidémiologique. Restera à montrer (tel sera le but de notre troisième et dernière partie) comment tout ceci s'ajuste aujourd'hui ; comment des domaines de pratiques différents : l'éducation, la santé, la justice, etc, qui ont chacun leur histoire et leur type de causalité (les cas de déviance pour le judiciaire, le pathologique pour le médical, etc), parviennent à s'unir sur une même ligne, en un nouveau modèle, une nouvelle mise en ordre du monde social. De tels réagencements ne sont pas non plus sans effets, particulièrement sur certains professionnels parmi les moins légitimés (travailleurs sociaux notamment) et sur les populations qu'ils s'efforcent de saisir, de capter. Un examen sera nécessaire pour montrer l'ampleur du processus engagé, tout comme les voies prises par les tenants du modèle antérieur afin de continuer à tenir un rôle dans ce nouveau jeu social. « Un système est dit dépassé lorsqu'il n'a plus guère de défenseur » écrivait encore, ailleurs, R. Castel ; « mais c'est souvent que ses anciens opérateurs se sont simplement déplacés, et se sont mis à faire autre chose qui, toutes choses égales d'ailleurs, pourrait n'être pas si différent »[23].

Un dernier point concernant cette histoire que nous allons retracer. Il est indéniable que nous lui conférons un sens. Puisse le lecteur ne pas y voir cependant un quelconque dogmatisme, une propension téléologique. Notre propos n'est pas de dire « la » vérité sur ces événements, sur ce processus, encore moins de leur attribuer une fois pour toutes un début et une fin. Malavisé d'ailleurs celui qui s'engagerait dans une telle voie car il serait indiscutablement porté à voir en ses objets (« la toxicomanie », « la délinquance », etc) des objets naturels dont il s'efforcerait tant bien que mal de saisir l'unité. « Une unité qui n'est

---

[22] CASTEL, *op. cit.*, 1981, p. 200.

pas », écrit P Veyne, car « seule l'illusion d'objet naturel crée la vague impression d'une unité »[24]. « La toxicomanie », « la délinquance », objets mous, flous, ne signifient pas grand chose en soi. Les constituer en objets sociologiques impliquait comme l'ont écrit P. Pinell et M. Zafiropoulos de « décrire les conditions dans lesquelles sont produits les discours, nombreux et d'origines diverses en ce(s) domaine, c'est-à-dire analyser les processus à travers lesquels sont construits les « faits » que ces discours prennent en compte et contribuent à accréditer »[25]. L'histoire que nous proposons est le produit de multiples regards liés à une trajectoire personnelle qui a permis le rassemblement de données sur le présent et sur le passé : trajectoires d'agents, discours officiels et officieux, analyses institutionnelles, observation de pratiques, écrits d'autres chercheurs rattachés, de près ou de loin, à nos domaines d'intérêt.

Ces multiples contacts avec le terrain, la variété des méthodologies employées, la durée de notre immersion ont permis de dégager quelques lignes de forces « précieuses pour combattre le provincialisme historique, qui pose le présent comme une sorte de création spontanée (...), pour essayer d'aller par-derrière les événements et de leur donner un ordre qui ait un sens »[26]. Celui-ci n'a donc pas valeur de prédiction, il n'émane que de la description et la mise en relation d'éléments singuliers rapportés aux multiples mouvements (grands et petits) d'un monde que nous nous sommes efforcés d'appréhender.

---

[23] CASTEL R., *op. cit.*, 1976, p. 12.
[24] VEYNE P., Foucault révolutionne l'histoire, In Comment on écrit l'histoire, Paris : Editions du Seuil (coll. « Points Histoire »), 1979, p. 218.
[25] PINELL P., ZAFIROPOULOS M., Drogues, déclassements et stratégies de disqualification. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 1982, n° 42, p. 61.
[26] MILLS C. W., L'imagination sociologique, Paris : Ed Maspero (coll. « Textes à l'appui »), 1967, pp. 160-161.

2 - L'itinéraire imprévu d'un objet de recherche

S'agissant de mettre en relief et d'analyser l'ordonnancement institutionnel d'un modèle de prise en charge et l'analyse de sa mutation progressive, on concevra d'emblée que ce travail se devait de prendre appui sur l'histoire, partant de diverses traces du passé, en premier lieu sous forme de documentations dites indirectes : articles de presse, textes de loi, circulaires ; rapports officiels ; articles et ouvrages produits par ceux-là mêmes dont il est question ici (certains secteurs notamment celui de la toxicomanie ayant été particulièrement prolixes en la matière), leurs récits autobiographiques dans certains cas, les archives institutionnelles et bien sûr les analyses que d'autres chercheurs, majoritairement sociologues mais aussi historiens ont avant nous entrepris dans les domaines qui nous intéressent. S'il s'avérait nécessaire, partant de la problématique qui est la notre, de repérer (en suivant notamment les voies frayées par d'autres savants éclaireurs) dans cette histoire et ces discours officiels les marques et les formes d'une institution (celle d'un modèle) et dans le même temps (en suivant toujours ces lignes suscitées par d'autres), les éléments annonciateurs d'un désordre dont les effets les plus forts (de notre point de vue) se sont fait sentir il y a une quinzaine d'années, cette analyse socio-historique ne pouvait non plus se concevoir sans un attachement particulier à quelques « petites histoires », celles précisément d'agents singuliers pris, de gré ou de force, dans ce vaste mouvement d'ensemble. Leur récit, leur parole, leur témoignage importaient ici, dans le but certes d'apporter quelque relief, une épaisseur, une dimension « humaine » à cette recherche, mais aussi parce que sans eux, l'histoire, même si son cours (tel que nous le retraçons) n'en aurait peut-être pas pour autant été forcément transformé, n'en aurait sans doute pas non plus tout à fait la même sonorité, la même coloration, la même saveur. Ainsi ce travail fait-il aussi la part belle aux techniques directes d'investigations : observations de terrain au sein de diverses institutions et dispositifs, et entretiens qualitatifs avec un certain nombre d'agents dont nous avons recueilli la trajectoire : leur propre version du passé, leur cheminement, tout comme leur positionnement présent.

Cette grille socio-historique qui nous a amené à chercher dans l'histoire certaines des attaches et des principes explicatifs des processus que nous avons choisi de traiter ici, n'a pas qu'une valeur heuristique. Elle a aussi joué comme fondement, comme point d'ancrage qui nous a permis de ne pas nous égarer nous-mêmes dans les mouvements que nous nous efforcions d'analyser. Les périodes troubles, de crise voire de conflit, moments ou les représentations du monde se renversent, sont particulièrement riches de sens pour le

sociologue dans la mesure où elles laissent entrevoir des mécanismes d'objectivation, des modes de construction de la réalité sociale qui d'ordinaire demeurent masqués. Mais une telle voie n'est pas non plus sans difficultés. La compréhension d'un monde en constante ébullition, soudainement mobile et malléable, aux frontières estompées, aux objets éclatés ne va pas de soi et le chercheur lui-même, qui plus est inexpérimenté, cherchant dans cet écheveau brouillé, le fil sur lequel tirer, peut bien finir, s'il n'y prend pas garde, par s'y égarer. Certains objets de surcroît, émotionnellement chargés, placés dans le même moment au devant de la scène médiatique, sociale et politique, présentent une force d'attraction telle qu'il peut être difficile de garder la tête et « la plume froide » selon l'expression de M. Pollack. Enfin, l'empathie, fonctionnant également souvent ici à plein régime, il n'est pas assuré que le chercheur ne se laisse pas lui-même prendre dans les mouvements qu'il s'efforce d'analyser, qu'il ne se laisse pas gagner par la « passion » de ses informateurs, au point de croire lui-même qu'il participe là à des instants tout à fait extraordinaires, au point aussi de se laisser prendre au jeu de l'inédit, de la « nouveauté » particulièrement prolifique durant les périodes qui suivent ces moments de désenchantement. Sans doute faut-il y croire un peu cependant, suffisamment en tous cas pour saisir de l'intérieur ce qui anime ceux précisément dont la trajectoire nous intéresse ici.

Mais il faut bien aussi, à un moment donné, s'extraire du jeu et se donner les moyens de la distance, de l'objectivation. L'histoire tient ici, nous l'avons dit, une place importante. Mais l'approche d'un nouvel objet non investi au départ n'est pas non plus sans intérêt. S'il n'est pas sans bousculer la trame formée jusqu'ici, il permet, partant des quelques similitudes qu'il présente avec le premier, suivant les mêmes lignes de forces que l'on y perçoit, de prendre du recul et d'éclairer sous un autre jour le domaine investi de longue date.

Ce que nous voulons dire par-là c'est que par sa forme, sa structure même, cette analyse, telle qu'elle se présente ici, n'est que peu conforme à celle que nous avions envisagée au début de nos années de thèse. L'objet de départ y est certes bien présent mais il n'y occupe plus la place (toute la place) que nous pensions lui consacrer. Alors même que nous venons d'écrire ces quelques lignes, une évidence nous vient à l'esprit : placé il y a encore quelques années sous les feux de la scène médiatique, sociale et politique, cet objet n'y occupe plus guère non plus aujourd'hui, s'il en est, qu'une place minime. Un autre l'a supplanté, cristallisant des discours à peu près similaires, si ce n'est des pratiques, et que nous avons choisi, plus récemment d'intégrer à ce travail. L'opération (cette jonction de ces deux objets) n'est bien sûr pas due au hasard. Cela dit, notre intérêt pour notre premier objet (la

« toxicomanie ») ne l'est pas non plus et relève en quelque sorte, du même processus ; celui précisément par lequel, partant d'une option première résolument ancrée dans la réalité du moment, se découvrent progressivement d'autres voies de recherche, qui laissent apparaître, au bout du compte, des objets emboîtés les uns dans les autres, que l'on aurait été sans doute bien incapable de disposer tels quels dès le départ. Aussi, si l'histoire, la « grande » a ici sa place nous pensons que l'histoire, la petite histoire, celle plus exactement du cheminement qui nous a finalement amené à construire cette recherche et à faire qu'elle soit telle aujourd'hui, présente ici quelques intérêts.

Le choix de notre premier objet de recherche remonte à une période antérieure à ces années de thèse, où placés devant la nécessité de poser un sujet de mémoire de maîtrise nous avions opté (dans la continuité d'ailleurs d'un autre mémoire, collectif cette fois, réalisée en licence), pour le thème du sida. Celui-ci était alors, une dizaine d'années après son apparition sur la scène sociale, au cœur de nombreux discours et son onde de choc était loin d'avoir dévoilé ses nombreux effets. Relativement tôt investie dans ce « fait social total, révélateur du fonctionnement social et producteur de transformations »[27], la sociologie en détaillait alors les nombreux impacts que ce soit en terme de vécu (par les personnes atteintes), de mobilisation (associative notamment), de prévention, non sans souligner bien souvent alors, les lenteurs d'une action politique et les limites de pratiques professionnelles (médicales surtout) peu préparées à l'irruption d'un « phénomène » social d'une telle envergure.

Portés par une telle ébullition, tout comme par la rencontre à l'époque, de quelques sociologues défricheurs d'un tel domaine, nous avions opté pour la construction d'une problématique résolument ancrée dans la « réalité » du moment. Nous nous en expliquions d'ailleurs dans la partie méthodologique de cette recherche : « je désirais travailler sur le thème du sida en ayant à l'esprit l'idée de ne pas faire une étude isolée, qui ne tienne pas compte des réalités « pratiques » du problème, ni des préoccupations actuelles des acteurs sociaux concernés »[28]. Partant d'un tel point de vue, nous avions entrepris de rencontrer quelques médecins hospitaliers, lesquels nous avait-on par ailleurs informés, s'avéraient être en demande d'analyses extérieures pour éclairer certaines de leurs difficultés. Très vite, et de

---

[27] THIAUDIERE C., Autrement : L'homme contaminé, la tourmente du sida, Paris : Ed Autrement (coll. « Mutations »), mai 1992, n°130, p. 9.

[28] GOURMELON N., Stigmates et représentation de soi, essai d'analyse sur la compliance au traitement des personnes infectées par le VIH (comparaison entre deux populations : personnes infectées part voie non toxicomaniaque et personnes infectées par voie toxicomaniaque). Mémoire de maîtrise de sociologie, sous la Direction de M. Calvez, Université de Rennes 2, 1993-1994, p 19.

leur propre fait, nos discussions s'étaient orientées sur la question de la prise en charge et du suivi thérapeutique des personnes séropositives et toxicomanes. Celles-ci nous expliquaient-ils faisaient preuve, contrairement aux autres de leurs patients, d'une très grande irrégularité en terme de suivi des traitements qui leurs étaient proposé ainsi qu'en terme de rendez-vous. Considérée de fait, comme un facteur déterminant dans les difficultés et la mauvaise qualité du suivi médical, la toxicomanie induisait en retour de la part de ces médecins certaines réticences de prise en charge et notamment d'inclusion dans des protocoles thérapeutiques voire des traitements antiviraux ou préventifs longs.

Tel fut le point de départ de ce travail de maîtrise dans lequel nous avons été amenés, partant de la confrontation de ce constat médical aux discours et aux trajectoires des individus ainsi désignés[29], à nous intéresser, dans une perspective principalement interactionniste, aux effets produits par l'importation de catégorisations spécifiques antérieurement construites, dans un contexte nouveau demandeur d'autres manières de voir, d'autres manières de faire.

Tel fut aussi le point de départ de notre intérêt pour la « toxicomanie », objet limite qui ne semblait pouvoir se satisfaire, dès lors, des frontières que lui avaient posées quelques savants précurseurs. Les débats sur la question étaient à cette époque à leur apogée. Ayant tâté le terrain de ce domaine en voie de mouvance, désireux d'en savoir plus, nous y posons cette fois les deux pieds et consacrons notre année de DEA[30] à une analyse socio-historique du « phénomène », partant de travaux sur l'histoire des drogues, ces « poisons de l'esprit », et de recherches sociologiques consacrées à la mise en relief des mécanismes sociaux qui, il y a une trentaine d'années, ont permis de faire apparaître la « toxicomanie » comme un véritable « fléau social » et de désigner dans le même temps, à partir d'une loi toujours en vigueur aujourd'hui, les consommateurs de drogues illicites comme non seulement coupables mais aussi et surtout « malades ». Reprenant certains articles et ouvrages rédigés par les protagonistes d'un nouveau domaine de pratiques (celui en l'occurrence de la toxicomanie) depuis ces années jusqu'aux milieu des années quatre-vingt-dix, nous avions alors entrepris de retracer l'histoire de ce champ, depuis les premières institutions spécialisées, l'émergence d'une clinique progressivement portée par la psychanalyse, la constitution d'une chaîne thérapeutique, jusqu'à l'apparition du sida et des premiers enjeux publiquement posés par la jonction difficile, sur un plan théorique et pratique, de ces deux objets, ce toxicomane

---

[29] C'est d'ailleurs dans ce cadre que nous avons été amené à nous intéresser au Patriarche

[30] GOURMELON N., Toxicomanie-Sida, enjeux de professionnels autour de la redéfinition d'une désignation historiquement datée, provoquée par l'apparition d'un nouvel agent infectieux : le VIH, Mémoire de DEA, sous la direction de P. Pinell, Université de Paris-Sud-EHESS, 1994-1995, 118 p.

séropositif que les uns (toxicothérapeutes) et les autres (infectiologues) se renvoyaient mutuellement.

La « politique de réduction des risques » (mise à disposition notamment de seringues stériles, développement des programmes de substitution) était lancée et les débats étaient à leur comble entre les uns, meurtris par les bouleversements induits par l'irruption d'une maladie peu commune dans leurs centres démédicalisés et les autres, non impliqués au départ dans des pratiques destinées à la prise en charge des toxicomanes (médecins hospitaliers notamment ou humanitaires), résolus à diversifier les modes de prise en charge de cette population et à peser de tout leur poids sur les politiques en la matière. Retraçant le parcours, analysant le discours de l'un d'entre eux, médecin somaticien alors à la tête d'une toute nouvelle structure de soins basée sur l'offre de produits de substitution (à commencer à l'époque par la méthadone), nous avions terminé cette recherche par une série de questionnements, premiers jalons de notre thèse, affirmant par-là même qu'il s'avérait bien difficile de conclure sur un tel sujet alors que dans le réel il se situait encore au cœur des débats. Prenant notamment appui sur les travaux de H. S. Becker nous nous interrogions sur le sens d'une telle « croisade » à forte coloration humanitaire. Eu égard au processus d'institution de la « toxicomanie » comme nouvelle catégorie de prise en charge, qui avait promu au rang de spécialistes incontestés des professionnels (notamment psychiatres) jusqu'alors peu investis dans un tel domaine, ne pouvait-on voir en ces nouvelles implications les prémices d'une autre construction de la « toxicomanie » qui avait d'autant plus de chance de s'imposer qu'elle apparaissait douce, larvée et présentée comme la seule possible en ces temps de danger ? Cette perspective nous semblait adaptée pour saisir le positionnement alors relativement ambigu de ces professionnels lesquels, faisant preuve d'une forte modestie quant à leurs connaissances, quant à leurs capacités, se posaient dans le même temps comme les seuls capables d'agir et se regroupaient dans des collectifs pour mieux faire entendre leur voix et inscrire le bien-fondé de leurs pratiques. En se posant comme un moyen de « limiter les dégâts » (pour ne pas dire « limiter la casse », nom d'un collectif en question), la « politique de réduction des risques » issue des croisements entre la toxicomanie et le sida ne représentait-elle pas, sous des dehors humanistes, altruistes un moyen pour ces agents - notamment ceux auparavant investis dans d'autres terrains plus « exotiques »- d'étendre leur domaine de compétence ? Au bout du compte ne pouvait-on voir sous « l'humanitarisation » récente des toxicomanes, légitimée par le politique, les prémices d'un nouvel ordre social, sous la bannière du sanitaire ou de la santé publique ?

Partant de cette série d'interrogations, nous avons dans un premier temps orienté le terrain de la présente recherche vers quelques-uns de ces agents (et groupes d'agents - l'organisation Médecins du Monde notamment), nous efforçant de saisir leur trajectoire, les fondements de leurs pratiques et la logique qui les sous-tend.

Un second terrain, inespéré, s'est ensuite offert à nous dans le cadre d'un contrat de recherche avec la Direction Générale de la Santé. Autant le dire, nous en étions nous-mêmes partiellement à l'origine. Soucieux en effet de persévérer dans les meilleures conditions possibles (financièrement parlant notamment) dans la voie que nous avions choisie, bien conscients aussi d'être en prise avec un objet de circonstance, sur lequel l'Administration elle-même s'avérait être (on nous l'avait fait savoir) en phase d'élaboration et éventuellement de demande, nous avions (non sans une certaine appréhension car nous n'étions guère coutumiers de telles démarches) contacté l'un de ses agents qui nous avait été recommandé, afin de lui exposer nos travaux et lui faire part de notre disposition à intégrer de nouveaux projets éventuels. Si de nombreux débats avaient encore cours, alors, entre les tenants de la prise en charge classique, « toxicothérapique » du problème des drogues et les partisans de la « politique de réduction des risques », une tendance s'amorçait vers un certain nivellement des pratiques. En témoignaient notamment les nouveaux dispositifs « bas seuil », structures d'accueil pour usagers de drogues marginalisés, financées par la DGS, mises en place depuis quelques années aussi bien par les uns (issus d'institutions spécialisées) que par les autres. En passe d'étendre ces dispositifs qu'un comité de pilotage était chargé de suivre, l'Administration souhaitait également, et tel fut le centre de la discussion que nous avions alors eu avec cet agent, qu'il en soit fait un état des lieux. Fortement intéressés par la question (nous avions certes entendu parler de tels dispositifs sans pour autant les avoir côtoyés de près), nous nous sommes attelés à l'élaboration d'un projet, lequel, finalement accepté par la DGS nous permis d'accéder, pour plusieurs mois, à un nouveau terrain d'observation qui plus est majoritairement situé au-dehors du microcosme parisien que nous avions jusque-là investi depuis notre DEA. Huit sites avaient effectivement été choisis (compte tenu notamment de leur ancienneté bien que le plus âgé d'entre eux n'avait guère que quatre années d'existence) en concertation avec nos interlocuteurs de la DGS : Strasbourg, Lille, Marseille, Nîmes, Etampes et trois dispositifs parisiens. Nous sommes restés dans chacun de ces dispositifs environ une semaine, le temps de pouvoir mener à bien nos entretiens (auprès des professionnels mais aussi des personnes accueillies) ainsi que nos observations.

Derniers dispositifs en date dans le cadre de la « politique de réduction des risques »

ces « bas seuil », par leur caractère expérimental, nouveau, nous projetaient dans une aire indéterminée, peu balisée, inscrite dans les brèches des institutions traditionnelles, qu'investissaient progressivement des agents issus de divers horizons (anciens intervenants en toxicomanie, médecins, infirmiers, éducateurs spécialisés, etc). Ainsi ces dispositifs constituaient-ils pour nous des observatoires privilégiés en terme de changement professionnel et institutionnel, en terme d'ajustements, tout comme en terme de pratique (accueil du « tout-venant », travail de rue, négociation avec l'environnement, avec les institutions et structures de prise en charge - hôpitaux, CSST[31], centres de substitution - etc). Mais l'histoire, à commencer par celle du champ de la toxicomanie, les traversait aussi de toute part. Non exempt d'une certaine « nostalgie » le discours de certains de leurs intervenants (ceux précisément issus de ce champ), premiers à s'être lancé dans ce type de projet, laissait entrevoir ce que l'élaboration d'une clinique avait, au fil des années et selon leurs dires, « dénaturé ». Découvrant avec effroi une frange de consommateurs de drogues demeurés à l'écart de tout système de prise en charge, ils adoptaient à leur tour les propos de ceux qui, s'étant attelé quelques années plus tôt à la promotion d'une nouvelle « politique » en la matière, avaient contribué à faire trembler leur modèle. Mais la réalité présente était loin, elle aussi de totalement les satisfaire et l'histoire, celle de leur champ d'origine n'en était pas, là encore, sans effets : historiquement dessaisis du soin de ces patients peu ordinaires, les services hospitaliers étaient encore peu disposés (comme nous l'avions nous-mêmes constaté lors de notre recherche de maîtrise) à les accueillir. D'un autre côté, porteuse de nombreux espoirs la « politique de réduction des risques » commençait, elle aussi, partant d'un tel angle de vue, à laisser voir quelques ratées : engagés dans une série de démarches destinées à pallier les multiples problèmes (sanitaires, sociaux) de ces individus, à les maintenir tant bien que mal « tête hors de l'eau », ces professionnels s'interrogeaient de plus en plus sur leur rôle réel et les moyens engagés politiquement pour faire face aux limites qu'ils tendaient, pratiquement, à dévoiler. Faire de « l'usager de drogues » et de tout autre individu en situation de désinsertion sociale, un « citoyen » à part entière supposait sans doute de régler d'autres problèmes fondamentaux tels que l'accès aux soins, le logement ou encore le travail. R. Castel l'avait lui-même souligné deux années plus tôt dans « la métamorphose de la question sociale » ; destinés à d'autres objets ses réflexions s'avéraient au demeurant tout à fait applicables à notre domaine : « il faut être singulièrement optimiste pour voir dans ces pratiques de maintenance les prémices d'une « nouvelle citoyenneté ». On ne fonde pas de la

[31] Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie.

citoyenneté sur de l'inutilité sociale »[32]. Les propos mêmes de quelques personnes accueillies dans ces dispositifs, qui avaient bien voulu, le temps d'un entretien, se confier à nous, tendaient à surligner ce constat auquel nous étions arrivés.

A l'intersection de différents univers sociaux en voie de recomposition, chargés d'en combler les brèches, les « bas seuil » en reflétaient ainsi les multiples tensions et peu de voies semblaient pouvoir s'ouvrir pour, un tant soit peu les en décharger. Somme toute, si le sida et la réduction des risques avaient sans nul doute contribué à ouvrir un débat sur la prise en charge des toxicomanes dans notre société, une autre perception du problème nous autorisait à penser qu'ils n'avaient contribué, à travers la mise en place de tels outils de gestion, au même titre d'ailleurs que les techniques de substitution, qu'à le refermer.

Une autre étude allait suivre celle-ci, partant d'un projet que nous avions proposé en 1998 dans le cadre du huitième appel d'offre Sidaction. A son origine, une rencontre : celle d'une psychiatre, ancienne intervenante en toxicomanie, croisée précédemment lors de notre terrain sur les « bas seuil », qui participait notamment au groupe de pilotage chargé de suivre, au niveau de la DGS, ce type de dispositifs (dont elle était d'ailleurs partiellement à l'origine). Investie depuis peu dans une nouvelle structure, engagée dans une série de démarches innovantes, elle et son équipe nous avaient fait part de leur souhait d'un regard extérieur porté sur leur pratique. Cette structure, une unité de coordination inter-institutionnelle dans les domaines conjoints de la périnatalité, du sida et de la toxicomanie nous semblait intéressante sur plusieurs points de vues. En premier lieu elle n'était pas, bien sûr, très éloignée de notre domaine de recherche. Rattachée à un centre de soin spécialisé pour femmes toxicomanes dirigé par un pédo-psychiatre également ancien du champ, son ascendance nous plaçait, si l'on peut dire, sur un terrain et dans une histoire connus. Lieu de recours pour des professionnels confrontés à des situations complexes ou perçues comme en décalage du point de vue de leurs compétences initiales, son objet même faisait de plus en partie écho aux constats établis durant la précédente étude. Son inscription enfin dans les failles repérées de différents systèmes de prise en charge et à l'intersection de domaines (celui de l'enfance et de la maternité notamment) que nous n'avions guère approchés jusque-là, nous offrait un nouveau terrain d'analyse des mouvements institutionnels et professionnels à l'œuvre dans le champ sida-toxicomanie et contribuait, concrètement, à en élargir la portée.

L'approche de départ fut double et réalisée en deux parties (étalées sur dix mois) : l'une en interne auprès de l'équipe elle-même ; l'autre en externe auprès des différents

---

[32] CASTEL R., *op. cit.*, 1995, p. 429.

professionnels potentiellement en lien avec cette unité, dont certains bien sûr qui y avait déjà eu recours. Nous nous sommes ainsi intéressés dans un premier temps à la genèse et aux modalités de construction de cette unité, partant notamment d'entretiens réalisés auprès de ses initiateurs (un pédopsychiatre et une psychiatre), destinés à retracer leur trajectoire et à saisir les circonstances qui les avaient menées jusqu'ici. Une seconde série d'entretiens (dont un collectif) a par la suite été menée auprès des autres membres de l'équipe (une assistante sociale et une éducatrice).

L'histoire de la structure était tout à fait intéressante et nous avait conduit d'ailleurs à remonter jusqu'à la création de sa « structure mère », centre de soins spécialisé pour femmes toxicomanes qui nous donnait matière, en raison de son décalage par rapport au modèle dominant de la clinique (lequel n'était guère porté à une différenciation sexuelle des patients) à approfondir l'histoire du champ de la toxicomanie lui-même. Une nouvelle brèche s'ouvrait à nous que nous avons investie et qui allait modifier quelque peu la perception générale que nous avions jusque là de ce champ. A l'évidence, derrière son apparence relativement homogène et consensuelle se profilaient, depuis longtemps déjà, des éléments subversifs que les bouleversements récents (l'épidémie de sida, la nécessaire prise en compte de la santé de ces populations) avaient sans nul doute contribué à mettre à jour.

L'étude de la mise en place de l'Unité de coordination nous projetait quant à elle dans une histoire plus récente. Si les reconfigurations à l'œuvre depuis l'apparition du sida (instauration de réseaux de partenariat, nouveaux dispositifs d'accueils, programmes de substitution, etc), avaient contribué à élargir l'éventail des possibilités de prise en charge de ces populations, elles s'avéraient, du point de vue du pédopsychiatre à l'origine de cette structure, mal coordonnées et insuffisantes, particulièrement dans le cadre des problématiques multidimensionnelles des femmes dont il avait la charge.

La seconde partie de cette étude, partant notamment d'une série d'entretiens réalisés auprès de différents professionnels extérieurs (certains avaient déjà contacté l'UDC pour des renseignements ou des problèmes particuliers, d'autres ont été sollicités en raison de leur inscription dans l'un et/ou l'autre des domaines en question : professionnels de la maternité, de l'enfance, de la toxicomanie, etc), allait nous amener à rendre compte d'un tel état de fait. Si les réseaux hospitaliers et autres formes partenariales de prise en charge avaient pu favoriser un certain décloisonnement des pratiques, leur élaboration sur la base d'accords à minima (on travaille par exemple autour de cas spécifiques avec ceux que l'on connaît et dont on se sent proche sur un plan pratique et/ou théorique) tendait à en limiter la portée. De façon

assez sensible une ligne de démarcation se dessinait ici entre ceux évoluant dans le champ sida-toxicomanie, plus portés à s'inscrire dans de telles reconfigurations par leur implication (bon gré ou mal gré) dans la « politique de réduction des risques » et ceux évoluant dans des secteurs demeurés un tant soit peu en marge de tels mouvements comme celui de l'enfance ou du social. Conjuguée à celle-ci, une autre division se profilait laissant apparaître, dans l'un et l'autre de ces deux espaces, des positionnements différents en étroite liaison avec le statut professionnel de ces agents. Alors que les uns, médecins pour la plupart (dont de nombreux psychiatres) semblaient relativement assurés (du fait de leurs connaissances, de leur savoir-faire, de leur place institutionnelle) de pouvoir faire face, seuls ou en partenariat, aux situations problématiques qui se posaient à eux, d'autres, travailleurs sociaux en majorité, vivaient assez mal ces prises en charge complexes qui les plaçaient souvent, de leur point de vue, en situation d'échec, et de dévalorisation surtout de leurs compétences.

L'Unité de coordination avait de fait, un rôle à jouer dans la mise en lien de ces différents professionnels et dans le soutien de ceux qui s'avéraient être de plus en plus confrontés à ces problématiques complexes perçues comme aux limites de leurs compétences initiales. Outre les entretiens effectués, notre présence aux réunions organisées autour de « cas » spécifiques qui rassemblaient ainsi divers professionnels rattachés à une même prise en charge, nous a aussi permis de cerner « en direct » la nature des problèmes posés par les uns et les autres dans cette rencontre sida-toxicomanie et périnatalité.

Objet analyseur des modes de fonctionnements et d'adaptations professionnels et institutionnels dans une période marquée par l'apparition de problématiques nouvelles, cette Unité de coordination se présentait elle-même, nous l'avons vu en partie, comme objet d'analyse. Outre son histoire, il nous importait aussi, profitant de ces dix mois passés à ses côtés, de suivre son évolution et de saisir notamment les fondements de sa capacité à agir en ce domaine et surtout à être reconnue, légitimée comme telle à l'extérieur, soit en tant que dispositif expert. Là encore, outre les entretiens, notre présence aux réunions hebdomadaires de l'équipe (réunions internes) fut d'un grand intérêt. Lieux de questionnement, de construction et d'élaboration d'outils communs destinés notamment à traduire les demandes qui lui étaient faites et à y trouver des modalités de réponses, ces réunions montraient aussi que loin d'aller de soi, cette équipe requérait elle-même, en interne, un travail de coordination. S'y reflétait en réalité à peu près le même schéma que nous avions constaté « au dehors », du côté de ses partenaires : à la position indiscutablement dominante ici de la psychiatre faisaient en effet écho les interrogations de l'assistante sociale et de l'éducatrice,

mal assurées de la leur et surtout de leur légitimité à agir en un tel domaine. Objets fréquents de discussion lors des réunions internes, très présentes également dans les entretiens effectués avec ces deux professionnelles, ces difficultés ont progressivement donné lieu à quelques ajustements et à une nouvelle distribution des rôles au sein de l'équipe que nous nous sommes efforcé de suivre au plus près.

Tel constitue, en résumé, le cheminement suivi dans le cadre de cette étude. Comme tant d'autres, elle avait suscité en nous de nouvelles interrogations. Revenus plus spécifiquement à notre recherche de thèse, il nous est apparu intéressant d'approfondir ce dernier aspect du fonctionnement de l'équipe, indéniablement portée, tout autant d'ailleurs en interne qu'en externe, par la figure de la psychiatre. Nous souhaitions en fait poursuivre l'analyse dans le sens des modalités d'acquisition d'une position d'expert. Si la question du savoir, savoir scientifique en l'occurrence, et du savoir-faire très marqué ici (en ce qui concerne cette psychiatre) par l'outil psychanalytique nous semblaient pouvoir tenir lieu d'indices tout à fait probants, il nous importait aussi de saisir, dans une perspective résolument dynamique, le processus d'un tel devenir. Dégageant à ce titre quelques pistes de l'entretien effectué précédemment avec cette professionnelle nous l'avons sollicitée à nouveau, pour une autre entrevue, destinée à approfondir certains points de sa trajectoire.

Un autre aspect de cette question nous intéressait qui renvoyait à la place prise par le savoir et l'approche psychanalytique dans ce contexte que nous étudiions. L'histoire du champ de la toxicomanie, particulièrement à ses débuts, en témoignait aussi, mais il nous était apparu que « politique de réduction des risques » aidant, cette part de la psychanalyse s'était par la suite considérablement réduite, au profit d'autres approches largement plus pragmatiques. Notre terrain dans le cadre de l'étude sur l'Unité de coordination était bien sûr à l'origine de cette prise de conscience de notre part ; étant donné cependant la demande qui nous avait été faite, nous n'avions que partiellement abordé cet aspect dans notre analyse. Plus tard, faisant un état des lieux sur les données dont nous disposions pour notre recherche de thèse, nous avions également estimé que l'élargissement d'un tel point n'était pas absolument nécessaire ici et qu'il était préférable de le garder comme objet de recherche ultérieur. Nos discussions fréquentes en effet avec les professionnels de l'Unité de coordination et particulièrement ses deux initiateurs dont le parcours traversait l'histoire que nous souhaitions analyser, nous avait fourni d'autres pistes de travail que nous nous étions empressés d'investir parallèlement à l'étude effectuée à leur demande. Outre l'élargissement de notre analyse vers d'autres professionnels, nous avions ainsi notamment ouvert d'autres

voies du côté de l'administration (Direction Générale de la Santé ; Direction de l'Action Sociale) afin d'y étudier l'impact des changements apportés par l'arrivée du sida (nouvelles orientations, organisation d'un premier groupe de travail et de pilotage sur la question toxicomanie-sida, etc). Tout ceci nous fournissait donc amplement matière à de nombreux développements et ne nécessitait pas d'ouvertures supplémentaires.

La suite de notre parcours en a toutefois décidé autrement. Alors que nous songions à l'élaboration d'un plan de rédaction d'une thèse consacrée aux modalités de changement du champ de la toxicomanie depuis l'apparition du sida, une nouvelle étude nous a été proposée dans le cadre d'un contrat de recherche collectif, financé par la DIV[33]. Partant d'un travail de préparation du colloque « Prévention et sécurité. Agir au quotidien dans les villes », tenu à Montpellier en mars 1999, il s'agissait, pour l'équipe dont nous faisions de fait partie, de faire le point sur certaines pratiques innovantes en matière de prévention de la délinquance et, nous concernant particulièrement, de travailler sur de tout nouveaux dispositifs dénommés classes-relais, destinés à accueillir pour une période donnée des jeunes mineurs en voie de déscolarisation. Le thème nous semblait intéressant, d'autant que, pour ce que nous en savions et hormis le fait que nous changions ici de domaine, la démarche, s'agissant notamment de prendre en charge des populations « exclues » de tout système existant, ne nous paraissait pas très éloignée de celle qui avait vu la mise à jour des dispositifs « bas-seuil » destinés aux consommateurs de drogues marginalisés ou en voie de l'être. Le thème de la délinquance des mineurs ne nous était pas non plus totalement étranger ; quelques années auparavant (au moment de notre licence), notre participation à une étude quantitative nous avait permis d'approcher cette question, bien que nous ne l'ayons guère réinvestie par la suite. Détail enfin qui avait son importance pour nous qui étions aussi préoccupés par la rédaction de notre thèse, ce contrat était prévu sur un temps très court soit deux mois environ, d'investigations.

Autant l'avouer aussi, ce projet représentait à nos yeux, quoique de façon encore relativement floue, un moyen d'approfondir cette question laissée en suspens de l'apport et de l'usage « nouveau » (nous le percevions alors comme tel) de la psychanalyse comme mode de soutien et de résolution des problématiques « nouvelles » elles aussi, posées aux professionnels et aux institutions. Entamée dans le cadre de notre étude sur l'Unité de coordination cette réflexion avait en réalité à voir, dès le départ, avec le domaine de la délinquance des mineurs. En effet, partant, nous l'avons vu de divers constats établis dans le cadre de son centre de soins, le fondateur de l'Unité de coordination s'était en fait également

[33] Délégation Interministérielle à la Ville.

inspiré d'un dispositif similaire mis en place depuis quelques années dans cet autre champ. Le principe, appliqué donc ici à l'adolescence difficile, était diamétralement le même ; lieu d'information sur les structures existantes en ce domaine, ce dispositif se présentait aussi comme un lieu de soutien et de coordination où une équipe composée de psychiatres-psychanalystes et d'éducateurs, recevait des professionnels en difficulté ou confrontés à des situations, des « cas » qui leurs posaient problème.

Fortement intéressés donc par cette question, soucieux aussi de commencer à baliser le terrain (dont nous ne connaissions que peu de choses) qui nous était offert dans le cadre d'une nouvelle étude, nous avons sollicité le directeur de ce dispositif pour un premier entretien en quelque sorte exploratoire. Il en ressortit un certain nombre d'éléments dont l'intérêt ne résidait pas tant au demeurant dans le caractère inédit des informations ainsi récoltées que dans leurs similitudes, leur proximité avec le domaine que nous avions précédemment étudié. Se dégageaient en effet ici des discours (en terme notamment de problématiques multiples, de gestion des risques), des pratiques (approches pragmatiques, mises en réseaux, coordinations inter-professionnelles et inter-institutionnelles, nouveaux dispositifs, etc), des évolutions (nécessités d'autres modes de prise en charge, etc) tout à fait analogues à ceux que nous avions mis en relief précédemment dans le contexte sida-toxicomanie. Aiguisé par ce constat, notre regard s'est par la suite tourné du côté de l'administration (la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse) en charge de ce domaine afin d'y trouver de nouveaux informateurs. Nous avons eu très vite l'opportunité de pouvoir participer, en tant qu'observateurs, à un groupe de pilotage chargé, au niveau de cette administration de conduire un certain nombre d'actions innovantes en matière de prise en charge des « mineurs auteurs d'agressions ». Menés par un pédo-psychiatre les débats qui avaient cours dans ce cadre, au demeurant très emprunts du discours psychanalytique, faisaient aussi singulièrement écho à ceux que nous avions analysés ailleurs. L'enjeu était à peu près le même que celui constaté à la suite de notre travail de maîtrise sur la prise en charge médicale des toxicomanes séropositifs : que faire de ces jeunes gens, mineurs, déclarés trop « fous » pour l'éducatif et pas assez pour la psychiatrie ? La question posée, étayée par divers témoignages (ceux d'éducateurs « dépassés » par les « cas » qu'ils rencontraient, ceux de psychiatres amenés à s'interroger sur ces « nouveaux » comportements, ceux aussi de sociologues « experts » en la matière qui faisaient part de leurs recherches sur la question), il s'agissait de mettre en place et de suivre de nouvelles modalités de prise en charge basées sur des formes également nouvelles de partenariat. Plusieurs entretiens ont par la suite été effectués auprès de certains professionnels

rencontrés dans ce contexte. Inscrits depuis fort longtemps dans ce champ de la délinquance, nous nous sommes attaché à retracer avec eux l'histoire (de leur point de vue) de cette évolution.

Partant dans le même temps d'un autre entretien réalisé avec deux responsables administratifs (l'un de la DPJJ l'autre de l'Education Nationale) qui avaient participé à l'élaboration de la première circulaire interministérielle sur les classes-relais, nous avons investi ce terrain spécifique, au cœur de la commande qui nous avait été faite. Etant donné le temps imparti pour notre étude, étant donné aussi le nombre relativement réduit (pour alors) de ces dispositifs sur le territoire (une liste nous avait été fournie par la DPJJ), nous nous sommes intéressés à deux d'entre-eux, l'un choisi en raison de son ancienneté (il s'agissait de la première classe-relais mise en place en France - en l'occurrence à Montpellier -, partant d'initiatives tout à fait locales), l'autre pour sa plus grande proximité avec la région parisienne. Les nombreux rapports de séminaires, de journées bilans sur la question (ce genre de dispositifs expérimentaux font toujours l'objet de comptes-rendus réguliers), nous ont par ailleurs permis de compléter les informations recueillies sur le terrain.

Nous l'avions pressenti depuis un moment : inscrits eux aussi dans les brèches des systèmes traditionnels de prise en charge, basés sur une approche résolument pragmatique destinée à surseoir, dans les délais les plus brefs, aux risques induits par « l'errance » de ces populations, les classes-relais présentaient la même configuration voire le même type d'évolution que les dispositifs « bas-seuil » que nous avions par ailleurs plus largement étudiés.

L'établissement d'un tel parallèle comme trame nouvelle de notre thèse était tentant mais la disproportion des informations amassées dans les deux domaines nous plaçaient face à deux objets résolument inégaux et l'heure n'était plus, pour nous, aux investigations de terrain. Nous n'étions pas prêts pourtant à laisser choir ce deuxième objet qui avait soudainement donné à notre intérêt de départ un aspect quelque peu étriqué. Dans le même temps l'approche de cet objet nouveau, que nous n'avions que partiellement abordé faisait ressortir de façon flagrante, presque stéréotypée (à la façon d'un idéal-type) des éléments du premier domaine auquel nous n'avions jusque-là accordé qu'une importance secondaire. Peut-être était-ce par-là qu'il fallait commencer : tirer sur ce fil, nous y concentrer et voir ce qui pouvait s'en dégager.

Si cette jonction entre deux objets ne devait pas modifier radicalement notre problématique, elle allait à coup sûr en élargir la perspective. Le fait précisément que le

domaine de la délinquance laissait apparaître des processus similaires à ceux observés dans le champ de la toxicomanie nous amenait à nous interroger sur la place que nous avions jusque-là accordé au sida comme facteur de changement des formes de prise en charge en ce domaine. L'impact de l'épidémie sur ce champ n'était certes pas à remettre en cause, simplement il pouvait être vu désormais comme l'événement déclencheur et surtout accélérateur de ce qui s'avérait être non pas un changement localisé mais une véritable mutation sociale (telle que nous l'avons définie dans notre introduction). En fait, nous pouvions dès lors envisager que sans l'apparition du sida ce domaine aurait été amené à bouger, de toutes façons, à plus ou moins long terme, via d'autres facteurs.

Un tel constat nous amenait donc à réagencer certains éléments de l'histoire que nous avions envisagée au départ de retracer. Cela impliquait par exemple de ne plus voir le formidable essor de la toute « nouvelle » « politique de réduction des risques » dans la seule lignée des dangers induits par la jonction sida-toxicomanie mais comme l'expression particulière, profondément exacerbée ici d'un mode d'administration, de gestion des problèmes sociaux antérieurement à l'œuvre quoique de façon plus lente, plus larvée, dans d'autres domaines. Par ricochet, ce que nous posions, notamment dans notre étude sur les « bas-seuil », comme étant les limites extrinsèques d'une telle « politique » (difficultés d'accès aux soins, problèmes d'insertion par l'emploi, etc) n'étaient t-elle pas plutôt à voir comme les limites intrinsèques d'un modèle plus large et plus général de traitement des populations dans une période dominée par des formes multiples de désaffiliations ?

Tirant sur ce fil, les divers éléments que nous avions recueillis sur le terrain réapparaissaient dès lors dans une nouvelle disposition, un nouvel ordre : exemple parmi tant d'autres d'un domaine en voie de redéfinition, la « toxicomanie » devait dès lors s'insérer dans une histoire plus vaste, celle de la mise à jour d'un nouveau modèle dont nous devions cerner sinon l'exacte origine, tout au moins, partant des informations dont nous disposions sur nos deux objets et celles que nous pouvions encore amasser sans trop de digression (car un tel travail peut aussi être sans fin), les points d'ancrage les plus significatifs. Cette nouvelle grille de lecture en tête, nous avons donc refait le point sur nos données et avons entrepris des recherches complémentaires dans le domaine de la délinquance des mineurs (à partir, majoritairement, de documentation dites indirectes). Un nouveau fil directeur nous est ici apparu très vite, à la faveur notamment des événements (ou mises en événements) dits de « violences urbaines » et de la « crise » du tout début des années quatre-vingts. Avant même que l'épidémie de sida n'apparaisse et déploie son onde de choc sur le champ de la

toxicomanie, de profondes interrogations étaient à l'œuvre lesquelles, sous-tendues aussi par de nouveaux remaniements politiques (l'arrivée de la gauche au pouvoir) ainsi qu'une nouvelle organisation du territoire (par la voie de la décentralisation), mettaient l'accent sur l'obsolescence de nombreux systèmes traditionnels d'intégration sociale et la nécessité de nouvelles orientations aptes à résoudre de façon plus directe et immédiate les problèmes posés. Portée notamment par un nombre particulièrement important de rapports officiels (documents - tout au moins pour ceux que nous avons retenus du fait de leur proximité avec notre objet- au demeurant très instructifs pour qui souhaite « sonder » les lignes fortes d'une époque), de nouvelles politiques publiques ont ainsi vu le jour dont les maîtres mots : prévention, insertion, sécurité, gestion, coordination, etc, nous donnaient matière pour poser les premiers jalons d'un vaste mouvement, un processus que nous allions dès lors (compte-tenu de notre nouvelle perception des choses) voir « s'emballer » au moment de la jonction sida-toxicomanie. A postériori, nous allions aussi être amenés à faire rejaillir de l'histoire du champ de la toxicomanie lui-même, les marques (antérieures donc à l'épidémie de sida) de ces changements progressifs (un type d'institution en perte de vitesse ; un nouveau type de clientèle ; les premiers doutes d'un nombre très réduit de spécialistes) auxquelles nous n'avions accordés jusque-là qu'une importance tout à fait secondaire.

Un tel travail impliquait aussi que parallèlement et plus en amont, nous allions repérer dans l'histoire passée les formes communes, les liants de nos deux objets, nos deux domaines d'investigation. Parler d'un « nouveau modèle » nous engageait somme toute à tenter de saisir les contours d'un modèle antérieur, sa ou ses lignes de force, et le processus qui l'avait vu naître. L'histoire du champ de la toxicomanie tel que nous l'avions déjà analysé nous fournissait quelques pistes ; dans la mesure où la construction d'un domaine propre au traitement de la délinquance des mineurs lui était antérieure il nous fallait, ces quelques lignes directrices en tête, remonter l'histoire et tenter de repérer là encore, quelques correspondances ou analogies significatives.

Reste qu'au terme de cette reconstruction, au moment de l'élaboration d'un nouveau plan d'analyse, un fort déséquilibre persistait entre nos deux terrains. En dépit des recherches supplémentaires effectuées dans le domaine de la délinquance, les connaissances que nous en avions demeuraient bien en deçà de celles amassées depuis bien plus longtemps sur celui du sida et de la toxicomanie. Sans doute était-il inutile au demeurant et vain, à ce stade, de vouloir à tout prix y pallier. De fait, la toile de fond de cette analyse reste t-elle en grande partie occupée par celui qui fut notre premier objet. Le second, partiel donc et dont nous

avons principalement travaillé les lignes de forces, apparaît ici comme point d'appui, support désormais indispensable à la compréhension du sens, la généalogie de la mutation dont il s'agit ici.

3 - Descriptif des différents travaux empiriques

Cette thèse prend appui, nous l'avons dit, sur plusieurs travaux empiriques menés dans différentes directions depuis de longues années. Le tableau qui suit en dresse les principales caractéristiques.

Outre ces études et recherches réalisées dans des contextes spécifiques, cette thèse est également alimentée par des données issues de terrains que nous avons investis parallèlement. Le lecteur en trouvera le détail, dans ce même tableau.

Intitulé de l'étude ou de la recherche et contexte de réalisation	**Résumé**	**Méthodologie et terrain**
Vingt-cinq années de Justice pénale des mineurs Etude collective sous le financement de la MIRE[34] et du Ministère de la Justice, dirigée par F. Bailleau GRASS-CNRS. 1991	Partant de la constitution d'une base de données, cette étude s'attache à rendre compte du fonctionnement de la justice pénale des mineurs sur vingt-cinq ans. Elle analyse notamment, à des périodes différentes, les actions des différents agents intervenants dans le processus pénal (mineurs et famille, travailleurs sociaux, police et gendarmerie puis magistrats), en les mettant en relation avec les données socio-économique relatives aux mineurs et à leur famille, avec les différentes infractions commises ainsi que les jugements prononcés par les Magistrats.	Approche quantitative. Site : Rennes - archives de la Cité Judiciaire. Codage de dossiers de Justice concernant des mineurs. Durée du terrain : un mois.

[34] Mission Recherche, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Stigmates et représentation de soi. Essai d'analyse sur la compliance au traitement des personnes contaminées par le VIH (comparaison entre deux populations : personnes infectées par voie toxicomaniaque et personnes infectées par voie non-toxicomaniaque) Mémoire de Maîtrise de sociologie, sous la Direction de M. Calvez. Université de Rennes 2. 1993 - 1994	Cette recherche part d'un constat de pratique médicale : « la toxicomanie est souvent considérée comme un facteur déterminant dans les difficultés et la mauvaise qualité du suivi médical des personnes utilisatrices de drogues. Cette « croyance », induirait des réticences dans l'inclusion des toxicomanes dans des protocoles thérapeutiques, voire des traitements antiviraux ou préventifs longs. Il apparaît d'autre part, que les personnes toxicomanes infectées par le VIH refusent ces traitements plus souvent que les non toxicomanes, ou les prennent irrégulièrement »[35]. Centrée sur le discours et le parcours (de la connaissance de la séropositivité à la reconstruction identitaire, en passant par l'entrée dans un système de soins, le suivi d'un traitement, les dispositifs de protection face à la stigmatisation) de différentes personnes infectées par le VIH, l'analyse s'attache à mettre en évidence les différences de prise en charge de ces individus selon leur mode de contamination. Acte d'institution sociale de la séropositivité, le test de dépistage marque une profonde rupture dans la biographie des individus. Elle apparaît moindre au demeurant chez les personnes dites toxicomanes, déjà perçues, au moment de leur entrée dans l'institution médicale, au travers de « différences ». Celles-ci sont à la base d'une trajectoire de soins chaotique, marquée par les représentations sociales (y compris au sein du corps médical) de la toxicomanie et du toxicomane comme « mauvais patient », auxquelles adhèrent implicitement les individus en question.	Approche qualitative. Sites : Rennes (Centre Hospitalier Régional - service des maladies infectieuses) et Trouville (centre ADDEPOS-Le Patriarche). Observations dans le service des maladies infectieuses du CHU de Rennes et au centre Le Patriarche de Trouville. Réalisation de 11 entretiens semi-directifs avec des personnes infectées par le VIH (7 par voie toxicomaniaque ; 4 par voie non toxicomaniaque). Durée de la recherche : 1 an.
Toxicomanie-sida. Enjeux de professionnels autour de la redéfinition d'une désignation historiquement datée, provoquée par l'apparition d'un nouvel agent infectieux : le VIH. Mémoire de DEA de Santé Publique, option sociologie, sous la Direction de P Pinell (Inserm U 158). Université de Paris-Sud - EHESS. 1994-1995.	L'objectif principal de cette recherche est de mettre en évidence et d'analyser les enjeux autour de la définition de la « toxicomanie » et du « toxicomane » du fait de l'apparition du VIH. Depuis le début des années quatre-vingts-dix, on assiste en effet à de nombreux débats sur le sens théorique et pratique, à donner à cette nouvelle réalité. Divers domaines d'intervention entrent en jeu : le politique, le judiciaire, le médical et le psychiatrique. Les uns pénalisent, d'autres proposent et mettent en place de nouveaux dispositifs autour notamment de la « politique de réduction des risques », d'autres encore réfutent, jugeant cette politique totalement irresponsable. Le VIH se pose comme facteur de transformation des pratiques médicales et sociales construites autour de la toxicomanie ; il opère un éclatement de ce champ. Cette recherche s'efforce dans un premier temps et à la lumière de l'histoire, de cerner les fondements de cette notion de « toxicomanie » et de « toxicomane, d'un point de vue médical, juridique et psychiatrique. En écho à la recherche précédente et à partir d'une perspective en terme de « rites de passage » ou d'institution, l'analyse se centre également sur les pratiques et techniques institutionnelles à l'œuvre pour la prise en charge de ces personnes dans le contexte du sida. Elle s'efforce enfin d'éclaircir les enjeux autour de cette catégorie, à travers la mise en forme de deux champs qui lui sont désormais liés (le champ de la toxicomanie et celui du Sida) et qui tendent, à partir de perceptions différentes du problème, à entrer en lutte.	Approche qualitative. Site : Paris. Recherche documentaire (documents officiels : lois, circulaires ; documents institutionnels : rapports d'activité, compte-rendu de réunions, articles, etc) ; articles de presse. Observations dans deux centres de soins (l'un tout récent, l'autre issu des années 70) et réalisation d'un entretien semi-directif avec un psychiatre hospitalier.

[35] Constat révélé notamment dans un projet de recherche par des médecins hospitaliers de Rennes intitulé : « Etude sur la prise en charge médicamenteuse et la compliance au traitement des personnes infectées par le VIH, en fonction des facteurs de risques (toxicomanes//non-toxicomanes) et de leur lieu de prise en charge (Rennes/Genève), 1992.

1995-1996 : Poursuite, dans le cadre de notre première année de thèse, de l'analyse sur les nouvelles formes de prise en charge des consommateurs de drogues dans le contexte de l'épidémie de sida. Site : Paris. Approfondissement de la recherche documentaire et réalisation de 11 entretiens semi-directifs avec des professionnels du champ sida-toxicomanie impliqués dans la « politique de réduction des risques » : médecins hospitaliers et humanitaires (Organisation Médecins Du Monde), psychiatres, éducateurs spécialisés et administratifs.		
Les « boutiques » ou dispositifs « bas-seuil » : une nouvelle approche des toxicomanes en temps de sida. Etude sous le financement du Ministère du Travail et des Affaires Sociales - Direction Générale de la Santé. 1997.	Cette recherche fait le point sur ces nouveaux dispositifs d'accueil mis en place dans le cadre de la « politique de réduction des risques » auprès des consommateurs de drogues : l'origine de leurs intervenants, les pratiques mises en œuvre, les fonctions sociales qu'ils remplissent et les difficultés rencontrées en internes ou sur le plan local. L'analyse s'est également centrée sur l'impact de tels dispositifs sur la trajectoire des personnes accueillies. Il en ressort un double constat : les moyens employés par les intervenants pour créer et maintenir la relation avec ces populations très marginalisées favorisent l'instauration progressive d'un nouveau mode de vie et d'une nouvelle représentation d'elles-mêmes, mais le manque d'alternatives à l'extérieur, qui pèse aussi fortement sur les équipes, risque de conduire ces structures vers des formes nouvelles d'enfermement, annulant ainsi leur mandat initial de structures intermédiaires.	Approche qualitative. Sites : Paris et banlieue, Lille, Strasbourg, Marseille, Nîmes. Observations au sein des dispositifs bas-seuil et réalisation de 37 entretiens semi-directifs : 14 entretiens avec des professionnels intervenants dans ces dispositifs (médecins, psychiatres, infirmiers, éducateurs, assistantes sociales) et 23 avec des consommateurs de drogues accueillis. Durée de l'étude : 8 mois.
	Cette étude a pour origine une demande d'évaluation et de suivi d'une unité de coordination inter-institutionnelle et inter-professionnelle (rattachée à un centre de soins pour les femmes toxicomanes et leurs enfants), dans les domaines de la périnatalité, de la maladie somatique (le sida) et de la toxicomanie. Deux analyses conjointes ont été menées : l'une en interne afin de mettre en relief les différents outils et modes de travail de l'équipe (composée d'un directeur pédo-psychiatre, d'une psychiatre, d'une assistante sociale et d'une animatrice), l'autre en externe visant à cerner les fonctions de cette structure, ainsi que son positionnement, au regard de professionnels extérieurs évoluant dans différents champs (toxicomanie, sida, enfance, justice, etc.). Divers éléments ont pu être dégagés : les processus d'ajustement, d'une part, en interne, entre les membres de l'équipe, qui permettent une mise à profit des compétences de chacun, les modalités d'ouverture d'autre part, en externe, vers des partenaires moins « immédiats » (secteur de l'enfance, du social) et plus en demande que les partenaires « naturels » issus du champ de la toxicomanie. En corollaire est mise en relief la question de la capacité des différents professionnels à s'adapter aux nécessités d'un travail en partenariat ainsi que les caractéristiques et les enjeux, dans ce contexte, de la position d'expert occupée notamment par les protagonistes de ce dispositif.	Approche qualitative. Sites : Paris et banlieue parisienne. Observation participante lors des réunions internes hebdomadaires de l'équipe. Etude des fiches d'appels téléphoniques et du « journal » de l'Unité. Présence aux réunions externes. Réalisation de 21 entretiens semi-directifs : 4 en interne avec chacun des membres de l'équipe (un pédopsychiatre, une psychiatre, une éducatrice et une assistante sociale) ; 1 entretien collectif. 16 entretiens avec des professionnels extérieurs (en CSST : deux psychiatres, une assistante sociale, une infirmière ; en milieu hospitalier : un médecin, une assistante sociale, une sage-femme, une infirmière ; dans une PMI : un médecin; une puéricultrice; en hébergement social : une assistantes sociales et une conseillère sociale ; une éducatrice et une assistante sociale d'un dispositif d'accueil pour personnes séropositives ; une assistante sociale

		de pouponnière ;une éducatrice de
Processus de changements et d'adaptations professionnels et institutionnels autour de situations complexes. Etude sous le financement de la DIV (Délégation Interministériel à la Ville), dirigée par F Bailleau GRASS-CNRS. 1999.	Cette étude (qui s'insère par ailleurs dans un travail collectif plus large) prolonge, par sa problématique centrée sur les nouvelles formes de mobilisation auprès de groupes sociaux spécifiques, les deux études précédentes. S'il apparaît que c'est probablement dans le champ sida-toxicomanie que le passage d'une politique de prévention-sanction à une politique de réduction et de gestion des risques est actuellement le plus abouti et le plus formalisé, d'autres secteurs, notamment celui du traitement de la délinquance, témoignent d'un mouvement similaire à travers le passage d'une politique de prévention de la délinquance à une politique de gestion de la sécurité. Il s'agit ici d'étudier les évolutions récentes en matière de prise en charge des mineurs délinquants dits multirécidivistes, partant de la mise en relief de nouvelles formes de délinquances dites d'exclusion. L'analyse se focalise d'une part sur l'investissement nouveau, à partie des « classes-relais » de professionnels de la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) et de l'Education Nationale, dans la prise en charge des mineurs en voie de déscolarisation, d'autre part sur les déplacements pratiques (travail en partenariat, en réseau) et théoriques de la psychiatrie, aujourd'hui confrontée à ses limites dans la prise en charge de ces adolescents.	Approche qualitative. Sites : Paris, banlieue parisienne et Montpellier. Recherche documentaire sur les classes-relais (circulaires, compte-rendus de séminaires, rapports d'activité). Observation participante lors des réunions mensuelles d'un groupe de pilotage organisé par la DPJJ[36]. Réalisation de 6 entretiens semi-directifs : 3 entretiens avec des professionnels de la DPJJ (un pédo-psychiatre, une psychologue, un administratif) ; 2 entretiens avec des éducateurs PJJ responsables de classes-relais ; 1 entretien avec un administratif de l'Education Nationale. Durée de l'étude : deux mois.
2000-2001 : Poursuite de l'analyse sur les modalités d'adaptations institutionnelles et professionnelles dans le cadre de la prise en charge des mineurs délinquants. Site : Paris et banlieue. Approfondissement de la recherche documentaire. Observation participante lors des réunions mensuelles du groupe de pilotage organisé par la DPJJ. Réalisation de 3 entretiens avec des professionnels impliqués dans des dispositifs pour mineurs délinquants (un psychiatre, pédo-psychiatre, une psychologue).		

[36] Direction de la Protection Judiciaire de la jeunesse.

Première partie

Le processus d'institution d'un modèle de prise en charge

Chapitre I : Naissance et itinéraire d'un problème social

1- L'identification d'un danger

1-1 : Vers une médicalisation du social : du monomane au toxicomane

Dégageons d'emblée, aux prémisses de cette recherche, en prenant appui sur nombre de travaux antérieurs, une première ligne de visibilité ; ouvrons une porte : celle qui laisse entrer progressivement la lumière dans l'espace clos de l'asile du 19ème siècle, et qui laisse entrevoir peu à peu la possibilité pour certains de ses mandataires d'un autre espace des possibles.

A cette époque, un dispositif s'est déjà mis en place : la clinique ; et progressivement « la maladie se détache de la métaphysique du mal à laquelle depuis des siècles elle était apparentée »[37]. Les frontières de la médecine se sont élargies, la faisant entrer définitivement, à mesure de la description puis l'agencement des symptômes, du prestige de ses experts aussi, dans le monde de la science. Mais le mal n'est plus seulement décelable et guérissable, il est aussi prévisible. Comme le souligne G. Vigarello dans son histoire des pratiques de santé : « la démarche est directement centrée sur le risque : l'éventualité du malheur. Elle est centrée sur les signes aussi, ceux qui révèlent le danger avant même qu'il ne soit là »[38]. Cette ligne particulière, apanage tout d'abord des hygiénistes et des philanthropes va servir, par la suite et pour longtemps, les préoccupations de la médecine mentale tiraillée (pour longtemps également) entre la clinique moderne dite scientifique et une volonté pratique d'ouverture vers d'autres causes, sociales cette fois, de la folie. Ces « experts providentiels » comme les nomme R. Castel[39], vont dès lors occuper une place tout à fait particulière, aux frontières de la science médicale et de la Justice. Une voie s'ouvre vers de nouvelles observations, de nouveaux repérages de comportements limites, que ni le médecin, ni le juge n'ont la capacité de saisir. Le récit de R. Castel[40] concernant les débats qui ont cours durant la première moitié du 19ème siècle sur la question de la monomanie en témoigne : comment classer ces fous-criminels dont Pierre Rivière représente l'archétype ? « Enigme insoluble » pour la Justice qui y déploie vainement ses efforts à la recherche d'une responsabilité du crime, ils ne sont guère

---

[37] FOUCAULT M., Naissance de la clinique, Paris : Presses Universitaires de France, 1963, p. 198.
[38] VIGARELLO G., Histoire des pratiques de santé, Paris : Ed du Seuil, 1999, p. 191.
[39] CASTEL R., *op. cit.*, 1976, particulièrement le chap 4, pp. 153-189.
[40] *Ibid.*

plus compréhensibles selon les schémas rationnels de la nosographie classique de la folie. Qu'à cela ne tienne. Dès lors que la justice s'en dessaisie, elle suggère implicitement que la psychiatrie s'en charge, légitimant par-là même un affinage de ses grilles, de ses diagnostics et l'investissement d'une brèche qu'elle ne cessera dès lors d'élargir à travers la prise en charge de nouvelles populations.

Sautons le pas : derrière la monomanie et le monomane se profile déjà une autre pathologie et une autre figure qui nous intéressent ici, celle de la toxicomanie puis du toxicomane qui continuent d'occuper les esprits d'autres experts d'aujourd'hui. Mais cette nouvelle énigme ne surgit pas alors du dehors. Elle apparaît progressivement et de l'intérieur tout d'abord, au fur et à mesure de l'emploi thérapeutique ou expérimental de médications, de drogues, que n'exclue nullement le traitement dit moral de la folie. Mais de la folie ainsi contenue à celle qui se propage avec ces substances, jusque dans les plus basses couches de la société, l'expression se transforme et l'on parlera alors de « drogues nuisibles ». Le principe est à peu près toujours le même : d'une substance à une autre selon les progrès pharmaceutiques, les corps à maîtriser, les souffrances à assouvir : opium, cannabis, éther, morphine. D'une drogue à l'autre, selon les principes de la substitution : morphine, cocaïne, héroïne. D'une population repérée à d'autres aussi : malades, fous, combattants, artistes, mondains puis classes laborieuses. C'est alors, comme le souligne le psychiatre J. Dugarin, que la notion d'habitude perçue auparavant comme un obstacle thérapeutique, tendra vers l'idée d'une « habitude pernicieuse de la part de l'utilisateur »[41]. Le discours médical sur les drogues converge vers celui qui a cours concernant une autre substance : l'alcool, déjà objet de tous les maux : tares, dépravation, misère morale, infirmités, crime, etc. Après la monomanie d'Esquirol, la théorie de la dégénérescence de A. Morel poursuit la mise en faillite d'une « croyance en la rationalité des nosographies constituées à partir du regroupement des symptômes »[42].

L'épisode de la morphine « drogue fondatrice de la toxicomanie moderne »[43], est, de ce point de vue, particulièrement intéressant. On y voit s'y manifester des enjeux et des déplacements à peu près similaires à ceux constatés quelques années plus tôt à propos de la monomanie. L'isolement par l'Allemand Lévinstein du « morphinisme » comme nouvelle catégorie nosologique signe le point de départ de cet épisode. Deux lignes se dessinent

---

[41] DUGARIN J., Les sens successifs de l'intoxication. Toxiconamies et recherche du temps perdu, Actes du colloque des 16 et 17 mars 1990, Ed du Centre St-Germain -des-Prés, 1990, p. 101.
[42] CASTEL R., *op. cit.*, p. 13.
[43] YVOREL J-J., Naissance de la cure. Autrement : L'esprit des drogues,avril 1989, n° 106, p. 145.

également ici : celle qui voit en ces individus des prosélytes dangereux qu'il convient (dans le cadre de la loi de 1838) de séquestrer, et celle moins radicale qui s'efforce d'imaginer quelques formes plus souples de traitement. Elles se rejoignent toutefois : la méthode brusque (72 heures de cabanon capitonné)[44] systématisée par Lévinstein lui-même et la méthode lente dite « méthode française » de Calvet, aboutissent à peu près aux même échecs ; de là d'ailleurs une reprise de la course aux remèdes de substitution. Mais le plus intéressant pour l'heure réside dans l'élargissement de la brèche ouverte quelques années plut tôt. En effet, si l'aspect médical du problème tend à faire reculer les convictions de Morel, les revers des traitements : les morts, les rechutes, signalent aussi la nécessité d'autres types d'interventions. Face à de tels risques repérés, on parle alors de l'après-cure, de la nécessité d'un suivi « hors les murs » de l'asile. Nouvelle perspective temporelle et spatiale qui, avec les méthodes de prévention déjà inaugurées ailleurs, resserre de plusieurs cran la sangle médicale du social. Dans le même temps comme le précise J. Dugarin[45], le vocabulaire se précise : après les concepts à suffixe en « isme » tels que morphinisme ou étherisme, apparaîtrons les termes : morphinomanie, cocaïnomanie etc, suggérant que cette « manie » là, a encore à voir avec la folie et donc la psychiatrie. Elle se généralisera d'ailleurs en 1888 avec l'apparition du terme « toxicomanie », « effet de synthèse final qui permettra dans les années qui vont suivre de désigner une maladie, un phénomène social et, par le biais du substantif « toxicomane », un individu »[46]. Le possible de la psychiatrie se déploiera encore, on le verra, à partir d'autres lieux, d'autres techniques (et notamment la psychanalyse).

1-2 : Première inscription sociale et politique dans la liste des « fléaux »

La problématique des drogues et des toxicomanies telle qu'elle apparaît en cette fin du 19ème siècle permet de prolonger une logique de médicalisation des problèmes sociaux. Ici, d'emblée, les médecins vont plus loin que pour un autre fléau désigné : l'alcoolisme. La question du traitement semble plus opérante. J-J. Yvorel le souligne : « autant les médecins ont été bavards pendant cent ans sur l'alcoolisme, ses causes et ses manifestations, autant ils ont été discrets sur son traitement. Cette discrétion trouve sa source dans leur impuissance à traiter les effets somatiques et les causes profondes de l'alcoolisme chronique. Rien de tel en matière de morphinomanie »[47]. Pourtant, les échecs des traitements en la matière, seront à

---

[44] *Ibid.*, p. 146
[45] DUGARIN J., *op. cit.*, p. 102.
[46] *Ibid.*, p. 103.
[47] YVOREL J-J., *op. cit.*, p. 145.

l'origine de l'utilisation d'autres substances visant à accompagner les cures (cocaïne puis héroïne), dont les effets tout autant toxicomanogènes ne se feront guère attendre. Mais ce remplacement d'une substance par une autre, sujet à de nombreux débats dans la communauté médicale, a aussi le triste mérite, à l'extérieur, d'accentuer le caractère épidémique de la toxicomanie, légitimant par-là même le thème de la dégénérescence, celui des « maladies proliférantes, celles qui se multiplient en transitant d'un état à l'autre comme une germination sans fin »[48]. La toxicomanie s'ajoute dès lors à la liste des grands fléaux de l'époque que sont la tuberculose, la syphilis, le choléra et l'alcoolisme. Cette alternative substitutive, faute de mieux, permet donc paradoxalement à la médecine et précisément à la psychiatrie, d'approfondir ses expériences, d'aiguiser ses techniques et de maintenir son monopole sur ces populations. La justification peut être la même que celle que cite R. Castel faisant parler Falret, l'élève d'Esquirol : « si ce n'est pas nous qui nous en occupons, c'en sera d'autres, et il vaut mieux que ce soit nous, car nous sommes les plus savants et les plus humains »[49]. Cette façon de soigner le mal par un autre mal, qui ne se manifeste là en réalité qu'à postériori (car tous sont au départ confiants vis-à-vis de ces remèdes miraculeux que peuvent constituer la cocaïne et l'héroïne), va toutefois trouver très vite un écho favorable du côté de la vaccination pastorienne symbole de la iatrogénèse. Avec Pasteur s'opère un réel changement dans l'approche des maladies. Comme le souligne P. Rosanvallon, la découverte des microbes et des virus laisse apparaître que des liens invisibles existent entre les hommes ; l'image du social s'en trouve considérablement bouleversée et du même coup s'annule « la distinction qui subsistait encore entre le médical et le social »[50]. La iatrogénèse qui place la substance (le vaccin) au cœur de la prophylaxie, fournie à l'approche des toxicomanies une nouvelle dimension : « la substance mise en position centrale pourra alors occuper simultanément une triple place : cause, symptôme et moyen curatif »[51]. Avec Pasteur, la maladie, toute maladie acquiert un statut social et la vaccination obligatoire signe un nouvel engagement de l'Etat dans la protection sanitaire des populations et dans un ordonnancement législatif des pratiques médicales. Dès lors, concernant la question des toxicomanies, « si une prophylaxie médicale est imaginée comme possible, elle aura nécessairement un caractère obligatoire, prescrit par

---

[48] VIGARELLO G., *op. cit.*, p. 223.
[49] CASTEL R., *op. cit.*, 1976, p. 184.
[50] ROSANVALLON P., L'Etat en France de 1789 à nos jours, Paris : Ed du Seuil, 1990, p. 130.
[51] ARVEILLER J., L'injection faite à Joseph et le regard médical sur les toxicomanes à la fin du 19ème siècle. Toxicomanies et recherche du temps perdu, Actes du colloque des 16 et 17 mars 1990, Paris : Ed du Centre Saint-Germain-Des-Prés, 1990, p. 91.

une réglementation émanant de l'Etat »[52]. Les méthodes substitutives se révèleront toutefois très vite, avec l'héroïne qui en ferme le cycle, inefficaces, ce qui aura pour effet de renforcer plus encore le caractère éminemment nuisible de la toxicomanie. C'est alors que la médecine elle-même réclame des lois pour protéger les populations. On perçoit alors l'esquisse d'une nouvelle collaboration entre l'Etat et ses mandataires médicaux.

La loi de 1838 sur les aliénés l'avait déjà formellement engagée, permettant d'ailleurs à la médecine mentale d'accentuer son immixtion dans les méandres de la folie ; mais sa main mise est encore limitée, et elle le déplore fortement, aux formes les plus spectaculaires et jugées dangereuses de l'aliénation. En fait, comme le souligne R. Castel, cette loi est avant tout une loi « d'administration et de police »[53]. Pour autant, les médecins psychiatres la défendent à travers la thématique bien connue de « l'intérêt du malade ». Mais le nouvel ordre social organiquement solidaire inauguré par Pasteur induit une nouvelle attitude : la maladie est partout, même là où l'on ne la voit pas ; ce n'est donc pas seulement contre elle qu'il faut lutter c'est le social tout entier qu'il faut recomposer. Puisque le mal est partout et qu'il n'est pas possible de l'enfermer, c'est la population qu'il faut civiliser, entendons par-là d'abord, les plus faibles et innocents : les enfants, que le spectre de la dégénérescence et la morale préventive vont frapper en premier ; puis les classes laborieuses, les « misérables », car comme le souligne L. Chevalier, dès lors, « le danger n'est pas dans le crime il est dans les rapports entre les bas-fonds et le monde du travail »[54]. L'industrialisation croissante; l'avènement d'une véritable classe ouvrière signalant la fin du « bon pauvre déférant des romans de Mme de Ségur »[55], et l'émergence d'une société nouvelle fondée sur la valeur-travail, va inaugurer un nouveau traitement de ces questions sociales. Le paysage de l'assistance se redessine dans lequel la médecine mentale occupe, aux côtés des philanthropes et des hygiénistes, une place de choix que lui vaut une technologie scientifique qui manque précisément à ses deux partenaires. Peu importe que la prévention ne soit pas ancrée dans sa tradition ; ici comme le souligne R. Castel faisant parler le psychiatre Renaudin : « les besoins de la sécurité publique s'accordent parfaitement avec les indications humanitaires »[56].

Pour les autres « sauvages de l'intérieur » dont il est ici question, l'heure n'est pas encore à de tels compromis. La médecine réclame des lois, elle les aura, qui feront du même

---

[52] *Ibid.*, p. 92.
[53] CASTEL R., *op. cit.*, 1976, p. 237.
[54] CHEVALLIER L., Classes laborieuses, classes dangereuses, cité par CASTEL R., *op. cit.*, 1995, p. 223.
[55] BLOCH M., L'étrange défaite, 1940, cité par CARPENTIER J et LEBRUN F., Histoire de France, Paris : Ed du Seuil, 1992, p. 334.
[56] CASTEL R., *op. cit.*, 1976, p. 147.

coup basculer la question des drogues du côté quasi exclusif de la Justice et de la police. D'ailleurs le danger est d'abord vu ici à l'extérieur du territoire, ce qui a le mérite sans doute de dégager une éventuelle culpabilité de la communauté médicale vis-à-vis de la pénalisation de ce qu'elle considère être une maladie, même si elle ne parvient guère à la maîtriser : « le danger c'est l'autre, le pays producteur de substances dangereuses et qui cherche à les écouler »[57]. Les premières lois qui se développent, internationales tout d'abord, sous l'impulsion de l'Amérique puritaine, viseront à prohiber l'usage puis à réglementer la fabrication des dangereuses substances auxquelles s'adonnent sans compter « les races non civilisées »[58]. Au niveau national, la France (contrairement à l'Angleterre[59]), tend à s'aligner, à partir de la loi de 1916, sur le modèle répressif américain. Cette loi réglemente d'une part les conditions de rédaction et d'exécution des ordonnances médicales. Elle prévoit également des peines d'emprisonnement pour tout usage ou port de stupéfiants en société (aucune distinction n'est faite ici entre l'usager et le trafiquant). Les effets pratiques en sont clairs : les médecins renoncent très vite aux prescriptions de morphine et autres puissants calmants désignés toxicomanogènes. Les effets symboliques également : car si la « pêche » au toxicomane ne s'avère guère miraculeuse[60], l'emprisonnement posé par la loi a le mérite d'ouvrir la voie pour très longtemps (nous n'oserions dire à tout jamais), à une naturalisation de la face criminelle et délinquante de la toxicomanie.

1-3 : La manière douce

La période de l'entre deux guerres marque un certain nombre d'évolutions de la pratique psychiatrique dessaisie pour un temps, et presque à sa demande, de la question ingérable des drogues. Son insertion dans le domaine de l'assistance, sous des fonctions accrues et revendiquées d'expertise en matière de prévention, de dépistage, se poursuit, en dépit toujours des contradictions qui la traverse entre « une médecine techniciste et une médecine sociale »[61]. La question des inadaptations, notamment dans le domaine de

---

[57] FROMENT B., L'esprit des lois, Autrement : L'esprit des drogues, *op. cit.*, p. 80.
[58] Cf. notamment sur ce sujet : ZAFIROPOULOS M., PINELL P., *op. cit.*, 1982, pp. 61-75.
[59] Comme le souligne F Caballero, l'Angleterre en effet privilégiera pour longtemps le modèle du toxicomane-malade, qui peut, lors de la cure et afin de vivre normalement bénéficier d'une délivrance médicale de stupéfiants. Ce système relativement souple lui vaudra d'ailleurs « les critiques des Américains qui le jugent immoral et défaitiste » L'Angleterre sera par la suite, dans les années 60 « contrainte, sous la pression internationale de rejoindre le modèle américain ». Cf. CABALLERO F., Fluctuations de l'histoire face au droit de la drogue, Toxicomanies et recherche du temps perdu, *op. cit.*, pp. 139-140.
[60] « 133 arrestations en France en 1925, 142 en 1926, 257 en 1927 », *Ibid.*, p. 139.
[61] CASTEL R., *op. cit.*, 1976, p. 287.

l'enfance[62], déjà investi par d'autres agents (les psychopédagogues puis les assistantes sociales), lui permet d'étendre son champ d'intervention et d'investigation hors de l'asile psychiatrique, vers des populations qui ne relèvent plus de la loi de 1838. Comme le souligne C. Bec : « cette intégration institutionnelle ne représente pas seulement un déplacement du lieu d'exercice, mais s'accompagne de l'emprunt d'un schéma médical de prévention, notamment celui, majeur, de la lutte anti tuberculeuse, vecteur de développement de la médecine sociale. (...) En se calquant sur un schéma purement médical, la prévention psychiatrique s'identifie à la lutte générale contre les fléaux au point de lui emprunter les mêmes démarches, malgré les déclarations sans cesse renouvelées, d'originalité d'objet et d'approche thérapeutique »[63].

Face au traitement collectif de l'asile autour d'une folie généralisée des pauvres, se pose de plus en plus le traitement individualisé apanage jusqu'alors des nantis et des institutions privées. Déjà en effet « le riche commence à livrer sa subjectivité dans une relation duelle »[64] et l'enfermement considéré comme de moins en moins thérapeutique commence à faire l'objet de critiques.

C'est surtout après 1945, période où la France, traumatisée par des années de guerre s'attache à retrouver une nouvelle unité, une autre cohésion sociale, que ces nouveaux modes d'approche pourront légitimement se déployer. La « Libération » en somme, se perçoit aussi à travers celle des aliénés. Certains épisodes forts de la guerre l'ont d'ailleurs montré comme celle de l'évacuation des hôpitaux psychiatriques en raison des bombardements et la découverte inattendue, une fois la paix revenue, de la réadaptation « spontanée » de nombreux malades à une vie familiale et villageoise. Les hôpitaux et asiles en ruine, le psychiatre prend à cette époque, son « bâton de pèlerin » ; il « sillonne le département, établit des contacts locaux, voit avec les gens du cru ce qu'on peut faire là, met en place des consultations »[65]. Des dispensaires se montent, qui seront ensuite généralisés par le décret du 20 mai 1955 instituant les dispensaires d'hygiène mentale. Les pratiques ambulatoires se développent.

Une humanisation de la folie est en marche qui trouve d'ailleurs un écho favorable dans des nouvelles techniques de groupe développées principalement aux Etats-Unis et en Angleterre qui prendra en France le nom de psychothérapie institutionnelle. Dans cette

---

[62] Corrélée à l'extension de la scolarité aux classes populaires, cf sur ce point : ZAFIROPOULOS M., PINELL P., *op. cit.*, 1983..

[63] BEC C., Vers une psychiatrie normalisée, histoire d'une stratégie professionnelle : 1945-1970, Thèse de Doctorat d'Etat, sous la Direction de C. Veil, Paris V, 1977, p. 84.

[64] CASTEL R., *op. cit.*, 1976, p. 264.

optique anti psychiatrique, des professionnels entreprennent la reconstruction et la modernisation des anciens asiles ; c'est le notamment cas de P. Sivadon à Ville-Evrard ou encore de L. Bonnafé à Sotteville. D'autres dispositifs expérimentaux se mettent en place, principalement sur un mode associatif, offrant aux malades, jeunes et moins jeunes, des formes idéales-typiques de la vie en société : prise en charge pluridisciplinaire (médecins, éducateurs, assistantes sociales) de petits groupes dans une atmosphère familiale et communautaire, activités diverses (jeux, artisanat, sport, etc). C'est le cas notamment, de la clinique de La Borde ou encore de « l'expérience du 13ème arrondissement ». Leurs promoteurs[66], sont psychiatres, psychanalystes, instituteurs, philosophes, sociologues, « penseurs » ; ils œuvrent et militent pour de nouvelles approches plus souples, plus ouvertes, plus étendues aussi, bien que circonscrites à un territoire donné. Il s'agit désormais d'assurer une continuité des soins pour l'enfant et pour l'adulte, à partir de la mise en place progressive d'un ensemble horizontal de structures diversifiées (dispensaires, centres de prévention, hospitalisation à domicile, atelier thérapeutique, foyers de post-cure...), ainsi que le tissage de liens entre différentes pratiques et institutions (l'école et la psychanalyse par exemple). Expériences « pilotes », ces réalisations n'en auront pas moins de retentissement sur la psychiatrie qui perçoit notamment, à travers la nouvelle relation thérapeutique instaurée par l'outil psychanalytique, les moyens de dépasser ses anciennes contradictions. La psychiatrie de secteur tant désirée par ces professionnels est en marche également, elle sera définitivement consacrée quelques années plus tard.

La Justice ne s'y trompe guère non plus : le remplacement de la « manière forte » par la « manière douce » y est aussi de mise. En témoignent notamment les mouvements de « défense sociale », qui visent une orientation nouvelle de la lutte contre le crime et la délinquance vers la prévention (notamment des récidives) et une prise en charge adaptée du délinquant en vue de sa resocialisation. Cette nouvelle prophylaxie sous tend comme le montre M. Ancel, la superposition de la science pénale aux sciences de l'homme « dont les enseignements serviront à orienter la politique criminelle »[67]. L'individualisation de la peine déjà orientée entre les deux guerres se renforce ici par une collaboration systématique de la Justice avec ses désormais alliés que sont médecins, psychiatres, psychologues, assistantes sociales etc, dans la constitution notamment des dossiers de personnalité et bien sûr des

---

[65] BONNAFE L., Le psychiatre pèlerin : Sotteville (1947-1956). Recherches : Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible, mars 1975, n°17, pp. 157-163.
[66] Notamment P. Sivadon (CRTS de Ville-Evrard), J. Oury et F. Guattari (La clinique La Borde), ou encore Ph. Paumelle, R. Diatkine, S. Lebovici et P-C. Racamier (« L'expérience du 13ème arrondissement »).
[67] ANCEL M., « défense sociale » in Encyclopédia Universalis.

traitements, sachant que ceux-ci peuvent désormais « être appliqués en institution (par exemple la prison-école pour jeunes ou la prison-hôpital pour psychopathes), dans des établissements ouverts ou en régime de semi-liberté ou encore en «cure libre, c'est-à-dire sans internement »[68].

Les consommateurs de substances dites modificatrices de conscience, font partie intégrante de ce projet. Certes les facteurs psychologiques et sociaux occupent une place importante dans l'explication de l'acte délinquant qui ne relève plus alors du « grand châtiment » ; mais ils demeurent subordonnés à la qualification du danger que représente tel individu pour la société. En somme les prises en charge médico-psychologique, fussent-elles « adaptées » agissent avant toute chose comme « mesures de sûreté ». Les régimes dualistes mis en place dans la loi du 24 décembre 1953 sur les consommateurs de drogues ou encore celle du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux qui inaugurent le traitement de ces « usagers » comme malades, en sont une bonne illustration. Entre être malade ou délinquant, un choix est désormais possible qui permettra d'ailleurs à la psychiatrie de s'ouvrir vers de nouveaux espaces. Mais ne voyons pas en ces experts des machiavels en puissance ; nombre d'entre eux s'efforceront comme le dit R. Castel « d'assumer ces rôles avec un certain libéralisme »[69]. Ne leur prêtons pas non plus un pouvoir qu'ils n'ont pas ; eu égard à leur caractère « social », ces lois sont avant tout des lois de Justice. Pour paraphraser R. Castel parlant du traitement de la monomanie[70] on peut dire que ce que certains psychiatres-psychanalystes mettront en place autour de ce nouveau sujet toxicomane n'aura pas pour but de répondre, pour leur propre compte à des problèmes perçus à l'extérieur. En réalité la structure interne de leur réponse dépend bel et bien des exigences extérieures. En somme et pour clore la comparaison, tout comme celui de monomanie, le concept de « toxicomanie » n'aura jamais aucun sens sans référence à cette scène judiciaire précise.

---

[68] *Ibid.*
[69] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 54.
[70] CASTEL R., *op. cit.*, 1976, p 288.

2 - La constitution d'un savoir spécifique

2-1 : Itinéraire d'un futur « toxicothérapeute »

« Il m'a conduit vers un vieillard qui gisait dans une aigre puanteur : on l'avait attaché pour la seule raison qu'il avait constamment la manie de se lever et de se rendre aux W-C. Il faisait donc ses besoins sous lui et on l'y laissait mariner la journée entière. De temps en temps, des « bons malades » passaient, qui balayaient et le changeaient. Je l'ai détaché, il s'est laissé faire comme un enfant. Il n'y a pas eu d'incident. Et petit à petit, patiemment, j'ai libéré les autres. Oh, ce n'était pas là un travail prestigieux et beaucoup, ailleurs, l'avait fait avant moi ! Mais c'est par-là qu'il fallait commencer. Le personnel demeurait réticent, j'ai mis trois mois à le convaincre qu'il n'y avait besoin ni d'entraves ni de camisoles. Mais au bout de ce temps, plus personne, dans le pavillon, ne se trouvait attaché. C'était là une première victoire ». [71]

Cet épisode de la vie du Dr Cl. Olievenstein, alors jeune interne en 1964 à l'asile psychiatrique de Villejuif, présente quelques analogies avec celui de la « libération » des aliénés de Bicêtre par Ph. Pinel, que raconte M. Foucault[72]. Ces premiers pas du jeune médecin visant à briser l'organisation du traitement des internés de Villejuif, nous ramènent à ces trajectoires atypiques, toutes teintées d'humanisme et d'anticonformisme, inscrites dans la mouvance de l'antipsychiatrie des années soixante.

Mais on peut, avant de poursuivre, remonter plus loin le cours de cette biographie qu'il a lui-même écrite. On y décèle toutes les particularités d'une époque et ces mêmes marques enfouies dans tant d'autres esprits de la même génération. A commencer par la guerre bien sûr, et pour lui, alors âgé de quatre ans, la fuite d'un pays : l'Allemagne nazie, le refuge en France, la déportation de proches et une existence cachée sans cesse menacée par l'avancée de « l'ennemi ».

« Début 1937 (...), la tension se mit à croître dangereusement. Les manifestations antisémites se multipliaient, les persécutions s'accéléraient, des affiches étaient placardées sur les magasins juifs, stipulant qu'il était interdit d'y acheter ou d'y vendre. En dépit de la gentillesse des gens qui nous entouraient, mon père ne pouvait pas ne pas être angoissé par ce climat de menaces. Pourtant, il hésitait. Mais l'exécution de mon oncle le détermina. Il avait une sœur à Paris (...). Dans une de ses lettres elle nous invitait à venir la rejoindre. Mon père partit le premier, laissant à ma mère le soin de liquider ses affaires. Puis ç'a été notre tour quelque temps après (...). D'entrée nous nous trouvâmes confrontés à des conditions d'existence totalement inédites : venus de la quiétude bourgeoise, nous plongions dans un univers de médiocrité, entassés dans une maison délabrée du quartier des Halles (...). Nous fîmes alors l'apprentissage de la misère, de la vie humiliée. (...)C'est alors qu'en

---

[71] OLIEVENSTEIN C, Il n'y a pas de drogués heureux, Paris : Ed Robert Laffont, 1977, p. 124
[72] FOUCAULT M, *op. cit.*, 1972, p. 484.

1941, on a commencé à recenser systématiquement les juifs et à leur imposer le port de l'étoile jaune. Immédiatement, mes parents, qui avaient l'expérience de l'Allemagne, ont décidé de ne pas obéir à ces contraintes et cela, véritablement, les a sauvé. (...)Il fallait se méfier, on nous le répétait sans cesse à mon frère et à moi. On m'apprenait à mentir : je ne devais plus m'appeler Olievenstein mais Olivier, et, plus tard, Bourgeois. Autour de moi se déroulait le ballet de la peur (...). Avec le temps qui passait, la ronde infernale des départs, disparitions et arrestations se resserraient »[73].

Puis arrive le jour inespéré de la Libération, le retour progressif à une vie paisible, les années de lycée et les premières convictions politiques communistes, puis marxistes ; l'entrée en médecine, enfin, plus sous l'impulsion parentale que par vocation, et le choix de la psychiatrie, par rejet d'une médecine techniciste et un penchant pour les sciences de l'homme.

« Cela ne m'enchantait nullement. Mon destin pensais-je n'était pas de me pencher sur les selles ou les crachats des gens, et la médecine, telle qu'elle était conçue, suscitait déjà en moi une aversion dont je ne suis pas revenu : plus que jamais j'y vois un surgeon borné du scientisme du XIXè siècle et la mythologie qui l'enrobe m'exaspère. J'acceptai cependant. (...). Au fur et à mesure que s'écoulaient les années d'études je sentais s'accuser les contradictions qui me déchiraient. Résigné tout d'abord à faire ma médecine, j'acquérais, peu à peu, la conviction, presque à mon corps défendant, que mon avenir passerait par elle. Je n'étais d'ailleurs pas insensible, à la magie qui en émane et à l'intérêt même de ce qu'on nous enseignait. En revanche je me révoltais avec une violence croissante contre l'institution elle-même, son esprit, ses valeurs implicites (...). En troisième année j'ai entamé un stage de psychiatrie : durant quelques mois, vraiment, j'ai eu le sentiment d'émerger d'une somnolence où je me laissais dériver. (...). C'était la première fois que je me trouvais confronté à une misère qui n'était pas d'ordre physique, qui se situait, au contraire, dans un « ailleurs »insaisissable et angoissant (...). Et très vite, m'a frappé l'insuffisance criante des explications avancées par la psychiatrie (...). C'est le discours psychiatrique qui, à mes yeux, devenait aberrant, à la fois par sa pompeuse scholastique et par le mépris de la réalité humaine que celle-ci trahissait. (...). Le souvenir de ce stage psychiatrique, en tous cas, allait peser dans mon esprit lorsque, parvenu au terme de mes cinq années d'études, il me fallait penser à la suite de ma carrière. (...) J'avais une certitude : je ne voulais faire ni chirurgie, ni médecine générale, ni pédiatrie, ni ophtalmologie, ni aucune spécialisation de ce genre. En revanche, je savais que, d'une façon ou d'une autre, je me sentais concerné par les sciences de l'homme».[74].

Vient ensuite le récit des premiers stages et années d'internat, véritables morceaux choisis de l'histoire de la folie. Charenton tout d'abord, ancien fief d'Esquirol, véritable « musée de la déraison »[75], où le jeune interne effaré découvrira la violence de l'internement et verra se flétrir ses fraîches illusions quant à « l'humanité » de sa profession. Sotteville

---

[73] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, pp. 15-23.
[74] *Ibid.*, pp. 44-62.
[75] Tel est le titre que donne C. Olievenstein lui-même au chapitre IV de son livre, *op. cit.*,1977, p. 64.

ensuite, en 1958, que L. Bonnafé quelques années plus tôt s'était attaché à reconstruire selon les principes sectoriels de la nouvelle avant-garde psychiatrique. Mais il restait là encore selon Olievenstein un long chemin à parcourir avant que s'effacent définitivement les traces de l'ancien asile. La sélection des malades notamment, dans le service consacré aux femmes, demeurait, et les plus vieilles s'entassaient dans des pavillons d'où elles ne sortaient guère que lorsque la vie les avait quittées. C'est contre ce système qu'il juge encore peu démocratique que le jeune Olievenstein (il n'a alors qu'une vingtaine d'années) déploiera ses efforts aux côtés d'une équipe « d'une qualité indiscutable » à laquelle son prédécesseur avait su insuffler, outre « un fort sectarisme politique » qu'il déplore, « le sens de la fonction publique ». C'est aussi là qu'il étudiera Freud et la psychanalyse qui conditionnera toute sa carrière. Somme toute, le petit monde communautaire et autarcique de Sotteville, malgré certains relent d'ancien-régime, restera à tout jamais gravé dans sa mémoire sous l'image des moments heureux. Peu de rapport avec ce qui va suivre en tous les cas : Maison Blanche à Neuilly-sur-Marne, couplé à l'asile pour homme de Ville-Evrard et selon lui véritable « complexe industriel de la folie ». Puis viendra Villejuif où pratique notamment à l'époque L. Le Guillant, principal promoteur de la psychothérapie institutionnelle et des premières expériences des Centres de Traitements et de Réadaptation Sociale (CTRS) visant « une dynamisation de la vie hospitalière (...) par l'introduction dans ce monde clos d'activités du monde extérieur (travail, loisirs...) et qui se fixent comme premier objectif la lutte contre le surencombrement responsable pour une grande part de l'inertie institutionnelle »[76]. Ce n'est pourtant pas vers son service, de loin le plus « acceptable » de tous, que se dirigera le jeune médecin, mais vers celui, largement plus archaïque du Dr Borenstein, déjà rencontré précédemment et nouvellement nommé là lui aussi. Le travail auprès de ce médecin-chercheur développera chez lui un intérêt qui devra par la suite l'occuper toute sa vie.

« J'avais connu ce dernier alors que je me trouvais à Sotteville. Nous avions sympathisé et il m'avait fait des appels d'offre ; mais je tenais d'abord à en finir avec mes examens. Je m'étais promis, toutefois, de retrouver cet homme que j'estimais et dont la rencontre allait revêtir, par la suite de ma carrière, une importance capitale. C'était avant tout un chercheur qui s'était spécialisé en psychopharmacologie. Il attendait de moi que je prenne un peu son service en main, afin de pouvoir, plus librement, développer son laboratoire (...) : « vous verrez, c'est un service épouvantable. Moi, je suis épuisé, j'ai trop de choses à faire. Mais si vous pouvez le changer, je vous appuierai, oui, je vous appuierai pour la bataille que vous allez devoir mener ». »[77]

---

[76] BEC C., *op. cit.*, 1977, p. 63.
[77] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, pp. 117-120.

C'est là, dans l'effroyable pavillon réservé aux « gâteux » que, fort de ses précédentes expériences et de certitudes acquises, le jeune médecin libèrera les vieillards de leurs attaches, geste que tant d'autres avaient fait avant lui. C'est également là, aux côtés de son supérieur qu'il fera son entrée dans l'univers des « poisons de l'esprit », ces substances qui tiennent lieu dans ce contexte hospitalier, de camisoles chimiques. Ceux qu'il nomme avec ferveur dans son ouvrage « les jeunes toxicomanes » de l'époque, se font rares à Villejuif. Certaines rencontres cependant, de quelques « artistes » géniaux et délirants, internés un jour pour schizophrénie, avouant le lendemain, curieusement guéris, qu'ils avaient consommé du LSD, vont aiguiser l'attrait du jeune interne pour cette « folie choisie et revendiquée » Une première étude (prémisses de sa thèse) sur ce même produit alors peu utilisé en France, et qu'il décide de s'administrer, marque le véritable point de départ de son engagement en ce domaine :

« De ce « voyage », je devais conserver un sentiment un peu mêlé : en dépit de moments extraordinaires, je n'avais pas été en condition de « décoller » véritablement. Mais par-delà le côté strictement médical de l'affaire, j'avais pressenti, encore très obscurément, quelque chose de nouveau dont la prise de conscience progressive allait, dans les années à venir, infléchir ma réflexion et mon activité : la « folie » peut être volontairement recherchée pour la raison qu'elle stimule la créativité et permet, surtout, d'accéder à un vécu ineffable où l'on a l'illusion de dépasser ses conflits intérieurs. De la folie subie et réprimée à la folie choisie et revendiquée : c'était là un singulier renversement de perspective. Si singulier, que j'aurais été à ce moment bien incapable de le formuler (...). Les choses dans mon esprit cheminaient lentement (...). Il est vrai qu'à cette époque, mes collègues et moi ne parvenions pas à nous évader de l'image reçue du toxicomane à l'ancienne : les murs des hospices, décidément, constituent des remparts aveugles contre les événements. J'étais en marche dans une direction qui me demeurait confuse. Il me fallait auparavant, découvrir toute cette jeunesse nouvelle qui prenait visage. Il me fallait sortir, prendre un bain de réalité ».[78]

Suit une dernière année d'internat, en 1967, à s'occuper exclusivement, à sa demande, de patients toxicomanes, à l'hôpital parisien de St Anne. L'approche prolongée de ces individus peu ordinaires, rétifs à toute institution de soin, va, en ces années de bohême et de ferveur idéologique, bousculer les représentations du jeune Olievenstein sur le petit monde savant et distingué qu'il fréquente alors. C'est à l'extérieur de l'institution psychiatrique, « hors les murs » de l'asile, que le médecin choisira de découvrir ces jeunes gens épris de liberté et de culture psychédélique. C'est avec eux qu'il vivra les événements de mai 68, c'est à leur côté et dans la rue tout d'abord, qu'il entamera sa « clinique », plus portée alors par la

[78] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, pp. 127-130.

découverte émerveillée d'un monde sans carcan que par un savoir médical académique peu applicable, à ses yeux, dans un tel contexte.

« Je passais des soirées entières auprès de mes nouveaux amis, pénétrant, peu à peu, les endroits plus ou moins fermés où ils s'entassaient(...). Combien dérisoire, soudain, me paraissait le monde que j'avais pris l'habitude de fréquenter, celui des jeunes psychiatres et psychanalystes en complet veston, avec qui j'allais assister à des vernissages distingués, écouter des concertes cérémonieux. Je pensais à ces discussions que nous menions doctement, visages fermés, sur telle ou telle interprétation d'un alinéa de Freud...Quel soulagement soudain ! (...). Et petit à petit tous ces gens se sont accoutumés à moi, ont tenu pour naturelle ma présence parmi eux, ont commencé à s'ouvrir et à m'interroger : « Que penser de ce produit, que faut-il faire lorsqu'on se trouve dans tel état ? etc ». Puis les demandes sont devenues plus précises : « Je connais une piaule où il y a des gars qui vont vraiment mal. Pourriez-vous venir ? ». J'allais voir. Je donnais un peu partout mon numéro de téléphone à l'hôpital, en sorte que, très vite, les jeunes ont pris l'habitude de m'appeler. Bref, j'avais institué une sorte de clinique dans la rue. Je l'ai pratiqué cahin-caha durant trois années, trois années qui, pour moi, constituent un souvenir exaltant »[79].

Nous l'avons vu, le traitement répressif et autoritaire de la folie, de la maladie mentale tend progressivement, à perdre tout son sens. Face à la folie-maladie, objectivée, positivée, encadrée, certains posent « la folie porteuse d'une sorte de vérité mystérieuse sur l'existence, toujours réprimée par la pression sociale qui la dégrade en maladie mentale. Au lieu de soigner le fou par des moyens coercitifs, il faut se mettre à son écoute et tout au plus aider à ses retrouvailles avec lui-même en l'accompagnant au long du parcours de la folie ».[80] Cette forme de pensée marque une rupture avec la médecine mentale académique, et va s'inscrire dans l'ensemble des mouvements contestataires de l'époque, cristallisés dans les événements de Mai 68. Dans cette période de révolte anti-autoritaire, la psychiatrie classique va être de plus en plus contestée, critiquée; certains y percevant « une figure paradigmatique de l'exercice du pouvoir, archaïque dans sa structure, rigide dans son application, coercitif dans sa visée »[81]. La psychiatrie en tant que forme de pouvoir établi, en tant que modèle généralisé de pouvoir, sera la cible des anti psychiatres. On lui opposera la méthode psychanalytique, « libératrice » et plus axée sur une problématique de la subjectivité.

Bien que se situant en marge du système de soins psychiatrique classique, le jeune C. Olievenstein s'impliquera peu dans les débats et discussions qui bouleverseront, pour un

---

[79] *Ibid.*, p. 133.
[80] CASTEL R, *op. cit.*, 1981, p. 23.
[81] CASTEL R, *op. cit.*, 1982, p. 24.

temps, les hiérarchies professionnelles établies. Les débuts de son parcours sont avant tout, ceux d'un observateur ; observateur singulier des pratiques et modes de pensée de son temps.

2-2 : Des modèles de prise en charge

Si la toxicomanie ne constitue pas encore un domaine de prise en charge spécialisé, sa jonction avec les mouvements de l'antipsychiatrie semble déjà entamée. Cette rencontre est particulièrement visible à l'étranger où le jeune médecin est appelé à se rendre, pour la première fois dans le cadre de sa « spécialité », dès 1969. Sa réputation en ce domaine commence, elle aussi, à se faire entendre.

« C'est de l'étranger que devait me parvenir la première marque d'intérêt suscité par mes efforts. Fin 1969 (...), je recevais, en effet, une invitation d'un médecin suisse, M. Lilliaz (...). Il souhaitait que je vienne participer à un colloque sur la drogue. Mon premier mouvement a été de refuser. Mais le personnage qui deviendrait un ami, tenait fort à moi. Comme il connaissait bien le ministre de la Santé, il l'a fait intervenir pour que je revienne sur ma décision. Les milieux officiels étaient stupéfaits : « Mais qui est donc cet Olievenstein ? ». J'ai finalement accepté et je me suis rendu à Genève, où j'ai été somptueusement reçu. Avec étonnement, je découvrais l'écho que soulevaient mes prises de position, alors qu'en France, elles étaient plutôt battues en brèche...Ce colloque devait constituer le point de départ de toute une série de rencontres et de déplacements à l'étranger »[82]

C'est probablement aux Etats-Unis, partant de la découverte de quelques structures nouvelles, que la pensée encore abstraite du futur toxicothérapeute va trouver de quoi s'aiguiser. La visite notamment de la toute récente « Free clinic » d'Haight-Ashbury à San Francisco, ainsi que d'autres dispositifs dont « Synanon » dans le même Etat, engageront chez lui un certain nombre de convictions.

« Peu de découvertes, je dois le reconnaître, ont autant influencé mes recherches que celle que je fis à San Francisco, de la Free clinic, d'Haight-Ashbury, créée et animée par Dave Smith. Je me souviens de ma stupéfaction devant cette succession de petites maisons un peu crasseuses, de type semi-colonial : on pensait beaucoup plus à une communauté qu'à un ensemble hospitalier. Les murs étaient constellés de posters, le climat, imprégné de musique pop. Les gens qui vous recevaient - de jeunes soignants en rupture de ban avec « l'establishment », d'anciens toxicos, aussi - étaient habillés en hippies et ne se distinguaient pas de ceux qu'ils prenaient en charge »[83]

---

[82] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, pp. 296-297.
[83] *Ibid.*, p. 299.

Implantée au cœur des quartiers à forte population toxicomane, basée sur la gratuité des soins, garantissant l'anonymat, la « Free clinic » de D. Smith, est ouverte à tous les « drogués », pourvu qu'ils soient volontaires. Aucune condition n'est posée ici d'abstinence ni de sevrage. L'équipe (dont un médecin) qui visuellement ne se distingue guère des jeunes gens accueillis, est là afin seulement d'accompagner et de répondre aux demandes. De fait l'éventail des pratiques est relativement large : réanimations en pleine rue suite à des over-doses, accompagnements psychologiques et autres soins somatiques de toute sorte (dentaires, etc)[84]. C. Olievenstein tirera nombre d'enseignement de ces observations.

« Je réalisais, en premier lieu, qu'un toxico n'avait de chance de s'en sortir que s'il effectuait une démarche volontaire. Mais j'observais, tout aussitôt, combien fragile, sujette à caution, pouvait être cette décision : un drogué volontaire à dix heures, ne le sera plus, quelquefois, cinq minutes après. Le psychisme d'un toxico entretient un rapport particulièrement mobile avec les phénomènes de la vie, et le temps où se déploie son pouvoir de décision diffère radicalement de celui d'un homme ordinaire. Aussi faut-il conforter sa démarche, lorsqu'elle apparaît friable, ou la convertir, lorsque la demande n'est que ponctuelle, qu'elle n'implique nullement le renoncement aux stupéfiants. Pour cela, on doit créer un climat spécifique de séduction, qui accroche le sujet en lui procurant un plaisir de substitution, premier temps nécessaire de la prise en charge (...). J'appréciais notamment l'intelligence de l'accueil : il était important que les jeunes fussent reçus par des soignants très semblables à eux ; je prenais conscience d'autre part, du rôle que pouvaient jouer les anciens toxicos. J'étais extrêmement frappé, enfin, par l'extraordinaire chaleur humaine qui entourait les jeunes et se traduisait par des attentions multiples - ainsi avais-je assisté à une fête organisée pour l'anniversaire de l'un d'entre eux. Je me disais bien qu'il y avait là un peu de démagogie mais je la sentais nécessaire»[85].

L'autre forme de structure, dont « Synanon »[86] constitue le modèle se présente comme une sorte de vaste communauté de type kibboutz, aux règles largement plus draconiennes. La communauté des biens y est de mise, tout comme l'obligation de travail ainsi que l'interdiction, tout au moins durant les premiers temps, de toute vie de couple dans l'enceinte du dispositif[87]. Relativement critique quant à ce qu'il nomme « l'exploitation économique » de ces jeunes gens, C. Olievenstein souligne toutefois « l'apport inappréciable de la vie communautaire » telle qu'elle est instaurée ici.

---

[84] Un tel modèle n'est pas très éloigné des « Boutiques » ou dispositifs « bas seuil » mis en place en France au début des années 90, nous y reviendrons dans la deuxième partie. .
[85] OLIEVENSTEIN C, *op.* cit., 1977, p. 299.
[86] Structure fondée en 1958 par un ancien membre des Alcooliques Anonymes, Cf. notamment sur ce point BERGERON H., Soigner ou prendre soin des toxicomanes : Anatomie d'une croyance collective. Thèse de Doctorat de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris, Mention Sociologie, 1997, p. 108.
[87] Qui restera la hantise de toutes les institutions spécialisées en toxicomanie.

« Si tous ces gens, finalement, parviennent à décrocher de la drogue, c'est qu'ils reçoivent, en échange, quelque chose qui est la chaleur du groupe : c'est à travers la vie en commun, l'appui que chacun constitue pour l'autre, quand cela va mal, que l'angoisse se métamorphose en une forme de joie. J'ai éprouvé cette densité humaine en visitant Synanon et je m'en suis souvenu dans l'aménagement des post-cures »[88]

D'autres visites, ailleurs, lui dévoileront certains des aspects totalitaires de tels principes. Si la psychiatrie psychanalytique témoigne à l'étranger d'une avancée certaine dans ce domaine de la toxicomanie, d'autres pratiques s'annoncent aussi, à la faveur d'un retour de l'objectivisme médical, et comme le souligne R. Castel « un intérêt accru pour des pratiques ou des techniques qui n'avaient jamais été abandonnées, mais qui subsistaient un peu honteusement, recouvertes par un discours dominant plus flamboyant »[89]. Les thérapies comportementales issues des théories de B.F. Skinner fleurissent alors aux Etats-Unis. De telles méthodes qui visent essentiellement la disparition des symptômes, donnent certes des résultats spectaculaires, mais ils se couplent d'un régime de conditionnement excessivement infantilisant et dépersonnalisant : récompenses et punition, humiliations publiques, système de primes, expiation orale de la faute etc. Les « programmes méthadone » autre technique, pharmacologique cette fois, mis en place quelques années plus tôt aux Etats-Unis déclencheront également les critiques de C. Olievenstein.

« Je ne suis pas moins hostile au « programme méthadone », un nouveau système anti-drogue qui, depuis quelques années, se développe aux Etats-Unis. La méthadone est (...) un morphiné de synthèse qui agit contre la douleur mais, théoriquement, ne procure pas de plaisir. Sa durée d'action est de douze heures environ, lorsqu'on en boit une certaine quantité. Durant ce temps, on ne ressent aucune jouissance si l'on essaie de prendre de la « poudre ». On se trouve donc comme si l'on était défoncé, on ne peut pas se piquer, on n'a pas de plaisir, mais on est pas trop mal dans sa peau (...). On imagine, dès lors, tout le parti qu'un pouvoir peut tirer d'un tel produit, et qui n'a rien à voir avec la thérapeutique de la toxicomanie : distribuer de la méthadone aux drogués, en effet, cela revient simplement à les transformer en « infirmes médicaux légaux », selon l'expression du grand psychiatre américain Szasz. (...) Certes, les gens auxquels on donne le produit se trouvent libérés de la hantise de se procurer les cinquante ou cent dollars quotidiens dont ils avaient besoin pour acheter leur héroïne, ils sont en fiche et, par-là, contrôlés ; et comme on peut, « s'ils ne se comportent pas bien », les menacer de les rayer du programme alors que la méthadone engendre une dépendance aussi forte que l'héroïne, ils se trouvent donc encadrés. L'opération, en somme, a pour fin réelle la surveillance des plus pauvres, les noirs en particulier, et il est significatif qu'elle porte le nom de « maintenance » - un maintien qui peut durer de quinze à trente années »[90].

---

[88] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, pp. 300-301.
[89] CASTEL R., *op. cit.*, 1982, p. 104.
[90] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, pp. 302-303.

Curieuse circulaire de l'histoire peut-on dire. La méthadone en effet était advenue en 1947 dans le traitement médicalisé des morphinomanes et des héroïnomanes. Le signalement de cas de méthadonomanie avait ensuite conduit la France à en prohiber l'usage. Le redéveloppement de tels programmes aux Etats-Unis pour le traitement des toxicomanies « lourdes » et anciennes, renouait donc ainsi avec une tradition médicale vieille d'au moins cent ans. En réalité se perçoivent et se prolongent dans ce domaine de la toxicomanie des enjeux préexistants dans le champ initial de la psychiatrie. Si la formule psychanalytique domine alors en France transcendant les antagonismes du vieux couple qui avait nourri la psychiatrie, les progrès scientifiques en matière bio-chimique commençaient ailleurs (et notamment aux Etats-Unis) à faire preuve d'une réelle efficacité dans les « maladies de l'esprit ». A l'utilisation de médicaments sur un mode aveugle dont on ne connaissait guère que les effets les plus visibles, se substituait peu à peu un tout autre usage, éclairé, sur la base d'une connaissance des mécanismes de leur action sur le psychisme. De fait et à mesure de tel progrès, la maladie mentale comme le souligne R. Castel pouvait devenir une maladie « comme une autre ».

En France cependant, le petit monde naissant du soin en toxicomanie n'était pas, pour l'heure prêt à accueillir en fanfare ce retour de la substance magique. La préférence allait indiscutablement vers une approche relationnelle désenclavée de tout carcan qu'il soit chimique ou institutionnel. Il ne s'agissait plus ici d'engourdir la souffrance mais de l'éveiller au moyen du langage et de la libre parole qui ouvrirait l'accès à la « vérité ». La nouvelle thérapeutique devait se déployer en une communauté de vie guidée par l'expérience. La pensée du futur toxicothérapeute allait donc logiquement vers ces modèles expérimentaux originellement appliqués sur l'enfance ; celui notamment des anti psychiatres anglais Laing et Cooper « qui partageaient vingt quatre heures sur vingt quatre, la vie de leurs malades schizophrènes sans recourir aux médicaments et aux techniques thérapeutiques »[91] ; Celui de F. Basaglia en Italie auquel faisait écho la clinique Laborde de Courcheverny dans laquelle s'était fondée une véritable « topologie de la rencontre » basée notamment sur « la liberté de circulation des patients et du choix de leurs activités, la multiplication des supports à la relation, les contrats avec les patients et l'accueil permanent[92] ; celui de B. Bettelheim qui « tente de faire « renaître » les enfants psychotiques après les avoir conduits à régresser jusqu'aux premiers balbutiements du langage »[93] ; celui enfin, et parmi tant d'autres de M.

---

[91] *Ibid.*, p. 230.
[92] GEORGE M-C., TOURNE Y., Le secteur psychiatrique, Paris : PUF (Coll. « Que sais-je ? »), 1994, p. 31.
[93] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, p. 230.

Mannoni qui s'occupait à Bonneuil d'enfants psychotiques. C'est bien dans cette mouvance que s'inscrivait « les communautés thérapeutiques américaines, comme Synanon, qui réussissent auprès des drogués »[94]. C'est vers cette même voie qu'irait donc C. Olievenstein.

Une fois sa thèse soutenue, fort de ses premières expériences auprès de cette jeunesse parisienne sympathique, désinvolte et attachante, peu portée alors vers les drogues dures, il décide de créer, avec le soutien de son patron le Dr Borenstein, une unité de soins et de sevrage pour toxicomanes, dans un petit pavillon inoccupé de Villejuif. Rapidement, adressés par d'autres hôpitaux ou par la police, les « toxicos » affluent dans cette petite unité spécialisée, bousculant toute règle de vie et d'organisation hospitalière. Bardés de leurs outils psychiatriques et de vagues connaissances psychanalytiques, le docteur et son équipe (un personnel infirmier essentiellement féminin, autre acte subversif dans un univers traditionnellement régit par des règles de non-mixité), vont peu à peu apprendre, tout en s'efforçant de ménager tant bien que mal une administration demeurée dans l'expectative, à s'ajuster à ces patients hors du commun qui n'entrent guère dans leurs schémas théoriques classiques. En 1970, une réforme de ce service est décrétée. Le Dr Olievenstein et son équipe sont transférés dans une unité plus vaste. Ce changement lui permet d'accueillir plus de patients mais, fait qu'il déplore : « ses toxicomanes » se trouvent alors mélangés aux malades mentaux ordinaires.

> « Du coup l'atmosphère s'est rapidement dégradée. Les faits mêmes imposaient que soit créée une structure neuve où serait intégré et dépassé l'acquis de l'expérience que je venais de vivre. Il fallait faire un pas de plus, mettre sur pied une institution qui abolirait définitivement les barrières entre le personnel et les jeunes, où au contraire se noueraient entre eux de chaleureuses relations affectives »[95].

Ce « pas de plus » vers la circonscription et la prise en charge spécifique d'une population allait bientôt pouvoir être franchi à mesure du retour d'une certaine représentation sociale de la toxicomanie dans le contexte déjà largement entamé d'une médicalisation d'un certain nombre de « phénomènes sociaux ».

---

[94] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, p. 230.
[95] OLIEVENSTEIN C, *op. cit.*, 1977, p. 181.

2-3 : L'élargissement d'une brèche

La création du « groupe de Sèvres »[96], puis le Congrès de Tours en 1959 avait permis aux promoteurs du secteur de faire valoir leur projet auprès de la Commission des Maladies Mentales (CMM) et du Directeur Général de la Santé largement ralliés à leur cause. Formulé de façon expérimentale depuis le début des années 50, le secteur sera officialisé par une circulaire datée du 15 mars 1960. « Il s'agit à la fois d'humaniser les conditions de la pratique psychiatrique existante, c'est-à-dire essentiellement de transformer l'asile pour en faire un « milieu thérapeutique », et de déplacer l'ensemble du dispositif institutionnel pour aller au devant des véritables besoins de la population »[97]. La politique de secteur avait choisi de diviser chaque département en zones géographiques de 67 000 habitants. Dans chacune d'elles une même équipe médico-sociale et donc pluridisciplinaire devait « assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre dépistage (...), traitement et soins avec ou sans hospitalisation et post-cure »[98]. Il s'agissait « d'entreprendre les soins des malades mentaux à un stade aussi précoce que possible, afin de disposer des plus grandes chances de succès, et apporter aux anciens malades un appui médico-social leur évitant des récidives »[99]. En outre le secteur était censé « éviter les désadaptations qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel »[100]. Cette politique visait aussi bien sûr la modernisation des hôpitaux psychiatriques qui devaient dès lors se coordonner au nouveau système. La circulaire précisait d'ailleurs que « la capacité en lit des services devait être réduite par rapport à celle qui était admise jusqu'ici, au bénéfice des équipements extra-hospitaliers »[101]. Mais la place de l'hôpital, renforcée notamment dans ses missions de recherche et d'innovation technologique par la loi Debré de 1948, allait toutefois demeurer prépondérante par rapport aux pratiques dites « extra-hospitalières », terme qui ne manquerait pas au demeurant d'être critiqué par les protagonistes du nouveau modèle même si, avec tant d'autres, il entamait ici une longue carrière.

« Quel vocabulaire ! Je n'ai pas été le premier à mettre en cause le vocabulaire « extra-hospitalier », le premier qui l'a mis en cause, c'est Hazemann : extra-hospitalier ? C'est donc l'hôpital qui est le centre du monde ! (...). Avec les histoires aussi de « pré-cure », « cure » et « post-cure » : ce centrage, cet enfermement de

---

[96] Le groupe de Sèvres, de la ville du même nom où il se réunissait, avait été créé sous l'initiative de G. Daumézon.
[97] Cf. Recherches : Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ? *op. cit.*, p. 527.
[98] Circulaire du 15 mars 1960.
[99] *Ibid.*
[100] *Ibid.*
[101] *Ibid.*

la fonction médicale de service public dans les murs des lieux de soins, là où le docteur est le maître, a engendré ce vocabulaire fabuleux dans lequel la cure c'est l'hospitalisation. La psychiatrie emprunte au vocabulaire de la lutte anti tuberculeuse : la pré-cure, la cure et la post-cure, car, dans le vocabulaire sanatorial, la cure se fait dans l'établissement, et le reste n'est plus que de la post-cure»[102].

Nous étions loin, en réalité, du renversement radical opéré en Italie à la suite du véritable combat politique mené par Basaglia et son école. Ici d'une part, comme le montre R. Castel, les praticiens hospitaliers concevaient mal une pleine exportation de leurs pratiques à l'extérieur de leur cadre traditionnel d'exercice. Cette perspective bousculait peut-être trop l'agencement institutionnel et professionnel de la psychiatrie française d'alors. Mais refuser de se soumettre à cette nouvelle aventure était aussi sans doute un moyen pour elle d'échapper à des remises en question trop profondes. D'un autre côté, la mise en place du secteur permettait également à ses promoteurs de ne pas avoir à choisir catégoriquement entre notamment « la réforme de la structure hospitalière et la psychiatrie d'extension, les soins et la prévention, le rôle de thérapeute et celui de conseiller »[103]. Nous verrons d'ailleurs par la suite que, tout au moins concernant les deux derniers couples d'approche, ce non-choix comme principe d'intervention, était promu à un bel avenir.

Outre donc les réalisations de certains agents promoteurs, la politique de secteur ne sera que partiellement appliquée durant ces années. L'arrivée d'un nouveau Ministre à la Santé verra d'ailleurs la disparition de la Commission des maladies mentales, et donc le départ de ceux qui avaient contribué à porter le projet. Les Journées du « Livre blanc de la psychiatrie »qui se déroulent durant les années 1965-1967 sous la présidence de H. Ey, verront se renforcer un certain nombre de revendication du côté des professionnels de la psychiatrie. Il sera d'ailleurs adressé au gouvernement une série de conclusions demandant notamment : « la réforme de l'enseignement universitaire de la psychiatrie, séparé de celui de la neurologie, l'amélioration du statut des psychiatres et l'augmentation de leur effectif à 4000 afin de réaliser la sectorisation ». [104].

L'année 1968 et les mouvements idéologiques qui la caractérise contribueront à accélérer une prise en main politique de ces revendications. Bien que peu porté sur la médecine mentale, le nouveau Ministre de la Santé (M Schumann) saura s'entourer de conseillers utiles à l'avancement des réformes[105]. Une impressionnante série de textes (lois,

---

[102] BONNAFE L., *op. cit.*, p. 161.
[103] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, pp. 52-53.
[104] GEORGES M-C., TOURNE Y., *op.* cit., p. 38.
[105] Sylvie Faure notamment, fille du Président Faure, elle même psychiatre.

circulaires) va progressivement être publiée « libérant » officiellement la psychiatrie de certains liens qui l'enserrait encore. Une première loi datée du 30 janvier[106] portera réforme du statut des malades mentaux jusque là toujours régi par la loi de 1838. A l'ancien régime de l'interné-enfant dépourvu de toute responsabilité se substitue un régime gradué de privation des droits (la sauvegarde de justice, la curatelle, la tutelle) qui détache la médecine mentale d'un strict rôle de gardiennage et de surveillance. Une autre datée du 31 juillet, visera l'intégration des hôpitaux psychiatriques dans l'hôpital général affirmant désormais le prima de sa mission médicale. Une autre encore instaurée le 30 décembre posera les bases d'une spécificité du savoir psychiatrique et de son enseignement[107].

L''arrivée de R. Boulin au Ministère de la Santé, va contribuer à relancer la sectorisation qui va dès lors couvrir (nous y reviendrons) un ensemble disparate de domaines d'applications : la prise en charge de l'enfance, de l'adulte ; de pratiques : la prévention, le soin, la post-cure etc ; et d'univers professionnels, qui devront dès lors apprendre, à se coordonner. Paradoxalement c'est au moment même où elle parviendra à se déployer pleinement que cette politique commencera à être sévèrement critiquée en raison de son caractère essentiellement gestionnaire, non prévu, naïvement peut-être, par ses promoteurs de la première heure. A mesure que le secteur psychiatrique étend ses attributions vers un public et des pratiques élargis, il resserre aussi une emprise sur des populations qui jusque là tendaient à échapper aux institutions. Du même coup le psychiatre, placé au centre d'un tel système, voit son rôle considérablement changé, dès lors en effet « son statut comporte des obligations auxquelles il ne peut se dérober et qui relèvent du maintien de l'ordre public, de l'inventaire et du contrôle de populations marginales »[108]. La thématique du contrôle social, que M. Foucault, R. Castel et bien d'autres en France comme à l'étranger (« Asiles » de E. Goffman est traduit en 1968) commencent à développer, pèsera de tout son poids dans les réflexions des initiateurs, pris dès lors dans des contradictions sans fins. Car un mouvement est bel et bien enclenché et si les murs des asiles et autres institutions de traitement se font et se feront (y compris trente années plus tard) de plus en plus invisibles, il n'est pas sûr que « la folie » qu'ils contenaient n'en soit pas moins dès lors traquée, débusquée, surveillée. « Toile d'araignée », « réseaux », « maillages » de toutes sortes et de plus en plus affinés en valent déjà et en vaudront bien toute l'efficacité surtout lorsque les dangers, les risques eux-mêmes se feront de plus en plus difficiles à « cadrer ».

---

[106] Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit sur les incapables majeurs
[107] Instauration du CES (Certificat d'Etudes psychiatriques), le 30 décembre 1968
[108] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 54.

« Pour le type qu'on fou hors de l'asile, il y a une répétition de la situation asilaire ; à un moindre degré, certes, parce qu'il n'y a plus le pouvoir de l'asile, mais il y a quand même une tendance à reproduire cette situation. On devient plus humain, mais on fait pareil, on essaie de créer une nouvelle zone asilaire autour du malade : quelqu'un qui va s'occuper de lui, qui va le surveiller, qui téléphonera si ça ne va pas, qui l'amènera au dispensaire... Tout un réseau, comme une sorte de toile d'araignée. Je pense que c'est déjà mieux, cette toile d'araignée en ficelle, par rapport à la toile d'araignée en métal de l'asile. Mais la toile d'araignée est là quand même. Au dispensaire, la famille qui vient avec le malade lui dit devant nous : « enfin, on est gentil avec toi, les infirmiers viennent te voir à la maison, et tu ne prends pas ces médicaments ? Et pourtant on t'a dit, etc. ». Une situation asilaire se créé à nouveau, et le type est piégé comme une mouche dans une toile d'araignée. On peut se raconter qu'à force de répéter, un jour les fils seront tellement ténus qu'ils disparaîtront : je n'en crois rien. Les liens seront peut-être plus ténus, mais il y en aura beaucoup plus. Ca risque d'être encore plus oppressif. Je n'en sais rien, mais ça ne me semble pas bien parti tout ça. (...) Même quand je dis, moi, qu'il faut dé-psychiatriser ou dé-technocratiser, je suis piégé comme tout le monde. A la limite, je me demande s'il ne faut pas laisser pisser. Ne pas bouger. Mais ce n'est pas possible non plus, parce que dans les asiles et dans le secteur, il y a quand même des gens qui croupissent. Quand un type est en train de crever de faim, tu ne peux plus te poser le problème de la charité. Ca n'a pas de sens. Tu es là, et tu lui donnes un morceau de pain. En face du drame d'un malade, tu ne peux pas faire autre chose que répondre à la demande, même si tu as une inquiétude intérieure. Dans un certain contexte, l'inquiétude intérieure c'est un luxe. Ca peut même te donner bonne conscience et te faire oublier le reste, mais quand même...on est dans des contradictions insensées. Pas moyens de s'en sortir »[109]

La toxicomanie comme nouveau fléau à combattre arrivera d'ailleurs à point nommé dans cette politique. Durant cette même période en effet, elle devient un « fait de société ». La presse consacre de plus en plus d'articles au « phénomène » et le nombre des interpellations pour infraction à la loi sur les stupéfiants augmentent assez brutalement[110]. Pourtant, comme le font remarquer R. Guerrieri et P. Pinell « une enquête menée en 1969 pour l'Assistance Publique met en évidence l'infime proportion de consommateurs de drogues traités dans les hôpitaux »[111]. Leurs caractéristiques qui plus est : « il s'agit pour l'essentiel de femmes, utilisatrices intempestives de barbituriques et plutôt âgées »[112], sont fort éloignées de l'image des jeunes « droguées » délinquants mis au premier plan dans le débat public : « ceux-ci sont jeunes, en majorité des hommes, contestataires ; leur consommation est variée (dérivés du

---

[109] TORRUBIA H., In recherches : Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ? *op. cit.*, p. 542.
[110] Comme le soulignent R Guerrieri et P Pinell, ces chiffres « se gonflent entre 1968 (207) et 1970 (1374) », in GUERRIERI R., PINELL P., op. cit., 1984, p. 40.
[111] *Ibid.*
[112] *Ibid.*

cannabis, LSD, Héroïne etc.) et prend place dans un ensemble de pratiques culturelles partagées à des degrés divers par une grande partie de la jeunesse étudiante et lycéenne »[113].

Ce mouvement général en faveur de la prise en charge particulière d'une déviance (la consommation de drogues) relève en fait de la conjonction de plusieurs éléments sociaux, politiques et idéologiques. Si certains faits vont à ce moment marquer la société comme « le drame de Bandol », leur mode de traitement spécifique (en terme médiatique[114] mais aussi, on va le voir, politique) est à mettre en rapport avec le contexte idéologique tel qui s'est exprimé en 1968, ainsi qu'avec la stratégie globale de médicalisation des populations, la « manière douce », véhiculée notamment par la nouvelle politique du secteur.

Comme l'ont analysés M. Zafiropoulos et P. Pinell[115], durant ces années qui suivent mai 68, « la consommation de drogues se développe à l'intérieur d'une configuration nouvelle. Il faut analyser ce qui est au principe de sa constitution pour comprendre la nature des discours et des pratiques qui y trouvent place » C'est l'effondrement notamment d'une illusion, celle de pouvoir transformer la société toute entière. Un nouveau discours apparaît, qui laisse place à l'incertitude face à l'avenir, le rejet des valeurs scolaires et du mode de vie « embourgeoisé » des aînés. Le mouvement underground français se développe, prônant un mode de vie alternatif, le retour à la nature (c'est la grande époque des communautés « hippies »), aux activités artisanales ou artistiques. L'usage de drogue occupe une place centrale dans cette culture : hors la loi elles en renforcent le caractère contestataire ; leurs effets s'avèrent aussi propices à la convivialité tout comme à la création artistique. Mais, comme le soulignent les auteurs : « le discours underground sur la drogue comme moyen de parvenir à la création artistique, nie tout ce que la reconnaissance des capacités artistiques d'un individu doit au capital culturel accumulé préalablement, et entretient l'illusion, pour ceux qui, issus des classes populaires et entrés dans un processus de marginalisation, cherchent à se placer sur le marché culturel underground, qu'ils peuvent y arriver en consommant des drogues »[116]. C'est précisément à partir de la diffusion de la consommation des drogues vers ces individus des classes populaires que le discours des pouvoirs publics et des spécialistes va peu à peu se modifier. La « toxicomanie » va alors être érigée en « fléau

---

[113] *Ibid.*

[114] Comme l'écrit C. Olievenstein dans son premier ouvrage biographique : « L'opinion publique, du reste, venait de se sensibiliser brutalement au problème de la drogue avec l'affaire de Bandol. On s'en souvient peut-être, une jeune fille qui s'injectait de l'héroïne avait été retrouvée morte dans les W-C du casino, à la suite d'une overdose. C'était le creux de l'été. Les journalistes, n'ayant pas grand chose à se mettre sous la plume, avaient monté l'histoire en épingle. » in OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, p. 181.

[115] ZAFIROPOULOS M., PINELL P., *op. cit.*,1982, p. 64.

[116] *Ibid.*, p. 68.

social », et un nouveau dispositif juridique et institutionnel va être mis en place à partir de la loi du 31 décembre 1970[117]. Des bases seront posées désormais pour la mise en place d'un nouvel équipement médicalisé garantissant une intervention spécialisée autour du « problème » de la toxicomanie.

3 - Des compromis pratique

3-1 : Une jonction d'intérêts

La répression de l'usage de stupéfiants (définis juridiquement de façon tout à fait tautologique puisque d'après les textes de la Convention Unique de 1961 : est stupéfiant toute substance naturelle ou synthétique figurant sur la liste des stupéfiants), date en France (nous l'avons partiellement vu), de la loi du 12 juillet 1916. A cette époque de grands débats entre praticiens sur l'usage antalgique de la morphine, sur le contrôle médical de l'intoxication, cette loi va agir directement transformant peu à peu les discours et les pratiques, même si, dès sa publication, les médecins émettent un certain nombre de critiques. Cette loi pénalise essentiellement l'usage des stupéfiants en société. Ainsi : « seront punis d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 1000 à 10 000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenus aux dispositions concernant les stupéfiants tels que l'opium brut ; extrait d'opium ; morphine et autres alcaloïdes de l'opium ; cocaïne, ses sels et dérivés ; haschich et ses préparations. (...). Serons punis des même peines ceux qui auront usé en société des dites substances ou en auront facilité à autrui l'usage (...). Seront punis des peines prévues en l'article 2 : (...) les personnes qui auront été trouvées porteuses, sans motif légitime, de l'une de ces mêmes substances »[118]. Cette loi réglemente également les conditions de rédaction et d'exécution des ordonnances, ce qui aura pour principal effet de voir les médecins renoncer aux prescriptions de morphine, y compris face à la souffrance.

Une nouvelle loi datée du 24 décembre 1953 va inaugurer le traitement de l'usager comme malade. Le texte prévoit que les personnes faisant usage de stupéfiants et inculpés par un juge d'instruction pourront être astreintes à subir une cure de désintoxication. Ainsi, d'un régime purement répressif, on passe à un régime dualiste comportant à la fois une peine et une mesure de sûreté.

---

[117] Loi n° 70-1320 « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses ». Journal Officiel du 3 janvier 1971.

Mais la loi de 1953 n'est qu'une étape vers un dualisme encore plus marqué, qui trouve son épanouissement dans la loi du 31 décembre 1970, « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de stupéfiants ». A côté d'un important arsenal répressif qui contraste avec la réalité du moment (récrimination pour la première fois en France de l'usage individuel, ainsi que de la présomption d'usage ; récrimination de la provocation à l'usage que ce soit au moyen de l'écrit, de la parole ou de l'image, prolongation de la garde à vue, autorisation de la perquisition de nuit, pour ne citer que quelques-unes une de ces mesures[119]), vient s'ajouter un important volet curatif et médical, versant « libéral » qui a le mérite, à l'époque, de la rendre acceptable, y compris par les partis de gauche. Ainsi le toxicomane délinquant peut échapper aux poursuites pénales s'il accepte de suivre une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale. Il s'agit là de la mesure d'injonction thérapeutique ou traitement obligatoire. L'autorité sanitaire (DDASS) est chargée de contrôler le déroulement du traitement. Des dispositions particulières nommées « traitement facultatif » sont posées concernant les personnes signalées par des services médicaux et sociaux et celles qui se présentent spontanément dans un établissement hospitalier ou chez un médecin privé afin d'y être soignés. La loi leur assure la gratuité des soins, l'impunité et, pour les seconds seulement, l'anonymat. On parlera alors respectivement de traitement accepté et de traitement volontaire (qui concerne exclusivement les usagers simples). La loi précise également que les personnes arrêtées par les services de police ou repérés par des services sanitaires feront l'objet (par la DDASS) d'un examen médical et d'une enquête sur leur vie familiale, professionnelle et sociale.

L'application de la nouvelle loi supposait donc pleinement la participation du milieu médical. Dès le départ, un premier débat s'engage entre politiques et spécialistes de tous bords. La majorité des psychiatres occupant des positions dominantes ne souhaite guère s'investir dans ce domaine en friche, peu prestigieux. Les hôpitaux quant à eux rejettent le plus souvent cette population jugée difficile et qui n'entre guère dans l'image traditionnelle du « bon malade ». Comme le fait remarquer H. Bergeron « l'administration centrale devra, au tout début, se contenter des rares bonnes volontés, qui, de ci de là, remontent du terrain : ainsi timidement dans quelques centres anti-poisons et de réanimation (hôpital Fernand Widal à Paris, hôpital Edouard Herriot à Lyon, etc), dans des services de psychiatrie comme celui de l'hôpital St Anne à Paris ou de l'hôpital Edouard Toulouse à Marseille »[120]. C'est donc aussi

---

[118] Articles 2 et 3 du code de la santé Publique.
[119] Pour plus de détail nous référons ici à cette loi.
[120] BERGERON H., *op. cit.*, p. 48.

vers de jeunes médecins en marge du système classique, déjà partiellement investi dans l'approche du « problème », que les pouvoirs publics vont être amenés à se retourner.

Jusque là cantonné à ses expériences enrichissantes au sein du pavillon de Villejuif, le Dr Olievenstein sera comme d'autres de ses collègues, sollicité pour cette nouvelle aventure. Il va trouver dans cette mise en événement, les conditions de possibilité de création d'une véritable institution.

« Face au problème qui faisait si brusquement irruption les pouvoirs publics ont commencé à s'affoler et à téléphoner dans tous les azimuts pour rechercher des spécialistes introuvables. C'est ainsi que le ministère a fini par atteindre M Docaigne, le directeur de Villejuif qui a immédiatement avancé mon nom. J'étais, il est vrai, un peu connu déjà. Jean-François Bizot m'avait extorqué une interview pour Actuel, et Michèle Cotta avait voulu organiser dans l'Express un long entretien avec moi que j'avais refusé, car je voulais que mon patron y participe. Le Dr Escoffier-Lambiotte, du Monde, s'était également intéressé à mes efforts. Enfin, j'avais fait un bref passage à la télévision. Mais c'est à M Docaigne, essentiellement, que je dois d'avoir connu la carrière que j'ai eue, et je lui en voue une réelle reconnaissance. Très rapidement, j'ai été appelé au Ministère de la Santé (...) où l'on m'a demandé ce que je faisais(...). Il y avait là M Gaillard, le directeur de cabinet, et M Thuillier, qui était chargé des problèmes de pharmacie, deux personnes importantes à qui il me faut rendre hommage (...). Tout de suite, ils ont compris qu'on ne devait pas laisser l'opinion publique s'enflammer, et qu'il fallait, d'autre part, enrayer sans délai la montée de la toxicomanie en lui apportant, dans la mesure du possible, des réponses originales. Indifférent aux cadres traditionnels du Ministère, M Thuillier a convoqué, à dates régulières, une commission informelle où les titres comptaient moins que les compétences : ainsi, à côté des inévitables mandarins, voyait-on se côtoyer, pour la première fois, sans doute, dans ce cadre officiel, des journalistes, des éducateurs et des médecins. (...) On m'a demandé quelques services pour les pouvoirs publics, puis on m'a introduit au Cabinet de M. Boulin, le Ministre du moment (...). On m'a demandé ce que je souhaitais. J'ai répondu : « avec les toxicos, nous débouchons sur une pathologie inédite. Les garçons et les filles ne veulent pas de l'enfer psychiatrique. Il faut des formes nouvelles d'accueil fondées sur le volontariat des malades, qui garantissent leur anonymat et aussi la gratuité des soins » (...). Tout cela n'allait pas de soi, bien loin de là ! C'était heurter de front, en effet, le monopole de fait que revendiquait la psychiatrie sur tout ce qui était de l'ordre de l'hygiène mentale. C'était provoquer également, les administrations et les bureaucraties qui n'admettaient pas qu'on s'évade des normes ». [121]

Un processus s'est déjà mis en marche quelques temps auparavant. Une première structure d'accueil extra-hospitalière pour toxicomanes, calquée sur le modèle importé de la « Free Clinic » de San Francisco, a déjà ouvert ses portes à Paris, sous l'impulsion d'un assistant social et d'un autre jeune psychiatre[122]. Peu séduit par les locaux de l'ancien hôpital

[121] OLIEVENSTEIN C, *op. cit.*, 1977, p. 183.
[122] Il s'agit de l'Abbaye dirigée par le Dr Orsel.

de Marmottan que lui propose l'administration, C. Olievenstein décide malgré tout, dans la hâte, d'y baser sa nouvelle institution. Le centre Marmottan ouvrira ses portes le 21 juillet 1971.

Cet ensemble répressif que constitue la loi de 1970 va ainsi trouver une traduction savante dans les discours médicaux, en la personne surtout de jeunes psychiatres, en marge de la psychiatrie classique, proches aussi sur un plan culturel, politique voire idéologique, de cette jeunesse contestataire qualifiée de dangereuse. Celle loi qui reconnaît au toxicomane le statut de « malade » et pose les bases nécessaires à la mise en place d'un équipement médico-psychologique garantissant une intervention spécialisée, va donc leur permettre d'asseoir leur pratique et d'élaborer leurs théories, tout en satisfaisant (bien que là n'était pas leur but) les pouvoirs publics, soucieux de disqualifier une jeunesse « incontrôlable ». Comme l'indiquent P. Pinell et M. Zafiropoulos, l'opération principale au cœur de la disqualification, dont le but est d'enlever toute légitimité à la consommation de drogues est cette superposition entre la consommation proprement dite et un contexte psychiatrique.

Certes, bien que n'ayant guère formalisé, pour l'heure, un modèle de soins précis et particulier, ces médecins s'avèrent être, comme nombre de leurs prédécesseurs, peu favorables à l'injonction thérapeutique comme à toute forme de coercition du traitement. Tous estiment que le traitement volontaire est préférable et certains pensent que l'adhésion du « malade » (selon les termes de la loi) est une condition indispensable à la réussite de la cure. Toutefois, une majorité tendra à fonctionner à partir d'un modus-vivendi. Pour beaucoup de toutes façons, le traitement du toxicomane comporte en lui un aspect coercitif imposé par le caractère du sujet. En fait, tous ces points de vue, comme l'explique R. Guerrieri[123], « coexistent d'une manière conflictuelle, mais ce qui fonde au préalable la catégorie de toxicomanie, c'est une définition juridique qui pose comme interdit l'usage d'un certain nombre de substances (...). Il y a plusieurs manières d'inscrire cette catégorie dans le cadre de la psychopathologie, mais l'impossibilité d'en fournir une définition savante d'elle-même, qui donnerait du point de vue psycho-pathologique une homogénéité, sans qu'elle soit dépendante d'un interdit législatif, range la toxicomanie parmi les formes hybrides »[124].

Outre ces réticences, cette loi légitime dès lors la création d'un nouvel espace pour la poursuite de leurs expérimentations. Cette « toxicomanie » se construit simultanément dans différents champs du pouvoir : politique, judiciaire et policier, psychiatrique. C'est l'un des

---

[123] GUERRIERI R., Drogues et contrôle social : aspects sociologiques de la prise en charge thérapeutique des toxicomanes, Thèse de troisième cycle, Paris, Université Paris V-René Descartes, 1984.
[124] *Ibid.*, p. 387.

effets de toute construction sociale : ils sont différents et se construisent des intérêts communs, ils se retrouvent en somme sur un même discours alarmiste. C'est au prix de cette alliance avec le politique que ces jeunes médecins (aidés d'autres éducateurs ou travailleurs sociaux) trouveront enfin les moyens d'afficher leur position et de développer leur pratique, désenclavés des hôpitaux et d'une psychiatrie rigidifiée incapable, selon eux, de s'adapter efficacement à cette population nouvelle. Ils mettront ainsi l'accent sur leur expérience de terrain, « hors les murs » et par-là même leur capacité à atteindre ces jeunes insoumis, réfractaires à toute institution de soin.

3-2 : Une « maladie » spéciale

Admiratif des tous premiers modèles porteurs, bien avant l'heure, de la sectorisation, C. Olievenstein sera de ceux qui la critiqueront vivement à mesure de son déploiement qu'il perçoit comme un « véritable encadrement policier ».

« Cette fameuse sectorisation avait été établie par des textes datant des années 60. Comme toujours, l'intention initiale était louable : il s'agissait de sortir un petit peu de l'asile, d'éviter les internements en assurant une présence et en apportant une aide à domicile. Un certain nombre de secteurs géographiques avaient été découpé, dont s'occupait un médecin des hôpitaux psychiatriques disposant d'une équipe, d'un service hospitalier et de deux dispensaires. Mais, selon une perversion fréquemment observée, cette idée généreuse, en passant par la psychologie naturellement répressive du psychiatre et le dogmatisme de l'administration, s'était muée en un véritable encadrement policier, en une entreprise, intolérante et rigide, de mainmise sociale. Sous prétexte d'aider la population d'un secteur donné, on avait vu surgir une nouvelle féodalité qui en contrôlait tous les problèmes mentaux. Impossible de choisir l'établissement que vous souhaitiez. Demandiez-vous, dans un centre d'accueil et d'orientation, à ne pas rejoindre un hôpital où vous aviez été mal soignés en suggérant le nom d'un autre, où vous aviez été remarquablement suivi ? Vous aviez, nonobstant, toutes les chances de vous retrouver dans celui qui ne vous convenait pas, simplement parce que votre quartier d'habitation en dépendait. Constamment, au cours des années à venir, j'aurai maille à partir avec ce quadrillage scandaleux »[125].

C'est pourtant à partir d'un tel mouvement qu'est suscitée une prise en charge spécifique de la toxicomanie. On ne peut manquer de voir alors dans ces critiques, par-delà la question de leur légitimité, une forme d'action symbolique visant l'imposition d'une « nouvelle » approche et d'une nouvelle norme, détachées de toute entreprise existante tant du point de vue médico-psychiatrique que d'un point de vue judiciaire et policier.

---

[125] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, p. 185.

C'est en effet sur fond de « maladie spéciale » que se forme ici la représentation savante de la toxicomanie. Une spécificité largement soutenue alors, à défaut de théorie, par les comportements de ces jeunes, rétifs à toute institution de soins. Une pathologie d'un genre inédit qui requiert donc une approche tout autant exceptionnelle. Il convenait ici de se démarquer de tout et en l'occurrence des savoirs établis, convenus, des approches en vigueur fussent-elles, en leur temps, novatrices et révolutionnaires, des hiérarchies aussi. Un tel point de vue, bien sûr, n'était pas sans susciter quelques réticences de la part des « aînés » du milieu de la psychiatrie.

« Dès le départ, du reste, la plupart de mes chers collègues devaient se dresser contre moi : je suis le seul médecin des hôpitaux psychiatriques – c'est un honneur – contre lequel le syndicat des psychiatres ait voté une motion. Il y avait ce problème de la sectorisation. D'autre part, j'avais osé parler de pathologie nouvelle, proclamer qu'elle ne s'attachait plus aux maladies, dans le sens classique, mais aux conduites, et qu'il fallait créer des endroits neufs pour accueillir les gens qui avaient des problèmes sans pour autant relever de l'étiquette de malade mental. Enfin, on me reprochait d'aller, par mes conceptions, contre les sacro-saintes règles de promotion qui veulent que l'on avance à l'ancienneté, et que les plus hauts postes, de ce fait même, échoient aux plus usés. Bref ils étaient jaloux. Ce n'était pas les seuls. J'avais aussi contre moi les titulaires de chaires, celles de psychiatrie notamment, et tout d'abord le fameux professeur D, qui avait déclaré à l'Express que le problème de la drogue n'existait pas. Il voyait d'un très mauvais œil qu'un jeune tente de créer quelque chose qui sorte un peu du cadre hospitalo-universitaire »[126].

On saisit mal de prime abord la teneur de tels débats. Certes comme l'indique H. Bergeron, cette volonté de créer autour de la toxicomanie une prise en charge spécialisée ainsi que des structures spécifiques, « remet en cause la sacro-sainte polyvalence du secteur psychiatrique »[127] et c'est précisément ce que ne peut admettre le syndicat des psychiatres. Un autre type d'opposition, comme le fait remarquer l'auteur, argumente dans le fait que la psychiatrie n'a pas à se charger d'une telle question. Elle est le fait de ces réformateurs engagés depuis plusieurs années déjà dans l'ouverture de la psychiatrie sur le social ; « la toxicomanie ne leur paraît pas devoir s'inscrire dans une logique de médicalisation (...). Pour eux, c'est le secteur social de proximité, non spécialisé –et en tête les clubs de prévention- qui doit s'atteler au dossier »[128].

D'autres raisons difficilement avouables, parce que complexes et plus enfouies alors, dans les esprits, sont toutefois à mettre en avant. Après tout, les promoteurs du secteur ne

---

[126] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, p. 185-186.
[127] BERGERON H., *op. cit.*, p. 51.

faisaient-ils pas valoir eux aussi une spécificité dans le fait que la maladie mentale n'était pas une maladie comme les autres ? Ne cherchaient-ils pas, de la même façon « l'origine du trouble psychique du côté d'une pathologie des relations »[129] ? Enfin, C. Olievenstein n'allait-il pas ici dans leurs sens en posant la nécessité d'une approche de la toxicomanie hors de l'hôpital ?

La question d'une prise en charge spécialisée de la toxicomanie, non soutenue pour encore (mais le sera t-elle jamais ?) par une quelconque théorie, rencontre en fait des enjeux sous-jacents à l'évolution de la psychiatrie elle-même, qui rejaillissent à cette même période, et que l'instauration jusque là relativement clémente du secteur avait tendu à masquer. Plusieurs éléments entrent ici en action et interagissent, découvrant à la fois les limites d'une « psychiatrie sociale » et les ambiguïtés d'une politique du secteur. Il convient de s'y arrêter un instant avant de poursuivre notre analyse sur le processus d'institution de la toxicomanie.

En premier lieu comme le souligne R. Castel, si les promoteurs du secteur se sont longtemps accordés sur le fait que la maladie mentale ne pouvait se prévaloir d'un schéma médical traditionnel, la concentration de leurs efforts autour d'un programme commun demeurait résolument plus pragmatique que théorique. Sur ce dernier plan en effet se cumulaient des approches hétérogènes qu'un assemblage sous le sceau de la « relation », tendait à voiler. Mais il demeurait fragile, superficiel et susceptible donc de s'effondrer à tout moment. Cette vulnérabilité engageait aussi, et de plus en plus, le rapport au monde extérieur ; ainsi « s'il est vrai que la politique de secteur mêle des pratiques différentes se réclamant d'options théoriques divergentes dans des institutions hétérogènes, elle peut difficilement se présenter comme un modèle conquérant »[130].

En second lieu, à cette même période, quelques premiers bilans de la sectorisation font apparaître la place toujours prépondérante de l'hôpital et de l'hospitalisation. A ces limites de la psychiatrie « hors les murs » vient s'adjoindre une autre désillusion : le rêve en effet des fameuses équipes médico-sociales pluridisciplinaires, tend à se lézarder. Alors que le nombre d'infirmiers et de psychiatres croît en des proportions considérables, celui des autres professions comme les psychologues ou encore les assistantes sociales demeure dérisoire. En fait, « de même que le système reste dominé par la structure hospitalière, il l'est aussi par la hiérarchie médicale et le couple traditionnel psychiatre-infirmier. Que peut signifier alors

---

[128] *Ibid.*, p. 52.
[129] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 59.
[130] *Ibid.*, p. 60.

l'expression d'équipe médico-sociale lorsque dans de nombreux services de secteur il n'existe même pas une assistante sociale ? »[131]

Un troisième élément qui nous semble tenir ici une place importante réside dans la création et l'organisation officielle, à cette même période[132], d'un secteur spécifique autour de l'enfance qui vient dès lors se dissocier du secteur psychiatrique pour adultes. Un tel découpage cadrait mal avec les ambitions généralistes et hégémoniques des psychiatres réformateurs qui n'envisageaient qu'un seul et unique secteur, quel que soit le type de population pris en charge. Certes le changement d'appellation, plus tard, du secteur infanto-juvénile en « inter-secteur » s'efforcera de corriger cet aspect d'une politique « tentaculaire » qui s'étend tout autant d'ailleurs qu'elle se resserre autour de certains objectifs. Mais on peut dire que le mal en quelque sorte était déjà fait, les insuffisances du secteur « première formule » ayant, de la sorte, été pointées, puis comblées sans d'ailleurs que ces psychiatres réformateurs aient été au préalable consultés.

Enfin, et ce sera notre dernier point, la généralisation du secteur va de paire avec sa prise en main progressive par l'administration qui se charge désormais de récupérer à son compte et d'homogénéiser des approches disparates, novatrices, originales, mises en place ailleurs sur un mode souvent expérimental (c'est notamment le cas du domaine de l'enfance). Au découpage géographique du secteur s'ajoute progressivement un découpage de plus en plus subtil des populations à prendre en charge[133], géré (souvent sans consultation préalable des professionnels de terrain) par les DDASS. En fait, « le vrai principe d'unification que promeut le secteur est d'ordre administratif : il permet de gérer l'hétérogénéité d'un certain nombre de pratiques et d'institutions qui tentent de prendre en charge les troubles psychiques au moment où ils émergent dans la communauté et y posent problème. C'est sans doute la raison pour laquelle les administrateurs y sont, à leur manière, attachés, tout en l'entendant dans un sens très différent des psychiatres »[134].

La question de la toxicomanie entre de plein fouet dans ces évolutions et il n'est sans doute pas erroné de penser que les débats auxquels elle donne lieu y soient rattachés. Cette pathologie nouvelle qu'aucun savoir particulier ne vient soutenir, fait d'une part écho, aux insuffisances théoriques des promoteurs du secteur qui commencent à transparaître. Sans doute cela vient-il en rajouter (même inconsciemment) à un trop plein d'éclectisme qui

---

[131] *Ibid.*
[132] Circulaire datée du 16 mars 1972.
[133] Après l'enfance, viendront l'alcoolisme, la toxicomanie, puis le handicap, la vieillesse aussi etc. Cf. CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 71
[134] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 69.

équivaut, quelque part, somme toute, à un vide. C'est aussi l'époque rappelons le, où sont dénoncées (et Olievenstein s'y emploie également) les effets pervers du quadrillage psychiatrique des populations et des déviances Et le nouveau compromis en phase de réalisation autour de la toxicomanie n'est pas loin d'en représenter l'archétype, d'autant que, hormis le fait qu'une certaine éthique libertaire domine les discours des premiers spécialistes, de par son essence même et son histoire, la « toxicothérapie » n'est pas très éloignée des vieux démons de la bio-chimie ou encore de la psycho-pharmacologie. Enfin, ce découpage supplémentaire d'une population spécifique, cette nouvelle spécialisation, nouvelle maladie, contribuaient aussi à entamer plus encore les espérances mythiques d'une pratique psychiatrique indifférenciée, d'autant plus d'ailleurs que leur propriété était revendiquée ici en personne.

Fortement médiatisé à cette époque, C. Olievenstein n'aura de cesse d'user de tels discours « tapageurs » sans d'ailleurs qu'en soient relevés les innombrables ambiguïtés. Sans doute l'imposition du nouveau champ de pratique nécessitait-il d'être ainsi distingué de toutes formes d'expériences antérieures, et de toute source officielle de pouvoir, ne serait-ce déjà que pour attirer une future clientèle réputée insaisissable. Cette « maladie spéciale » allait donc s'imposer et ouvrir à son tour la voie à une multitude d'expérimentations. L'un des faits le plus remarquable est qu'à travers elle, se verrait consacré, pour longtemps, « le toxicomane » individu à part entière, indissociable lui-même d'un certain ordonnancement institutionnel.

3-3 : Des auxiliaires de bonne volonté

C'est donc majoritairement contre l'avis de ses pairs (ce qui n'est pas forcément pour lui déplaire) mais soutenu par les pouvoirs publics, à commencer par le Ministre R. Boulin, que C. Olievenstein se verra ouvrir les portes du nouveau champ institutionnel à commencer bien sûr par celles du centre Marmottan, qui deviendra pour longtemps, nous y reviendrons, « la » référence en matière de prise en charge des toxicomanes, et demeurera le domaine de toute sa vie.

Une circulaire émanant de la Direction Générale de la Santé, datée du 29 mars 1972 fait état de la nouvelle organisation sanitaire en la matière, calquée sur le modèle du secteur psychiatrique. La spécificité d'une prise en charge de la toxicomanie y est d'emblée inscrite ; mais elle demeure relativement large, pour ne pas dire floue : « en matière de toxicomanie il n'existe pas une doctrine rigoureuse et définitive, mais au contraire une pluralité de modes

d'approches et de nombreuses expériences se développant aussi bien en France qu'à l'étranger. Il convient d'être essentiellement pragmatique, aussi il apparaît important de soutenir toutes les expériences sérieuses qui peuvent apporter quelques résultats positifs »[135]. Aucune précision directe n'est apportée quant à la définition du « sérieux » des expériences préconisées ni d'ailleurs sur le sens réel de leurs « résultats positifs ». Pour autant, la cure de sevrage est posée comme préalable à toute démarche de soin. A ce titre il est précisé, quoique là encore dans une visée relativement large, que la cure se fera en hospitalisation et pourra varier « entre une et six semaines suivant les méthodes ». Son déroulement se fera quant à lui « dans les unités psychiatriques le plus souvent, soit dans les centres anti-poisons, soit dans des hôpitaux généraux. Le sevrage peut aussi s'obtenir en cure ambulatoire ou même, beaucoup plus rarement, directement en post-cure ». Le personnel des centres de cure « devra avoir surtout une formation psychiatrique ou psychologique », quant à celui des post-cures, si l'on y admet des équipes d'origines professionnelles variées, la circulaire de manque pas de préciser qu' « il est souhaitable qu'un médecin et ou un psychiatre soient attachés au centre et puissent répondre à la demande de l'un des membres du groupe ».

Le processus de sanitarisation du problème est donc clairement lancé, même si une ouverture est aussi faite, par volonté sans doute de « ratisser » large, sur un versant plus social et éducatif.

Mais il fallait avant tout attirer cette population. A ce titre la procédure d'accueil, première phase (avant la cure et la post-cure) de cette organisation est également posée. On y perçoit, larvées, derrière les principes philanthropiques de l'action, quelques visées plus soucieuses d'ordre public. Derrière le toxicomane, il est vrai (tel est bien le fond de la loi de 1970), le délinquant n'est jamais très loin : « il faut avoir conscience que ce premier contact du toxicomane avec une institution d'aide est très important. Si les toxicomanes ont confiance en l'équipe qui la dirige, ils hésiteront moins à venir demander de l'aide. On a plusieurs exemples de centres d'accueil qui ont permis de faire apparaître beaucoup de toxicomanes dont on n'aurait pas eu connaissance sans cela, et surtout qui n'auraient pas demandé de soins ». Ici, la toxicomanie proprement dite vient s'inscrire dans le contexte plus large mais relativement clair cependant d'une crise de la jeunesse : « l'idéal serait la création de centres d'accueil, d'information, de conseil, qui portent sur les problèmes des jeunes, car la toxicomanie n'est qu'un symptôme parmi tant d'autres (suicides d'adolescents, fugues, délinquance...) d'un certain malaise de la jeunesse. De tels centres existent dans quelques

[135] Circulaire DGS du 29 mars 1972.

pays étrangers et semblent très efficaces » (...) Cette formule est plus particulièrement adaptée aux villes où les problèmes de toxicomanie deviennent préoccupants ».

Il est enfin rappelé, dans ce texte, par égard sans doute vis-à-vis des agents de la sectorisation, que cette politique relative à la toxicomanie « ne doit pas venir contrecarrer la politique de sectorisation de la psychiatrie, telle qu'elle a été définie par le ministère de la santé, et si des établissements spécialisés expérimentaux sont créés, ils doivent œuvrer en liaison avec les équipes de secteur ». Inversement, les dispensaires, au même titre que les nouveaux centres spécialisés pourront tenir lieu de centres d'accueil et de traitement. Sans doute ici l'expérience des professionnels en place depuis bien longtemps s'avérait-elle utile. C'est aussi ce que précise H. Bergeron : « Les clubs et les équipes de prévention auront, en cette période expérimentale, un rôle de première importance. Structures souples, bien en phase avec la plupart des courants idéologiques progressistes de l'époque, très implantées sur le terrain, les travailleurs sociaux qui s'y activent ont logiquement rencontrés très tôt cette nouvelle clientèle »[136]. Précision immédiate cependant : « mais il est nécessaire, pour le moment, que quelques centres spécialisés expérimentaux regroupant les malades, permettent des soins diversifiés et la recherche dans le domaine où nos connaissances sont insuffisantes ». Sous le sceau de l'expérimental, c'est ainsi la nécessaire spécialisation d'un champ qui est posée. La « marque » de C. Olievenstein se lit d'ailleurs en filigrane tout au long de ce texte (tout comme de ceux qui suivront). Comme le souligne encore H. Bergeron : « rapidement, Olievenstein s'établit ainsi comme l'expert en matière de soins de la toxicomanie et se rend incontournable dès qu'il s'agit de convoquer l'avis de ceux qui commencent à œuvrer sur le terrain. Le Ministre de la santé R. Boulin, en fera d'ailleurs un de ses interlocuteurs privilégiés »[137].

Cette période qui commence peut être dénommée celle des « jours heureux ». C'est l'incitation, partout, aux expérimentations largement portées par des financements généreux. Ceux-ci émanent en fait, pour alors, de deux Directions du Ministère[138] : la Santé (DGS) pour les centres à dominante sanitaire et l'Action Sociale (DAS) pour ceux plus ancrés dans la prise en charge sociale du problème. D'autres distinctions importantes s'ajoutent à celle-ci, qui mettent en lumière le fait que la sanitarisation n'est encore à cette époque que partielle : en effet si les structures centrées sur le soin et donc financées par la DGS sont les seules à pouvoir offrir aux toxicomanes la garantie d'anonymat prévue par la loi de 1970, les actions

---

[136] BERGERON H., *op. cit.*, p. 55.
[137] *Ibid.*, p. 54.
[138] Cf. également sur ce point BERGERON H., *Ibid.*, p. 56-57.

de formation des personnels de l'ensemble des structures sont quant à elles du domaine de la DAS[139].

Puisqu'il faut partir de zéro dans la prise en charge et la compréhension de ces jeunes gens révoltés, puisque aucun savoir établi ne doit être retenu, place donc aux initiatives de toutes sortes qu'elles émanent du secteur public ou du privé. Ainsi, « très vite, c'est la société civile dans son ensemble qui innove et qui dépose au ministère de la Santé le plus grand nombre de dossiers : éducateurs de rue, prêtres, pasteurs, agents immobiliers, illuminés de tous horizons, etc. Ceux qui se lancent dans l'aventure au début sont d'origines très variées »[140]. La méthode requise, selon les principes de Olievenstein, chef de file de ce vaste mouvement, n'est guère basée sur une quelconque thérapie. Seule, conjuguée à certaines « règles de vie », la relation et l'expérience communautaire sont là, sensée faire « toute la différence ». Certaines de ces structures (bien qu'encore peu nombreuses) qu'elles soient d'accueil, d'hébergement (qui peut être familial), de cure, commencent à s'installer en ville, là où vit la grande majorité de ces jeunes. Le travail de rue est aussi alors de mise : présence sur les quartiers de prédilection des consommateurs[141], visite des squats où ils ont élu domicile, afin de leur faire connaître les nouvelles possibilités de soins. C'est souvent par effet « boule de neige » que la clientèle se constitue et que l'on se lance donc, pour de bon, dans la grande aventure.

« Je travaillais dans une association en milieu ouvert pour des mineurs, majeurs, des femmes avec enfants... On a commencé à être confrontés, dans l'institution, à des héroïnomanes, des personnes qui prenaient du LSD aussi (...) et le problème s'est posé avec la direction de ne plus vouloir prendre de toxicomanes. On les avait pourtant gardés pendant un certain temps mais avec la défonce, dans ce lieu c'était... Bon c'était deux femmes qui dirigeaient cette institution, deux femmes qui n'avaient pas peur je dirai, mais c'est vrai qu'on avait quand même frôlé certaines catastrophes. Il faut dire qu'on n'y connaissait rien à l'époque et on était pas non plus aidé par les médecins .(...) Un jour il y a eu cette fille, toxico, qui avait 16 ans et qui était enceinte (...), et un jour j'ai fait cette suggestion : si je la prenais chez moi ? Elle partira le matin à huit heures comme moi et...La Juge a été ok, en laissant donc l'ordonnance de milieu ouvert et puis...donc y'en a eu une, puis j'ai connu ses copains rue des St Pères, j'en ai connu d'autres à Belleville notamment dans les caves, des personnes qui n'osaient pas sortir de leurs caves, parce qu'il y avait une chasse aux sorcières de la part des flics qui était énorme. C'est là d'ailleurs où on se rend compte du bien fondé de la loi de 70 qui a fait que, ces personnes, avec leur pseudonyme et leur nom de guerre, pouvaient aller se faire soigner. Je me souviendrai toujours avoir dit à des personnes dans une cave comme ça : mais vous pouvez aller vous faire soigner, il y a un lieu, vous n'êtes pas

---

[139] Cette division des tâches entre la DAS et la DGS mérite d'être posée dès maintenant car elle aura un rôle important quelques années plus tard, nous le verrons, dans le contexte notamment de l'épidémie de sida.
[140] BERGERON H., *op. cit.*, p. 54.

obligé de donner votre carte d'identité ou de sécurité sociale, vous pouvez donner un pseudonyme ». (Une éducatrice, directrice d'un centre de soins spécialisé en toxicomanie – extrait d'entretien-)

Les post-cures, choisissent généralement de s'implanter en milieu rural afin de permettre au toxicomane en sevrage de mieux marquer la coupure avec son ancienne vie, loin du « milieu », et des sources d'approvisionnement. Cette forme d'action n'est certes pas nouvelle ; elle rappelle notamment celle des anciennes colonies agricoles destinées aux jeunes délinquants des villes. Comme le souligne R. Guerrieri : « la tendance à percevoir la toxicomanie comme un symptôme de crise de la civilisation et à croire donc aux bénéfices de la séparation du toxicomane de la ville (selon l'opposition campagne-ville : bien-mal), reprend (à son insu) des conceptions anciennes élaborées à la fin du 19ème sur la rééducation des jeunes délinquants et des aliénés »[142]. Certaines de ces post-cures axées sur les principes d'une vie en autarcie font de cet éloignement la base même du traitement[143] : ateliers de toutes sortes, travaux des champs, restauration de vieilles bâtisses constituent alors les principales occupations quotidiennes. D'autres demeurent toutefois à proximité d'une grande ville afin notamment de favoriser les possibilités de réinsertion dans le monde professionnel.

Tout semble réellement possible en ces premières années de la décennie soixante-dix. Aux initiatives de professionnels identifiés (médecins, éducateurs) se joignent celles, parfois très farfelues ou carrément mystiques d'autres individus tentés par l'expérience.

« Ce centre à l'origine, était d'inspiration Gourou'Maradh Ji. Puis il a été repris par un psychanalyste pour qui l'écoute constitue la dimension privilégiée. Les gens doivent s'exprimer jusqu'au bout, extérioriser toute leur violence intérieure pour traduire toute leur frustration. S'ils veulent casser la baraque, qu'ils le fassent ! Autant dire que le climat de cette postcure se révèle assez explosif. (...)Je me bornerai à mentionner les autres centres : la postcure qu'un pasteur anime près de Nîmes ; celle qui, non sans peine, essaie de prendre son essor dans un petit village d'artisans en Bretagne. Celle aussi qui se tient près de Saint-Cirq-Lapodie : elle présente un caractère plus classique, on s'y consacre aux chèvres et à l'artisanat sous la responsabilité d'encadrants qui se remplacent tout à tour. Celle enfin, de Bredines. Elle est animée par Henri Catta, un personnage très mystique, qui pense que la rédemption des toxicos passe par Jésus-Christ et la prière. Il avait déjà ouvert un premier centre, il y a quelques années, mais devant l'hostilité de la population, il lui avait fallu plier bagage. Il s'est maintenant installé dans une ancienne bergerie et possède, en outre, un caravaning-camping dont il retire de quoi financer la communauté qu'il a fondée »[144].

---

[141] Qui étaient alors au cœur de la ville et non pas comme aujourd'hui, en périphérie.
[142] GUERRIERI R., *op. cit.*, 1984, p. 129.
[143] C'est le cas notamment du Patriarche fondé en 1972 par L. Engelmajer, sur lequel nous reviendrons.

Certaines dureront et s'élargiront, d'autres disparaîtront au bout de quelques années, car les contraintes, malgré tout, si elles ne sont pas envisagées et intégrées dans le projet dès le départ, sont aussi très pesantes. C. Olievenstein qui visitera un bon nombre de ces centres connaît bien toutes ces difficultés. Elles sont principalement ici de deux ordres : financières tout d'abord (notamment pour ceux qui avaient vu « trop grand »), mais également sociales ou tout au moins environnementales. L'image en effet du toxicomane qu'ils s'efforcent, dans ces lieux de vie, d'entourer de leurs soins, se double, le plus souvent, à l'extérieur, de celle du délinquant.

« Tous ces centres se maintiennent avec plus ou moins de bonheur. Certains (...) ont disparu, sous la pression des difficultés budgétaires ou de l'environnement. L'échec de celui qui a tenté de s'implanter près de Gap me paraît, en ce sens exemplaire. Ses créateurs avaient acheté, pour l'établir, un ancien séminaire. Mauvais calcul : le bâtiment se révéla trop grand. Comme ils devaient bien le rentabiliser, ils ont décidé de le partager en y hébergeant des vieux et l'on imagine les conflits incessants qui y ont aussitôt éclaté avec les toxicos. Deuxième erreur : ils s'y sont très mal pris avec la population qui n'a pas tardé à les boycotter (...) d'où levée de bouclier, pétitions et protestations municipales. Il est toujours dur, cela dit, d'établir le contact avec l'environnement, tant il faut vaincre de fantasmes collectifs, et je ne pense pas seulement aux drogués. Récemment, par exemple, le maire de Limoges a eu sur le dos toute la masse de ses administrés parce qu'il voulait installer un foyer pour jeunes délinquant dans un des faubourgs de la ville »[145].

[144] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, p. 260.
[145] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, p. 260.

Chapitre II : l'ancrage dans une tradition

1 - Une structuration horizontale

1-1 : Les étapes d'une institution spécialisée

Lors du débat au Sénat sur l'adoption de la proposition de loi de lutte contre la toxicomanie, le Ministre de la santé Publique et de la Sécurité Sociale, R. Boulin avait fait connaître son intention de faire convertir l'hôpital Marmottan (ancien hôpital de chirurgie d'urgence à l'abandon depuis quelques années), en centre de santé mentale comprenant un service de soins spécialisés en toxicomanie. Cette grande bâtisse austère, située à l'est de Paris près de la place de l'Etoile, dans un quartier bourgeois, n'est guère en accord avec l'entreprise que souhaite alors réaliser le médecin. Faute de mieux cependant, et dans l'urgence imposée à la fois par les pouvoirs publics et l'ouverture de ce champ de la toxicomanie déjà partiellement investi par d'autres, il accepte de s'y installer avec sa première équipe.

« Finalement, j'ai dit oui, le cœur un peu lourd : les événements commandaient. Dans la presse, les campagnes se multipliaient, déplorant que rien n'existe pour la prise en charge des drogués. Imperturbables, les pouvoirs publics publiaient la liste des hôpitaux psychiatriques où aucun toxico ne voulait se rendre et se faire connaître, alors qu'un de mes collègues, le Dr Orsel, reprenant une de mes idées, venait d'ouvrir, en plein quartier latin, un dispensaire un peu spécialisé où la foule se pressait. Mais l'entreprise demeurait modeste. Si peu séduisant qu'il fut, l'hôpital Marmottan constituait cependant une base suffisante pour fonder une institution qui échappât à l'univers psychiatrique (...). J'envisageais d'une part des unités légères, boutiques d'accueil situées de préférence sur le terrain et où les gosses du quartier entreraient librement pour demander des conseils, d'autres part, des unités d'hospitalisation à l'arrière, structures plus importantes. (...) Tel qu'il était, Marmottan se prêtait fort bien à la réalisation d'une unité de chaque type »[146].

En dépit également de quelques réticences de la part d'élus locaux soucieux de l'arrivée d'une population de « drogués » dans leur arrondissement, le centre spécialisé Marmottan ouvre donc le 21 juillet 1971, sous la forme d'une consultation hebdomadaire assurée par le Dr Olievenstein.

---

[146] *Ibid.*, p. 184

Quelques mois plus tard, une équipe se met en place avec l'arrivée notamment de deux anciens internes de Villejuif, des assistantes sociales et des infirmiers, pour assurer un fonctionnement quotidien (de 9h30 à minuit) sans hospitalisation.

Un certain nombre de principes, fruits des quelques expériences passées devaient présider aux fondements de la nouvelle institution. Ainsi le volontariat, puis le choix par le « client » (car on récuse ici le terme de patient) de son soignant seraient posés en préalable. Puisque chacun devait pouvoir entrer et sortir à sa guise, aucun rendez-vous ne serait exigé, toute demande d'aide (qu'elle soit d'ordre médical, social) pourrait être entendue et aucun espace ne diviserait soignant et soignés.

Une telle démarche pouvait surprendre à l'heure où la toxicomanie était, sur un plan médiatico-politique, présentée comme un véritable fléau, et les « drogués » de jeunes délinquants en puissance. En réalité le premier objectif était ici de gagner la confiance des pouvoirs publics en prenant en charge cette population difficilement saisissable par les autres institutions de soins. Ainsi, comme l'ont montré R. Guerrieri et P. Pinell : « le centre adapte ses règles de fonctionnement aux caractéristiques supposées des jeunes consommateurs de drogues en limitant aux maximum les contraintes institutionnelles »[147]. De fait et logiquement, s'agissant de « volontaires », les premiers arrivants au centre (étudiants en marge du « système », jeunes artistes « hippies ») sont-ils dans leur majorité peu « malades » et présentent toutes les caractéristiques, notamment culturelles, susceptibles de favoriser la « relation » tant attendue par les soignants, eux-mêmes investis dans cette aventure par rejet (dans le droit fil des idées de mai-68) des contraintes hospitalières et d'un quotidien jugé peu valorisant. En effet, « être à Marmottan, c'est échapper à « l'aliénation » triste du quotidien « métro, boulot, dodo », souci que l'on partage avec la clientèle. L'activité « engagée » du personnel soignant se met en pratique dans l'écoute, voire la défense des « drogués » face à une société dont « on comprend » que ceux-ci la rejettent »[148].

Ces jeunes « drogués » arrivent au compte-gouttes, le plus souvent par bouche à oreille : un premier le 25 juillet, puis un second en août ; ils seront une vingtaine une année plus tard. Cet unique service de consultation fonctionnera durant cette première période dans une grande improvisation, un manque de moyens, le bricolage et un esprit, somme toute, bon enfant.

---

[147] GUERRIERI R., PINELL P., *op. cit.*, 1984, p. 45.
[148] *Ibid.*, p. 45.

Mais il fallait, pour parfaire la prise en charge, lui adjoindre des possibilités d'hospitalisation. Là était sans doute le véritable point de départ de cette entreprise et l'amorce d'un processus d'institutionnalisation.

« Cette période heureuse, c'est dans ma vie, une de celles que je place sous le signe de l'esprit de fête. Ces instants, on le sait, sont provisoires : on ne saurait s'installer dans les joies de l'improvisation (...). J'avais bien conscience que nous mangions notre pain blanc et qu'en nous limitant au service de consultation, nous faisions l'économie des vraies difficultés. Lorsqu'un toxico allait très mal, que son état exigeait non plus des rencontres de deux ou trois heures mais une hospitalisation, nous l'adressions à un établissement psychiatrique ou à un hôpital général. Solution confortable : ce n'était pas nous, les méchants, nous pouvions, au contraire, dispenser des discours compréhensifs qui nous permettaient, tout à l'aise, de dénoncer les « salauds ». Il est facile et agréable, de s'ouvrir aux autres, même quand ils sont durs, si l'on est assuré de les voir repartir. Ce rôle me plaisait bien, trop bien. J'avais le devoir, maintenant, d'aborder la deuxième phase de mon projet, d'accepter le corps à corps quotidien avec la réalité vécue du toxicomane, de faire face à l'angoisse, aux tensions, à la violence »[149].

En novembre 1972 s'ouvre donc un service d'hospitalisation de vingt-deux lits qui s'étend sur trois étages du bâtiment. Il comprend[150] un service d'urgence de quatre lits, une quinzaine de chambres, une salle de réunion et de jeux, une cafétéria, ainsi que des ateliers (pour des activités diverses dites d'ergothérapie) et une salle de gymnastique.

Contrairement à la période précédente qui venait de s'achever, celle-ci ne manquait pas de susciter chez le médecin directeur une certaine angoisse, principalement due aux changements de pratiques induits par cette forme de prise en charge continue, en intra-muros. Elle impliquait en premier lieu l'arrivée de toxicomanes jugés plus « durs » que ceux de la première vague, dont l'habitus n'était guère éloigné de celui des soignants. Si le bouche-à-oreille avait jusque là fonctionné, faisant entrer à Marmottan une première clientèle volontaire, venue là de son propre chef, il fallait à présent se préparer à accueillir de nouveaux arrivants, de nouveaux « patients », plus habitués des services hospitaliers, pour lesquels Marmottan forte de sa réputation avant-gardiste représentait l'ultime recours ou encore quelques autres placés là par voie de Justice comme le prévoyait la loi de 1970. Le plus redouté dans cette perspective nouvelle (bien qu'envisagée dès le départ) semblait être la rencontre entre cette nouvelle clientèle et l'équipe soignante peu préparée de surcroît à de telles prises en charge continuelles. La hantise était aussi de pouvoir préserver, somme toute,

---

[149] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, p. 195.
[150] Données tirées de l'ouvrage de C. Olievenstein, *op. cit.*, 1977, p. 196.

« l'esprit » Marmottan, principalement fondé sur le rejet des systèmes psychiatriques traditionnels.

« Nous allions vivre maintenant vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec nos drogués et je craignais les réactions de mon personnel - mes infirmiers du reste s'étaient saisis de plusieurs prétextes pour retarder la phase d'hospitalisation. Les dangers, de ce côté, m'apparaissaient clairement. J'avais beaucoup de jeunes autour de moi et redoutais la fascination que les entrants risquaient d'exercer sur eux : « Au fond ils ont raison, pourquoi leur interdit-on de faire ce qu'ils font, pourquoi, nous aussi ne passerions-nous pas de l'autre côté ? Si on s'est débarrassé de l'hôpital psychiatrique, ce n'est pas pour recréer le système sous une autre forme ! ... »Je ne redoutais pas moins une réaction de rejet : « Ah non, ils sont trop durs, on n'en veut pas, qu'on nous donne des types avec qui on puisse parler ». Bref, des tout beaux et des tout gentils, c'est-à-dire des lycéens ou des étudiants en rupture de ban, qui verbalisent bien (...). J'appréhendais encore que surgisse une réaction de type « répressif-flicard » : « On n'y peut rien, ce sont tous des salauds, on ne les tirera d'affaire que malgré eux, il faut boucler les portes, instaurer une loi et rectifier l'institution ». Moi-même, je me posais bien des questions. Nous étions là c'est entendu pour guérir les drogués. Mais je m'interrogeais sur la possibilité d'une cure de désintoxication réelle (...). Je m'interrogeais aussi sur les bases de l'entreprise »[151].

Cette nouvelle phase impliquait bien sûr le passage vers des techniques de prise en charge plus élaborées que les simples échanges de vues ou discussions. Cette « pathologie inédite », alors très peu conceptualisée, requérait des thérapeutiques nouvelles. Celles-ci se voulaient également expérimentales : pluralisme des méthodes à l'intérieur de l'institution, coexistence d'équipes aux perspectives différentes, les unes de formation biologique, les autres de formation psychanalytique, d'autres encore sans formation véritable, tout simplement tentées par l'expérience. Dans ce centre riche de sa diversité, chacun est sensé apporter son point de vue, qu'il repose sur des bases scientifiques établies ou sur d'autres convictions plus personnelles. A ce titre les anciens-toxicomanes avaient eux aussi un rôle à jouer dans la prise en charge des hospitalisés.

Dans ce « melting -pot de toutes les tendances» (selon les termes de C. Olievenstein lui-même), chacun était le plus souvent amené à occuper les fonctions traditionnellement dévolues à d'autres, hormis peut-être la décision d'hospitalisation qui requérait des connaissances que seuls médecins ou infirmiers étaient en mesure, d'apporter.

A la tête de ce dispositif, C Olievestein saura aussi se plier à la loi de la communauté, réorientant certaines de ses dispositions dans le cas d'avis contraires émis par les uns et les autres. Son principal souci de l'époque étant de ne pas brimer l'enthousiasme de son équipe.

---

[151] *Ibid.*, p. 197.

Très vite cependant, du fait d'une trop grande souplesse hiérarchique et réglementaire, les équipes soignantes se sont vues dessaisies de leur pouvoir et de leur rôle par les patients eux-mêmes. Ces derniers entrant et sortant comme ils le désiraient, certains ne venant à Marmottan que pour se droguer à l'abris de tout regard inquisiteur.

« On ne s'étonnera pas que, dans ces conditions, la maison n'ait, au bout de quelques semaines, basculé dans un climat d'angoisse particulièrement insidieux. A celle des toxicos en crise répondait celle des soignants, que l'attitude des hospitalisés blessaient comme une provocation et qui se voyaient contraints de se remettre en cause. (...) Nous avions conscience, désormais, qu'un terme devait être mis au libéralisme très large que nous avions tenté (...) Je me disais également que personne, à l'heure actuelle, n'était assez fort pour vivre une institution sans règles : les toxicos, comme nous, étaient pris dans le réseau des contraintes sociales et familiales, ils avaient besoin de se situer par rapport à une loi, tout à la fois pour être sécurisés par elle et pour la transgresser. Il me fallait donc envisager un réaménagement théorique de l'hospitalisation, qui se projetterait dans une organisation plus stricte de la vie à l'intérieur de la maison. »[152].

Cette première crise conduit, en 1974, à la fermeture pour une semaine du service d'hospitalisation, afin d'établir un état des lieux de la situation. Des mesures nouvelles[153] sont adoptées qui redéfinissent les fonctions des soignants, l'organisation du service (repositionnement du couple médecin-infirmier chargé de la sélection des toxicomanes à l'entrée de l'hospitalisation) et l'établissement d'un règlement auquel devra être soumis chaque patient (interdiction des visites notamment).

Mais ceux que l'on appelait ici, dans un souci d'égalité, les « intervenants », attirés par le minimum de contraintes qu'offrait l'établissement étaient peu disposés à un tel redressement de la situation. Ces changements de perspective vont aboutir aux départs successifs de la quasi-totalité de cette première équipe ; « départ que les intéressés justifient par le refus de l'introduction de mesures coercitives et l'alignement de Marmottan sur les hôpitaux psychiatriques traditionnels »[154]. Progressivement, une nouvelle équipe se constitue, composée de nouveaux médecins et infirmiers. Non dépourvus de certains des idéaux qui avaient prévalu chez leurs prédécesseurs, les nouveaux intervenants présentent toutefois des caractéristiques différentes ; ils sont notamment comme le soulignent R. Guerrieri et P. Pinell majoritairement plus jeunes (moins de trente ans), ils sont diplômés et ont déjà une certaine expérience de la pratique psychiatrique. Pour autant, leur venue à Marmottan correspond également à un choix qualifié à la fois de négatif et de positif : le refus d'une part d'une

---

[152] *Ibid.*, p. 203-204.
[153] Cf sur cette question GUERRIERI R., PINELL P, *op. cit.*,1984, p. 47.

carrière hospitalière traditionnelle et la conviction de pouvoir mettre en oeuvre dans ce nouveau dispositif une approche plus humaine de la relation thérapeutique. S'ils s'alignent en ce sens sur l'équipe de la première heure, leurs propos semblent plus distancés de la ferveur des mouvements idéologiques de la fin des années soixante et plus critiques également vis-à-vis des tentatives de redécoupage du secteur.

« Je suis ici depuis fin 74. (...) Ca a été un choix...surtout d'abord négatif. Y'avait surtout un certain nombre d'endroits où j'avais l'impression que je ne pouvais plus travailler. C'est-à-dire les hôpitaux psychiatriques, parce que après des grandes illusions post-soixante huitardes sur le changement possible à l'hôpital psychiatrique, sur les révolutions institutionnelles, les prises en charges alternatives, etc, dans la lignée de l'antipsychiatrie constructive.... Il s'avérait que le poids des institutions était tel que les changements étaient à peu près impossibles. Les décisions légales comme la circulaire du 15 mars 60 qui auraient du permettre une désinstitutionnalisation étaient de fait inapplicables puisque les hôpitaux continuaient à être payés au prix de journée. (...)Ce que j'ai eu comme expérience de psychiatrie même à l'hôpital général était à la fois passionnant et en même temps montrait le côté marginal d'une vraie psychiatrie humaine dans un hôpital. C'était un combat permanent pour faire valoir le prima de la relation sur le technique. Or Marmottan, tel qu'il était conçu par Olive à l'époque, il me semble que c'est une des premières institutions où les choses marchaient dans le bon sens, c'est-à-dire qu'on s'occupait de gens avant de soigner des malades. (...) Y'avait un autre versant c'est que les toxicomanes à l'époque, les « clients » de Marmottan, ce qui était presque une équivalence de définition, c'était des gens qui eux-mêmes ne se considéraient pas comme malades, qui ne supportaient pas l'idée d'être diagnostiqués, qu'on regarde à travers eux quelque chose qui leur échappait, qui étaient sans cesse à la fois dans une certaine revendication et dans une négociation par rapport à ce qu'on pouvait faire pour eux. D'une certaine manière, ils participaient très activement à la constitution du cadre thérapeutique, bien plus qu'ailleurs, c'était pas des gens qui subissaient quelque chose, et ça c'était tout à fait important ». (Un psychiatre spécialiste en toxicomanie - extrait d'entretien).

Si un échafaudage de pratiques, conjugaison des apports de chacun, avait permis à la première équipe de fonctionner, la nécessité de poser un cadre qui prévienne de la reproduction de certains événements néfastes et incontrôlables de cette première période, allait orienter celle-ci vers un mode de fonctionnement plus « rationnel » et hiérarchisé. Pour autant, le rejet des modes de prise en charge traditionnels impliquait une organisation toute spécifique basée sur l'ancienneté et sur l'expérience principalement relationnelle auprès des « clients »[155]. Un médecin psychiatre, le plus ancien, proche de C. Olievenstein, serait désormais responsable de l'hospitalisation. Il serait assisté d'un infirmier chef (également le

---

[154] *Ibid.*, p. 47.

[155] Nous nous basons également pour ce qui suit concernant l'organisation de cette nouvelle équipe sur l'article de R.Guerrieri et P.Pinell, *Ibid.*

plus ancien), porte-parole, lui-même chargé de la constitution des équipes infirmières (au nombre de quatre) et de leur coordination. Dans cet univers sans réels fondements théoriques en matière thérapeutique, les nouveaux venus devaient être à même, sans que cela leur soit explicité, de s'ajuster sur le reste de l'équipe tout en sachant se positionner vis-à-vis des patients. Seuls leurs écarts ou erreurs leurs seraient ouvertement reprochés en référence à un « savoir-faire » qu'ils ne maîtrisent pas encore. Ainsi se conduit et reconduit ce que l'on peut appeler « l'esprit Marmottan » : « la perpétuation de ce principe d'apprentissage empirique des pratiques dotées de légitimité à Marmottan est un enjeu décisif dans la reproduction des modalités d'exercice du pouvoir. Il prédispose ceux qui ont franchi avec succès les différentes étapes initiatiques à devenir à leur tour les agents de reproduction de l'esprit maison[156]. L'accentuation d'un tel « sens pratique », faute d'une quelconque théorisation, tend également à valoriser le positionnement des agents en place, assurés dès lors du caractère « exceptionnel » de leur intervention auprès de « délinquants » qui le sont tout autant.

1-2 : Un parcours balisé

Ces changements d'orientation générale ne sont pas propres à Marmottan. Ils concernent l'ensemble des dispositifs de la première heure. C'est aussi ce que souligne H. Bergeron : « le jeune dispositif de soins, après cinq années d'expérimentation a mûri : les vicissitudes de la clinique journalière amènent à resserrer le cadre d'intervention et l'organisation des soins »[157]. Si Marmottan, largement médiatisé du fait de son caractère public et la forte personnalité de son directeur, tend à dominer ce champ naissant de la toxicomanie, d'autres structures nées à la même époque perdurent également et élargissent leur domaine d'application ; de nouvelles post-cures sont aussi créées, dont le positionnement en aval de l'accueil et du sevrage en hospitalisation, tend à prendre une importance croissante. Fondées sur des initiatives privées et associatives, de telles structures se verront à cette époque largement soutenues par les pouvoirs publics soucieux de garantir, à moindre coût, cette phase cruciale car somme toute imprévisible de l'après-sevrage. Comme le commente R. Guerrieri : « cela est aussi plus rentable pour l'Etat et les collectivités locales de confier les toxicomanes aux centres privés, de les agréer, plutôt que d'ouvrir des centres publics. De fait l'intervention publique se résume à cette époque à l'ouverture de rares centres dont Marmottan et à la signature de conventions avec des centres qui s'ouvrent grâce aux soins d'associations privées »[158]. Si

---

[156] *Ibid.*
[157] BERGERON H., *op. cit.*, p. 85
[158] GUERRIERI R., *op. cit.*, 1984, p. 236.

nombre d'entre elles privilégient encore à cette époque une implantation ou (pour celles qui perdurent depuis plusieurs années) un élargissement de leurs activités en milieu rural, de nouvelles créations se font également en milieu urbain. La trajectoire de l'association Charonne est significative de cette diversification. Elle témoigne également d'un début de recentrage des pratiques et des modes d'approche autour d'un modèle d'action largement impulsé par C. Olievenstein et le « noyau » que constitue Marmottan.

« Ca a fait une espèce de bouche-à-oreille le fait que j'héberge comme ça des toxicos, puisqu'on donnait l'adresse et mon téléphone et je me suis trouvée en 71 avec un toxicomane qui était suivi par Olievenstein à Villejuif. C'est comme ça qu'Olievenstein m'a contacté chez moi en disant « ben voilà vous avez chez vous un certain X et j'aimerai vous rencontrer ». Ca c'était au tout début de l'ouverture de Marmottan, donc par la suite j'ai reçu des toxicos de Marmottan » (Une éducatrice, directrice d'un centre de soins spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

C. Olievenstein lui-même dans son premier ouvrage, ne tarit pas d'éloge sur cette forme d'initiative, ébauche d'un réseau de familles d'accueil que le champ naissant saura mettre à profit.

« Un drogué qui s'arrête (...) n'est pas pour autant guéri. Au contraire, il se trouve constamment en danger de rechute. A Marmottan, il a fait un pas considérable. Mais d'autres structures doivent maintenant prendre le relais, en fonction des besoins qui vont surgir : les toxicos connaissent des temps et des espaces thérapeutiques originaux. D'où tout ce réseau que nous avons suscité autour de l'institution et qui permet, à un sujet, de passer de l'hôpital à une famille d'accueil, d'une famille d'accueil à un centre de post-cure, d'une postcure à une autre de type différent, avec, parfois, un retour chez nous lorsque celui-ci apparaît indispensable (...). Qu'attend t-on d'une telle structure ? En fait, un hébergement bénévole et rien d'autre. S'y rendent les toxicos qui sont à la rue et ne savent pas où loger, soit qu'ils aient quitté leur famille, soit qu'ils sortent de l'hôpital (...) Ce logement gratuit peut durer trois ou quatre nuits aussi bien que trois ou quatre mois. Très longtemps les Petit ont fait leur hébergement dans un minuscule deux pièces. Ils en conservaient une pour eux, l'autre étant dévolue aux toxicos (...). La règle en l'occurrence, est simple : on ne demande rien, on ne propose rien, sinon, précisément, l'accueil. Lorsque le couple rentre chez lui, les jeunes peuvent arriver ; lorsqu'il s'en va, il les met dehors. Les uns et les autres mènent leur existence parallèlement, sans jamais aucun empiètement »[159].

Cette forme d'hébergement privé, bénévole et informel se dotera par la suite, à mesure d'une collaboration plus étroite avec le centre Marmottan, d'un statut associatif (l'association Charonne) et s'élargira en 1975 par la création d'un foyer d'hébergement de moyen séjour de

[159] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, pp. 252-253.

sept places composé d'une équipe de six personnes dont deux assistantes sociales de Marmottan ainsi que des anciens-toxicomanes. L'esprit qui prédomine à l'époque dans cette petite unité reflète sensiblement les mêmes principes que ceux qui ont cours alors à Marmottan après ses quelques années d'expérimentation. Si l'écoute et la relation restent à la base de la prise en charge, elles ne se conçoivent plus sans un certain nombre de règles censées préserver la bonne marche du dispositif. Une loi réelle est posée, à laquelle tout toxicomane accueilli devra se conformer.

« L'admission, décidée par les membres de l'équipe présents lorsque le jeune se présente, n'est subordonnée qu'à l'engagement de respecter les lois de la vie du lieu : pas de drogue et participation aux exigences quotidiennes. Un contrat de confiance s'établit ainsi, qui apporte au toxico la possibilité d'être à l'aise dans un lieu de rupture avec la défonce. Les transgressions impliquent nécessairement la rupture de ce contrat »[160].

Il ne s'agit plus ainsi, comme au tout début de la décennie, de laisser libre court à toute sorte d'expérience fût t-elle originale et innovante. Aux complicités fusionnelles de la première heure s'est substituée progressivement la mise en place d'un contrat qui va de paire avec l'arrivée progressive de consommateurs plus désinsérés socialement, plus « durs » aussi, eu égard à leur moindre proximité avec les idéaux post-soixante-huitards de leurs aînés et d'une majorité des intervenants. Soupape de sécurité contre ce que l'on perçoit alors comme « l'imprévisibilité ontologique »[161] du toxicomane, le contrat s'avère aussi marqueur, sous des dehors pédagogiques, d'une tentative d'objectivation d'une population encore mal-connue et par-là même, d'une légitimation des compétences nécessaires à sa prise en charge. A défaut d'une caution scientifique établie, il rend possible l'élaboration d'un projet thérapeutique singulier, dégagé à la fois des contraintes inhérentes à l'approche de telles « personnalités » (qui se devront dès lors d'accepter une part de leurs responsabilités sans pour autant que l'institution ne sombre dans la rigidité), et des attentes d'une société que l'on estime inapte, en l'état, à saisir cette forme exceptionnelle de marginalité.

« Dans notre pratique nous sommes tenus par ailleurs de prendre en compte une situation fondamentalement marginale : le toxicomane se marginalise au profit d'une identité possible mais se trouve en même temps marginalisé par une volonté de mise à l'écart, elle-même reflet de l'angoisse diffuse d'une société dont le souci est de réparer, de mettre à distance le mal. Double séparation d'une part entre le toxicomane et le non-

---

[160] PETIT-TELLIER P., Le foyer de la rue des Haies, bénévolat et institution,. Esprit, Drogue et société, novembre-décembre 1980, n° 11-12, p. 72.
[161] Le terme est emprunté à H. Bergeron, *op. cit.*, notamment p. 77.

toxicomane, d'autre part entre le toxicomane acceptable et accepté -car définit par une toxicomanie intégrée, faisant partie de l'ordre établi - et le « drogué » insupportable. Insupportable précisément parce qu'il renvoie à l'ordre de la jouissance et de la mort »[162].

S'il est de plus en plus admis par ceux-là même qui s'en occupent, que le toxicomane est un être versatile, perturbateur et difficilement saisissable sur un long et moyen terme, il apparaît clair également, à la lumière de leurs observations, que cet individu révèle (et nous empruntons à ce titre une formule de R. Castel partant d'un tout autre personnage[163]), un accroc dans la forme dominante de l'organisation institutionnelle et sociale. C'est l'incapacité de cette organisation à faire, tout au moins jusque là, sa place à cette forme singulière de marginalité, à la comprendre, qui alimente et dramatise la question des drogues et de la toxicomanie. Un nouveau type d'action doit nécessairement voir le jour qui surseoit à la fois à ce difficile rapport à autrui qu'instaure immanquablement la toxicomanie, et à la tentation de s'aligner sur les formes institutionnelles plus classiques.

Après la période du tout permissif, pendant d'une époque particulière proche des années 68, s'ouvre une nouvelle phase marquée par la recherche d'un autre équilibre. « Les thérapeutes de ces années charnières apprennent à assumer leur rôle. Il est indispensable de se faire respecter pour ce que l'on est. Il faut savoir gérer écoute et fermeté, distinguer complaisance et empathie. La confiance, ciment de toute thérapeutique, se construit dans le respect mutuel. Le bon thérapeute devient celui qui sait distinguer le vrai et le faux (...), en un mot, celui qui ne se laisse pas avoir. L'épopée libérale des premiers jours (...) est désormais achevée : la loi et les règles se forment »[164]. A la loi au sens strict, juridique du terme que d'aucuns perçoivent toujours comme trop répressive[165], s'ajoute dès lors la loi de l'institution, condition minimale d'un maintien des intervenants dans le champ et d'une capacité à contenir durablement ces individus dans un parcours thérapeutique. Si ce contrat là échappe aux principes du juridique, il s'en approche toutefois singulièrement par le pouvoir inédit qu'il confère au thérapeute seul à même de cerner l'identité profonde de cet individu particulier ; de juger de sa capacité à « s'en sortir » et de l'aider, positionné en médiateur, à parcourir le chemin qui le sépare du reste de la société.

Au fur et à mesure de la fin de la décennie soixante-dix, une véritable chaîne thérapeutique se met en place qui témoigne d'une réelle diversification des modes de prise en

---

[162] RIVIERE C., SACHS D., La Robertsau, pas de discours total, in Esprit, *op. cit.*, 1980, p. 74.
[163] CASTEL R., op. cit., 1995, p. 31.
[164] BERGERON H., *op. cit.*, p. 79.
[165] Particulièrement dans son volet de l'injonction thérapeutique.

charge (des clubs de prévention aux centres de réinsertion en passant par les centres de cure, de post-cure, d'hébergement, etc)[166] ainsi que d'un découpage plus sélectif des types de consommateurs : jeunes consommateurs, toxicomanes lourds, toxicomanes incarcérés ou sortants de prison. Nombre d'initiatives centrées sur ces sous-groupes spécifiques seront le fait d'intervenants issus du sérail de Marmottan qui colportent par-là même, au dehors de l'institution, le fameux « esprit maison ». Potentiellement concurrencée par ce vaste mouvement novateur, Marmottan se doit effectivement de récupérer à son compte certaines de ces créations et d'en inventer de nouvelles par le biais de ses plus fidèles employés, ce afin de perpétuer son rôle d'élément moteur du champ. « Marmottan doit continuer d'apparaître comme le premier lieu d'accumulation d'expériences, d'innovations conceptuelles, et se positionner comme point nodal d'un dispositif institutionnel plus large s'ouvrant vers la prévention en amont, la post-cure en aval ».

« Marmottan devait apparaître comme la base arrière de cette constellation, tout à la fois le cœur qui l'anime, le bastion qui la protège, l'institution qui la cautionne. Là encore, ma conception prenait le contre-pied de l'univers linéaire de la psychiatrie où tout se déroule dans le champ clos d'une tragédie classique, avec l'unité tyrannique des lieux - l'enfermement dans un hôpital, prolongé par le centre de post-cure qui lui est rattaché - et celle des méthodes »[167].

1-3 : Vers une clinique du sujet

La constitution progressive d'une chaîne thérapeutique, qui devait permettre d'encadrer le parcours sinueux des toxicomanes, laissait entrevoir les prémices d'autres pratiques, soutenues par des discours plus distancés qu'auparavant, vis-à-vis des consommateurs de drogues. La « relation » que l'on s'était appliqué, quasi naturellement, par proximité, à mettre en avant, nécessitait à présent certains réaménagements. Mais le risque d'un alignement sur des méthodes de soins plus classiques, alors même que l'on affirmait avoir affaire là à une pathologie tout à fait spéciale et inédite, impliquait que soient sérieusement mis en place un certain nombre de soubassements théoriques partagés.

Un axe déjà s'était esquissé sous la houlette de C. Olievenstein et de ses collaborateurs, qui posait comme peu recevables certaines méthodes pharmacologiques ou comportementalistes notamment mises en place très tôt aux Etats-Unis[168]. La question

---

[166] Cf. pour une analyse détaillée du nombre et des caractéristiques de ces différentes structures la thèse de R. Guerrieri, *op. cit.*, 1984, p. 242 et suite.
[167] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, p. 191.
[168] Cf première partie, chapitre I, 2, 2-2.

médicamenteuse avait d'ailleurs surgit brutalement du côté infirmier, lors d'une des phases de la réorganisation interne de Marmottan ; l'ensemble de l'équipe, C. Olievenstein en tête s'était très vite alignée sur leurs revendications.

« Il y a quelques temps mes infirmiers ont violemment mis en cause l'escalade médicamenteuse et, à travers elle, la tendance qu'avaient les médecins à donner des produits pour se sécuriser et éliminer les problèmes. C'était au cours d'une réunion. Ils nous ont dis : « vous prétendez que l'important, c'est que les gens prennent conscience de leurs conflits, que l'hospitalisation, si elle n'est qu'une étape, doit constituer, pour les toxicos comme pour nous, un moment privilégié, où quelque chose se passe au niveau de la parole, du maternage, de la tendresse humaine. Alors supprimez le plus possible ces médicaments qui font écran. Si vous ne le faites pas, c'est que vous n'êtes pas assez disponibles ou bien que vous avez peur... » Et nous les avons suivis. Nous avons fait l'expérience de supprimer tout barbiturique, en assurant, à l'hospitalisation, une couverture constante de médecins jusqu'à très tard dans la nuit »[169].

Mais les vieux démons de l'objectivisme médical qui niait « tous les efforts pour saisir le sujet souffrant dans son rapport problématique au sens, au langage, au symbolique et aux autres »[170], avaient toutefois opéré un retour sous la formule, largement éprouvée en d'autres temps, du produit de substitution. Sous la pression de certain psycho-pharmacologues influents[171] et face à une forme que l'on prévoyait (partant des modèles étrangers), de toxicomanie ancrée, rétive à toute structure de soins existante, avait été évoquée, la possibilité d'un usage expérimental de la méthadone. En avril 1972 un arrêté du Ministre de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale[172] en avait prévu l'administration en vue d'une utilisation thérapeutique expérimentale subordonnée à une autorisation préalable (pour un an) des deux Ministères. Quatre lieux, choisis par une commission méthadone, avaient été proposés pour cette expérimentation, il s'agissait pour Paris des hôpitaux F. Widal, St Anne, du centre Marmottan et de l'unité E. Toulouse à Marseille. Seuls les deux premiers avaient accepté cette offre. En réalité comme le montre H. Bergeron : « le débat ne suscite pas l'intérêt de la majeure partie des personnes susceptibles d'être concernées par l'utilisation de la méthadone : la psychiatrie non spécialisée qui méprise les toxicomanes, ne se saisit pas publiquement du dossier. Ensuite, les premiers intervenants spécialisés ne voient pas le bien fondé que pourrait avoir la mise à disposition d'un produit pour une population de drogués encore minoritaire

---

[169] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, p. 239.
[170] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 108.
[171] Pour une analyse détaillée de cet épisode de la méthadone durant ces années cf BERGERON H, *op. cit.*., pp. 96-108.
[172] Arrêté du 26 avril 1972.

dans les centres d'accueil »[173]. Déclarée comme non recevable par une majorité des intervenants spécialisés (Olievenstein en tête), la méthadone et ses expérimentateurs demeureraient de fait, durant de nombreuses années, largement isolés.

La question de l'invalidité de telles pratiques pourtant était loin d'être tranchée, c'était également le cas des techniques comportementalistes très en vogue aux Etats-Unis, principalement utilisée par les psychologues dans des institutions attachées aux problèmes et aux populations les plus diverses : enfants difficiles dits hyperactifs, toxicomanes, homosexuels, anorexiques etc. La méthode il est vrai était alléchante : « la thérapie comportementale séduie par sa simplicité, son efficacité, et aussi l'ampleur de ses indications. Une phobie est réduite en quelques séances, argument qui est opposé aux longueurs et aux résultats aléatoires des psychothérapies (...) Il est de fait que la thérapie comportementale promeut une dépsychiatrisation réelle. En « traitant le symptôme », elle ne se soucie plus de trouver une étiologie à telle ou telle déficience»[174]. En France toutefois, la technique demeurait peu utilisée[175] tant dans les institutions spécialisées en toxicomanie que dans l'ensemble des institutions classiques de soins. Mais si dans la ferveur de la première période du champ, un mouvement d'ensemble plutôt consensuel semblait s'être engagé à son encontre, s'y dissimulait en réalité quelques potentialités subversives, lesquelles, bien qu'elles ne tarderaient pas à être traquées puis enkystées, signalaient que rien encore n'était gagné. Quelques-uns des protagonistes de la première heure (nous y reviendrons) devraient ainsi pâtir de leur penchant pour cette formule comportementaliste. Jugée « inadmissible sur un plan éthique », la technique suscitait aussi chez C. Olievenstein « d'importantes réserves théoriques » eu égard à sa prétention à réadapter l'individu aux normes de la société.

« Le comportementalisme me paraît une déviation thérapeutique beaucoup trop grave pour ne pas être systématiquement combattu. Les critiques qu'il appelle, au demeurant, surgissent d'elles-mêmes. Critique morale, d'abord : le skinnerisme repose sur l'effraction de la personnalité et le mépris de sa dignité propre. (...). Les nazies et les Soviets ont pratiqué ou pratiquent, la rééducation de leurs opposants par les méthodes que l'on sait et dont la nature ne diffère pas des procédés comportementalistes. Irons-nous livrer aux camps, ou à leurs substituts sophistiqués, ceux qui, par exemple, dans leur relation à la sexualité ou au plaisir, sont tenus pour déviants par la société ? N'est ce pas en effet, une entreprise particulièrement arbitraire que de prétendre réadapter un individu aux normes sociales lorsqu'on sait combien ces normes sont variables dans le temps et l'espace, et soumises à l'évolution des mœurs ? Notre époque par exemple, n'a t-elle pas considérablement changé d'attitude en ce qui concerne l'homosexualité et la masturbation ? Qu'est ce donc qui se cache derrière

---

[173] BERGERON H., *op. cit.*, p. 100.
[174] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, pp. 109-111.

ces normes sociales si fluctuantes sinon, en fait le pouvoir dominant - politique et plus encore social ? Par-là, le comportementalisme, à l'évidence, rime d'abord avec opportunisme. Enfin, on peut s'interroger sur le fondement psychologique du système : « redresser » les individus en modifiant leur comportement, n'est ce pas imprimer sur l'onde ? Il convient ici de laisser parler les faits. Or, ce que l'on constate est catastrophique. Ou bien les individus restent dans la mouvance de l'institution, abdiquent toute personnalité, toute indépendance (...) ou bien les gens parviennent à briser la dépendance, mais alors, on voit surgir une nouvelle alternative : ou bien ce sont désormais des êtres cassés, mutilés, incapables d'initiatives ; ou bien ils retournent à la différence que l'on avait voulu effacer, redeviennent drogués, homosexuels, etc. Au niveau pratique, le bilan de la méthode est en somme des plus négatifs »[176].

Il semblait donc y avoir un accord sur ce que la toxicomanie et donc la toxicothérapie ne pouvaient être. On peut y déceler les même soubassements idéologiques que ceux qui avaient prévalu quelques années plus tôt chez les anti psychiatres du secteur à savoir le refus de toute thérapie systématique, de tout modèle fermé, de toute institution totale, de toute forme de contrôle social. On pouvait certes sevrer physiquement un drogué, y compris par les méthodes les plus radicales, encore restait-il à élucider cette question lancinante de la rechute. C. Olievenstein s'employait vivement à débattre publiquement de ces questions avec certains de ses adversaires-vedettes de l'époque[177]. Le « produit » le plus souvent mis au devant de la scène dans des options thérapeutiques positivistes, n'était pas le seul en cause. Il y avait d'autres choses en cause que le médecin-directeur s'attachait à déceler.

« Très rapidement, il m'était apparu que le vrai problème était beaucoup plus d'ordre psychologique que physiologique. Un garçon qui se drogue est un être qui, sinon à la première piqûre, du moins dans l'une des premières, à la révélation d'une jouissance extraordinaire, supérieure à celle que l'on retire des expériences sexuelles. Mais ce qui, par la suite, va compter pour lui plus encore, ce sera la remémoration enjolivée de ce plaisir. Il s'acharnera à renouveler les piqûres, afin de retrouver l'extase originelle à travers le souvenir ébloui qu'il s'en sera construit. Trois, six, dix fois peut-être, il y parviendra. Puis le plaisir s'estompera et il lui faudra augmenter les doses. Mais il ne rejoindra jamais plus le bonheur des premières prises, dont la remémoration obsédante, s'amplifiera au fil des échecs. Ce processus, on le voit, a quelque chose de tragique. C'est lui qui constitue la difficulté majeure, lorsqu'il s'agit de traiter un drogué, l'obstacle sur lequel on bute de façon presque insurmontable : car s'il est possible de sevrer quelqu'un physiquement, on ne peut presque rien contre sa mémoire et les projections où elle se crispe. Pour venir en aide à un toxico, il faut donc, nécessairement, tenir compte de son psychisme spécifique, de l'imaginaire qu'il a cristallisé et dans lequel il vit. Or c'est ce « temps

---

[175] Cf. sur ce point CASTEL R, *Ibid.*

[176] OLIEVENSTEIN C., la drogue ou la vie, Paris : Ed Robert Laffont, 1983, pp. 208-209.

[177] On pense notamment ici au Pr Nahas, alors Directeur d'un laboratoire de l'Inserm et partisan, travaux à l'appui, de la « théorie de l'escalade » qui abolie, de fait, la distinction entre drogues dures et drogues douces.

vécu » selon l'expression de Minkowski, que les médecins, les techniciens qui prétendent s'occuper de la drogue, n'ont jamais rien compris »[178]

Un tel point de vue allait de paire avec une distinction qui commençait à être faite, entre différents types de consommateurs. On pressentait, après moult débats sur la dangerosité ou non de l'usage du haschich[179], que certaines personnalités s'avéraient être, plus que d'autres, enclines à s'enfermer dans une véritable toxicomanie. Somme toute, tous les drogués n'étaient pas des toxicomanes et c'est vers ces derniers qu'il fallait concentrer tous les efforts en n'omettant pas de faire taire, pour longtemps, les prétendants à des approches objectivistes du problème, forcément réductrices. Mais quelle autre approche que celle de la psychanalyse pouvait à la fois révéler ce « temps vécu » du sujet toxicomane tout en freinant le développement jugé ici intolérable des techniques bio-chimiques et médico-psychologiques[180] ? Cette voie déjà partiellement empruntée allait officiellement poser la clinique, opposant dès lors à tous les détracteurs « un savoir qui organise et donne sens au chaos »[181]. Pour autant, à ce stade, les choses étaient loin d'être gagnées ; cette étape allait mettre à jour un certain nombre de débats jusque-là demeurés larvés eu égard à la prédominance « Olievensteinienne » et aux nécessités d'une inscription pratique du champ. Pour reprendre les propos de R. Castel analysant les tentatives d'unification théoriques des psychiatres réformateurs du secteur, on peut dire également ici que « rien n'était joué quant au rapport de force en présence sur ce consensus de surface. L'adhésion à un projet pratique commun faisait mettre sous le boisseau, ou même dissimulait aux yeux des protagonistes, la profondeur des divergences théoriques »[182].

2 - Comprendre les intraitables : la consécration d'un modèle

2-1 : L'attrait des profondeurs et les querelles de principe

L'approche psychanalytique de Freud, expérimentée notamment à travers le « cas Dora », signalait bien que derrière l'intoxication et les symptômes de manque, derrière cette

---

[178] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, pp. 189-190.
[179] Cette question de la dangerosité ou non du haschich était précisément au cœur du débat entre le Pr Nahas et C. Olievenstein. Pour un récit détaillé du problème cf OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1983, pp. 187-197.
[180] La question est la même que celle posée par R. Castel dans son récit sur l'avènement de la psychanalyse comme nouveau paradigme de l'antipsychiatrie. Cf CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 112.
[181] BERGERON H., *op.* cit., p. 134.
[182] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 59.

incommensurable souffrance se cachait une vérité, celle du désir, de la jouissance que le psychanalyste se devait de mettre à jour, d'éveiller ; mais Freud affirmait aussi que ces phénomènes d'accoutumance et de sevrage étaient ceux qui « parmi tous les tableaux cliniques que nous offre l'observation, se rapprochent le plus des vraies psycho-névroses »[183]. C. Olievenstein qui critiquait dans son premier ouvrage le caractère figé de la psychiatrie et de la psychanalyse, n'était pas vraiment favorable à la prise absolue d'une telle direction. Pour lui, la toxicomanie n'était réductible à aucune nosographie classique. L'outil psychanalytique avait bien sûr permis de poser des jalons, essentiellement pratiques d'ailleurs, dans la compréhension première de l'écoute et de la relation, mais que pouvait-elle apporter, étant donné la linéarité de son schéma, à ce qu'il dénommait la labilité extraordinaire du psychisme toxicomaniaque ? Le plaisir, la jouissance, écrivait-il, ne relevait pas ici du fantasme, mais appartenait à une réalité véritable, engendrée par l'injection du produit. Cela dépassait par-là même les principes fondateurs de la psychanalyse.

« Ce quelque chose qu'on s'introduit dans les veines devient « la » chose, qui explose dans le corps et dans la tête, engendre une plage fulgurante, érotique, de plaisir. Qu'est-ce à dire, sinon que se droguer c'est faire l'amour avec soi-même ? Ici, le plaisir se définit par rapport à un nouvel interdit, non plus celui de l'inceste - fondement, pour la psychanalyse, de tout ce qui est de l'ordre de l'interdiction - mais celui de jouir soi-même, à l'intérieur de soi-même, par soi-même. (...)Cette entorse au schéma de l'analyse classique était difficile à faire admettre. Elle sera à l'origine, entre autres causes plus triviales, du départ de mon collaborateur Braconnier, qui préférera se sécuriser à travers l'orthodoxie universitaire.. ; Or, plus j'y réfléchissais, plus il me semblait, au contraire, que les concepts traditionnels devaient, en ce qui concerne le drogué, être remis en cause. Celui-ci, en effet, m'apparaissait sinon comme un être différent, du moins comme l'annonciateur d'une mutation possible (...). Que font pendant ce temps, la psychiatrie et la psychanalyse ? Elles essaient de maintenir le discours de l'inconscient, le discours de la maladie, à travers les mêmes limites ontogéniques - relatives au développement de l'individu - et phylogéniques - relatives au développement de l'espèce. Elles se crispent sur des structures qu'elles veulent immuables, par une peur panique du changement »[184].

Il convenait, selon lui, de prendre garde à l'hégémonie de tout discours, quel qu'il soit. Marmottan il est vrai avait su dès le départ se préserver de toute orientation radicale, spécifique. La psychanalyse y était présente mais au même titre que d'autres approches médicales plus classiques (à l'exception bien sûr de l'outil méthadone), qui se devaient de demeurer liées entre elles. Ce parti pris n'avait d'autre fondement que la certitude d'avoir ici affaire à un phénomène inédit, tout à fait original, qui ne pouvait se satisfaire d'un unique

[183] FREUD S., Cinq psychanalyses, Paris : PUF, 1954, p. 85.

savoir académique quel qu'il soit. D'ailleurs, la présence tierce du produit et le rapport du toxicomane à celui-ci signalait de façon flagrante, les limites de la relation analytique, relation duale par excellence.

Une évidence, une seule serait à la base de toutes ses recherches, qui mettait en relief ce singulier triptyque sur lequel reposait la toxicomanie. Celle-ci prenait place dans un triple mouvement, une triple rencontre résumée en une seule équation : celle d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel.

« 1 La drogue existe sans le toxicomane. L'objet drogue, matière inerte, existe, a existé en tous temps, tous lieux ;

« 2 Devant cet objet, l'attitude de l'homme est variable suivant l'espace, l'idéologie, le lieu, le moment socio-culturel ;

« 3 A moment socio-culturel égal, l'attitude des individus est variable, suivant la vulnérabilité personnelle liée à l'histoire propre du sujet devant le manque ;

« 4° Tout manque chez l'être humain renvoie à un autre manque archaïque, et c'est dans ce renvoi que se situe la spécificité de la dépendance humaine[185].

Il fallait donc, pour parvenir à saisir, dans leur alchimie, ces trois dimensions, innover, sans cesse, au risque d'être déstabilisé voire de ne jamais atteindre « la » vérité des choses. Tel était l'esprit qu'il s'efforçait d'insuffler à son équipe, l'incitant à développer à partir de leurs observations des conceptions thérapeutiques nouvelles, également différentes des siennes. De telles perspectives[186] n'étaient pas sans provoquer, nous l'avons vu, un certain nombre de heurts entre lui-même et certains de ses collaborateurs. Une majorité cependant allait en son sens s'efforçant de s'écarter des sentiers battus et de saisir la toxicomanie au dehors des carcans traditionnels.

« Moi je pense qu'on a toujours su en toxicomanie avec Olievenstein, qu'on était dans un champ très complexe où les dimensions pouvaient être psychologiques, pouvaient être pharmacologiques, pouvaient être sociales, il fallait essayer de faire avec toutes ces dimensions là au cas par cas (...).Moi ce que je dénonce dans des discours radicalement psychanalytiques, c'est cette idée d'une pureté de l'intervention qui correspondrait à une pureté théorique (...). C'est ce qu'on a bien connu en psychiatrie et qu'on connaît toujours...et c'est l'une des raisons pour lesquelles j'avais du mal à supporter les grandes institutions psychiatriques. (...) C'est ce

---

[184] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, p. 232.
[185] OLIEVENSTEIN C [Dir]., La clinique du toxicomane, Paris : Les Editions Universitaires, 1987, p. 14.
[186] Notre propos n'est pas ici de développer toute la pensée de C Olievenstein en la matière. Pour une analyse plus détaillée de la question, nous référons à ses principaux ouvrages dont, outre ceux déjà cités :
- OLIEVENSTEIN C [Dir]., la vie du toxicomane, Paris : PUF, 1982, 116 p.

danger que je dénonçais en matière de toxicomanie, ce danger de glissement comme ça d'un discours théorique, de pratiques qui se veulent très pures, très épurées, très abstraites finalement » (un psychiatre, intervenant dans un centre de soins spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

Cet esprit continuait à conférer à Marmottan sa valeur de centre expérimental. La pluralité des méthodes devait conduire la recherche vers la mise en forme de ce que C. Olievenstein se plaisait à dénommer la « pathologie du 21ème siècle »[187].

« Notre expérience nous amène à reconsidérer la notion classique d'adolescence et à tenter de définir un nouveau statut de l'adolescent, débouchant sur une remise en question de la nosographie appliquée aux toxicomanes. Privilégiant le symptôme, il convient d'étudier le passage de conduites marginales à une pathologie des conduites. Cette clinique nouvelle introduit de nouvelles hypothèses thérapeutiques dont l'essai d'application caractérise la dynamique du centre Marmottan et sa pratique quotidienne »[188].

Mais Marmottan, en cette fin des années 70 et bien que sa place demeurait importante, (au regard notamment de son ancienneté), n'était plus l'unique point de mire de la chaîne thérapeutique. Le champ de la toxicomanie évoluait et en son sein quelques psychanalystes patentés commençaient à se faire entendre. L'un d'entre eux, probablement le plus orthodoxe en la matière, venait d'ouvrir un centre spécialisé en province[189] et proposait une vision largement plus académique, et par-là même plus aisément « saisissable » des choses, notamment pour les intervenants sociaux.

« Pour nous la seule référence solide est la psychanalyse. Les raisons en sont tout à fait précises, elles tiennent à la doctrine psychanalytique en tant que c'est la seule qui propose au monde une façon d'agir sur la jouissance d'une manière efficace. Il ne faut pas oublier que le toxicomane peut-être défini sans inconvénient comme un individu qui a trouvé une façon assez particulière de gérer sa jouissance. C'est au nom de cette jouissance qu'il se présente dans les institutions et aussi chez les psychanalystes. Nous travaillons sur ce principe en essayant de rendre compréhensible cette gestion. »[190]

Sa formule : « c'est le toxicomane qui fait la drogue », nouvel ordre subversif d'un principe (« c'est la drogue qui fait le toxicomane ») largement ancrée dans de nombreux

---

- OLIEVENSTEIN C., Destin du toxicomane, Paris : Fayard, 1983.

[187] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, p. 236.

[188] REYMOND JM., OLIEVENSTEIN C., BRACONNIER A., A propos de l'expérience du centre Marmottan, centre d'accueil d'orientation et de soins pour toxicomanes. Informations psychiatriques, 1974, 50, (7), p. 707.

[189] Il s'agit de l'association CAST : Centre d'Accueil et de Soins pour les Toxicomanes, fondée en 1977 par F-H. Freda.

[190] FREDA F-H., Qui-vous l'a dit ? Autrement, L'esprit des drogues, avril 1989, n° 106, p. 161.

esprits de l'époque, allait radicalement détacher la drogue, le produit, de ses fondements biologiques et repositionner « le sujet » dans un signifiant seul interprétable au moyen de la technique analytique. Et si la drogue était désormais fonction de l'individu ou plus exactement du sujet qui l'ingérait, la toxicomanie pouvait rejoindre le groupe élargit d'autres formes repérées de conduites addictives comme l'anorexie mentale, la boulimie, mais aussi l'alcoolisme[191], toutes conditionnées, au-delà des types de produits utilisés, par la structure même du sujet qu'elle soit qualifiée de névrotique, de perverse ou de psychotique. On était loin, dès lors, de cette structure psychique spécifique que s'efforçait de mettre en forme C. Olievenstein et ses partenaires, lesquels s'efforçaient quant à eux de prouver l'invalidité d'une telle thèse.

« De nombreux auteurs ont souligné le caractère auto destructeur de la conduite toxicomaniaque assimilée à l'alcoolisme, à l'anorexie mentale, au suicide. Néanmoins, la relation du toxicomane avec la mort diffère notablement de celle de l'alcoolique, de l'anorexique, du mélancolique ou encore de celle que l'on observe dans la tentative de suicide réactionnelle. A partir d'observations recueillies au Centre Marmottan, Braconnier et Olievenstein ont étudié les tentatives de suicide chez un certain nombre de toxicomanes. Leurs résultats tendent à montrer que :

- on retrouve des difficultés de situation similaires dans la tentative de suicide et dans l'entrée dans la toxicomanie ;

- pendant la « lune de miel » avec la drogue, les tentatives de suicide sont exceptionnelles : le toxicomane, à ce moment, va bien et la prise de drogue n'a pas pour lui le sens d'une conduite suicidaire ;

- les conduites suicidaires réapparaissent lorsque la drogue n'est plus utilisée pour obtenir du plaisir et qu'elle ne sert plus qu'à calmer la souffrance ; les conditions matérielles sont alors de plus en plus difficiles et la drogue est dévalorisée. Dans le vécu du sujet les conduites suicidaires nouent avec la prise de drogue des rapports variables : tous les intermédiaires existent entre la drogue prise comme un poison, pour se détruire, et la drogue-médicament prise pour échapper à la dépression.

La conclusion de cette étude pourrait être que, dans de nombreux cas, loin d'être un équivalent suicidaire, la drogue aide à vivre »[192].

Mais, s'ils faisaient de l'ombre à la dominance jusque-là indiscutée du médecin-directeur de Marmottan, de tels partis pris n'en étaient pas pour autant absolument acceptés, cela, y compris dans l'enceinte même des institutions qui les avaient portés.

---

[191] Cf sur ce point DUGARIN J., Evolution et adaptation des institutions de soins en fonction des changements de la clientèle depuis 25 ans. Agora : Toxicomanies, 1993, n°27-28, p. 85.

[192] CHARLES-NICOLAS A., VALLEUR M., les conduites ordaliques, In OLIEVENSTEIN C [Dir]., La vie du toxicomane, Paris : PUF, pp. 87-88.

« Pour en revenir à Reims, je dirai que cette institution s'est fondée tout de suite sur le signifiant. Cette formule que j'ai donnée (c'est le toxicomane qui fait la drogue) a pris son sens, elle a évolué, elle a été travaillée, remaniée, développée et a, de plus en plus je crois, pris consistance, bien qu'elle ne soit pas tout à fait acceptée par tout le monde, même par les membres de l'équipe. C'est cela qui est le plus intéressant. Je dirai qu'il n'y a peut-être qu'une seule personne qui l'accepte vraiment, c'est moi »[193].

On l'aura compris, et sans doute n'est-il pas nécessaire d'aller plus avant[194] dans de tels débats théoriques que d'autres ont qui plus est, largement analysé avant nous : un flot de discours se propageait sans qu'aucun ne fasse vraiment l'unanimité. Mais le plus important pour alors n'était-il pas d'essayer de formaliser théoriquement un domaine d'activité jusque-là en friche que d'autres avaient bien tenté de s'approprier ? La psychanalyse pure et dure, certes n'étaient pas au goût de tous dans le champ, mais en empruntant à nouveau la rhétorique de R. Castel on peut affirmer que « tactiquement la manœuvre s'est avérée payante puisqu'elle prouvait l'existence d'un front commun... » non pas ici « contre la neuro-psychiatrie »[195], mais contre les approches psycho-pharmacologiques et comportementalistes. Ces savoirs pluriels et éclectiques au demeurant basés sur un même « esprit » préparaient somme toute la sécularisation de la toxicothérapie.

2-2 : Un consensus tactique

L'entreprise certes continuait de se vouloir modeste : « le spécialiste ne sait pas ; et cela seulement il devrait le savoir »[196], mais justement, le spécialiste était là, unique en son genre, qui pouvait objectivement parler « au nom de ceux » qu'il s'attachait à soigner, et qui pourrait bientôt se positionner humblement derrière le groupe qui le portait. Celui-ci effectivement prenait forme et force à mesure que le champ s'élargissait et en dépit, nous l'avons vu, d'un certain nombre de divergences somme toute nécessaires pour ne pas apparaître comme totalitaires. En toute logique, cette mise à jour allait entrer en adéquation avec la réalité que leurs mandants continuaient de pointer.

Car ce vaste mouvement à la faveur de la constitution du champ, ne se déroulait pas bien sûr en vase clos ; il entrait progressivement en congruence avec la perception d'une certaine réalité, telle qu'elle apparaissait notamment à travers un certain nombre de circulaires et autres documents émanant de l'Etat. Déjà, dès 1975, un rapport de synthèse pour le

---

[193] FREDA H -F., *op. cit.*, p. 162.
[194] N'étant de surcroît aucunement « spécialistes » en la matière.
[195] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 60.

Ministre de la Justice[197], avait fait état de la réticence réciproque des toxicomanes vis-à-vis des services de psychiatrie hospitalière. En 1977, une autre circulaire[198] avait constaté l'augmentation des toxicomanes sur le territoire et l'apparition de nouveaux produits tels que l'Héroïne brune. Aussi ce texte réclamait-il « plus de rigueur et une plus grande fermeté dans la conduite de ces affaires ». Fin 1977 encore, face aux difficultés constatées pour enrayer le phénomène de recrudescence de la toxicomanie perçu quelques temps auparavant, V. Giscard d'Estaing, alors Président de la République, demandait à ce que soit réalisée une étude approfondie sur l'ensemble de la question.

Bien que cela, dans un certain sens, leur permettait de justifier haut et fort le bien fondé de leur intervention, les intervenants craignaient toutefois la reprise en main policière et autoritaire de la question. Il ne fait pas de doute que ce traitement surtout négatif d'une réalité allait en fait largement contribuer à la scientifisation et à la cohésion du champ.

La remise de son rapport aux autorités, par M. Pelletier, chargée de cet état des lieux[199], allait effectivement conforter, dans sa très grande majorité, le modèle des toxicothérapeutes. Si l'on peut déjà y lire, audacieusement inscrits, ici et là, les prémisses d'une certaine forme de « gestion des risques » en matière de toxicomanie (mais nous allons y revenir), on y voit aussi, comme le précise H. Bergeron : « se refléter assez fidèlement le consensus composite qui s'est dégagé ces dernières années »[200]. S'y inscrit notamment la spécificité d'une pratique qui échappe aux classifications habituellement admises par la police, le magistrat et bien sûr le psychiatre : « A l'opposé de ces images trop nettes, la drogue est au contraire le monde de l'ambiguïté, sans frontières définies, d'où le cartésianisme semble à jamais banni. Les notions classiques auxquelles aiment à se référer le policier, en distinguant clairement l'usage et le trafic, le magistrat, en faisant appel à la notion de délit, le psychiatre, en parlant de normal ou d'anormal, ne sont guère praticables ici »[201]. Preuve sans doute de la légitimité d'action des institutions spécialisées, l'auteur y déplore également « le manque d'enthousiasme » des hôpitaux psychiatriques et autres services hospitaliers à accueillir des toxicomanes : « la pratique fait apparaître une très grande inégalité entre les établissements et entre les praticiens. Si l'on met à part quelques

---

[196] SOLAL J-F., Le drogué et le spécialiste, partage d'une illusion. Esprit : Drogues et société, novembre-décembre 1980, n° 11-12, p. 96.
[197] Rapport de synthèse pour le Ministre de la Justice, relatif à la lutte contre la toxicomanie. Synthèse établie à partir des renseignements demandés aux Parquets et Parquets généraux par une circulaire datée du 8 juillet 1975.
[198] Circulaire n° 69 F 389 du 7 mars 1977.
[199] PELLETIER M., Rapport de la Mission d'Etude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, Paris : La Documentation Française, janvier 1978, 283 p.
[200] BERGERON H., *op. cit.*, p. 119.

établissements ou services spécialisés, qu'ils soient à dominante médico-psychologique, tel Marmottan, ou plutôt organique, généralement en liaison avec les services de réanimation, la majorité des services hospitaliers, qu'il s'agisse des hôpitaux généraux ou des hôpitaux psychiatriques, voient relativement peu de « drogués ». Dans les hôpitaux généraux, ces derniers semblent faire, souvent à la suite d'un accident aigu, des séjours qu'ils abrègent au maximum. Quant aux hôpitaux psychiatriques, à part quelques exceptions, ils manifestent peu d'enthousiasme à accueillir des toxicomanes, considérés comme des cas « ingrats » et perturbant le fonctionnement des services L'impératif, proclamé par certains, de dé-psychiatriser » la toxicomanie paraît relever plus du procès d'intention que traduire la réalité, car les psychiatres paraissent mus beaucoup plus par le souci de protéger l'institution que par celui de répondre aux besoins de patients éventuels »[202]. La méthadone, ennemi numéro un du nouveau modèle ne trouve guère ici de plus grand soutien. Expériences étrangères à l'appui (en Hollande, en Angleterre, aux Etats-Unis) où les programmes de maintenance sont ici analysés sous un angle largement sécuritaire et après consultation des premiers expérimentateurs français (hôpital St Anne et Fernand Vidal à Paris), il est recommandé de « rester très prudent quant à l'extension à donner à la méthode »[203]. En substance, on y salue l'opportunité de toute la chaîne thérapeutique soutenue par « l'expérience irremplaçable des pionniers de la toxicothérapie »[204].

Un tel rapport légitimait ainsi l'avancée des spécialistes. Pour autant, et pour une plus grande assise, il convenait à présent de mettre en forme quelques-unes unes de ses recommandations, notamment sur un plan organisationnel. En effet, si la clinique du toxicomane avait pu se développer à la mesure de différentes initiatives publiques et privées, elle pêchait encore, vu notamment du dehors, d'un manque de cohérence et de coordination.

L'idée avait été émise quelques années auparavant que la formule des inter-secteurs pouvait servir à articuler ces différentes structures, mais elle était demeurée sans suite, comme le souligne le rapport Pelletier « sans doute par souci des conséquences que ce développement systématique entraînerait pour la compétence des secteurs de psychiatrie »[205]. Il convenait donc de mettre en place d'autres modalités de regroupements. A ce titre, le rapport ne manque pas d'avancer quelques recommandations : Après un travail d'avant-garde, les pionniers de la toxicothérapie ont en effet acquis une expérience irremplaçable, dont l'examen systématique

---

[201] PELLETIER M., *op. cit.*, p. 18.
[202] *Ibid.*, p. 65.
[203] *Ibid.*, p. 231.
[204] *Ibid.*, p. 245.
[205] *Ibid.*, p. 245.

devrait permettre de dégager des orientations pour une « deuxième génération » de praticiens. (...) C'est sans doute seulement la confrontation systématique des expériences réalisées qui permettra une appréciation - qui fait actuellement défaut - de l'efficacité de la prise en charge des toxicomanes »[206]. Cette proposition toutefois, n'était en rien menaçante à l'égard du travail déjà effectué, bien au contraire : « ceci n'autorise pas à conclure que le traitement n'est pas adapté, ou bien que, lorsque la toxicomanie lourde est effectivement installée, il n'y a qu'une faible proportion de chances qu'elle disparaisse sans laisser de traces ; car en sens inverse, on peut faire état, ils ne sont pas exceptionnels, de cas incontestables et encourageants, de succès et de réinsertion sociale réussie »[207].

Si nombre de publications de l'époque faisaient part d'un certain nombre d'enjeux, surtout théorique, entre les différents protagonistes de ce vaste projet, il fallait à présent œuvrer dans le sens d'une plus grande et surtout plus visible collaboration. Un vaste réseau de relations allait se constituer, brillamment orchestré par les protagonistes du champ. Dès cette fin des années 70 étaient notamment mises en place les Journées de Reims, lieu de rencontre prestigieux organisé par le psychanalyste H-F. Freda ; en 1980 également Marmottan mettait sur pied son premier séminaire externe. Déjà, d'ailleurs, parrainées par leur directeur, quelques-uns des collaborateurs de C. Olievenstein avaient entrepris la création de nouvelles structures, diffusant ainsi, dans une dimension élargie, « l'esprit » de l'institution. En 1980 est également créée l'ANIT, l'Association Internationale des Intervenants en Toxicomanie. Son but premier : désenclaver la parole en matière de toxicomanie, jusque-là surtout maintenue dans un cercle parisien et permettre à tous les agents du champ de se positionner et d'échanger dans une meilleure égalité.

« L'ANIT existe depuis l'année 1980... C'est-à-dire que, quand le dispositif s'est développé, les grosses figures, des gens qui étaient dans des lieux complètement dispersés ont choisi à un moment donné de se rassembler pour réfléchir, vu qu'il n'y avait plus qu'une seule référence, c'était plus la seule référence de Marmottan, les choses commençaient à évoluer... Donc ça a été créé d'abord par des intervenants, des cliniciens, des personnes qui travaillaient au quotidien auprès des toxicomanes » (Un éducateur spécialisé, directeur d'un centre de soins spécialisés en toxicomanie - extrait d'entretien).

Si les séminaires de recherches organisés à partir de certains centres de soins réputés permettaient avant tout un échange théorique sur la question, l'ANIT serait, elle « le vecteur

---

[206] *Ibid.*
[207] *Ibid.*

le plus influent de diffusion de l'esprit composite des intervenants »[208], mais également, « le vecteur de transmission, pour les intervenants, des lignes essentielles de ce que doit être le soin en France... (...) En fin de compte, elle joue un rôle important dans la transmission des règles de l'art thérapeutique et des grandes positions éthiques à l'ensemble de ses membres »[209].

C'est ainsi toute une « culture », qui allait pouvoir se disséminer. Ainsi, pour reprendre les termes de P. Bourdieu, à l'effet d'homogénéisation produit par l'existence de la chaîne, s'ajoutait une confrontation continue des positions scientifiques qui « en produisant un consensus minimal sur les occasions et les objets de dissensus, permettait de vivre la programmation culturelle dans l'illusion de la liberté »[210] ; illusion en effet, car ces années voyaient déjà poindre les potentialités d'une subversion du modèle ; nous y reviendrons.

2-3 : Des professionnels et des individus d'exception

Si la psychanalyse en bonne et du forme ne semblait pouvoir embraser la totalité du champ, « l'esprit » qu'elle insufflait allait permettre à la majorité des intervenants d'asseoir leur pratique et par-là même d'entrer dans un véritable processus de professionnalisation. En substance, celui-ci allait de paire avec la constitution d'une figure toute spécifique du toxicomane, distincte d'autres types de consommateurs. La clinique du sujet allait donc simultanément consacrer leur position et appuyer cette ligne de frontière entre ceux que leur pratique concernait et ceux qu'elle ne concernait pas.

Comme le constate H. Bergeron : très présents dans les centres de soins, « les personnels dits « sociaux » (éducateurs spécialisés et assistantes sociales) s'approprient sans hésiter cette nouvelle façon de formuler les problèmes : tous les intervenants sont égaux devant les gains d'une telle théorisation »[211]. Pour autant de tels emprunts ne sont pas propres au champ de la toxicomanie. Celui notamment de « l'enfance inadaptée », construit lui aussi dans une rupture avec des conceptions classiques de soin (dans la mouvance de l'antipsychiatrie)[212], avait également pris cette voie sous l'impulsion de psychanalystes tels que R. Diatkine. Le socle psychanalytique offrait aux éducateurs et autres travailleurs sociaux un modèle de compréhension utile face au caractère imprévisible de certaines populations.

---

[208] BERGERON H., *op. cit.*, p. 159.
[209] BERGERON H., *op. cit.*, p. 161.
[210] BOURDIEU P., Le processus de consécration. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 1981, n° 39, p. 43.
[211] BERGERON H., *op. cit.*, p. 146.
[212] Cf notamment sur cette question : ZAFIROPOULOS M., PINELL P., *op. cit.*, 1983.

« La psychanalyse est un système non pas de classification mais plutôt d'explication plus dynamique, etc etc, même si elle peut aussi arriver à un système de classification diagnostic qui n'est pas mieux d'ailleurs, mais je dirai que... C'est un défaut structural de la pensée éducative que d'avoir en permanence recours à des modèles de théorisation qui sont pas les siens. (...) Le travail éducatif a beaucoup de difficultés à modéliser son approche par des modèles théoriques qui seraient propres à l'espace éducatif. Il va toujours chercher ailleurs des modèles pour essayer d'expliquer. C'est vrai que l'on cherche plus souvent des modèles extérieurs pour expliquer quand on arrive pas à travailler. Quand ça marche, on a pas besoin de modèle pour expliciter. Si on additionne à ça le fait que (...) les adolescents les plus en difficulté mentale arrivent dans le champ éducatif, on comprend qu'on aille chercher un appareil théorique pour tenir face à un adolescent qui s'il vous agresse c'est bien de savoir qu'il vous prend pour son père, c'est pas vous qu'il agresse mais à travers vous c'est le père, ça vous permet de pas réagir en droit et de lui dire « arrête de me marcher sur les pieds » sans aller lui foutre votre main dans la figure.» (Un psychiatre-psychanalyste, ancien intervenant en toxicomanie, directeur d'un dispositif de coordination institutionnelle dans le domaine de la délinquance - extrait d'entretien)

La nécessaire distance à garder face au toxicomane, la conduite à tenir face à quelques arrogances, à quelques violences, face à la mort aussi, parfois brutale, face au suicide et à tant d'épisodes d'un parcours semé d'embûches, tout cela prenait sens désormais sur fond de savoirs psychanalytiques. Du même coup, H. Bergeron encore une fois le montre bien dans son analyse[213], tous ces points d'appui savants allait servir de contrepoids aux résonances morales et psychologiques qu'un certains nombre de difficultés pouvaient avoir sur les équipes. Ainsi, comme il le précise aussi, le concept de conduite ordalique élaboré par deux proches collaborateurs de C. Olievenstein, savamment défini comme étant « la répétition d'une épreuve comportant un risque mortel, dans laquelle le sujet s'engage afin, par sa survie, de prouver sa valeur intrinsèque, ainsi reconnu par les puissances transcendantes du destin »[214], allait-il permettre d'objectiver, de rationaliser et par-là même de déculpabiliser les intervenants profondément touchés par de soudaines morts volontaires que rien (s'agissant de toxicomanes sevrés et potentiellement « guéris ») ne laissait prévoir. La mort par suicide, insupportable, dont tant d'entre eux resteraient marqués à tout jamais, était bien l'une des expressions intrinsèques au comportement toxicomaniaque, car jeu avec la mort, « un risque, intensément vécu, agi »[215].

Le déroulement entier de la psychothérapie, de l'entrée dans la cure jusqu'à la post-cure allait, sous de tels hospices, acquérir de nouvelles saveurs et légitimer, à posteriori, l'existence de la chaîne tout entière. Il s'agissait pour commencer de savoir différer l'urgence

---

[213] BERGERON H., *op. cit.*, particulièrement pp. 144-156.
[214] CHARLES-NICOLAS A., VALLEUR M., Les conduites ordaliques, In OLIEVENSTEIN C [Dir]., la vie du toxicomane, Paris : PUF, 1982, p. 93.

qui amenait nombre d'individus à « consulter ». Ce « je veux tout, tout de suite », demande fiévreuse, obstacle à leur implication durable (clef de la réussite) dans la cure, se devait d'être différée, creusée, travaillée, modifiée, affinée au fur et à mesure des rendez-vous honorés. Seule « la » demande dite élaboré, signe d'une réelle autonomie du sujet, pouvant être digne d'une toxicomanie réelle, avérée, propre à l'entrée dans la cure.

« Ce qui frappe dans la demande de soins du toxicomane, c'est son caractère stéréotypé, toujours urgent, apparemment impulsif. Les raisons avancées : dettes, loyers impayés, menaces de licenciement, problèmes judiciaires ou aggravation de l'état somatique, sont autant d'alibis ou de prétextes nécessaires pour justifier le besoin de « décrocher ». Finalement le toxicomane se présente à nous comme un Monsieur-tout-le-monde qui ignore sa souffrance et n'aspirerait soudainement plus qu'à une seule chose : retrouver une vie normale. Bien sûr nous ne devons pas être dupes de cette avalanche de « bonnes raisons », ni des pressions que le toxicomane subit pour venir se faire soigner (la prison ou la cure, le licenciement ou le sevrage, le maintien du statu quo familial négocié avec la promesse de soins, etc). Mais il n'est pas de notre fait de juger ce que d'aucuns appellent les « motivations » du jeune. Par contre il est de notre rôle d'éclairer ce que ces démarches, ces pressions, cette logique apparente ont parfois d'irréel ou d'incohérent. (...)Aussi, le principal critère pour hospitaliser un toxicomane reste bien qu'il le demande. Ce qui ne veut pas dire qu'on doive accéder à cette demande sans en avoir parlé auparavant »[216].

L'étape de la cure requérait quant à elle quelques aménagement, au gré des tendances ; la cure analytique par excellence n'étant pas exactement appropriée à de tels sujets.

« Nous savons que le toxicomane vit dans un rapport démesuré avec le produit. Il ne peut donc être question, avec lui, de rester dans son fauteuil, de se figer dans le silence et l'immobilité. La relation ne se nouerait pas. Bien pire, on risquerait de faire lever, chez le sujet, une angoisse extrême. A l'inverse du psychanalyste classique, le thérapeute doit au contraire être actif, agissant, présent avec son humeur, son émotion, son agressivité même. Il doit établir avec le sujet, un rapport de chaleur, et presque érotisé, ne pas se refuser aux fulgurances instantanées de l'interprétation analytique. Il faut absolument qu'il fasse passer, en celui qui lui fait face, l'intime conviction, comme on dit dans le domaine judiciaire, que le thérapeute sait et possède ce que lui pensait être son secret, et que le rapport qui s'instaure entre eux est aussi fort que ce que l'on peut vivre dans la drogue »[217].

D'ailleurs, dans ces centres de soins aux équipes pluridisciplinaires, la cure ne relevait pas exclusivement de la compétence du médecin-psychiatre. Tout intervenant, quel qu'il soit,

---

[215] *Ibid.*, p. 94.
[216] GUEGUEN J-F., Le sevrage des toxicomanes en milieu hospitalier : de la soumission au besoin à l'exprimé du désir. Nervures, 1989, 2, (7), p. 69.
[217] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1983, pp. 234-235.

et pourvu seulement qu'il le désire, pouvait se faire thérapeute. Sans doute, mais nous y reviendrons, l'appellation même d'intervenant posait-elle le possible de telles pratiques sous-tendues par ce « désir utopique de relations sociales pacifiées entre les différents types de professionnels »[218].

« Le thérapeute de séjour peut-être n'importe qui : nous n'avons pas un système de hiérarchie où il y a médecin, psychanalyste, thérapeute de séjour, éducateur, etc. Tout le monde peut s'autoriser, recevoir un patient soit à l'accueil, soit comme thérapeute de séjour, soit comme analyste ». [219]

L'après-cure, officiellement dénommée la post-cure (terme au demeurant critiqué par une majorité d'intervenants en raison de sa connotation à caractère « secondaire »)[220], devait ensuite permettre au toxicomane de retrouver, après la phase difficile du sevrage, un certain équilibre. Il s'agissait de le confier à d'autres institutions de la chaîne, savamment choisies selon leurs méthodes, selon leur mode d'être « structurant », qui devaient se concorder, au mieux, et pour éviter tout échec, aux propres dispositions morales et psychiques du sujet.

« C'est le moment où l'on doit, si je puis dire, baliser tout autour du toxicomane. Lui offrir des lieux de régression, des lieux nourriciers (...) d'atmosphère harmonieuse et comblante. L'envoyer par exemple dans des post-cures où il ne s'agit pas de travailler mais, simplement, de se laisser porter par une sorte d'existence édénique. Ou le confier à une institution plus contraignante dirigée par un personnage qui représente un peu la loi paternelle, sans pour autant se croire tout-puissant. En tous cas, ne jamais laisser le toxicomane face à lui-même, mais maintenir sans cesse, chez lui, une certaine permanence d'intérêts, d'investissement. Bref substituer au temps de la toxicomanie un temps thérapeutique qui ne soit pas moins mobile, moins varié, moins dense »[221].

Comme le montre R. Guerrieri[222], seuls pouvaient suivre un tel parcours les toxicomanes qui avaient franchi avec succès les premières étapes de sélection des centres. Critères qui, au demeurant, étaient essentiels à l'affirmation d'une spécificité, sinon de la toxicomanie[223], tout au moins de la population prise en charge, qui se distinguait dès lors d'autres catégories de consommateurs (usagers dits récréatifs, marginaux, etc). Pour autant,

---

[218] HOMERVILLE F., Que sont les intervenants en toxicomanie devenus ? Interventions, mais 1997, n°59, p. 23.
[219] FREDA H-F., *op. cit.*, p. 164.
[220] C'est notamment ce qu'indique R. Guerrieri : « Le terme de post-cure est généralement considéré comme inadéquat, malgré sa large utilisation, parce qu'il tend à présenter cette phase comme secondaire. Les termes de « cure » et de « post-cure », figurant dans les textes législatifs sont critiqués par les intervenants, parce que laissant supposer deux moments hiérarchiquement différenciés en « priorité » et « suite ». GUERRIERI R., La prise en charge des toxicomanes : un point de vue sociologique, Journal de Médecine légale - Droit médical, 1986, T. 29, n°5, p. 392.
[221] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1983, p. 235.
[222] GUERRIERI R., *op. cit.*, 1984, pp. 322-340.

ces derniers n'étaient pas en reste. Pour ceux qui en doutaient encore, les divergences de fond en matière théorique, comme la variété des pratiques (cure analytique ou non, post-cure en ville ou à la campagne, foyer, hébergement familial, etc.), n'étaient en soi pas néfastes à l'homogénéité du champ conçu comme une spécialité ; elles servaient au contraire, véritable coup de force, de mode de légitimation à l'existence entière de la chaîne thérapeutique.

« C'est qu'il existe (...) des institutions plus proches des usagers récréatifs que des toxicomanes véritables. A la vérité, on constate en ce domaine une spécialisation croissante. Le foyer de la rue des Haies, par exemple, se consacre essentiellement aux sujets socialement les plus déshérités. Quant à nous, (...) ce sont les toxicos profonds qui nous concernent. Cela suppose donc un tri initial que seuls peuvent effectuer des spécialistes compétents, conscients et dotés de références éthiques solides (...) C'est chose illusoire, par exemple, que d'envisager la prise en charge de sujets qui se trouvent en pleine lune de miel avec la drogue. (...)Il n'y a, en l'occurrence, qu'une seule démarche utile : prendre date, ils verront que nous connaissons notre affaire, et auront confiance en nous. (...) C'est pourquoi nous encourageons les toxicos à se frotter à d'autres institutions (...), à se confronter à d'autres méthodes »[224].

Ainsi ce « marché du toxicomane » se déployait-il entre les différentes structures spécialisées de la chaîne, selon que le sujet en question s'avérait apte ou non à prendre le chemin véritable de la délivrance. La ligne de frontière était posée entre les vrais toxicomanes et les autres. A la loi réelle instaurée dans la plupart des centres, venait ainsi se superposer la loi symbolique fondée sur le triage et la sélection des individus en fonction de leurs capacités objectives à se conformer au modèle thérapeutique. La ligne s'avérait être savamment dosée : il y avait ceux que la thérapie concernait et ceux (et on se plaisait à croire qu'ils étaient nombreux) qu'elle ne concernait pas encore.

---

[223] Nous avons vu précédemment que les toxicothérapeutes n'étaient pas tous en accord sur ce point.
[224] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1983, pp. 237-238.

UNIVERSITE DE METZ
S.C.D.

Chapitre III : Maintenir l'équilibre

1 - Les limites de l'éclectisme

1-1 : Des institutions barbares

Ces évolutions progressives vers l'instauration d'un modèle dominant allaient s'accompagner d'un processus de sélection des institutions. L'heure n'était plus, en cette fin des années soixante-dix et début des années quatre-vingts, aux initiatives de toutes sortes. Si un premier tri s'était réalisé « naturellement » au début de la décennie, signant la fin des expérimentations les plus « aventureuses », un second allait s'opérer ici, de manière plus directive, par l'administration progressivement ralliée à la cause du « modèle français ». Celui-ci, spécifiquement axé sur une problématique du sujet que soutien une relation quasi-exclusive entre le toxicomane et son thérapeute, ne pouvait déjà logiquement se prévaloir de l'intrusion de certaines technologies comme la méthadone. C'est dans ce même esprit, et dans une perspective d'alignement de tous au modèle dominant, qu'avait été engagée une véritable campagne contre les formules autrefois séduisantes des communautés thérapeutiques à l'américaine. « Synanon » n'était plus à la mode et ceux que l'expérience tentait encore n'allaient pas tarder à en payer les frais. On pense ici notamment à M. Orsel, fondateur de l'Abbaye. L'épisode, raconté par H. Bergeron est éloquent : attiré par ce type d'entreprise qu'il souhaite mettre en place en France, C. Orsel est à l'origine d'un voyage d'étude collectif au Canada, financé par la Direction Générale de la Santé, « fidèle à sa logique d'ouverture »[225], destiné à mieux faire connaître ces structures aux différents intervenants présents (ils seront une vingtaine). Cette initiative aura en réalité l'effet inverse de celui escompté : peu séduits par cette forme de prise en charge, les intervenants français, ainsi réunis pour la première fois, échangent et se reconnaissent nombre de points communs. Ainsi, « L'éthique libertaire qui unissait chacun (...) dans leur fief respectif trouve une existence collective »[226] et le retour en France sera l'occasion d'affirmer en chœur, haut et fort, l'irrecevabilité d'un tel modèle. M. Orsel n'en démordra pas, mais « l'Arbre » sa toute nouvelle communauté thérapeutique fondé en 1978 sera boycottée par l'ensemble des

[225] BERGERON H., *op.* cit., p. 110.
[226] *Ibid.*

intervenants. Placée en aval de la chaîne thérapeutique, la post-cure aura alors bien du mal à survivre.

S. Veil en personne, alors Ministre de la Santé lui enverrait de surcroît une lettre « lui signifiant qu'elle ne saurait souscrire à la formule des communautés thérapeutiques (...). Ce refus s'inscrit dans une approche globale dont ses services administratifs ne manqueront pas dorénavant, de respecter l'esprit »[227].

Dans la foulée, le 3 juillet 1979, sortait une circulaire destinée à l'organisation des post-cures. S'il y était indiqué que « la diversité des types de prise en charge (...) doit rester la règle si l'on veut répondre le plus exactement possible aux besoins de chaque sujet, très différents selon sa personnalité, son passé et le stade d'évolution où il se trouve », le texte n'omettait pas de préciser que : « toutefois, à la lumière de l'expérience, il paraît souhaitable de respecter dans tous les cas deux principes : l'établissement doit être en liaison avec l'ensemble des institutions existantes (...) afin qu'un meilleur contact entre les différentes équipes permette de suivre au mieux chaque cas » et « la capacité de l'établissement doit être réduite ; elle doit permettre en effet d'offrir une atmosphère familiale nécessaire à l'évolution favorable des toxicomanes qui ont fréquemment souffert de carences affectives ». On y soulignait également, pour mieux s'opposer sans doute à l'éloignement et l'isolement environnemental prôné par ce type de communautés que « les phénomènes de rejet souvent observés lors de l'implantation d'un établissement de post-cure, au nom de l'éventualité d'une contagion toxicomaniaque, ne repose sur aucune observation réelle ». Enfin, concernant plus particulièrement la composition des équipes : « celle-ci doit présenter, au-delà des diplômes souhaitables, des capacités exceptionnelles d'écoute et de contact psychologique, ainsi qu'une connaissance préalable du monde de la toxicomanie ». A ce dernier titre si la présence en son sein, comme « personnel encadrant », d'anciens toxicomanes était jugée « intéressante », car révélatrice de l'évolution du sujet, le texte ne manquait pas de préciser que « cette forme de réinsertion ne saurait cependant être encouragée systématiquement ».

Bien que le terme lui-même n'apparaisse jamais dans la circulaire, c'est bien la formule tout entière des « communautés thérapeutiques » ou de ce qui s'en rapproche, qui était ici finement visée. Elles n'étaient pourtant pas légion à cette période en France. On ne peut manquer alors de souligner que plus que la nécessaire circonscription d'un « danger », c'est surtout l'hégémonie du modèle prôné par les spécialistes du champ qui était ici ouvertement posé. Ajoutons, en écho à ce que nous disions aux prémices de cette recherche à

---

[227] *Ibid.*, pp. 111-112.

propos d'une certaine génération, et comme le fait également remarquer H. Bergeron, que l'histoire personnelle de la ministre de la Santé la rendait « particulièrement sensible aux arguments invoquant les pratiques de concentration et de dressage, prétendument utilisées dans ce type de structure de soin. Dans ces conditions, il n'est pas ridicule de penser qu'en l'espèce, les soignants les plus en vue ont profité d'une compatibilité passive et fortuite de leurs aspirations et de celles du ministre »[228].

Principales visées en fait par cette circulaire : les communautés du « Patriarche »[229]. On les devine fort bien en arrière fond de la circulaire dont elles contredisent (forcément) à peu près tous les principes : un monde autarcique sans guère de contact avec les autres structures existantes, une très grande capacité d'accueil (jusqu'à deux cent personnes), une implantation éloignée de tout centre urbain et la présence quasi exclusive en son sein d'intervenants anciens-toxicomanes.

La première de ces structures : le domaine de La Boëre, fut fondée en 1972 par L. Engelmajer, ancien fabriquant de meubles toulousain ; D'autres allaient suivre en France mais également dans le monde entier. L. Engelmajer-le Patriarche sera finalement au bout de quelques années à la tête d'une véritable multinationale[230].

Au début des années 70, à la grande époque du « tout est possible », C. Olievenstein disait du personnage :

> « Ce qu'il donne à ses pensionnaires, aucune institution, avant lui, n'avait su l'offrir, d'autant qu'il recueille, en premier lieu, presque tous nos échecs, ceux de la pédagogie comme ceux de la médecine. Ces filles et garçons il les entoure, les réinsère à l'intérieur d'un cadre de vie et de sensibilité (...). Je dois l'avouer : lorsque j'ai vu des drogués, à 7 heures du matin, sortir des instruments aratoires et s'en aller biner au champs, je n'en ai pas cru mes yeux »[231]

Mais l'heure n'était plus alors à de tels attendrissements[232], la barbarie était là, venant entacher le modèle, et il fallait tout faire pour la combattre ou tout au moins pour l'enkyster. Car la tâche n'était pas aisé. Et si les spécialistes du modèle français s'efforçaient de peser contre les financements accordés par l'Etat à quelques-unes unes de ces communautés, l'action s'avérait peu efficace. La majorité des centres du Patriarche fonctionne surtout à

---

[228] *Ibid.*
[229] Ce qui suit sur la description de cette communauté est issu de notre travail de terrain de maîtrise.
[230] En tout l'association recense 234 communautés de par le monde : 24 espaces de soins et de santé ; 123 centres ruraux et 111 centres urbains.
[231] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, pp. 255-256.

partir de dons, l'accueil lui-même n'est d'ailleurs pas gratuit (une participation minimale de 100 francs par jour et par personne est requise) et les bâtiments, vieilles bâtisses à rénover, ont été acquises pour une bouchée de pain ou léguées par les municipalités. C'est que le Patriarche a aussi su créer des liens relativement fort avec certains élus. L'implantation des centres s'accompagne rarement ici d'un soulèvement général de la part des populations environnantes. Une certaine relation de confiance semble s'être instaurée, qui a beaucoup à voir avec l'efficacité de la prise en charge effectuée ici, sur une base communautaire extrêmement contenante (nous y revenons ci-après). Si certains (dont nombre de spécialistes) la récusent de par sa rigidité voire son caractère « totalitaire », la technique a tout le moins le large mérite de ne pas engendrer de « troubles » de voisinage, ce à quoi les élus locaux sont évidemment très sensibles, et de permettre de surcroît un nombre très élevé de prise en charge, sans commune mesure avec les autres structures de la « chaîne thérapeutique », ce qui lui vaut, bien entendu (selon les contextes[233]) la considération de certains politiques.

1-2 : Des modèles « impensables »

La technique du Patriarche diffère, il est vrai, de celle qui domine alors en France et les débats auxquels elle donne (et donnera longtemps) lieu nous montrent encore qu'en matière de soins aux toxicomanes aucune méthode ne peut être décidément considérée comme acquise.

Ici, pas de clinique, pas de psychanalyse. Les maîtres mots sont : « relations humaines et pédagogie ». Les centres sont situés loin des grandes villes, à la campagne ou en bord de mer, « la beauté des lieux est à elle seule thérapeutique », écrit leur fondateur[234]. Ces centres n'en sont pas moins exempts d'une certaine médicalisation : il y existe des « espaces de santé » où des médecins, anciens toxicomanes, assistés de dénommés « officiers de santé » (non-médecins, ex-toxicomanes également et formés sur le tas), prennent en charge les soins de toute sorte ainsi que les examens médicaux appliqués systématiquement à tout nouveau venu afin d'évaluer son état de santé. Mais ici, pas de médicaments : toute la thérapie est basée sur des méthodes dites naturelles de soutien (phytothérapie, acupuncture, balnéothérapie, etc).

---

[232] Soulignons tout de même que la biographie de C Olievenstein d'où est extraite cette citation est parue en 1977, ce qui laisse entendre que ce « soulèvement » général s'est réalisé en très peu de temps.
[233] Nous reviendrons ultérieurement sur ces enjeux autour du Patriarche, qui resurgiront dans le contexte du sida.
[234] ENGELMAJER L J., Pour les drogués : l'espoir, Paris : Ed Le Pâtre, 1976, p. 4.

Sur le plan du suivi, dès son arrivée dans le centre, la personne toxicomane est prise en charge par le groupe et plus précisément par deux personnes anciennes toxicomanes (sevrées depuis peu), qui l'encadrent et la soutiennent vingt-quatre heures sur vingt-quatre. La désintoxication se fait de manière totale et « définitive » : c'est ce qu'ils appellent le « sevrage bloc », méthode qui a été parfois très contestée[235], certains psychiatres affirmant qu'elle était trop brutale pour le corps. La durée de la période de sevrage est fixée à dix jours ; elle peut être prolongée en fonction de troubles physiques ou psychiques. Pendant tout ce temps, la personne est entourée, soignée par phytothérapie et occupée par de petites tâches domestiques ou autres (longues promenades visant à fatiguer l'organisme de manière à retrouver petit à petit un sommeil normal). Passé ce sevrage, elle intégrera peu à peu le groupe afin de retrouver le dialogue, reconstruire l'habitude du travail, retrouver un rythme de vie « normal » avec des horaires et des obligations. Un mois environ après son accueil, il lui sera proposé de prendre en charge à son tour un nouvel arrivant afin de la « responsabiliser ». Les familles sont, à partir de ce moment, admises à rendre visite. Les sorties du centre, accompagnées ou non, sont autorisées à compter du troisième mois. Plusieurs activités sont proposées, l'activité principale demeurant l'entretien et/ou la restauration des lieux. La méthode de réinsertion, ou plus exactement de réapprivoisement à la vie sociale passe également par la diffusion « à l'extérieur » de messages de prévention, d'informations sur la communauté, ainsi que la vente d'ouvrages écrits par le maître des lieux. Cette démarche se fera en dehors de tout anonymat, afin est-il dit de responsabiliser chacun dans le sens de ses « droits » et de ses « devoirs ». Enfin, et généralement, la personne change de centre tous les ans, afin d'éviter toute dépendance vis-à-vis du groupe. Elle peut également, si elle le désire, s'en aller, partir, bien que cela ne se fasse guère, nous allons le voir, très facilement.

Une telle description masque en fait l'aspect essentiel du processus à l'œuvre dans cette communauté. C'est en réalité dans les discours et récits de vie de ses membres, systématiquement marqués par une césure entre un « avant » et un « après » (la « mauvaise vie d'autrefois » s'opposant généralement à « la bonne vie d'aujourd'hui ») que transparaît toute la particularité du système. Elle se rapporte ce que P. Berger et T. Luckman appellent « le processus d'alternation » qui signifie littéralement « devenir autre ». Dans ce processus, c'est toute la réalité sociale subjective qui est mise en jeu. Il s'agit d'une resocialisation qui tend à reproduire le schéma caractéristique de la socialisation primaire. Ce processus est ainsi marqué par « une identification fortement affective au personnel de socialisation qui est

---

[235] On ne peut s'empêcher de penser aux débats qui ont eu lieu quelques cent années plus tôt autour de la

caractéristique de l'enfance »[236]. Il prend pour cadre la communauté elle-même et son organisation qui lui donnent un sens, « une structure de plausibilité indispensable à la nouvelle réalité »[237].C'est dans cette structure de plausibilité que va vivre l'individu, « elle doit devenir le monde de l'individu, déplaçant tous les autres mondes, particulièrement le monde que l'individu a habité avant son alternation. Elle exige la ségrégation des individus par rapport aux « habitants » des autres mondes, particulièrement ses « cohabitants » dans le monde qu'il a laissé derrière lui »[238]. Cette ségrégation peut être physique ou mentale ou bien les deux à la fois, c'est le cas de la communauté du Patriarche : la ségrégation physique y apparaît de manière évidente : les centres (pour les plus importants en capacité d'accueil) sont dans leurs grande majorité en pleine campagne, à l'écart des grandes villes, les personnes qui s'y trouvent sont très éloignées de leur région d'origine voire de leur pays d'origine. La ségrégation mentale quant à elle apparaît justement dans le discours. « L'alternation implique une réorganisation de l'appareil de conversation (...), la nouvelle réalité subjective est maintenue par l'intermédiaire d'une conversation continue avec les nouveaux autres significatifs ou à l'intérieur de la communauté qu'ils représentent (...). Les gens et les idées qui sont différents de la réalité sont systématiquement évités »[239].

La phase d'initiation est en ce sens essentielle. Les nouveaux arrivants sont encadrés vingt-quatre heures sur vingt-quatre par deux autres personnes récemment initiées qui la soutiennent (moralement mais aussi physiquement, la désintoxication brutale pouvant donner suite à des malaises, des tremblements), et lui parlent continuellement (des paroles du genre : « nous, nous pouvons t'aider car nous avons vécu la même chose », etc). La plausibilité de cet univers fonctionne dans les deux sens : les personnes récemment désintoxiquées s'occupent des nouveaux arrivants et l'état de « délabrement » tant physique que moral ou psychologique de ceux-ci ne peut que venir renforcer leur désir de « transformation ». C'est cette chaîne d'entraide qui donne sa légitimité et sa cohérence au système. Tout ce qui relève de l'ancienne réalité est réinterprété dans le cadre de la communauté, « cette réinterprétation apporte une rupture dans la biographie subjective de l'individu. Tout ce qui précède l'alternation est maintenant perçu comme menant à elle et tout ce qui la suit comme découlant de sa nouvelle réalité. (...) La biographie de la préalternation est typiquement détruite « in

---

méthode « brusque » préconisée par Lévinstein.

[236] P. BERGER, T. LUCKMANN, La construction sociale de la réalité, Paris : Ed Méridiens Kincksieck, 1994, p. 215.

[237] *Ibid.*

[238] *Ibid.*, p. 216.

[239] *Ibid.*, p. 217.

toto » en étant classée dans une catégorie négative qui occupe une position stratégique dans le nouvel appareil de légitimation. La rupture biographique est ainsi identifiée à une séparation cognitive entre ténèbres et lumière »[240]. De là donc ces récits de type « avant j'étais mauvais..., maintenant je suis bon ». Il se doublent d'ailleurs d'autres dichotomies : l'ici et l'ailleurs ; l'intérieur et l'extérieur, nous et « les autres ».

L'image positive de ces individus projetée à l'extérieur de la communauté participe à la consécration de leur nouvelle identité, mais elle vise aussi à mettre en avant la légitimité et le bien fondé de l'institution. Ainsi, de la même manière que la communauté lui apporte quotidiennement aide et soutien, chacun des membres lui rend son service en diffusant dans la société une image positive d'elle-même.

On comprend l'étonnement de C. Olievenstein à la vue de ces jeunes gens, réputés difficiles y compris par les spécialistes et qui font preuve ici d'une conduite exemplaire, comme s'ils étaient transformés. Ils le sont, réellement, mais c'est au prix de ce bouleversement identitaire et d'un attachement très fort à la communauté. Ces toxicomanes sont bel et bien devenus des « anciens toxicomanes » (c'est ainsi qu'ils se présentent), mais ils ont du pour cela changer de monde. Dès lors, lorsque l'on interroge ces individus sur l'avenir, hors de la communauté, on s'aperçoit qu'en réalité, peu l'envisagent. La conviction d'avoir enfin trouvé là un équilibre dans une vie au jour le jour, rythmée par le travail, les réunions de groupe, etc, rend malaisé la projection de soi dans une autre réalité, celle de la vie « du dehors » perçue en terme de menace : l'angoisse de la rechûte, de la « galère » et de l'incompréhension des institutions de soins traditionnelles. L'enjeu est également là, en réalité : ce type de structure se pose aussi comme modèle alternatif pour ceux qui ne sont pas prêts (et le seront-ils jamais) à élaborer « la » demande qui convient à une approche individualisée, à résonance psychanalytique. En ce sens, et malgré ses propres travers, ce type d'approche interroge également les limites de l'autre modèle, dominant. C'est également ce que souligne N. Kalibaba dans une analyse éclairée sur le rejet, en France, des communautés thérapeutiques, paru en 1980 dans un numéro de la revue Esprit largement consacré pourtant à la « cause » du modèle français : « peut-être que cette question des communautés thérapeutiques ne fait que pointer une menace qui pèse sur tous lieux de vie prenant en charge des jeunes toxicomanes et/ou délinquants, et se donnant pour vocation d'être *le* lieu thérapeutique total. Le modèle CT n'en serait que la forme la plus rigide : avec des résidents qui tolèrent difficilement la confrontation de leurs différences, et l'insécurité que cela suppose

---

[240] *Ibid.*, p. 218.

on se trouverait contraint de créer une plate-forme d'identification telle qu'elle escamoterait l'individu et son jardin secret pour rendre possible une thérapie de groupe. Ainsi la question du leurre fondamental d'un lieu de vie conçu comme thérapeutique en soi ne saurait être contournée »[241]. La question cependant demeurera sans réponses durant de nombreuses années. On ne peut que penser d'ailleurs, que le problème ne pouvait, dans ce contexte précis, être perçu et que par conséquent la question elle-même ne pouvait être entendue.

1-3 : Des barbares dans l'institution

En empruntant l'analyse de R. Castel, on peut dire que « l'imaginaire professionnel » des toxicothérapeutes fonctionnait ici à plein régime, soutenu par « l'esprit » psychanalytique. Celui-ci en effet jouait son rôle de point d'appui contre le développement d'autres approches, étrangères au modèle, et par-là même forcément perçus comme très limités. En fait, « si l'écoute est l'attitude thérapeutique par excellence, et l'effort pour instituer une relation authentique la forme paradigmatique de l'aide à autrui, les abords objectivistes sont d'emblée soupçonnés d'être réducteurs »[242]. Pour autant, et en dépit d'une bataille gagnée, ces incursions barbares montraient bien que les frontières du champ n'étaient pas étanches. Mieux encore, les murs des institutions laissaient voir depuis quelque temps certaines figures peu conformes au modèle établi, une clientèle plus dure, plus accrochée, plus difficile à capter, gérée tant bien que mal grâce aux multiples filières de la chaîne thérapeutique. Son arrivée largement plus massive en ce début des années 80 allait relativement réorienter la marche des institutions. La chose certes n'était pas nouvelle et la crise interne de 1974 survenue à Marmottan après l'ouverture du service d'hospitalisation en était notamment la preuve. Mais justement, cette récurrence des crises, entre deux états de grâce, semblait montrer que les vers était définitivement installés dans le fruit.

L'ampleur du problème avait déjà été pressenti dans le rapport de M. Pelletier. A la mesure de l'effondrement du salariat amorcée dès la deuxième moitié des années soixante-dix, se profilait ici une autre jeunesse : « ces adolescents plus nombreux, qui se situent mal dans une famille en mutation, qui s'ennuient dans une école aux débouchés incertains, qui ne trouvent plus leur place dans une société en crise (...). Ils refusent tout système de référence, réclament des raisons de vivre, des certitudes »[243]. La consommation de drogues ne se

---

[241] KALIBABA N., Comportementalisme, l'efficacité contre l'utopie, Esprit : « Drogue et société », n° 11-12, nov-dec 1980, p. 91.
[242] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 112.
[243] PELLETIER M., *op. cit.*, p. 128.

percevait plus, du même coup, dans le cadre de revendications culturelles, politiques, idéologiques, propres à la jeunesse de la fin des années soixante ; elle devenait « passage à l'acte », « expression d'une impossibilité à se faire entendre, de s'adapter aux normes »[244]. Elle n'était plus par-là même le fait de ces jeunes gens de bonne famille, cultivés et attachants, mais de jeunes « marginaux avant d'être toxicomanes, faisant alterner ou coïncider délinquance et toxicomanie » et « pour une part croissante, enfants d'exclus ou de migrants : adolescents élevés par l'aide sociale à l'enfance (...), issus de milieux mal assimilés, (...) sans ressources matérielles, affective et culturelle, ils constituent une population qui va de la prison à la rue, prise en charge par les équipes de prévention, mais qui apparaît moins à l'hôpital ou dans les consultations »[245]. Dès lors comme le soulignait encore le rapport, la toxicomanie ne pouvait plus être séparée des autres conduites déviantes car ici « les données individuelles et sociales s'imbriquent et s'aggravent mutuellement »[246].

Dans l'une de ses analyses, R. Guerrieri mettait en relief un certain nombre d'effets pratiques liés à l'arrivée de cette nouvelle population dans les centres de soins spécialisés : « les établissements spécialisés, eux seuls (...) capables d'assurer le relais des institutions pour jeunes-mineurs-inadaptés, vont alors soit effectuer une sélection durcie, avec le risque de ne pas assurer le taux de remplissage minimal de l'institution garantissant la reconduction annuelle du budget alloué, soit prendre en charge ces jeunes adultes qui ne sont pas assez fous pour l'asile, ni assez délinquants pour la prison, ou qui ne le sont que temporairement ou pas encore »[247]. C'est précisément cette dernière voie qu'allait emprunter le centre Marmottan, au prix toutefois de nouveaux ajustements qui signalaient plus encore, bien que la question ne se posait pas alors en ces termes en raison de sa prédominance incontestée, une perte d'adéquation du modèle.

Cette clientèle nouvelle, à l'opposé de celle pour qui l'institution avait été inventé, allait une nouvelle fois plonger l'équipe dans un profond malaise. C'est le constat lucide que devait faire C. Olievenstein, de retour d'un long voyage de quatre mois :

« Elle dérangeait ses habitudes, faussait ses concepts. Je crois aussi qu'elle lui faisait peur. Alors que l'institution était à la recherche de son second souffle, la transformation sociologique de notre public apparaissait donc comme un ferment supplémentaire de division. Certains, arc-boutés sur nos principes de base, avaient fini

---

[244] *Ibid.*
[245] *Ibid.*, p. 135.
[246] *Ibid.*
[247] GUERRIERI R., La prise en charge des toxicomanes : un point de vue sociologique, in Journal de Médecine Légale - Droit médical, 1986, T, n°5, p. 398.

par isoler un modèle archétypique du patient-digne-d'être-soigné-à-Marmottan et, renversement paradoxal, au lieu de s'adapter à la clientèle, attendaient de celle-ci qu'elle se conformât à leur exigence. D'autres - c'était essentiellement le cas de plusieurs médecins - rétablissaient insidieusement les distances hiérarchiques, que nous avions toujours bannies, pour éviter d'avoir à trop se « mouiller » : manifestement, chez eux, les soucis de carrière et la lutte pour le pouvoir prenait le pas sur les problèmes thérapeutiques. Enfin, les infirmiers gémissaient sous le poids des responsabilités dont les autres avaient pris l'habitude de se décharger sur eux »[248]

Face à l'incapacité de l'équipe à opérer d'elle-même un redressement de la situation de crise (les séminaires étaient alors plus l'occasion de règlements de compte généralisés que de dialogue), C. Olievenstein avait décidé de prendre les choses en main. Après de multiples entrevues avec chaque membre de l'équipe (une cinquantaine de personnes), un vaste mouvement de personnel s'était engagé, non d'ailleurs sans une certaine douleur.

« Y'avait eu toute une période un peu de « fusion » avec les patients, et c'est vrai qu'un certain nombre de gens partaient quand même très très mal (...) Y'a eu de la casse parmi les intervenants en toxicomanie je dirai dans les dix premières années, d'être si près comme ça des...Et puis l'usure aussi pour les types en place. Parce que c'est vrai que quand on est dans l'expérimental...Bon je veux dire, ça correspondait aussi un petit peu aux courants parallèles qu'il pouvait y avoir dans l'antipsychiatrie, y'a un certain nombre d'anti psychiatres qui y ont laissé des plumes hein j'veux dire... C'est vrai que vivre des expériences nouvelles sans garde-fous...Donc c'est vrai que l'année 80 a correspondu à un besoin de plus de professionnalisme » (un éducateur, intervenant dans un centre de soins spécialisés en toxicomanie - extrait d'entretien).

L'équipe d'infirmiers notamment avait été renouvelée à 80%. Les nouveaux arrivés sélectionnés non plus cette fois au « feeling » ou « à l'intuition » mais à partir de leur capacités réelles à se positionner dans l'institution (chacun étant soumis à un stage préalable à leur embauche), présentaient de toutes évidences des caractéristiques différentes de leurs prédécesseurs.

« Ils ne ressemblent guère à leurs aînés. Moins perturbés par la vie asilaire car ils l'ont moins connu, très motivés, mais sans idéalisme, sans utopisme naïf. Plus solides à coup sûr, sur le plan de la santé psychique. Ce sont des jeunes gens mais pas trop : leur moyenne d'âge tourne autour de 28 ans, leur niveau intellectuel est élevé. Plus de la moitié suivent une analyse, ce qui est rare en France, dans le personnel des établissements psychiatriques. Plus de la moitié aussi font des études en faculté (psycho, anthropo...). Aussi ces nouveaux infirmiers verbalisent-ils mieux que leurs prédécesseurs. Et ils sont beaucoup plus aptes à situer leur travail ».[249].

---

[248] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1983, p. 145.
[249] *Ibid.*, p. 153.

Un véritable service social allait également être mis sur pied pour pallier les problèmes des nouveaux clients. Il s'occuperait notamment de leur hébergement, des formalités juridiques ainsi que de la formation des travailleurs sociaux confrontés aux problèmes de toxicomanie.

Un certain nombre de médecins-psychiatres devaient profiter de ce vaste remaniement pour monter, en accord avec C. Olievenstein, leur propre structure. D'autres, après quelques expériences dans le champ, hors de l'enceinte de Marmottan, étaient revenus, réintégrant alors la nouvelle équipe de médecins (dont un médecin généraliste), qui commençait d'ailleurs à s'ouvrir sur une plus grande mixité.

La constitution de ce nouveau « staff » social et médical a son importance dans notre analyse. Elle signalait en effet l'émergence à cette époque, d'un autre regard un tant soit peu décalé de la problématique du « sujet ». Mais il n'allait se dévoiler que progressivement, au fur et à mesure de l'immersion dans ce champ de quelques nouveaux intervenants. Mais la clinique du toxicomane, pour l'heure, n'était pas en reste. Elle déployait au contraire ses meilleurs effets ; d'ailleurs c'est un ancien, psychiatre et psychanalyste, fidèle des fidèles de C. Olievenstein qui avait été promu premier assistant et à qui avait été confié la responsabilité de l'hospitalisation. Un autre psychanalyste avait été nommé second assistant. En somme, si nouvelles pratiques il y avait, elles demeureraient un certain temps, « recouvertes par un discours dominant plus flamboyant »[250]. Inépuisable, la clinique s'ajustait d'ailleurs théoriquement à ses nouveaux sujets. Somme toute, ces remaniements forcés par l'arrivée d'une population rétive à toute structure existante allaient, dans l'esprit des toxicothérapeutes, dans le sens du dévoilement de l'ontologie véritable du toxicomane

« Ces gens là, eux, ne faisaient pas de compromis avec la drogue : ils n'auraient pas su, et ils n'en avaient pas le pouvoir. C'était les vrais toxicos, les toxicos fondamentaux. Ils constituaient une réalité propre que, jusqu'ici, ni la psychiatrie classique, ni la psychanalyse, ni la phénoménologie de la dépendance, ni la pharmacologie n'avaient su pointer, explorer et conceptualiser »[251].

C. Olievenstein lui-même, puisant une notion ancienne introduite par Lacan, allait à ce moment dégager les grands fondements de cette pathologie spécifique. Ces grands adolescents à la fois fragiles et monstrueux, aux personnalités difficiles et imprévisibles, le

---

[250] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 104.
[251] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1983, p. 225.

laissaient voir : quelque chose en eux c'était brisé qui devait expliquer ce soudain « rapport démesuré » à l'expérience toxicomaniaque.

« Je me disais que cet usage passionnel, frénétique devait bien remplacer quelque chose. Mais quoi précisément ? (...) Afin de faire image, j'ai choisi de me référer à cette notion de stade du miroir qu'a introduite Lacan. Pour celui-ci, tout enfant, à sa naissance, vit dans un état fusionnel avec sa mère, moment où il va se détacher et se percevoir dans son identité propre. Le miroir symbolise ce moment (...). C'est dans ce miroir que l'enfant se reconnaît comme différent, et donc se pose comme un « je », comme un « moi ». Par-là, le miroir marque une étape capitale. S'il ne se réalise pas, si (...) l'enfant reste fusionné à sa mère, il deviendra psychotique, autistique. (...) Le cas du futur toxicomane est différent. C'est comme s'il n'avait fait qu'entrevoir le miroir. Comme si celui-ci s'était brisé dans le moment même où il commençait à s'y reconnaître. Il va donc demeurer dans une espèce d'incomplétude, avec une personnalité morcelée. Il était en train de se constituer une identité, et celle-ci lui a été retirée juste avant qu'elle ne se constitue. Il l'a entr'aperçue mais il ne l'aura jamais plus. Dans sa mémoire inconsciente, cependant, il conserve le souvenir, et la nostalgie, de ce « moi » qu'il n'aurait pu être et qu'il n'est pas : c'est cela son manque »[252].

Ainsi, était posé le lien entre la clinique et ces jeunes barbares désœuvrés de l'époque ; lien qui affirmait indéniablement, si certains en doutaient encore, les nécessités de compétences toutes particulières face au problème de la toxicomanie. Cette retraduction d'une réalité (et on mesure ici l'importance du préfixe), allait donc de paire avec un resserrement de l'activité autour du sujet, la « réduction de l'espace des possibles »[253]. Mais cet « investissement de formes » selon les termes de L. Thévennot[254], fondé sur la conviction d'être dans le vrai, psychanalyse à l'appui, se faisait aussi au mépris de quelques petits détails, quelques petits riens, quelques autres symptômes, que le modèle ignorait, superbement.

2 - Des passagers clandestins

2-1 : De l'enfance du toxicomane aux enfants de toxicomanes : un point de vue pédopsychiatrique

L'analyse de C. Soler sur le sens du symptôme dans la psychanalyse nous permet d'apporter un éclairage sur ce que l'on pourrait interpréter, en lisant ce qui va suivre, comme

---

[252] *Ibid.*, p. 226-227.
[253] THEVENNOT L., Les investissements de formes, in Conventions économiques, Cahiers du Centre d'Etudes pour l'Emploi, Paris : PUF, 1986, p. 28.
[254] *Ibid.*, pp. 21-65.

un enfermement méprisable, un aveuglement borné de la clinique du toxicomane vis-à-vis une certaine réalité qui se montrait à elle : la maladie notamment, somatique, visible, et donc bien tangible ; la détresse encore, provoquée par la rupture d'un certains nombre de liens sociaux notamment familiaux, parentaux. En fait, cette caractéristique dont les effets s'avéraient au demeurant bien réels dans la pratique, reposait sur les fondements mêmes de la théorie psychanalytique. Ainsi, comme l'écrit C. Soler : il est indéniable, indéniablement vrai, que le psychanalyste, par profession, s'occupe du symptôme individuel. Il ne s'occupe pas au sens de ce que les divers sujets d'une collectivité ont en commun. Le symptôme, c'est ce que chacun a de plus différent de tout autre. (...) C'est ce qui ne se partage pas. En ce sens le symptôme n'est pas collectivisable. (...). Le symptôme est le substitut d'une satisfaction repoussée. (...). Le psychanalyste ne croit pas que la vérité de la douleur soit la douleur elle-même. Le psychanalyste croit que la vérité de la souffrance névrotique c'est d'avoir la vérité comme cause et que derrière la souffrance on va trouver une vérité »[255]. Telle étaient bien également la thèse sous-jacente à la nouvelle clinique de la toxicomanie. Il y avait derrière la figure du toxicomane une autre réalité à dévoiler et C. Olievenstein d'ailleurs, ne manquait pas de le rappeler régulièrement à ses collaborateurs.

« Méfiez-vous du savoir, c'est extraordinairement rassurant. Oubliez ce que vous avez appris, voyez les bonhommes, voyez les bonnes femmes, essayez d'entendre ce quelque chose derrière eux qu'ils ont à vous dire »[256].

Pourtant, après le remaniement institutionnel effectué en ce début des années quatre-vingts, une autre conception qui entrerait plus en congruence avec la réalité, s'avançait, masquée. En dépit de leur dénomination « égalitariste », se profilait chez certains « intervenants en toxicomanie », nouveaux venus, quelques potentialités subversives. Elles émanaient d'une autre vision des choses, peut-être plus objectiviste mais pas seulement. S'ils étaient plus aptes que leurs prédécesseurs à « verbaliser » et à « situer leur travail », selon les termes de C. Olivenstein, c'est aussi que ces nouveaux intervenants n'étaient pas venus là uniquement par simple empathie pour le petit monde de la toxicomanie. Somme toute le croisement de différentes approches, au principe de Marmottan, allait aussi permettre le dévoilement des limites du modèle. C'est ce que nous montre notamment le récit d'un pédopsychiatre, alors nouveau venu dans le champ :

---

[255] SOLER C., Le symptôme social, In Déconstruire le social, rapport du séminaire de l'Association Pratiques Sociales, 1993, n° 11-12, p. 626.

« Avant j'avais fait de la psychiatrie, de la pédo-psychiatrie, mais en même temps j'ai toujours continué à faire ça (...) J'ai commencé en 82 à m'occuper de toxicomanes (...), c'était un peu un concours de circonstance, une amie qui partait en vacance, elle m'a demandé si je pouvais la remplacer, j'avais dit « ben pourquoi pas », je trouvais que c'était intéressant. (...). Mais j'avais pas d'intérêts particuliers pour la drogue, ni pour les drogués. Je crois que ce qui m'a intéressé le plus, c'est un certain engagement auprès des gens qui étaient hospitalisés, une approche qui était à l'opposé de ce que je pouvais connaître de l'approche de la maladie mentale à l'hôpital psychiatrique. Ca m'a intéressé parce que j'étais dans cet état d'esprit, c'était une rencontre. (...) Alors bon au début j'ai fait comme tout le monde, j'ai cru que les toxicomanes étaient des éternels adolescents, sans enfants. Ce sont des gens qui ont entre vingt et trente-cinq ans ceux qu'on voit. Donc effectivement c'était plutôt cette dimension de l'adolescence en tant que pédopsy qui m'intéressait. Le processus adolescent je dirai, mais aussi toutes ces questions de dépendance qu'on voit aussi beaucoup dans la clinique des enfants et des adolescents. Et puis je me suis rendu compte quand même qu'il y avait quelque chose qui ne collait pas puisqu'ils avaient des enfants » (Un pédo-psychiatre, directeur d'un centre de soins spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

Les questions de parentalité[257], de grossesse et de maternité occupaient alors une place tout à fait marginale dans le champ de la toxicomanie. La femme elle-même d'ailleurs, dans sa singularité, ne faisait guère l'objet d'attentions spécifiques de la part des spécialistes[258]. Certes, on peut objecter que les femmes toxicomanes, jusqu'au milieu des années quatre-vingts, étaient aussi peu présentent dans les centres de soins spécialisés[259] ; mais justement ceci ne devait pas être sans lien avec la spécificité de la clinique. Comme le constate dans sa thèse C. Luttenbacher « si nous prenons en compte le nombre important d'écrits sur la toxicomanie, peu de travaux sont spécifiquement axés sur la toxicomanie féminine. En France, les auteurs dans leur recherche ne font pas, le plus souvent, de différenciation quant au sexe. Nous pouvons expliquer cela par le fait que les écrits principalement clinique sont fortement marqués par l'influence de la psychanalyse, or bon nombre de cliniciens ne mettent en évidence aucune spécificité d'un fonctionnement mental lié au sexe »[260]. R. Castel le

---

[256] OLIEVENSTEIN C., *op. cit.*, 1977, p. 232.

[257] Pour une définition du terme nous retiendrons celle proposée par T. Esquivel : « Th. Benedek a choisi le terme de parentalité (parenthood) pour désigner les transformations psychiques liées à la maternité et à la paternité. La parentalité s'organise en fonction d'une part, des éléments historiques et structurels de la personnalité et, d'autre part, de ses environnements affectifs et sociaux actuels ». Cf ESQUIVEL T., Les enfants de toxicomanes, Thèse de Doctorat de Sciences humaines, sous la direction de S. Lebovici, Paris : Université René Descartes, 1993-1994.

[258] Le seul article de l'époque sur cette question, que nous avons pu répertorier est daté de 1983. Il s'agit d'un article de P et S ANGEL, Toxicomanie au féminin, Adolescence, 1, (2), 1983, pp. 247-258.

[259] Elles représentaient environ un tiers de la patientelle.

[260] LUTTENBACHER C., La maternité chez la femme toxicomane et/ou séropositive, Thèse de Doctorat de 3ème cycle en Psychologie Sociale, Université de Paris V-René Descartes, 1997, p. 73. L'influence de la

montrait également à l'époque du « psychanalysme » : « La pratique psychanalytique, fût-elle universalisée, ne toucherait pas encore aux structures qui conditionnent les fonctions sociales du sexe et les relations objectives entre les sexes »[261].

Le thème de la parentalité s'avérait être toutefois parfois évoqué, mais dans l'unique mesure où il permettait de cerner l'identité profonde du toxicomane, individu en souffrance qui tente de rejouer avec la drogue le stade du miroir brisé. La prise en charge de ce toxicomane éternel enfant ou adolescent requérait dans certains cas la prise en compte de ses propres parents (les thérapies familiales) mais il n'était guère envisagé de prise en charge spécifique des parents toxicomanes et de leurs enfants.

Seul, en réalité, le regard bigarré d'un pédo-psychiatre était-il à même de percevoir ces étrangetés du modèle, dès lors qu'il ne se posait plus sous l'angle de la prédominance psychanalytique.

« En pédo-psychiatrie si on ne s'occupe juste que de faire des soins à l'enfant et qu'on ne s'intéresse pas à la dynamique relationnelle avec les parents, le soin est inefficace, enfin tous les traitements qu'on peut faire ne marchent pas. Moi j'ai déjà une culture professionnelle comme ça. On ne peut pas, lorsqu'on s'occupe de l'un ne pas s'intéresser à l'autre. Ca ne veut pas dire qu'il faut faire des soins aux deux en même temps, mais au moins si on fait des soins à l'un, prendre soin de l'autre, d'une façon ou d'une autre hein ! » (ce même pédo-psychiatre, directeur d'un centre de soins spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

Exclusivement centrée sur la relation, autour d'un contrat, entre un sujet souffrant et son thérapeute au sein de l'institution, cette clinique n'avait pas vocation à prendre en charge toute la vie de ces individus. Les limites de l'intervention étaient ici posées, destinées tout à la fois à préserver un lien d'exception et à prémunir le soignant contre un éventuel attrait de toute-puissance. C'est donc seul et dans cette relation que le client devait choisir d'effectuer son cheminement. Les êtres alentours (familles, amis, compagnes ou compagnons, enfants) se devaient de demeurer, le temps nécessaire « hors les murs » afin de ne pas interférer dans cette relation privilégiée.

« Bon s'occuper de l'enfant c'est une chose, mais s'occuper de la femme, avec toute la culpabilité qu'il peut y avoir de la part du personnel de l'institution, c'est extrêmement dur, parce que ce n'est plus la mère qui est regardée c'est l'enfant, vous voyez, ça reporte en fait. On ne s'occupe plus de la personne. La culpabilité est

---

psychanalyse peut être un facteur d'explication mais notons toutefois que cette indistinction du féminin se retrouve dans le fonctionnement de toutes les grandes institutions de contrats (notamment la Justice) dans lesquelles les femmes étaient originellement peu représentées.

[261] CASTEL R., Le psychanalysme, Paris : Ed Maspero, 1973, p. 96.

telle à cause de l'enfant que le travail ne se fait pas correctement (...) L'enfant c'est l'écran » (Une éducatrice spécialisée, directrice d'un centre de soins pour toxicomanes - extrait d'entretien).

Sans doute, ce personnage du pédo-psychiatre, particulièrement réceptif à ces questions multiples de l'enfance et de la parentalité, pouvait-il être à même d'interroger cette large part des fondements d'une clinique.

« Tout d'un coup y'en a un qui m'avait dit « ben oui j'ai deux enfants, je les vois jamais », je m'étais dit bon mais comment ça se fait ? Et puis des femmes qui disaient « oui ben j'ai un enfant il est à la maison ». Et évidemment c'est sans doute parce que j'avais envie de l'entendre qu'eux aussi ont pu l'entendre parce que quand j'en ai discuté avec mes collègues c'était assez étonnant parce que bien sûr ils savaient qu'ils pouvaient être parents mais ça ne les intéressait pas. Tandis que moi je m'y suis intéressé. Je pense que c'est à cause de ma trajectoire hein ! » (ce même pédo-psychiatre, directeur d'un centre de soins spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

Menant son enquête, le pédo-psychiatre allait découvrir que la question avait déjà été posée à deux reprises, les deux années précédentes, par deux intervenantes du champ. En 1980 un premier projet de centre, émanant d'une spécialiste de post-cure et prenant en compte cette dimension de l'enfance dans le champ de la toxicomanie avait été rédigé. Il s'agissait d'une petite structure collective mère-enfant, lieu d'hébergement et de soins, ouvert sur les institutions extérieures (pouponnières, PMI...).

« A l'époque on avait des femmes enceintes qu'on avait beaucoup de mal à faire entrer en hôtels maternels, et il fallait toujours faire un suivi, c'était la croix et la bannière, le plus souvent elles étaient renvoyées du jour au lendemain avec ou sans leur enfant faut bien le dire. La spécificité de ce projet c'était de travailler avec le secteur, avec les PMI. Parce que dans la vie elles vont devoir le faire. On avait pas voulu que tout se passe dans le même lieu pour habituer les femmes à prendre contact avec l'extérieur » (une éducatrice spécialisée, directrice d'un centre de soins pour toxicomanes - extrait d'entretien).

Bien qu'il ait reçu un premier accord des tutelles administratives, ce projet n'aboutira pas, en raison principalement de difficultés financières.

En 1981, un autre projet dénommé « Kangourou », destiné à la mise en place de modes de gardes souples pour enfants de parents en soins, avait été présenté par un intervenant de Marmottan. Il avait échoué également pour des raisons cette fois dites de « lenteurs administratives ». Il s'agissait surtout ici de pallier les exigences d'une clinique (centrée sur le sujet « unique ») dont les conséquences pouvaient parfois s'avérer dramatiques

pour les mères toxicomanes.

« Ce projet était né sur une espèce de coup d'humeur, parce qu'il y avait eu plusieurs situations où des enfants étaient séparés brutalement de leur mère, et évidemment ça a eu des effets sur les patientes puisqu'il y en a une qui s'était suicidée. Ou alors elles étaient reparties dans la drogue comme jamais, avec des prises de risque majeures, et donc évidemment l'équipe était très remuée. (...) Mais bon ça a été un coup d'humeur, y'en avait marre disons que des décisions soient prises parce que quelqu'un est toxicomane, et non pas en objectivant les situations » (un pédo-psychiatre, directeur d'un centre de soins spécialisés pour toxicomanes - extrait d'entretien).

Généralement bien perçus par les spécialistes, de tels projets, toujours au regard de la relation thérapeutique, n'étaient toutefois envisagés qu'à l'extérieur des centres de soins. Somme toute le travail autour du lien parents-enfants n'était pas pensable dans ce contexte psychothérapique. Sans véritable soutien, le jeune pédo-psychiatre devrait attendre encore quelques années pour mettre le sien à exécution.

« C'était inentendable, pendant des années...c'est étonnant...Au début je me suis dit, tiens, je vais ouvrir un truc comme ça à Marmottan, une structure mère-enfant, mais...d'abord Olievenstein n'y tenais pas tant que ça. Je crois que c'est toujours cette question de la clinique quoi, ça modifie radicalement le rapport aux personnes. Ces modifications de la cliniques, ces modifications du soin, Olievenstein il avait pas du tout envie que ça se fasse là, ça aurait été beaucoup trop subversif (...). Et...ensuite quand j'ai vu ce que ça supposait pour remuer l'administration hospitalière alors là j'ai renoncé, j'ai laissé tomber » (ce même pédo-psychiatre, directeur d'un centre de soins spécialisé - extrait d'entretien).

2-2 : La récurrence de la médicalisation

R. Castel l'écrivait déjà en 1981 : « une certaine psychanalyse, une certaine psychiatrie sociale, et une certaine antipsychiatrie ont souvent marié leurs prestiges pour produire des rêveries séduisantes et fragiles, pour lever des interrogations très sérieuses aussi, mais qui ne trouvent pas leur réponse sur le plan de l'efficacité prosaïque. Plus gravement, on doit reconnaître aussi que cet imaginaire a parfois entretenu un déni de la réalité en autorisant une indifférence hautaine à l'égard de toute évaluation de la pratique, même lorsqu'il était ainsi fait l'impasse sur les problèmes des patients eux-mêmes »[262]. Si la question mère-enfant, surgit assez brutalement dans l'enceinte de Marmottan, laissait entrevoir une certaine cécité du modèle vis-à-vis des conditions de vie réelles des clients, d'autres incursions allaient, ces

[262] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 103.

mêmes années, accélérer la mise en place relativement silencieuse du soupçon sur la clinique de la toxicomanie. Progressivement, mais indéniablement, un « changement d'imaginaire professionnel » se préparait, porté par quelques intervenants singuliers qui allaient montrer, pour paraphraser R. Castel, que la toxicothérapie était en passe d'être dépassée alors même que la totalité de l'existence de la personne toxicomane devenait matière à traitement[263]....

Il est courant, à propos de la constitution du champ et notamment de cette période, d'entendre parler d'une démédicalisation. De tels discours prennent leur source dans le mode de constitution de l'espace de la toxicomanie, conçu comme lieu spécifique, décalé des institutions de soins et de formation plus classiques.

« Le réseau spécialisé, autour de grandes personnalités comme Claude Olievenstein s'est construit en opposition, en rupture d'abord avec la médecine, et bien plus encore avec la médecine hospitalière, cette médecine technique. Mais il s'est construit aussi en rupture avec la psychiatrie classique, donc il y a eu un mouvement de démédicalisation très important dans le réseau spécialisé jusqu'au milieu des années quatre-vingts. Pour vous donner un exemple, au début des années soixante-dix, soixante-et-onze, plus du tiers des structures créées en matière d'accueil des toxicomanes étaient des structures créées sur le modèle hospitalier ou financé par des hôpitaux. Entre 1981 et quatre-vingts-cinq, c'est moins de vingt-cinq pour-cent de ces structures qui sont financées par des hôpitaux, il y a vraiment une démédicalisation, on ne voit plus les toxicomanes à l'hôpital que dans deux cas : un cas prévu par la médecine qui est les overdoses, et les demandes en urgence de médicaments ou de sevrage. En fait, les toxicomanes avaient progressivement disparus des services, et quand je dis ça, ça veut dire qu'ils avaient disparu aussi de la faculté, on enseignait pas la toxicomanie dans les facultés, les jeunes étudiants en médecine de ma génération, on ne leur apprenait pas les tableaux du manque à l'héroïne, de l'overdose et des conduites à tenir, c'était pas au programme de l'internat » (un psychiatre hospitalier - extrait d'entretien)

Outre en effet le fait que la plupart des structures fondées à partir de la fin des années soixante-dix l'aient été sur un mode associatif, la mise en forme de la clinique elle-même, nous l'avons vu, s'est effectuée en opposition à un certain objectivisme médical. Pour autant, celui-ci n'était pas totalement absent des centres de soins spécialisés. En fait, de plus en plus centrés sur la psychothérapie les spécialistes tendaient à laisser à la marge, ou tout au moins dans le non-dit, les supports objectifs de leur pratique, à commencer par les médicaments, « camisoles chimiques » certes, selon les termes de C. Olievenstein, mais utilisés ponctuellement par les intervenants-médecins notamment dans la première phase de la cure de sevrage. Ce qu'il est important de noter ici c'est que le ralliement des équipes à la raison

[263] *Ibid.*, p. 76.

psychanalytique, par ailleurs légitimée par les instances de l'Etat, a progressivement rendu méconnaissable un réel processus de médicalisation pourtant présent dans les textes législatifs dès le départ[264]. D'ailleurs, l'éloignement des toxicomanes des hôpitaux et autres structures de soins traditionnelles ne signifiait-il pas, au même titre que l'appel médiatique aux personnalités du champ (majoritairement psychiatres) dès que le « fléau » social se devait d'être analysée, que la « toxicomanie », inscrite dans l'espace collectif, était bel et bien du ressort d'une spécificité médicale, construite en tant que telle, qui resserrait d'un cran de plus la sangle médicale du social ? Pour reprendre les termes de D. Fassin, quel coup de force avaient opéré les toxicothérapeutes si ce n'est celui de « conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes »[265] ? Partant de là, et de là seulement, et dans la mesure où, de surcroît, le toxicomane en personne (mais aussi tous les individus qui l'entourent), allait adhérer à cette qualification de lui-même[266], se l'approprier, on pourrait parler d'une réelle démédicalisation au sens où l'entend D. Fassin, c'est-à-dire « une médicalisation impliquant le monde profane »[267].

Bien que l'heure n'était pas tout à fait, en ce début des années quatre-vingts à la révélation d'une telle manœuvre (laquelle n'est au demeurant pas forcément consciente dans les esprits, y compris ceux des spécialistes), on pouvait entrevoir ici et là quelques éléments objectifs qui allaient la porter peu à peu à la lumière. L'arrivée notamment, à Marmottan, d'une femme médecin généraliste allait partiellement découvrir cette face voilée. L'identité sexuelle de la praticienne n'est pas ici anecdotique. Comme le soulignait le seul article de l'époque intitulé « toxicomanie au féminin », l'absence d'écrits jusqu'alors sur cette question, n'était pas sans lien, (outre le fait que les femmes - patientes comme intervenantes - étaient peu présentes dans ces centres de soins), avec « l'indifférenciation sexuelle des consultants »[268].

« C'est vrai que moi j'avais été recruté, bon c'est à une autre dimension, mais c'est vrai que Marmottan était une institution très peu féminine...Moi quand je suis arrivée en quatre-vingts, j'étais la seule femme à Marmottan à ce moment là. Il y avait eu une pionnière je dirai qui était B (...), une autre qui était T, et qui partait à ce moment là, et puis bon petit à petit l'équipe médicale est devenue un peu plus mixte qu'auparavant (...) J'ai

---

[264] La seule présence de la DDASS dans la procédure le montre bien.
[265] FASSIN D., Les politiques de la médicalisation, in AIACH P., DELANOE D (Dir), L'ère de la médicalisation, Paris : Ed Anthropos, 1998, p. 5.
[266] Nous reviendrons plus en détail sur cette question dans les deux prochaines parties.
[267] FASSIN D., *op. cit.*, 1998, p. 6.
[268] ANGEL P et S., Toxicomanie au féminin, *op. cit.*, p. 249.

été recrutée parce que d'abord y'a une femme qui avait failli mourir d'une rupture de grossesse extra-utérine à l'hospitalisation (...). C'est très compliqué d'être en manque et de faire en même temps une rupture de grossesse extra-utérine, c'est pas du diagnostic facile. Donc c'est vrai que moi je suis arrivée avec l'idée que peut-être c'était intéressant de travailler un peu sur le vécu des femmes toxicomanes, sur peut-être les particularités qu'il y avait, sur les problèmes gynécologiques qu'elles pouvaient rencontrer. » (un médecin généraliste, intervenante dans un centre de soins spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

Ce regard particulier, dans cet espace, allait encore poser les limites de la clinique du toxicomane telle qu'elle s'était orientée. Non que ces nouveaux types d'intervenants avaient une clairvoyance et une ténacité extraordinairement développés, « hors du commun » ; non encore que les problèmes somatiques de nombreux toxicomanes, à commencer par les femmes, n'avaient jamais été évoqués ; simplement ici, une jonction d'intérêt s'opérait, rendue possible au demeurant, par l'ouverture, même à minima, de l'institution vers une certaine forme de pluridisciplinarité notamment médicale. Pour autant cette brèche ouverte allait encore demeurer masquée.

« J'avais installé une petite table de gynéco au deuxième étage de l'accueil, c'était quasiment clandestin (...) il faut se rendre compte de ce qu'était Marmottan à l'époque, pas tellement adapté je dirai à des soins très très médicalisés, c'était un peu de la médecine de brousse ! (...). Et c'est vrai que c'était quand même assez... assez rigolo parce que dans les années quatre-vingts c'était le moment où on disait : « toxicomanes : pas de pilule parce qu'hépatites, mettons leurs des stérilets », un petit peu comme on mettait des stérilets aux malades mentales. Compte-tenu de la prostitution, du mode de vie, moi le stérilet me paraissait pas du tout une méthode adaptée, donc c'est vrai que c'était des gens qui se trouvaient aussi sans contraception, avec des problèmes gynécologiques extrêmement graves, parce que quand on prend des produits, ben c'est vrai qu'une salpingite va être dépistée au stade de péritonite, une grossesse, va être dépistée au quatrième mois puisqu'on a pas de règles... Alors ça c'est...Y'a la théorie de l'androgynie, enfin y'a un tas de théories dans l'élaboration je dirai psychologique, du vécu peut-être un peu différent des femmes toxicomanes et autres. Moi je crois qu'une femme qui n'a pas ses règles tout bêtement perd un peu les repères et s'aperçoit très tardivement qu'elle est enceinte, et c'est pareil chez l'hôtesse de l'air avec ses décalages horaires et sa micro-pilule. J'suis pas sûre qu'il y a une spécificité là de la toxicomanie » (un médecin généraliste, intervenante dans un centre de soins spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

Cette brèche ouverte, nous le verrons, n'était toutefois pas prête de se refermer. S'il allait être relativement bien enkysté durant quelques années, l'objectivisme médical qui annihilait les différences entre le toxicomane et le commun des mortel allait avoir un avenir prometteur.

3 - Gérer les crises

3-1 : L'affirmation d'un ordre social

Si certaines manifestations objectives pouvaient laisser croire, en ce début des années quatre-vingts que le modèle était en passe de se fissurer, leur mode de gestion par les institutions montrait aussi que le champ, bien loin d'être dépassé, continuait de résoudre les quelques anomalies selon les termes de T. Kuhn[269], qui se présentaient à lui. D'ailleurs, bien que son mode de résolution ait laissé voir certaines incohérences, dont globalement un net rapprochement de l'institution sur la médecine dite classique, la crise de ce début des années quatre-vingts à Marmottan pouvait aussi bien être perçue et interprétée comme une épreuve somme toute « normale », inhérente au cours de l'institution. De tels propos reviennent fréquemment chez les spécialistes du champ.

« Y' a des crises régulières dans toute institution., y'a des crises peut-être plus encore à Marmottan (...). Dans notre groupe de travail à Marmottan, on a essayé d'aborder cette question autour de la crise, en se demandant si c'était pas une constante...(...). C'est aussi une stratégie de...de direction on pourrait dire, d'instabilité, de promotion de la crise pour éviter les routines, éviter les tendances aux rigidifications, la tendance au fonctionnariat des gens, des soignants. (...) Ca correspond aussi à des moments où Olievenstein avec d'autres essayent de casser ce qui est en train de s'installer comme routine, c'est-à-dire que quelque chose d'alternatif, de différent, etc, s'institutionnalise peu à peu mais d'une manière... forcément dans la douleur, dans les grincements de dents et avec des...oui, des périodes de crise inévitables et utiles, nécessaires. (...) Moi quand je suis arrivé ici c'était une des choses qui frappaient, c'était le turn-over, la rapidité du turn-over des soignants. La moyenne du temps de travail infirmier, c'était deux ans. Y'a des gens, ceux qu'on appelle les intervenants en toxicomanie, ils venaient, ils travaillaient deux ans et ils partaient travailler ailleurs, dans d'autres champs, dans d'autres secteurs et ils étaient usés complètement, lessivés. Donc à la fois y'avait une volonté de professionnalisme c'est-à-dire l'idée qu'il fallait que les gens travaillent plus pour qu'ils puissent bénéficier de l'expérience des soignants sans tomber dans la rigidité, c'est-à-dire le fait de travailler comme des fonctionnaires et de revivre ce qu'on avait connu à l'hôpital psychiatrique : des soignants qui étaient tout aussi chroniques que les malades qu'ils étaient sensés atteindre » (un psychiatre, intervenant dans une institution spécialisée en toxicomanie - extrait d'entretien).

Ainsi, la crise, y compris dans sa récurrence n'était-elle pas tant l'annonce de l'inadéquation de l'institution, que le signe de sa conformité au modèle originel construit en rupture avec les formes classiques de prise en charge. Pour reprendre les termes de M. Douglas, on peut dire qu'elle n'était pas l'expression, de la « destruction », tel qu'un

[269] KUHN T., *op. cit.*

observateur étranger aurait pu le croire, mais au contraire « l'affirmation d'un ordre social »[270].

L'analyse de l'anthropologue nous permet de le vérifier, c'est en fait une grande majorité d'événements qui devaient être perçus à travers cette ligne de fond. On peut en effet et en premier lieu mal saisir les raisons pour lesquelles nos « passagers clandestins » n'ont pas manifesté haut et fort leur désaccord quant à la non prise en compte par l'institution des faits qu'ils avaient pointé, à savoir la détresse des mères toxicomanes ou les problèmes somatiques graves de certains patients. Nous avons vu que, s'étant tout d'abord étonnés et un tant soit peu indignés de telles injustices, ils s'étaient finalement résignés à leur sort, adaptant dans le meilleur des cas à minima leurs vues au cadre de l'institution. Aucun ressentiment de leur part, à la vérité, n'avait découlé de tels épisodes. On voit se jouer ici le principe, décrit par M. Douglas selon lequel un problème communautaire ou institutionnel est « un type de problème insoluble, tant qu'il est posé aux individus de façon purement intellectuelle. D'abord parce qu'on isole le cas de tout contexte institutionnel », ensuite parce que « les individus se déchargent en général de ces décisions sur les institutions »[271]. Tant qu'ils demeuraient attachés à un seul raisonnement individuel, de tels problèmes, de telles « injustices » ne pouvaient trouver de solution dans le cadre de l'institution, celle-ci étant bien sûr à saisir ici dans un sens extensif qui comprend aussi bien le centre Marmottan lui-même que le champ ainsi que les supports théoriques et pratiques de ce champ ; en ce sens c'est toute l'institution de la toxicomanie en tant que domaine de pratique spécifique qui est ici en jeu.

Le terme même « d'intervenant » le montre bien. Peu importe finalement qu'ils soient originellement pédo-psychiatres ou médecins généralistes ; l'individu en tant que tel, avec son identité, sa trajectoire propre, n'a guère de place dans cette configuration ; sa parole elle-même, en soi, n'est d'aucune valeur : elle ne vaut que dans son rapport au cadre de l'institution (au sens large donc) qu'il s'agit coûte que coûte, et jour après jour, de maintenir et de préserver. Penser qu'un acte de démission aurait pu permettre à ces agents de faire valoir, enfin, leur propre mode de pensée, est également se fourvoyer. L'échec des quelques projets autour de la question mère-enfant montre bien que l'heure n'était décidément pas à de tels égarements. D'autres parts tout porte à croire que de tels départ, au même titre que d'autres, nombreux en cette période de crise, n'auraient été saisis que dans le sens de l'impérieuse nécessité pour l'institution de se conformer à son modèle originel.

---

[270] DOUGLAS M., Comment pensent les institutions, Paris : Ed La Découverte / MAUSS, 1999 [1ère Ed 1986], p. 138.
[271] *Ibid.*, p. 139.

La portée d'une telle analyse est relativement importante car elle nous permet de saisir du même coup les raisons pour lesquelles les institutions du champ se sont progressivement et presque « naturellement » orientées vers le modèle unique de la psychothérapie, y compris en se dessaisissant de certaines de leurs prérogatives premières. Alors qu'à partir de ces années le champ continu de s'élargir avec l'apparition de nouvelles structures faisant intervenir de plus en plus (y compris en terme de direction) des professionnels tels que médecins, psychologues ou éducateurs, cette progression s'accompagne également d'un resserrement de l'activité autour de l'unique psychothérapie. Ceux qui avaient préservé jusque-là une certaine variété de pratiques en amont de la chaîne (travail de rue, visite de squats etc), comme à son aval (travail de réinsertion notamment), s'alignent au modèle dominant. C'est également ce que souligne H. Bergeron : « les équipes de rue, cèdent leur place à des centres de jour - des centres d'accueil - égocentrés, qui cherchent moins souvent à aller à la rencontre des toxicomanes sur leurs lieux de vie. A l'autre bout la réinsertion n'est pas envisagée comme devant appartenir spécifiquement au dispositif »[272]. Le cas de l'association Charonne est typique de cette trajectoire. Auparavant impliquée dans des activités variées, la structure se recentre en 1980 autour de l'ouverture d'un centre de jour. Comme le montre R. Guerrieri, ce positionnement nouveau « modifie la place occupée par l'Association dans le champ institutionnel »[273]. Là encore, les signes d'une certaine « normalisation » peuvent être mis à jour. En effet, « l'ouverture de ce service a entraîné des luttes dont les points d'aboutissement se sont concrétisés par l'affirmation de la directrice et d'une encadrante »[274] : après une période de crise concrétisée notamment par le licenciement d'une psychologue qui s'opposait à la mise en fiche des toxicomanes, licenciement qui a entraîné à son tour deux autres démissions, une redéfinition de la hiérarchie s'est imposée.

Que dire dès lors de « la chaîne » qui faisaient la fierté du champ quelques années auparavant ? Nombre de post-cures demeurent certes, mais il semble bien qu'elles ne soient plus, elles aussi, «qu'une étape dans la chaîne thérapeutique qui tend chaque jour davantage vers le suivi à caractère psychologique »[275].

Un tel recadrage s'accompagne évidemment d'un écrémage de plus en plus fin des toxicomanes dans l'enceinte des centres. H. Bergeron le montre également : ne circulent plus dans l'espace thérapeutique que des toxicomanes « conformés », c'est-à-dire que l'on a su

---

[272] BERGERON H., *op. cit.*, p. 181.
[273] GUERRIERI R., *op. cit.*, 1984, p. 205.
[274] *Ibid.*
[275] BERGERON H., *op. cit.*, p. 182.

« transformer » ou que l'on a « choisis » passivement (c'est-à-dire qui sont resté en contact sans décrocher) pour leur aptitude à respecter les impératifs institutionnels et thérapeutiques ; que l'on a « retenus » (qui se sont retenus) pour leur capacité à se plier au rôle que les contraintes cliniques et les orientations thérapeutiques dominantes veulent voir jouer »[276].
Cette sélection, qui se fond d'ailleurs progressivement en une auto-sélection de certains toxicomanes eux-mêmes qui hésitent, ne s'estimant « pas prêts », à franchir le seuil des centres de soins, fait partie intégrante de l'affirmation de cet ordre social que nous évoquions précédemment. D'ailleurs à cette époque, rares sont les spécialistes qui s'en émeuvent. C'est que «l'élimination systématique de certaines catégories de personnes (...) à commencer par les défavorisés, les marginaux, ce qui comptent le moins politiquement»[277], permet aussi à l'institution de recouvrer rapidement, après la crise, le cours « normal » de son évolution.

3-2 : Une « centralisation » bien orchestrée

Largement ralliée dès le départ à la cause des spécialistes, l'Administration allait persévérer dans le maintien de son rôle d'alliée précieuse du champ de la toxicomanie. La décennie quatre-vingts allait ici être marquée par le même processus de resserrement et de renforcement de l'activité autour d'un noyau dur.

L'analyse de H. Bergeron sur ce point est intéressante, bien que nous ne la corroborions que partiellement du fait même de la transversalité de notre angle de vue. Si d'une part le rapport Pelletier représente bien, comme il l'indique « l'officialisation du consensus français » autour de la clinique du toxicomane, on ne peut manquer d'y percevoir aussi, comme nous l'avons indiqué plus haut, les quelques prémisses d'une autre politique plus globale et largement plus « gestionnaire » des questions, entre autres, de toxicomanie.

On ne peut d'autre part que souligner, à sa suite, l'importance de la dissociation administrativement opérée en 1980 entre la toxicomanie et « les maladies mentales ». En effet, lié dans un premier temps au secteur par son rattachement au « Bureau des maladies mentales » auxquels avaient été adjoints l'alcoolisme et la toxicomanie, le dispositif spécialisé va s'en voir détaché avec la création d'un nouveau bureau appelé « alcoolisme, toxicomanie, tabagisme », désormais non plus relié à la sous-direction « Actions de soins et de rééducation », mais à celle de la « maternité, de l'enfance et des actions spécifiques de santé ». De fait, comme il l'indique, la toxicomanie apparaît dès lors bel et bien comme un dispositif spécifique.

---

[276] BERGERON H., *op.* cit., p. p 211.

Pour autant, nous pensons là encore que ce changement de dénomination reflète un autre type de conduite, plus global, des questions de dépendance et surtout d'usage de toxiques, qui n'est pas sans lien avec les mouvements en cours depuis plus longtemps dans d'autres domaines de pratique. Tout ceci, en effet ne s'opère pas, si l'on considère d'autres mouvements extérieurs au champ, dans un vide institutionnel. Bien que le modèle psychothérapeutique en matière de prise en charge de la toxicomanie tende à cette période à se consolider (et l'administration allait encore l'y aider), il porte déjà en lui, nous l'avons déjà partiellement vu, un certain nombre d'éléments porteurs d'une autre appréhension de la « question sociale », telle qu'elle apparaît ailleurs, plus nettement, à travers la mise à jour d'une dégradation des conditions d'existence de la population en général, des jeunes en particulier ; formes inédites de désaffiliations que l'on verrait bientôt entrer dans le débat public à partir les thématiques savantes de « l'exclusion » et de « l'insécurité ». En fait, comme le montrent V. Peyre et F. Tétard, en une vingtaine d'années, « d'une jeunesse à la fois trop nombreuse - les classes pleines arrivent à l'âge de l'adolescence - et incompréhensible parce qu'elle ne partage pas les valeurs de ses aînés - les blousons noirs, le rock...- et qui menace de submerger l'ordre et les institutions, dont il importe de prévenir les débordements, on passe à une autre jeunesse (...) toujours potentiellement dangereuse, mais surtout victime de l'exclusion, mal accueillie qu'elle est dans une « société bloquée ». C'est, le vocable est alors nouveau, une jeunesse en difficulté à qui l'on doit redonner toutes ses chances »[278]. Comme le souligne F. Bailleau « le premier rapport reconnaissant officiellement cette dégradation, fut celui dirigé, en 1976, par A. Peyrefitte, nommé en avril 1977, garde des sceaux »[279]. Ce « réponses à la violence »[280] concluait, après avoir proposé la création d'un comité national lié à des comités départementaux, sur la nécessité d'instaurer d'autres modalités de gestion des phénomènes en question, à percevoir dès lors dans le cadre d'un « fonctionnement social global »[281]. Pour autant, ces propositions allaient rester lettre morte quelques années encore. Devenus « homme politique engagé, responsable d'un ministère sensible en cette période électorale »[282], le Ministre A. Peyrefitte allait marquer son passage

---

[277] DOUGLAS M., *op. cit.*, 1999, p. 138

[278] PEYRE V., TETARD F., L'interministériel, mode de traitement de la « question sociale » de la jeunesse ? In Les raisons de l'action publique, entre expertise et débat, actes du colloque CRESAL-CNRS, St Etienne, 12-14 mais 1993, Paris : Ed L'Harmattan,1992, p. 133.

[279] BAILLEAU F., La sécurité, la ville et la justice. Ensembles, La Revue, n° 42, avril 1994, p. 7.

[280] Réponses à la violence, rapport du comité présidé par A Peyrefitte, Paris : Ed Presse Pocket, 1977..

[281] BAILLEAU F., *op. cit.*, 1994, p. 8.

[282] *Ibid.*

par une orientation largement sécuritaire des troubles[283]. Pour autant, la « manière douce », n'était pas prête de se voir anéantie, et le débat entre l'une et l'autre de ces modalités était loin d'être tranché. Edité en 1978, le rapport sur les « problèmes de la drogue » de M. Pelletier faisait d'ailleurs état, à propos plus précisément donc des questions de toxicomanie, de l'affrontement de ces deux thèses : « Selon la première, l'augmentation de l'usage de drogues est principalement due à l'offre des produits sur le marché et à une certaine stimulation par la demande. La lutte contre les trafiquants et les prosélytes doit constituer l'objectif majeur (...). Pour d'autres au contraire, l'augmentation (...) provient essentiellement de la crise de la jeunesse et de la société. Il convient donc, avant tout, (...) d'aider, par la recherche difficile d'autres valeurs, les jeunes les plus menacés par toutes les formes d'inadaptations (...), en un mot, d'aider et de traiter les drogués sans conférer de priorité à la répression »[284]. Le rapport concluait sur le fait qu'un tel partage de l'administration, au demeurant « normal » (selon ses termes) s'avérait toutefois « nuisible » à la mise en place d'une « politique cohérente des pouvoirs publics ». Il recommandait au final, la mise en place, à un échelon national et départemental, de structures de coordinations dignes de ce nom[285], c'est-à-dire durables voire permanente, et aptes à « évaluer » dans la neutralité le phénomène et « à définir une perspective commune d'évolution ».

Du fait de son caractère résolument diffracté, la question des drogues[286] se répartissait dans un large éventail administratif, au demeurant inscrit dans la loi de 1970, tant au niveau du système éducatif[287], judiciaire et policier[288] que sanitaire et social[289]. De là certaines conceptions divergentes, toutes, selon le rapport, confusément partielles. Pour pallier cette hétérogénéité, il proposait, outre la constitution, au niveau du Premier Ministre d'une

---

[283] Qui ferait d'ailleurs trembler, nous l'avons vu, le petit monde des spécialistes de la toxicomanie.
[284] PELLETIER M., *op. cit.*, p. 90.
[285] En réalité, comme le souligne ce même rapport : « plusieurs structures de coordination ont été mises en place au niveau et sous l'égide du Premier Ministre. Elles l'ont été de façon temporaire et pour traiter un problème déterminé, notamment en 1969-1970 pour la préparation d'un projet qui est devenu la loi du 31 décembre 1970 et en 1971-1972 pour la mise au point d'une directive du premier Ministre en matière d'information ». Une « structure à vocation interministérielle » à savoir la Commission interministérielle des stupéfiants avait également été prévue par le code de la Santé Publique : « Mais en dehors d'un rôle précis dans le contrôle des produits pharmaceutiques, ses pouvoirs ne sont guère définis et elle n'assume pas totalement (...) le rôle de coordination interministérielle qui semblerait découler de son titre ». Au niveau départemental le rapport précise encore l'existence, depuis 1971 de « bureaux de liaison » chargés de prévoir, de concevoir et de mener des actions de lutte contre la toxicomanie, regroupant, « sous la présidence des préfets, des autorités judiciaires, des services de police et de gendarmerie, les services sociaux et éducatifs, des membres du corps médical ». Mais, il déplore « la trop faible périodicité des réunions qui n'est pas favorable à une action efficace et adaptée ». cf sur toutes ces questions PELLETIER M., *op. cit.*, pp. 89-94.
[286] Tout comme celle d'ailleurs des « jeunes », comme le montrent V. Peyre et F. Tétard, *op.cit.*, pp. 125-136.
[287] Pour plus de détail sur ces répartitions « inégales » (selon les termes du même auteur) cf. PELLETIER M., *op. cit.*, pp. 86-87.
[288] *Ibid.*, pp. 87-88.

« délégation permanente chargée des problèmes de la toxicomanie »[290], de renvoyer à un seul des ministères intéressés, et si possible un « ministère social « tel que celui de la santé, « un rôle de coordination de l'ensemble des administrations concernées »[291].

La création en 1981 par le Premier Ministre P. Mauroy de la MILT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie), chargée notamment « d'orienter les actions de formation des professionnels, d'information du public, d'éducation sanitaire et de réinsertion sociale au sens large, y compris la désintoxication »[292], allait concrétiser ces recommandations. Le gouvernement entendait dès lors, « devant la montée de la toxicomanie » et « conformément aux orientations de la politique de décentralisation (...) associer les responsables locaux aux réflexions et aux mesures préparées par la Mission permanente ». En outre l'accent devait être mis désormais « principalement sur la prévention et la réinsertion sociale ».

La problématique inter-ministérielle ne surgissait pas non plus du néant. Comme le montrent V. Peyre et F. Tétard, des montages ponctuels de plusieurs ministères associés à un même projet relativement global autour de certaines catégories de populations, étaient déjà apparus dans la période d'après-guerre[293]. Pour autant, « le nouvel-interministériel de l'après-80 (...) est d'une autre nature que celui qui prévalait vingt ans plus tôt. Le « mode de faire » interministériel n'est plus seulement l'instrument de l'action de l'Etat pour traiter des problèmes complexes. Il est un outil nécessaire à la « mobilisation institutionnelle et sociale forte qui conditionne la résolution des questions sociales »[294].

Les différentes lois de 1982 sur la décentralisation vont tendre à accentuer cette tendance au partage des compétences entre cette fois l'Etat et les pouvoirs locaux. Mais « la décentralisation n'est pas complète. L'Etat conserve des responsabilités propres en matière d'action sanitaire (la lutte contre les « fléaux sociaux », la maladie mentale, la toxicomanie, l'alcoolisme, la tutelle des hôpitaux, etc.) et d'action sociale (handicapés, pupilles,

---

[289] Nous allons revenir sur ce dernier point ci-après.
[290] PELLETIER M., *op. cit.*, p. 160.
[291] *Ibid.*, p. 159.
[292] Lettre du Premier ministre à Madame N. Questiaux, Ministre de la Solidarité Nationale, 16 / 11 / 1981, n° 21929.
[293] Ainsi, notamment « les Centres médico-Psycho-Pédagogiques à partir de 1946, dépendant du Ministère de l'Education Nationale et du Ministère de la santé Publique et de la Population ou les Clubs et Equipes de Prévention, dépendant avant 1972 de la Jeunesse et des Sports et de la Santé », PEYRE V., TETARD F., *op. cit.*, pp. 127-128.
[294] *Ibid.*, p. 135.

populations marginales, Sans-Domiciles Fixes, etc.) »[295]. Notre objet toxicomanie, objet délicat, échappait donc partiellement à ce vaste mouvement de globalisation. Ceci n'était pas sans lien avec la politique menée depuis quelques années ; en effet, on peut supposer, comme le laisse entendre H. Bergeron que le maintien sur ce point des prérogatives de l'Etat permettait notamment d'éviter que la question ne soit saisie localement, par des agents aux méthodes déjà qualifiées de peu recommandables[296]. Pour autant, ces années vont aussi voir un début de rationalisation du domaine. Le nouveau chef du Bureau « Alcoolisme, toxicomanie, tabagisme » à la DGS, au demeurant très proche, personnellement, des spécialistes du champ[297], a en effet dans son cahier des charges, un « assainissement du dispositif » nécessité par une politique de rigueur conséquente de la crise. En 1984 une circulaire relative aux budgets des structures et établissements sanitaires de prévention et de traitement des toxicomanies pose « la nécessité d'entreprendre une analyse fine du dispositif sur le territoire »[298]. Une liste des structures existantes est ainsi établie qui va permettre à l'Etat de rectifier certaines hétérogénéités au niveau national et régional. On constate notamment, écrit H. Bergeron « qu'il est grand temps d'assainir les conventions signées entre les préfets et les structures, tant celles-ci sont disparates selon les départements. On établit donc une convention type ramenant les devoirs et obligations de chacun à une commune manière. C'est la première étape (...) d'un processus qui n'aura de cesse (...) : en reconnaissant les initiatives locales, en les prenant sous son aile financière, l'Etat cherchera la normalisation du fonctionnement interne des structures dont il assume désormais la gestion »[299]. La clinique, bien qu'elle demeure un critère positif dans la sélection des « bons » et des « mauvais » centres, n'est donc plus un critère suffisant : rigueur financière oblige, les centres doivent désormais rendre des comptes motivés (en matière de budget, d'emploi, etc.) aux DDASS qui les transmettent, en vue de l'obtention des financements, à la Direction de la Santé. Ce nouvel organigramme pose avec acuité la question nouvelle de la concurrence entre les centres, car finalement « toute réallocation du financement au profit d'un centre spécialisé

---

[295] BEC C., CASTEL R., DELATTE J., JOUBERT M., La décentralisation comme analyseur de la recomposition du champ d'action sociale, rapport de recherche pour la MIRE, GRASS/CNRS, octobre 1990, p. 46.

[296] On pense ici notamment au dénommé « Le Patriarche ». L'idée apparaît clairement, comme le souligne H. Bergeron dans « une boutade qui circulait à l'époque au ministère de la santé et qui illustre bien l'état d'esprit qui y régnait : « L'alcoolisme, personne n'en veut, donc il vaut mieux que ce soit l'Etat qui s'en occupe. La toxicomanie, tout le monde en veut, donc il vaut mieux que ce soit l'Etat qui s'en occupe ». Cf BERGERON H., *op. cit.*, , p 217.

[297] Puisqu'il est en effet l'époux d'une des spécialistes reconnue du champ.

[298] Circ DGS / 985 / 5 du 17 / 07 / 84.

[299] BERGERON H., *op. cit.*, p. 219-220.

s'opère, de facto, au détriment d'un autre »[300]. Tout ceci ne sera pas sans déstabiliser les spécialistes du champ, conscients dès lors que « l'existence du dispositif n'est pas juridiquement défini »[301]. Mais les événements qui vont suivre, en resserrant administrativement la sangle médicale de leurs activités, vont paradoxalement contribuer au renforcement, pour un temps, de leur dispositif. Conformément en effet aux souhaits émis dans le rapport de M. Pelletier, les années quatre-vingts-quatre, quatre-vingts-cinq vont voir s'opérer une réorganisation des services administratifs jusque-là chargés des différentes structures de prise en charge des questions de toxicomanie. Deux circulaires datées de 1985, émanant respectivement de la Direction de l'Action Sociale et de la Direction Générale de la Santé en témoignent. Il y est inscrit la nécessité « d'une fusion, sur une seule ligne budgétaire du financement des actions sanitaires de prévention et de traitement des toxicomanies, financées jusqu'ici au titre des actions et services obligatoires de santé et du financement des centres d'hébergement et de réadaptation sociale accueillant des anciens toxicomanes » ; fusion visant à « renforcer la cohérence et l'efficacité de l'action sanitaire et médico-sociale des Pouvoirs Publics ». En substance, il sera fait le choix pour que la DGS soit « chargée de la mise en œuvre de cette action et de la gestion des crédits »[302]. Tout ceci ne sera pas sans effet, à court terme, sur l'évolution centripète du champ.

« Auparavant, pour aller vite, la DGS développait, finançait et pilotait les structures de prise en charge et de soins pour toxicomanes. La DAS avait un budget complémentaire sur ses lignes propres pour tout ce qui relevait des interventions complémentaires, formation, réinsertion, prévention, information, c'est-à-dire que c'était un budget d'intervention et non pas un budget de financement de structures et de personnels. Il avait vocation à donner des moyens soit au secteur spécialisé lorsqu'il menait une série de travaux complémentaire à la prise en charge, vers l'extérieur des centres, soit aux structures d'intervention sociale ou de développement social qui souhaitaient mener un travail sur cette thématique là, complémentairement à leur mission ordinaire. Et puis on avait un budget important, stratégiquement dans les relations DAS-DGS puisqu'on finançait la formation continue des personnels des structures, ça ça a été un budget un peu clef dans la relation DAS-DGS sur la question de la toxicomanie (...) mais cette question là, pour alors n'était pas encore résolue, les choses là allaient rester ouvertes plus longtemps » (un responsable des questions de toxicomanie à la Direction de l'Action Sociale - extrait d'entretien).

Désormais un large éventail de structures passeront sous financement DGS. La condition étant la prise en charge exclusive de toxicomanes, la spécialisation, est comme le note

---

[300] *Ibid.*, p. 222.
[301] *Ibid.*, p. 221.
[302] Circ DAS / 40 / FE2 et circ DGS / 1025 / 2D, datées du 11 / 10 / 85.

H. Bergeron, impérative. Elle se marque d'ailleurs plus encore par le fait que, dessaisie d'une part de ses compétences en la matière, la DAS ne remonte plus guère de nouvelles informations issues du terrain. La plupart des nouveaux centres de soins accrédités dans ces années feront partie intégrante du modèle dominant largement renforcé par l'entente entre les spécialistes les plus anciens et les responsables du nouveau Bureau de la DGS. Celle-ci notamment se posant, de fait, comme un véritable partenaire, « le contournement de la DDASS sera (...) l'un des comportements institutionnels les plus réguliers de l'histoire du dispositif au cours de cette période quand il s'agira de défendre le bien-fondé des financements que l'on réclame pour son institution »[303].

Pour autant, comme nous l'évoquions en début de cette partie, l'enfermement du champ sur lui-même n'est à voir que de façon partielle. Nos propos sont à ce titre plus nuancés que ceux émis par H. Bergeron. Le « système » tel qu'il le pose, à la lumière des analyses de R. Boudon ou encore de M. Crozier, est loin, d'être verrouillé. Résolument focalisé sur l'histoire de l'autonomie du champ, de sa constitution jusqu'au début des années quatre-vingts-dix, il en éclaire certes brillamment les événements singuliers, isolé, produits dans un contexte donné ; mais il en gomme du même coup, les petits déplacements, désordonnés, qui s'y opèrent depuis longtemps, tout doucement, qui ne sont pas sans lien avec d'autres, extérieurs et préexistants au champ. Les formes de gestion des risques en matière de toxicomanie, qui surgissent à grand coup de sabot au crépuscule des années quatre-vingts ont déjà fait leur entrée, de façon larvée, dans ce domaine et dans divers autres, depuis une vingtaine d'années. R. Castel l'a amplement montré. Pour autant, c'est bel et bien dans le champ de la toxicomanie qu'elles allaient, avec force, se révéler. Il nous reste donc, partant de cette perspective socio-historique, forcément dynamique, à saisir les modalités de cette percée.

---

[303] BERGERON H., *op. cit.*, p. 227.

Deuxième partie

La gestion des risques ou le passage vers un nouvel ordre des choses

Chapitre I : Des ruptures d'équilibre

1-De la dangerosité aux risques

1-1 : De nouveaux fléaux

La seconde moitié des années soixante-dix nous l'avait fait pressentir. Les « Trente Glorieuses » qui avaient vu naître, sous le sceau des « performances de la société salariale »[304], une perception et une prise en main toute spécifique de certains problèmes sociaux, étaient en passe, sous l'effet de « la crise » de se refermer. Une autre époque s'annonçait, forcée par quelques événements « nouveaux » eu égard au contexte déséquilibré dans lequel ils allaient prendre place, et à la pression qu'ils allaient exercer sur l'espace social en général et sur les institutions en particulier. « L'exclusion sociale », furtivement apparue au milieu des années soixante[305], n'allait plus servir à désigner cette minorité scandaleuse des laissés pour compte de la société d'abondance mais un ensemble inflationniste de processus multiformes et évolutifs, pouvant mener comme le note S. Paugam, à des « situations extrêmes ». L'idée est bien là, croissante, d'une « menace qui pèse sur des franges de plus en plus nombreuses et mal protégées de la population »[306].

Nous n'allons pas ici refaire l'histoire, que d'autres ont largement retracée avant nous, de cette « fracture sociale » promptement mise sous les feux de la scène médiatique, politique et sociale. Portons seulement l'éclairage sur les quelques voies déjà frayées juste avant, qui amènera bientôt nos objets à prendre une nouvelle coloration.

Conjugués à un contexte économique difficile, les premiers incidents des « cités » au début des années quatre-vingts vont donner lieu à « l'imposition progressive d'une autre façon d'appréhender ce qui commence à apparaître comme des problèmes inédits. Il s'agit dès lors

---

[304] Pour reprendre une expression de R. Castel. Cf CASTEL R., *op. cit.*, 1995, , 490 p.
[305] Comme le souligne S. Paugam si la paternité du terme revient généralement à R. Lenoir pour son ouvrage « Les exclus, un français sur dix » paru en 1974, « en réalité, la notion d'exclusion avait déjà fait son apparition une dizaine d'année plus tôt sous la plume de P. Massé, alors secrétaire général au Plan, dans un essai intitulé « Les dividendes du progrès » et surtout à peu près à la même époque dans un ouvrage intitulé « L'exclusion sociale » et publié dans la mouvance du mouvement ATD-Quart Monde par un ami du père Joseph Wrésinski. (...)Elle désignait alors non pas le phénomène de dégradation du marché de l'emploi et d'affaiblissement des liens sociaux, mais plutôt une survivance visible et honteuse d'une population maintenue en marge du progrès économique et du « partage des bénéfices ». Cf PAUGAM S [Dir]., L'exclusion, l'état des savoirs, Paris : Ed La Découverte, 1996, p. 9.
[306] *Ibid.*

de penser le social à l'aune de l'économique »[307]. La mise en relief, sur un plan national, d'un certain nombre d'événements locaux[308] dits aujourd'hui de « violences urbaines » ne se réfère pas tant (et telle est bien, nous l'avons vu, la circulaire de l'histoire) à un changement soudain de comportement de la part de ces jeunes, qu'à la localisation de tels actes, leur multiplication et leur interprétation nouvelle sur fond de chômage croissant, de baisse du niveau de vie, de la précarité et de résurgence d'un « problème » de l'immigration (notamment à travers ceux de la « troisième génération »). Si « les Minguettes »[309] deviennent alors le « symbole de ce mal-être des banlieues, de ce mal de la jeunesse, dont le sentiment d'insécurité était la traduction la plus partagée »[310], c'est bientôt un ensemble vaste d'espaces sociaux qui allaient être pointés du doigt. La période des années soixante-dix l'avait déjà laissé présager à travers notamment le « réponses à la violence » de A. Peyrefitte, ou encore « l'avènement de nouveaux travaux (...) en sociologie de l'éducation, ainsi que l'apparition des notions de « handicap social », « obstacle culturel », « insuffisance pédagogique » (...), outillage (qui) accompagne l'idée que l'échec scolaire ne participe pas de la seule responsabilité de l'élève »[311]. La question donc n'était plus à voir dans l'attitude de quelques petits barbares de la civilisation, à corriger selon les formes traditionnelles de prise en charge, mais dans la civilisation elle-même à travers la notion de responsabilité collective.

Sautons un pas sans guère de transition : derrière les fléaux sociaux imputés de façon élargie à cette crise du salariat qui traverse l'Europe, allait bientôt se profiler un autre fléau, plus spécifiquement sanitaire et mondial cette fois, avec le retour inattendu de l'épidémie et de ses victimes. Le sida, puisque tel allait être son nom, allait défrayer la chronique et rouvrir le chapitre que l'on croyait clos des grandes maladies contagieuses telles que la peste ou le choléra[312]. Pour autant, le mal que l'on peut appeler ici pandémique n'allait pas être si vite délimité. Le processus, bien connu au demeurant et amplement décrit par L. Boltanski[313] allait, dans le temps, suivre les mêmes variations de sens que celui décrit plus haut à travers le

---

[307] MOLARO C., Violences urbaines et violences scolaires, Paris : Ed L'harmattan, 1998, p. 54.
[308] A commencer par ceux de Vaulx-en-Velin en 1981.
[309] Nom de ce quartier de la périphérie de Lyon où ont éclatés, en 1981, les premiers incendies des banlieue.
[310] BAILLEAU F., GARIOUD G., La sécurité entre la commune et l'Etat, Rapport de recherche pour le Plan Construction, ronéo Iresco, Paris, septembre 1990.
[311] MOLARO C., *op. cit.*, p. 78.
[312] Notre rapprochement ici entre le sida et ces épidémies ne vaut bien sûr qu'à priori, c'est-à-dire dans le contexte de son apparition. A postériori, notons que le sida, comme l'atteste J. Pierret, présente des différences notables par rapport aux grandes épidémies d'autrefois notamment en ce qui concerne son très moindre taux de mortalité ainsi que son développement sur plusieurs années. Cf PIERRET J., Une épidémie des temps modernes. Autrement : L'homme contaminé, *op. cit.*, p. 20.
[313] BOLTANSKI L., DARRE Y., SCHILTZ M-A., La dénonciation, Actes de la recherche en Sciences sociales, N°51, mars 1984, pp. 3-40.

passage d'une violence nommément désignée (celle du « délinquant ») à quelque chose de plus général, de diffus, d'indistinct, d'imprononçable si ce n'est à travers le « sentiment d'insécurité ».

Dans un premier temps en effet, du fait de sa localisation première chez de jeunes hommes homosexuels au système immunitaire étrangement dégradé, le danger dénommé publiquement « cancer gay », semble circonscrit. Utilisées au singulier, « les notions de risque et de groupe à risque, largement reprises dans les articles et les reportages sur les homosexuels américains, servent de support au développement d'un discours moral sur la faute et le châtiment »[314]. La période qui suit va voir s'établir le constat d'une extension de la contamination vers d'autres catégories spécifiques : les toxicomanes (par voie intraveineuse : héroïnomanes), les hémophiles et les Haïtiens, ce qui lui vaudra alors le nom de « maladie des quatre H ». Là encore, c'est bien « l'autre (qui) est mis en accusation »[315]. Mais ce passage signalait déjà que le mal était désormais potentiellement accessible à tous, par voie sanguine : les hémophiles, les toxicomanes ; par voie sexuelle : ces populations spécifiques non homosexuelles, représentant des catégories charnières entre les dits »groupes à risque » et le reste de la population ; par voie materno-fœtale enfin (via parfois en amont des « pratiques à risques » chez la mère) : l'enfance en effet devant très tôt rejoindre cette cohorte sinistre. Pour autant, les « groupes à risque » n'étaient pas vraiment à égalité dans l'échelle subjective des responsabilités. Le contexte d'incertitude aidant, « l'épidémie acquiert ainsi ses dimensions culturelles et morales »[316]. Il y avait bien sûr les plus victimes : les hémophiles, publiquement dégagés de « la faute », de même que l'enfance, fatalement innocente, puis les toxicomanes et les homosexuels, entachés par la recherche du plaisir intime, victimes eux aussi et en plus grand nombre mais « forcément » plus coupable, quelque part. Pour autant, tout au moins durant les premières années de l'épidémie, les pratiques discriminatoires envers toute personne infectée ne sont pas rares : « exclusion d'enfants séropositifs des écoles, isolement de certains malades, refus de soins dentaires et - moins agressif mais terriblement banal - peur de boire dans le même verre d'eau qu'un séropositif »[317]. Comme le soulignent I. Théry et S. Tasserit : « la notion de groupe à risques est ambiguë et peut désigner dans l'esprit de l'opinion aussi bien le risque encouru que le risque que l'on fait courir. (...) La spécificité de

---

[314] PIERRET J., *op. cit.*, p. 19.
[315] *Ibid.*
[316] *Ibid.*.
[317] THERY I., TASSERIT S., Sida et exclusion, In PAUGAM S [Dir], L'exclusion l'Etat des savoirs, *op. cit.*, p. 365.

l'épidémie joue ainsi dans deux sens opposés »[318]. Cette ligne de frontière floue entre une menace pour soi et une menace pour autrui, voire pour l'ordre social, n'est pas propre au contexte du sida bien qu'elle s'y révèle avec plus de force ; elle se retrouve également dans le domaine de la délinquance : le toxicomane risque bien, en s'injectant sa drogue d'être contaminé par le virus du sida mais de la même façon, la conduite « hyper-active » du jeune délinquant vis-à-vis de l'entourage est le signe d'un mal être profond voire d'une véritable dépression ; d'un autre côté le toxicomane risque bien de propager (par voie intraveineuse ou sexuelle) la maladie vers d'autres victime « innocentes », tout comme les jeunes fauteurs de troubles exacerbent quant à eux le sentiment sécuritaire et inquiètent quant au sort de la jeunesse tout entière.

Cette ambiguïté allait en fait tenir un rôle important dans la mise en place des premières mesures de prévention. Du côté du sida, elle allait notamment impulser l'organisation de « la lutte » portée dès le départ par des groupements composés d'individus homosexuels touchés de près ou non par la maladie (composante qui les place par ailleurs à l'opposé des formes traditionnelles de l'action philanthropique), et largement axée, dès son origine, contre les effets néfastes de la stigmatisation des personnes atteintes. Elle allait aussi peser sur l'entrée en obsolescence de désignations spécifiques de populations dangereuses censément et traditionnellement rattachées, dans une société sûre de ses bases et de ses acquis, à un traitement hors du commun dans une institution « totale ». En cette période d'incertitude généralisée où le danger n'était plus singulier, ni saisissable, mais simplement déductible « à partir de l'existence probabilitaire et abstraite de risques », de telles désignations relevaient bien du domaine de l'exclusion sociale. Dès lors, puisque les maux n'étaient plus isolables, puisqu'ils ne relevaient plus d'une condition inhérente à tel ou tel sujet, mais d'un processus, plus ou moins prévisible, ils en appelaient à la solidarité et à la responsabilité de tout un chacun envers lui-même et envers autrui.

1-2 : Le marquage des politiques du risque

Ce nouveau regard sur les fléaux trouverait promptement l'un de ses plus éloquents aboutissements dans la « politique de réduction des risques » liés au sida, à destination des consommateurs de drogues par voie intraveineuse, dont les premières formules peuvent être situées aux alentours de l'année 1987[319]. Pour autant, cette « politique » (car s'agirait-il vraiment d'une politique ?) allait prendre sa source dans un mouvement d'ensemble quelque

---

[318] *Ibid.*

peu antérieur qui allait progressivement aiguiser justement le regard et ouvrir la voie à d'autres manières de faire, dans un nombre croissant de domaines. Celui de la « délinquance des jeunes » nous semble particulièrement éclairant ici. On y voit se formuler très tôt (et, nous l'avons vu, régulièrement dans l'histoire), sans doute en raison de la place traditionnellement accordée à la catégorie « jeune » dans les mécanismes de reproduction de l'ordre social, bouleversés en temps de crise, la problématique nouvelle d'une nécessaire refonte du lien social. La période des années soixante-dix l'avait déjà laissé présager à travers une lente « dégringolade » des modalités horizontales d'inscription dans la société des jeunes en général, de ceux issus des milieux populaires en particulier et de surcroît de ceux sous mandat judiciaire. Pris en charge dans des foyers urbains organisés autour des formes d'intégrations traditionnelles (par le travail notamment), ces derniers, pour les moins formés et les moins diplômés, subissent en effet très vite (tout comme les institutions censées les prendre en charge) les premiers effets de la crise économique. De fait, comme le montre F. Bailleau « dès 1974, l'attention des pouvoirs publics se porte sur ces jeunes qui sont sans occupation et qui risquent de troubler l'ordre public. A cette situation nouvelle, les structures traditionnelles du travail social ne peuvent faire face »[320]. Le rapport de A. Peyrefitte en 1978, celui également, la même année, de M. Pelletier pourtant consacré à un autre domaine bien spécifique allaient témoigner (nous l'avons déjà mentionné) d'une volonté de nouvelles orientations sur la question, notamment en matière de prévention. Il faut agir à partir de la société dans son ensemble et non plus à partir de quelques îlots institutionnels désormais dépassés. Ce sont les risques croissant des formes diverses de désaffiliation parfois visibles, souvent perfides et sournoises qui l'imposent. F. Ewald et D. Kessler le soulignent : « le risque au sens propre est moins dans les choses que dans la manière de les considérer. Il renvoie à une forme de rationalité dont l'extension progressive transforme tout événement en risque et qui est la forme contemporaine de l'objectivité. (...)Le risque, en effet, dès qu'il est objectivé quelque part, est doué d'une tendance à proliférer partout. Il obéit à la loi du tout ou rien (...). Le risque a une sorte d'existence allusive, insidieuse, éventuelle, qui le rend à la fois présent et absent, douteux et suspect... »[321]. D'autres rapports, enquêtes sociales, parus à l'aurore des années quatre-vingts vont accélérer cette marche vers un nouvel ordre des choses. C'est le cas

---

[319] Année du décret de libéralisation de la vente des seringues en pharmacie par M Barzach.
[320] BAILLEAU F., Politiques publiques et jeunes en difficulté. Une insécurité sociale programmée ? Revue Internationale d'Action Communautaire : L'insécurité, la peur de la peur, automne 1993, n°30 /70, p. 89.
[321] EWALD F., KESSLER D., *op. cit.*, p. 64.

précisément des rapports de B. Schwartz[322], de G. Bonnemaison[323], et de H. Dubedout[324] qui vont avoir sur les politiques une très forte influence. Celle-ci n'est pas fortuite. Comme l'indique M. Tachon, contrairement aux données fournies jusque-là sur la question « jeunes » (qui rendent compte de vues soit trop générales et abstraites : « les jeunes » ou à l'opposé trop restrictives ou sectorielles « les jeunes chômeurs » [325]), ces rapports témoignent d'un intérêt certain : « ils savent allier trois éléments : une déclaration d'intervention volontariste, une synthèse de l'information disponible et un modèle d'organisation administrative. L'audience de ces rapports est (aussi) lié à la qualité de leurs auteurs. Ainsi ces documents s'imposent face au pouvoir politique et au sens commun»[326]. Dès lors que le mal ne peut plus être conjuré assurément à partir des modalités administratives et institutionnelles de l'Etat-Providence, c'est leur révision globale qui s'impose à partir de procédures nouvelles, dont les maîtres mots sont globalité, transversalité, partenariat, et citoyenneté[327].

Le vent qui souffle alors apparaît radicalement nouveau ; il ne s'agit plus en effet de mettre sur pied de nouvelles institutions, mais d'inciter à la participation de toutes pour combler les failles des formes traditionnelles du lien social. A ce titre notamment comme le souligne le rapport Schwartz sur « l'insertion professionnelle et sociale des jeunes » commandé par le Premier Ministre P Mauroy, la politique de l'Education Nationale comme celle de l'Emploi doivent être révisées : « si des modifications profondes du système éducatif ne sont pas réalisées, les effets des politiques antérieures qu'on nous demande de combattre se reproduiront indéfiniment (...). Il en est de même de la politique de l'emploi (...). L'originalité de la mission qui nous a été confié vient de l'exigence qui nous était posée de ne plus réfléchir à des mesures sectorielles, mais de tenter d'établir une articulation entre tout ce qui constitue le monde dans lequel vivent, apprennent et travaillent les jeunes, en cherchant à

---

[322] SCHWARTZ B., L'insertion professionnelles des jeunes, Rapport au Premier Ministre, Paris : la Documentation Française, septembre 1981, 146 p.

[323] BONNEMAISON G., Face à la délinquance : prévention, répression, solidarité, Rapport au Premier Ministre, Paris : La Documentation Française, 1982, 142 p.

[324] DUBEDOUT H., Ensemble, refaire la ville, Rapport au Premier Ministre, Paris : la Documentation Française, janvier 1983, 122 p.

[325] L'auteur souligne notamment à travers l'analyse d'autres écrits sur la question que d'un côté « le thème de la jeunesse est toujours partagé entre plusieurs rubriques et l'on note une certaine insistance à mentionner les jeunes sous l'aspect « problème » médico-social, social ou scolaire » , alors que d'un autre « les jeunes disparaissent derrière les complexités administratives et institutionnelles ». Cf TACHON M., Institutions et politiques de la jeunesse, In PERCHERON A [Dir]., Les jeunes et les autres. Contributions des sciences de l'homme à la question des jeunes, vol. II, Vaucresson : Centre de Recherche Interdisciplinaire de Vaucresson, 1986, p. 121.

[326] *Ibid.*, p. 120.

[327] Nous signalons au passage un ouvrage extrêmement clair sur toutes ces questions qui nous a permis, en sus de la consultation des rapports cités et de l'étude de plusieurs autres analyses, de dresser un tableau historique

sortir des juxtapositions, des sectorisations, des cloisonnements »[328]. Le domaine de la Santé n'est pas en reste ni d'ailleurs celui de la toxicomanie qui nous intéresse particulièrement ici : « en proposant des mesures d'insertion professionnelles et sociale au sens large, nous nous attaquons, au moins en partie, aux causes de la toxicomanie et de l'alcoolisme »[329]. Le rapporteur souhaite à ce titre mobiliser des expériences de type « boutiques de santé », qui puissent être généralisées. Elles devraient être animées par des équipes pluridisciplinaires « c'est-à-dire capables de prendre en charge des cas très différents et pas seulement de santé stricte », fonctionnant sur la base d'un temps partiel, « l'auto-organisation par les usagers eux-mêmes d'une part du fonctionnement étant à rechercher »[330]. La Justice des mineurs enfin n'y échappe pas non plus. Il s'agit, précise t-on, de « retrouver l'esprit et la lettre de l'ordonnance du 2 février 1945 qui prévoyait (...) que la répression devait être l'exception et la mesure éducative, la règle ». A ce titre : « toutes les modalités de prise en charge en milieu ouvert sont à développer et à soutenir (...). La multi-professionnalité des équipes spécialisées permettra une ouverture en intégrant, au côté des éducateurs et des assistants sociaux, des animateurs, des enseignants, des moniteurs de sports, etc... »[331].

Centré lui sur l'habitat, le rapport de H. Dubedout s'attachera à la réhabilitation de certains quartiers socialement déshérités en favorisant toujours le partenariat et surtout ici la l'implication des habitants. A ce titre « 16 sites initialement choisis seront considérés comme de véritables laboratoires où l'on peut mettre en œuvre des modes de participations et des savoir-faire nouveaux »[332].

Le Rapport de G. Bonnemaison commandé par le Garde des Sceaux R. Badinter dans le but de « faire des propositions concrètes susceptibles d'enrayer le développement de l'insécurité »[333] allait abonder dans le même sens. La sécurité n'est plus alors du domaine exclusif de la police, elle devient l'affaire de tous. A ce titre, la toxicomanie devrait bientôt elle aussi sortir de l'espace clos que lui avaient procuré les spécialistes « qui ne peuvent, dans

---

précis de toutes ces questions et d'accompagner ainsi notre réflexion : ANDERSON A., VIEILLARD-BARON H., La politique de la ville, Histoire et organisation, Paris : EditionsASH, 2000, 159 p.

[328] SCHWARTZ B., *op. cit.*, pp. 32-33.

[329] *Ibid.*, p. 108

[330] *Ibid.*, p. 110. Notons que cette volonté « d'auto-organisation » apparaîtra avec force au moment de la mise en place des « politiques » de réduction des risques attachées à la toxicomanie. Elle est déjà à cette époque en préparation dans les pays européens (Pays-Bas, Angleterre notamment) qui serviront de modèle.

[331] *Ibid.*, pp. 112-113.

[332] ANDERSON A., VIEILLARD-BARON H., *op. cit.*, p. 27.

[333] BONNEMAISON G., *op. cit.*, p 1.

l'état actuel des recherches, donner ni explication générale, ni une méthode de traitement valable pour tous »[334].

De telles enquêtes vont en quelque sorte préparer les esprits et la décentralisation amorcée dans le même temps, « conçue comme un des outils permettant d'améliorer le fonctionnement démocratique »[335], seule capable aussi de « faire surgir un nouveau mode de définition de l'intérêt général (...) notamment imaginé et porté par les acteurs locaux »[336], va contribuer à la mise en application de leur perspicaces propositions. Désormais, sans doute, rien ne serait plus tout à fait comme avant en ce qui concerne le traitement des insoumis de la nation.

2-3 : « L'affaire de tous »

Dans la lignée du rapport Bonnemaison, « 700 Conseils Communaux de Prévention de la Délinquance (CCPD) seront bientôt mis en place et coordonnés par le Conseil National de Prévention de la Délinquance (CNDP) »[337]. Un décret paru au mois de juin 1983 en défini ainsi les attributions respectives : « Le Conseil National de Prévention a pour mission d'assurer en permanence la connaissance des diverses formes de délinquance et de suivre leur évolution (...). Il comprend de droit les ministres ou leurs représentants chargés respectivement de l'intérieur et de la décentralisation, de la sécurité publique, de la justice, des affaires sociales, de la défense, de l'économie, des finances et du budget, de l'éducation nationale, de la culture, des immigrés, de la jeunesse et des sports, de l'urbanisme et du logement, de la formation professionnelle »[338]. Quant aux CCPD : « tout conseil municipal peut, s'il l'estime nécessaire, créer un conseil communal de prévention. Instance de concertation entre l'Etat et la commune, le conseil communal de prévention dresse le constat des actions de prévention entreprises sur le territoire (...) définit les objectifs et les actions coordonnées (...). Le conseil communal de prévention, placé sous la présidence du maire de la commune, comprend en nombre égal, des représentants de l'Etat et des représentants de la commune désignés par le conseil municipal (...). Un juge d'application des peines et un juge des enfants du tribunal de grande instance peuvent être appelés à participer aux travaux (...).

---

[334] BONNEMAISON G., *op. cit.*, p. 50.
[335] BLANC J., REMOND B., Les collectivités locales, Paris : Presses de la Fondation Nationale Des Sciences Politiques et Dalloz, 1994, p. 18.
[336] *Ibid.*
[337] *Ibid.*, p. 29.
[338] Décret n° 83-459 du 8 juin 1983 portant création d'un conseil national et relatif aux conseils départementaux et communaux de prévention de la délinquance. Journal Officiel du 9 juin 1983.

Des personnalités qualifiées et des représentants d'associations peuvent être appelés à siéger, à titre consultatif »[339].

Plusieurs opérations naîtront de ce nouveau cadre territorial. On peut signaler notamment les opérations « anti-été chaud » ou « prévention été » destinées à favoriser le départ en vacance des jeunes des banlieues ou à renforcer l'animation des quartiers durant la période estivale censément propice aux actes de délinquance[340].

La toxicomanie devient, elle aussi, comme l'avait laissé présager le rapport Bonnemaison, partie intégrante de ce processus. C'est aussi ce que souligne J. Fournier : «au début des années 80, la toxicomanie va sortir du champ clos du dispositif spécialisé pour rencontrer d'autres intervenants issus de l'action sociale et des dispositifs locaux qui commencent à se mettre en place dans le cadre des politiques de la ville» [341]. Les réponses à apporter se veulent encore ici globales. La toxicomanie ne doit plus être distinguée par un traitement spécifique, mais doit entrer dans une catégorie générique, celles des problèmes de la jeunesse tout entière. Il en est donc théoriquement et pratiquement fini ici du « sujet » et de l'approche thérapeutique chère aux toxicothérapeutes. C'est bien ce que mettait en relief, à la même époque R. Castel : « ces nouvelles stratégies préventives passent par la dissolution de la notion de sujet ou d'individu concret, qu'elles remplacent par une combinatoire construite de facteurs, les facteurs de risque. (...) Le moment essentiel de l'intervention cesse d'être une relation directe, un face à face, entre par exemple (...) un professionnel et son client. Il est dans la construction de flux de population à partir de l'assemblage de facteurs abstraits qui sont susceptibles de produire du risque en général »[342]. Les questions de toxicomanie sont alors perçues dans un ensemble très vaste réunissant les « problèmes » de délinquance, ceux de l'échec scolaire, de l'insertion (sociale, professionnelle, etc.) ou encore ceux liés à l'insécurité. Ces politiques locales se focalisant sur la lutte contre l'exclusion des jeunes en difficulté, feront appel à divers agents (qu'il est devenu courant, dans une telle configuration d'appeler « acteurs ») : médecins, spécialistes en toxicomanie, enseignants, éducateurs, assistants sociaux, policiers, etc.

---

[339] *Ibid.*

[340] « Au total 10 000 jeunes partiront en vacances à l'extérieur de leur quartier et 100 000 bénéficieront d'animations locales. La baisse de la délinquance consécutive à l'expérimentation (les vols de voiture par exemple ont chûtés de 23 %) amène l'Etat à reconduire la mesure les années suivantes ». Cf ANDERSON A., VIEILLARD-BARON H., *op. cit.*, p. 29.

[341] FOURNIER J., La prévention des toxicomanes, Etude sur les modèles d'intervention mis en œuvre par les acteurs de la prévention, Rapport de recherche pour l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS), décembre 1993, p. 29.

[342] CASTEL R., *op. cit.*, 1983,p. 119.

Il s'agit pêle-mêle, comme le montrent L. Gibier et T. Rouault dans leur tour d'horizon de la question « de se parler, d'échanger, se concerter, comprendre-fédérer-impulser, coordonner, faire un état des lieux des ressources locales, un diagnostic local, recenser les institutions, leur histoire, leur qualification et leur logique d'intervention »[343]. La pratique de coordination figure en bonne place dans la mise en œuvre et la concrétisation de ces rencontres. Formé pour l'occasion, le coordinateur de CCPD est, ainsi que l'analysent G. Berlioz et L. Dubouchet, « tour à tour appelé à « faire » et à « faire faire »[344]. De fait, son rôle se déploie t-il aussi bien sur le versant de la médiation (il intervient directement dans des situations de litiges par exemple), que sur celui d'un assemblage « cohérent » des différents opérateurs de terrain, en fonction de l'action à mener[345]. Formés pour la circonstance (en toxicomanie par exemple)[346], les coordinateurs ou médiateurs (généralement issus du travail social et recruté par l'élu local « sur la base de sa consistance personnelle »[347]), sont à ce titre censés être le point de départ d'une vaste chaîne de solidarité visant à soutenir ceux (institutions, professionnels, mais aussi parfois personnes civiles) les plus en difficulté face aux incommensurables problèmes de « la jeunesse ». Ainsi, pour exemple, une circulaire, émanant du Ministère de l'Education Nationale concernant la politique de prévention en matière de toxicomanie et des conduites déviantes[348] reprécise t-elle (dans le flou) les fonctions de ces agents, préférentiellement dénommés ici médiateurs. Forts des savoirs pratiques et théoriques dont ils disposent et qui leurs ont parfois été transmis, ceux-ci sont censés déléguer à leur tour un certain nombre de connaissances à des personnes ou groupes de personnes de leur choix (dénommées adultes ou équipes-relais), lesquels, de leur côté s'engageront à les diffuser auprès des différents agents évoluant, de près ou de loin, dans l'enceinte des établissements : « les médiateurs, en collaboration avec les chefs

---

[343]GIBIER L., ROUAULT., Politiques locales et prévention en toxicomanie, Paris : Revue Documentaire Toxibase, n) 202751, p. 3.

[344] BERLIOZ G., DUBOUCHET L., Des CCPD aux CLS, Articulation, superposition ou disjonction de deux logiques ? Les Cahiers de la Sécurité Intérieure, troisième trimestre 1998, n° 33, p. 95.

[345] Cf par rapport à cette question générale de la position délicate du coordinateur-médiateur dans le cadre des CCPD, l'article très éclairant de G. Berlioz et L. Dubouchet opuscité ci-dessus, pp. 89-104.

[346] Même si, comme le soulignent encore G. Berlioz et L. Dubouchet « comme tous les métiers apparus dans le champ de la politique de la ville, aucune formation reconnue de « coordinateur de CCPD » n'existe en amont de cette fonction ». *Ibid.*, p. 91.

[347] Cette imprécision des profils est encore soulignée par G. Berlioz et L. Dubouchet : « il s'agit pour l'élu de la commune de choisir une personnalité qui lui paraisse suffisamment solide pour « tenir » la ligne municipale tout en sachant trouver le bon cheminement dans la sinuosité des particularités locales. Mais les caractéristiques qui composent une personnalité « consistante » ne sont modélisées nulle part. Elles varient en fonction des subjectivités et la proximité du poste avec le politique fait que, dans certains cvas, la cohérence politique tient lieu de compétence technique ». *Ibid*t., p. 91.

[348] Circulaire n° 85-118, de l'Education Nationale du 26 mars 1985 concernant « la lutte contre les toxicomanies et les conduites déviantes - Politique de prévention du Ministère de l'Education Nationale ».

d'établissement, apportent beaucoup de soin à la désignation des personnes, parmi les volontaires, qui constitueront les équipes-relais. Ces actions de formation peuvent être complétées par des journées d'informations pour tous les personnels, et le cas échéant, les représentants des parents et des élèves aux conseils d'établissements (...). La formation de ces équipes doit leur permettre de transmettre aux personnels, parfois moins spontanément prêts à répondre à la demande des jeunes, aide et conseil ainsi qu'un savoir-faire dans l'écoute, la communication, la compréhension (...). Faciliter le travail d'équipe est certainement la meilleure façon de renforcer la communauté éducative et de résoudre bien des problèmes de communication et de relations entre adultes et jeunes ». En substance la circulaire n'omet pas de préciser que « ce dispositif s'inscrit dans une politique générale de prévention des conduites déviantes, qui n'isole pas les toxicomanies des autres conduites déviantes et difficultés des adolescents ».

De telles rencontres contribueront sans nul doute à favoriser l'échange d'informations (et de formation) entre différents agents (professionnels de tout bord, élus, habitants), bien qu'il soit encore prématuré de parler ici d'une véritable collaboration entre tous. Les raisons en sont multiples. En premier lieu, on ne peut manquer de souligner l'imprécision des rôles et des fonctions de ces coordinateurs et/ou médiateurs aux profils divers et variés, qui plus est, bien que censément neutres, demeurent largement dépendants des orientations politiques de leurs supérieurs, élus. D'autre part, ces derniers eux-mêmes, coincés entre des enjeux de sécurité urbaine et des enjeux plus sociaux semblent généralement partagés sur les actions à mener. L. Gibier et T. Rouault relèvent ici trois attitudes principales : « celle du choix du silence par peur de la stigmatisation de la commune (...), celle de l'affrontement du fait du sentiment d'insécurité diffus et de la frustration qui peuvent en résulter (...), deuxième attitude qui conduit à une troisième, celle du volontarisme désordonné ou à la chasse aux subventions, à la recherche d'affichage systématique des actions menées, le tout avec bien souvent de nombreuses difficultés de concertation avec les habitants et des difficultés de négociations avec le conseil général »[349]. Les actions, outre quelques exceptions[350], resteront alors le plus souvent « consensuelles », ou « politiquement correctes » (informations dans les écoles, prévention primaire, etc), peu innovantes et en substance très éloignées des populations réellement concernées. R. Castel a également constaté cet ensemble de contradictions inhérentes au positionnement des élus locaux, montrant qu'elles ne sont pas, au

---

[349] *Ibid.*, p. 4.

[350] Cf notamment notre exemple concernant la mise en place de la Classe-relais de Montpellier : deuxième partie, chapitre I, 3, 3-1.

demeurant, propres à la question de la toxicomanie : « dans le contexte de concurrence et de recherche de l'efficience qui prévaut aussi entre agglomération, les responsables locaux peuvent-ils ou même veulent-ils jouer à la fois la carte de la réussite économique et de l'excellence et celle de la prise en charge des défavorisés ? La politique sociale locale en direction des exclus risque ainsi d'être un jeu à la marge qui consiste à faire sur place le minimum pour éviter les dysfonctionnements, lorsqu'on ne peut pas s'en décharger sur la municipalité voisine »[351].

En troisième lieu, il faut souligner que cette injonction au partenariat peut-être mal acceptée par certains professionnels déjà mis en échec dans leurs institutions respectives ; de surcroît nombre d'entre-eux vivent mal la « dépossession » de leur savoir et savoir-faire à des fins parfois propagandistes ou pour le moins, souvent peu en phase avec la réalité qu'ils perçoivent et les populations qu'ils approchent au quotidien. Ceci est valable bien sûr en ce qui concerne les spécialistes de la toxicomanie centrés sur le soin, de moins en moins portés (nous l'avons vu) vers des actions préventives « au-dehors » et qui plus est largement mis à mal, à la même époque, par l'arrivée du sida dans leurs institutions. Cela l'est tout autant en ce qui concerne les animateurs de quartiers ou les éducateurs opérant auprès de jeunes mineurs qui vivent bien souvent « la relation avec l'élu sous le signe de la concurrence et de la méfiance »[352]. Sans doute voit-on ici se jouer, dans la mise en forme de ces politiques du risque, ce déséquilibre que montre R. Castel « entre le point de vue des techniciens d'une part, et celui des administrateurs (...). Les premiers se trouvent subordonnés aux seconds, et une politique gestionnaire peut s'autonomiser complètement, échapper totalement aux contrôle des opérateurs de terrain qui deviennent de simples exécutants »[353]. Enfin, il convient de mentionner (mais nous y reviendrons) les conséquences directes, à plus ou moins long terme, de telles opérations sur les populations somme toute visées, bien que furtivement (car on sait bien implicitement qu'il ne s'agit pas de n'importe lesquels) sous le vocables « jeunes ». « Le jeune sur la base d'un facteur d'inadaptation diagnostiquée, se trouve élevé au rang de bénéficiaire de vacance, de sports, de soutien financier à ses projets ou de toute autre forme de sollicitude à son égard. Il se trouve ainsi conforté dans une position d'ayant droit de l'aide publique qui le conduit à valoriser sa difficulté comme critère d'accès. Cette discrimination positive au loisir, à l'éducation, à l'aide financière se pervertit alors en revendication de sa

---

[351] CASTEL R., *op. cit.*, 1995, p. 426.
[352] ESTEBE P., Les métiers de la ville, Esprit : A quoi sert le travail social ? mars-avril 1998, n° 3-4, p. 51.
[353] CASTEL R., *op. cit.*, 1983, p. 119.

part et génère des situations fréquentes de frustration quand les dispositifs d'offres ne parviennent pas ou plus à le satisfaire »[354].

Majoritairement positionnés sur la lutte contre l'exclusion, ces dispositifs, reconduits d'années en années, ne parviendront, dans la plupart des cas, ni à désenclaver significativement les cloisonnements professionnels et institutionnels, ni à enrayer les problèmes de délinquance et par ricochet d'insécurité.

Tout ceci ne sera pas sans conséquences sur les années qui vont suivre. Sur un plan politique général (et en dépit des alternances majoritaires) la multiplication et le renforcement d'instances étatiques intermédiaires de coordination et de régulation[355] de tous ces problèmes, vont tendre progressivement à gommer la frontière déjà partiellement malmenée entre une ligne douce (positionnée sur le versant de la prévention sociale) et une ligne dure (positionnée sur le versant de la sécurité et de la lutte contre la délinquance), faisant du même coup et paradoxalement osciller les discours (selon les obédiences politiques des ministres, leurs convictions personnelles, leur perception des événements, l'usage médiatique de ceux-ci) entre l'une ou l'autre de ces tendances. Dans le même temps, sur un plan cette fois institutionnel et professionnel, la mise en échec des modèles de prise en charge traditionnels, tout comme celle de plus en plus visible de ces nouveaux dispositifs à vocation généraliste, vont tendre à favoriser l'émergence de pratiques intermédiaires (entre le soin et la prévention notamment) soutenues par de nouveaux agents qui n'avaient jusque là pas fait de toutes ces questions, des enjeux particuliers. En raison de l'urgence à agir posée par l'épidémie de sida (un risque mortel), cette progression des choses sera particulièrement marquée dans le domaine de la toxicomanie.

2- Des institutions et des populations-limites

2-1 : La fragilisation institutionnelle ou le silence des dominants

Si un certain durcissement de la clientèle vers la fin des années soixante-dix avait pu faire trembler le modèle, le champ de la toxicomanie s'était savamment ressaisi, formalisant de telles périodes de crise dans le cadre même de l'ontologie du toxicomane, le vrai. Certes,

---

[354] BERLIOZ G., DUBOUCHET L., *op. cit.*, p. 92.

[355] Création notamment de la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) et du Conseil National des Villes (CNV) en 1988, sous M. Rocard, puis, deux années plus tard l'instauration d'un Ministère de la Ville, lequel sera intégré, en 1993 sous E. Balladur, dans un grand Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.

certaines pratiques avaient changées, les centres de soins s'étaient ouverts au social et parfois au médical ; pour autant ces incursions peu orthodoxes et limitées n'avaient d'autre tâche que de servir le modèle et de permettre le véritable déploiement de la clinique du sujet. Pratiquement dégagés de toute enfreinte extérieure et administrativement protégés, ces professionnels et individus d'exception pouvaient ainsi « se retirer dans un splendide isolement »[356]. Celui-ci au demeurant s'avérait bien réel et en quelque sorte s'auto-alimentait. Comme le montre H. Bergeron, la faiblesse, avant les années quatre-vingt, des études statistiques sur la question ou le centrage de celles-ci sur la population des centres de soins spécialisés, tendait à infirmer que rien de ce qui se passait là n'avait, au regard de l'extérieur, un caractère exceptionnel. « Le praticien a justement tendance à inférer des généralités à partir de l'échantillon pourtant non objectivement représentatif des patients qu'il reçoit : non seulement il a tendance à supposer que les cas qu'il rencontre chez lui existe chez tout le monde, mais il tend tout autant à ne pas tenir compte du fait que c'est au terme d'un processus social que lui parviennent ces patients »[357]. C'est donc sur la base de cette méconnaissance, qui trouvait son pendant dans un processus inconscient de désignation-sélection d'une catégorie spécifique de consommateurs, que le champ maintenait son cap institutionnel.

Des changements de perception étaient à l'œuvre certes, mais à l'extérieur. Et tant qu'ici l'analogie avec le social fonctionnait, tant que rien de justifié ne venait remettre en cause l'ordre social pour ainsi dire naturalisé, un déplacement des frontières n'avait aucune raison d'être envisagé. M. Douglas insiste ainsi sur le fait que dans l'institution « le développement des connaissances dépend de leurs incidences attendues sur la vie de tous les jours. La pensée a plus à voir avec l'action qu'avec la représentation »[358]. Peu importaient donc finalement les désordres extérieurs, tant qu'ils ne venaient pas sur un plan pratique bouleverser le modèle. D'ailleurs, la tâche désormais apparaissait périlleuse. La frontière était stabilisée et le seuil des institutions largement augmenté. Les modèles barbares avaient été récusés ; les velléités subversives des quelques passagers clandestins annihilées ; les toxicomanes eux-mêmes on ne peut plus conformés. Cela explique qu'à court terme ce ne sont pas tant les effets croissants de la « crise » sur une jeunesse de plus en plus désœuvrée et désorientée, qui allait faire vaciller le modèle (tel que cela s'est produit, à plus longue échéance dans le champ de la délinquance), mais un autre fléau du moment, le sida, invisible aux « postes de frontières ».

---

[356] Cf HEFEZ S., Vingt cinq ans après...des vies auprès des toxicomanes, in Agora, *op. cit.*, p. 39.
[357] BERGERON H., *op. cit.*, p. 216.
[358] DOUGLAS M., *op. cit.*, p. 70.

Comme l'a notamment montré M. Calvez[359], la découverte (réelle ou potentielle) de l'infection chez de nombreux patients va occasionner un ébranlement de la structure interne des institutions, sur plusieurs étapes. Dans un premier temps, une très forte inquiétude prévaut appuyée parfois par des considérations qui peuvent être qualifiées d'irrationnelles. Les attitudes en effet divergent peu, oscillant tout juste entre le déni d'une maladie somatique, de morts « involontaires » par trop traumatiques et les premiers questionnements sous forme parfois de véritables drames existentiels. Elles puisent leur source dans l'ordre institutionnel. Cette nouvelle donne du sida, en réalité ne « cadre » absolument pas avec le modèle.

« Nous on était hospitaliers donc on était forcément très vite dans l'affaire, et je me souviens j'ai vu un membre de l'équipe par exemple (...) être dans le déni du sida, c'est à dire que l'insupportabilité d'imaginer que ses patients allaient mourir lui faisait dire et peut-être même penser que le sida n'était pas mortel...Parce qu'elle ne pouvait pas supporter cette idée là, c'était pas possible (...)donc ils allaient pas mourir. (...) C'était la première défense pour continuer à venir, à fonctionner tous les matins, à les voir, à les voir maigrir, etc, il faut parfois s'inventer que non, ce n'est pas mortel (...). En même temps des morts on en a toujours eu hein ! Faut pas déconner, sauf qu'on avait l'impression que les morts étaient plus... glorieuses, c'était des morts par suicide, le mort par suicide peut parfois paraître comme le dernier libre choix aussi hein ! Alors bien sûr c'est une invention puisque le mort n'est plus là pour en parler, mais bon on peut s'inventer ça. Donc y'avait comme ça quelque chose d'un peu héroïque, sans jeu de mot. . Et c'est vrai que la mort par maladie avec surtout une dégradation physique de ces gens qui sont très vivants, les toxicos sont toujours extrêmement vivants, c'est vrai que c'était insupportable. Et moi je me récupérais en essayant de réfléchir sur les différences entre la mort volontaire, revendiquée et la mort par maladie, subie on va dire. Chacun a essayé d'inventer, c'est des artefacts, une façon de sortir de cette préoccupation et de cette... c'était surtout triste, très très triste. Et c'est vrai que le débat public n'était pas du tout en adéquation avec la réflexion qu'on pouvait avoir en interne. Ca ne correspondait pas du tout, comme si ces réflexions n'avaient pas lieu d'être. Oui ça a été une période très très compliquée et très pénible ». (Une psychiatre d'un centre de soins hospitalier spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

De tels propos permettent de saisir l'extrême difficulté à « penser » au dehors des cadres traditionnels. Ils permettent également d'expliquer le silence sur la question, d'une majorité de spécialistes pendant une longue période, alors qu'au dehors, la lutte contre le sida commençait déjà à s'organiser. Un tel mode d'être n'est pas nouveau ; C. Bec le soulignait d'ailleurs dans son analyse sur le silence des opposants (hospitaliers) au mouvement réformateur de la psychiatrie : « l'histoire nous a habitué à ce silence des conservateurs dans les périodes où les statu-quo semblent menacés (...). Ce silence n'est pas le signe d'une

[359] CALVEZ M., *op. cit.*

absence dans le débat, mais l'indice d'une présence institutionnelle très forte »[360]. Ainsi, qualifié ex post de non-événement par de nombreux agents extérieur, l'arrivée du sida dans les centres de soins signalait-elle avant tout une impossibilité de s'exprimer et de penser selon les codes habituels du modèle. Nombre d'intervenants, bouleversés par cette nouvelle donne, allaient d'ailleurs abandonner leur poste.

« Il y a des gens qui sont partis, qui sont partis parce qu'ils n'ont pas supporté de voir mourir les premiers clients, et puis je dirai que le projet thérapeutique a été très très secoué. Parce que bon, (...) le but c'était d'être dans une continuité avec eux, et c'est vrai que là d'un seul coup avec le VIH, les gens avaient l'impression qu'il n'y avait plus de possibilité de projet. Et c'est vrai que du fait de ma formation moi de généraliste je voyais les choses un peu différemment». (Un médecin généraliste, intervenante dans un centre de soins spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

Placés en première ligne, les médecins (non-psychiatres) des centres auront une vision un tant soit peu plus rationnelle des événements. Pour autant là encore peu de choses seront envisagées en interne, pour faire face activement au problème.

« Moi qui faisais exclusivement de la médecine générale par ailleurs c'est vrai que le diagnostic de contamination par le VIH on le faisait, parce qu'on palpait des ganglions, mais bon c'est vrai qu'à Marmottan ce qui est intéressant d'un point de vue médical c'est que c'est un petit peu de la médecine de brousse, on travaille quand même sans le support des examens complémentaires, du labo, la radio, donc ça veut dire examiner les gens, les interroger et essayer de comprendre un peu ce qui se passe. Et bon c'est vrai qu'à cette époque là bon palper des ganglions, bon comme aujourd'hui hein, ça pouvait être la rubéole mais ça pouvait être quand même majoritairement une contamination VIH. (...). Moi, bon en même temps c'est vrai qu'on était devant une nouveauté, mais j'avais beaucoup envie de faire en sorte de les préparer, enfin moi c'est comme ça que j'ai bossé, je préparais les gens à l'annonce de la séropositivité quoi. Le propos c'était pas de faire un test mais c'était de leurs dire que très probablement ils avaient croisé le virus et que ben il fallait peut-être essayer de ne pas en rajouter » (Un médecin généraliste, intervenante dans un centre de soins spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

Une telle attitude de retrait, la seule possible ici, s'apparente aux arguments fonctionnels tels que les décrits M. Douglas, utilisés par toutes les sociétés pour la défense du tabou : « cet argument vient des gens concernés qui ont développé un consensus sur les types de solidarité qui leur permettent de traiter de leur environnement de maladie, de guerre et d'accident. *Nous* [les anthropologues] pouvons voir que les dangers physiques sont bien réels ; mais *ils* ont

[360] BEC C., *op. cit.*, 1977, p. 105.

décidé d'affirmer leur fidélité à ces institutions. Ce n'est pas nous, mais eux qui ont développé ces institutions spéciales pour composer avec les dangers. A tort ou à raison, ils s'attendent à être en situation de risque lorsque ces institutions s'effondrent et ils mettent les déviants en garde. Il serait vraiment osé, si ce n'est insolent, de notre part de dire qu'ils sont dans l'erreur. (...)Ils composent avec les risques en faisant des distinctions précises et en consacrant les différences. Nous traitons de nos risques en faisant d'autres distinctions »[361].

Une deuxième phase très proche, allait voir apparaître en interne un certain nombre de propositions concrètes destinées à faire face quotidiennement. Certaines d'entre-elles, extrêmement novatrices, seront toutefois rejetées en raison sans doute, encore une fois, de leur manque de conformité avec les pratiques traditionnelles du champ.

« Les cas de maladie grave, des gens qui sont morts du sida ont été très très investis par nous-mêmes. Alors là aussi il y a eu une certaine inquiétude institutionnelle, où l'on s'est dit que ce surinvestissement allait devoir peut-être que les infirmières ou nous aillent tous les jours voir quelqu'un dans un hôpital pour l'accompagner, pour qu'il tienne dans un hôpital, pour qu'il sente qu'il était quand même accompagné, etc. Mais ça on le fait pour une personne, on le fait pour deux, on allait être obligé de le faire pour combien ? Et à quel moment les équipes allaient s'épuiser ? (...) X a été un des premiers à essayer de proposer des groupes...on pourrait dire d'auto-support de personnes séropositives ou des choses comme ça qui à l'époque n'existaient pas encore, c'était même avant la création de Aides, avant tous ces mouvements. Mais ça avait pas eu d'impact, présenté dans un lieu de soin comme ça, ça n'avait pas eu de succès ». (Un psychiatre, intervenant dans un centre de soins spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

Dans ce contexte général au champ, la proposition anticipée et isolée de C. Olievenstein pour une mise en vente libre des seringues dès 1985 ne trouvera guère d'écho. On se retrouve ici dans un cas encore décrit par M. Calvez selon lequel dans de telles périodes « la mise en œuvre de principes d'autorité médicale ne parvient pas à contenir les flottements de pratiques »[362].

« Je l'ai proposé et j'ai fait inscrire dans les débats de la commission interministérielle des stupéfiants que j'étais le seul à voter pour ça : le président s'abstenait, tous mes collègues étaient contre »[363].

Seuls les préservatifs feront leur entrée dans les centres spécialisés, bousculant

---

[361] DOUGLAS M ., Risk and Justice, cité par CALVEZ M., *op. cit.*, p. 9.
[362] CALVEZ M., *op. cit.*, p. 26.
[363] OLIEVENSTEIN C., En désespoir de cause. Autrement, L'esprit des drogues, Paris : Ed Autrement, avril 1989, n° 106, p. 37.

toutefois (par une reconnaissance implicite des couples et de la sexualité dans les locaux d'hébergement) un interdit originel.

« Le débat sur les préservatifs ça ça a été quelque chose de très très copieux hein ! Y'a eu des discussions pour savoir si c'était aux médecins de les mettre dans les tables de nuit, les secrétaires, les infirmières, les femmes de ménage, etc, etc. Bon et puis on a réussi à les imposer quand même, mais c'était pas facile ». (Un médecin généraliste, intervenante dans un centre de soins spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

C'est donc dans le temps et en dépit de l'urgence proclamée ailleurs, que vont se déployer les premières mesures visant à faire face à l'épidémie. Comme le souligne M. Calvez : « les institutions ne peuvent pas directement faire face au problème posé sans modalités spécifiques. Elles sont alors conduites à poser une discontinuité symbolique avec le monde extérieur. La réaffirmation de leurs frontières externes est un préalable à la consolidation interne des rôles et des positions respectives. La prise en charge de l'infection se caractérise par des divergences d'appréciations, des compromis qui s'élaborent progressivement pour définir un type de réponses valides à l'intérieur de l'institution »[364]. Soulignons tout de même que ce cloisonnement est aussi à l'époque largement « bouclé » par la Direction Générale de la Santé. Le 5 août 1986, une circulaire émanant de l'administration demande aux Préfets et directeurs des DDASS de ne pas obtempérer aux demandes éventuelles de crédits supplémentaires de certains centres pour la prise en charge du sida : « le développement de la présence de virus du SIDA dans la population toxicomane et des manifestations pathologiques qu'il provoque amène un accroissement rapide de la demande de prise en charge du dépistage et des soins liés à celui-ci sur les crédits du budget de l'Etat destinés à l'application de la loi du 31 décembre 1970. Il s'agit là d'une demande à laquelle vous devez opérer un refus catégorique. En effet, la lutte contre le sida et la lutte contre la toxicomanie sont deux objectifs de santé publique bien différenciés (...) et le SIDA ne peut en aucun cas être considéré comme une maladie de la toxicomanie dont le traitement s'intègrerait dans le traitement de celle-ci »[365].

---

[364] CALVEZ M., *op. cit.*, p. 26.
[365] Circulaire DGS / 750 / 2 D datée du 5 août 1986.

2-2 : Des cas difficiles

Cette attitude, indissociable d'une longue histoire depuis l'émergence du champ jusqu'à la circonscription d'une catégorie spécifique d'individus à prendre en charge selon les modalités d'une clinique, allait bientôt laisser apparaître un certain nombre de « rejets », incompatibles avec le modèle, et, par ricochet, incompatibles partout. Semant le trouble au sein des équipes spécialisées, les toxicomanes séropositifs sont également difficilement pris en charge par les services hospitaliers de maladies infectieuses, mal préparés à recevoir ces patients peu ordinaires souvent qualifiés de « mauvais patients », voire « d'irresponsables ». Chacun dès lors se renvoie « la balle » ou plus significativement la « patate chaude ».

« Les toxicomanes victimes du sida, se chargent de toutes les contradictions. Dans les institutions spécialisées leur pathologie infectieuse bouche l'horizon : « je suis d'accord pour m'occuper avec vous de vos problèmes de drogue mais vous êtes malades, il faudrait vous soigner dans un service capable de le faire ». Je sais que l'on peut dire cela, je l'ai dit moi-même. Dans les services de pathologies infectieuses, c'est : « on va s'occuper de vous mais vous êtes accrochés, il vaudrait mieux que vous décrochiez d'abord ». Même attitude de méconnaissance, de dénégation.(...). Il semblerait que les « toxicomanes » malades du sida ne soient perçus, dans les services de pathologies infectieuses, que par leur dépendance et, dans les institutions de soins aux toxicomanes, n'y puissent être reçus dans la fièvre de leur déficience. Camés chez les infectés, infectés chez les camés mais toujours et encore sommés d'être vrais, d'être eux-mêmes, ce qu'ils sont partout : inadmissibles »[366].

Emerge alors cette figure de « l'incasable », brouillant les frontières et les repères institutionnels. Le constat n'est pas propre à la toxicomanie bien qu'il soit apparu avec plus de force qu'ailleurs en raison des risques mortels dus à l'épidémie de sida. Le champ de la délinquance connaîtra quelques années plus tard la même problématique à travers ces jeunes gens que l'on déclarera trop fous pour l'éducatif qui fera part de son impuissance et pas assez pour la psychiatrie qui fera part de son incompétence.

« Dès qu'on se trouve en institution, en réunion, en groupe et que l'on parle de ce thème, au-delà des arguments présentés, l'impression que l'on veut d'abord donner, cette certitude que l'on veut afficher, est très simple : le « cas limite », c'est ce qui est tout simplement insupportable. Insupportable ! Les mots tournent en tous sens. Insupportables parce que ce sont des cas impossibles, à bout de course, qui embêtent tout le monde, qui se mettent toujours au lieu même où tout craque. Ce sont des cas qui rendent malades, qui bouleversent le

---

[366] GERAUD B (Médecin assistant du centre médical Marmottan, psychanalyste)., Autrement, n° 106, *op. cit.*, p. 107.

dehors et le dedans, jouant les notions de frontières, faisant sauter les repères institutionnels, les formes normales de gestion sociale. Nous sommes là au bord du chaos, de l'accident, de la manipulation, du désarroi »[367].

La question n'est pas neuve et a depuis longtemps fréquemment fait irruption dans des domaines, des ordres que l'on croyait établis, suscitant par-là même, lorsque de simples ajustements ne sont plus possibles, leur révision en profondeur voire leur éclatement. On la voit déjà se jouer régulièrement dans l'histoire de la folie de M. Foucault notamment au moment de ce passage de l'enfermement généralisé des fous à la distinction des insensés. « Au cours du XIIIème siècle, quelque chose a bougé du côté de la folie. Il y a cette peur, d'abord, qui semble rattacher la déraison aux vieilles hantises, et lui restituer une présence que l'internement était parvenu - ou peu s'en faut - à esquiver. Mais il y a plus : là même où la folie avait été mise en repos, dans l'espace homogène de la déraison, un lent travail s'accomplit (...). Une profonde poussée laisse réapparaître la folie, qui tend ainsi à s'isoler et à se définir pour elle-même. La peur nouvelle du XIIIème siècle se révèle n'être pas vaine hantise : la folie est en train d'affleurer à nouveau, dans une présence confuse, mais qui remet en problème déjà l'abstraction de l'internement »[368]. On l'a vue réapparaître également un peu plus tard chez R. Castel au moment où la Justice, mise à mal par les fous-criminels s'en dessaisie au profit de la psychiatrie qui s'attachera dès lors, partant d'un affinage de ses codes, à en déchiffrer la subjectivité car bien sûr, « quand l'acte est trop monstrueux, l'auteur doit nécessairement être malade (...). Le corps du criminel au 19ème siècle, ce n'est pas une idiotie, c'est ce qui reste à cette époque quand on ne comprend plus. C'est ce qui ne parle, ni ne s'explique : c'est ce qui n'a ni intériorité, ni discours ; c'est le corps du crime »[369].

On la voit survenir à nouveau, plus tard dans « la situation psychanalytique où, par un court circuit génial, l'aliénation devient désaliénante, parce que dans le médecin, elle devient sujet »[370]. C'est d'ailleurs semble t-il précisément ici que la question se verbalise en tant que telle, car si « les névroses, psychoses, perversion sont des catégories psychopathologiques qui précèdent la naissance de la psychanalyse (...), l'apparition des états limites, de la chose sinon du mot, est elle un événement interne à l'histoire de la clinique analytique, inséparable des obstacles, des *limites*, rencontrées par celle-ci »[371]. Il est aujourd'hui admis, nous signale

---

[367] LABADIE J-M., Réflexions épistémologiques. In L'éducatif, le psychiatrique, les cas limites et la PJJ, Compte-rendu de la journée d'étude du 19 mars 1993, Vaucresson : Centre National de Formation et d'Etudes de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (CNFE PJJ), 1993, p. 41.
[368] FOUCAULT M., *op. cit.*, 1972, p 401.
[369] LABADIE J-M., *op. cit.*, p. 52.
[370] FOUCAULT M., *op. cit.*, 1972, p. 530.
[371] ANDRE J [Dir]., Les états limites, Paris : PUF, 1999, p. 3.

J. André, de dater leur acte de naissance, en tant que problématique nouvelle au « *Journal clinique* de Ferenczi (écrit de janvier à octobre 1932) »[372], neurologue et psychiatre hongrois, ami de Freud. L'histoire est intéressante, à plusieurs points de vue. S. Ferenczi se livre à cette époque à une série d'expériences analytiques visant à repousser à leurs extrêmes les limites du transfert en incarnant tantôt à l'excès la rigoureuse figure paternelle de l'analyste (chère à Freud), puis dans d'autres cas une autre figure « maternelle », ultra bienveillante et chaleureuse. Il s'agit pour lui de voir si une approche relationnelle plus active de la part du psychanalyste ne permettrait pas de réduire la durée de la cure et d'en finir avec certaines situations de blocage (qui rendent de fait certaines cures interminables) que l'on perçoit alors comme le propre de certains patients difficiles. L'expérience allait mener le psychiatre dans une impasse : dans les deux cas, ses patients « avaient été mis dans le même état relationnel qui avait eu lieu lors du traumatisme »[373], dans les deux cas également leur dépendance à l'égard du spécialiste s'était avérée grandissante. Un tel constat allait l'amener à entamer une analyse critique du cadre de la cure-type et de la position toute puissante du psychanalyste dans la gestion du transfert, qui ne faisait somme toute que reproduire le traumatisme et de surcroît la conduite inadéquate des parents, vécus dans l'enfance. Les difficultés de certains patients, qualifiés de fait de cas limites n'étaient pas tant dues à leur propre structuration psychique, qu'à la situation analytique elle-même, incapable du fait d'un attachement (volontairement protecteur[374]) aux codes stricts de la pratique, de s'adapter aux fluctuations de la régression. En somme il allait démontrer que « le transfert du patient ne provient pas uniquement de son passé ; il contient toujours une réaction à la pression exercée par l'analyse elle-même (...). Il serait surtout un produit artificiel déterminé par la technique adoptée »[375]. Tout ceci allait conduire le psychiatre à laisser choir toute technique et « à se permettre d'agir comme un être humain, doté d'émotions, capable d'osciller entre les moments d'empathie et d'irritation »[376]. Dès lors il serait avec chaque patient sur un pied d'égalité, d'interdépendance. « La cure serait le résultat d'un processus naturel et spontané, qui ne serait plus basé sur l'autorité de l'adulte »[377]. Il signait là, sous les yeux effarouchés de Freud qui ne manquera pas de lui signaler son inquiétude quant aux répercussions de telles expériences sur

---

[372] *Ibid.*
[373] ILEYASSOF R., Soumission hypnotique, dépendance unilatérale et mutualité symbiotique. Epistolettre, avril 2000, n° 29.
[374] Freud, nous dit R.. Ileyassoff, ne supportait pas l'autre aspect du transfert provoqué par l'empathie. « Il préférait de loin incarner le rôle du père ». *Ibid.*
[375] *Ibid.*
[376] *Ibid.*
[377] *Ibid.*

sa propre santé psychique, la naissance de la psychothérapie analytique. Avec S. Ferenczi puis d'autres (M. Balint ou encore D W. Winnicot[378]), c'est tout ce territoire objectivé, délimité de la psychanalyse qui allait ainsi éclater à la faveur d'un autre modèle.

On voit se jouer ici le lien inextricable entre les institutions et les catégories de populations dont elles s'occupent. Plus précisément, on voit que l'apparition de populations limites n'est pas tant dans due à des phénomènes extérieurs, nouveaux (même si, on va le voir, ils y sont en partie - mais en partie seulement - pour quelque chose), qui viendraient inopinément bousculer le modèle (comme l'apparition du sida pourrait, de façon évidente le laisser entendre), qu'au modèle lui-même, originellement construit dans l'interaction entre un certain type de professionnels et un certain type de population (celle-là même que l'on s'accordera à dénommer toxicomane) et donc, sur la base de l'exclusion de son champ d'une multitude d'autres formes d'existences. L'erreur consisterait à croire que « les toxicomanes » (ou « les jeunes ») ont changé, en prenant pour preuve l'apparition croissante de cas limites. Ce serait admettre que les « toxicomanes » existent réellement. Or, si comme nous le disons, ils ne doivent leur existence qu'à la clinique (« le diagnostic inaugure un destin institutionnel » nous dit R. Castel[379]), laquelle, inversement leur doit bien aussi ses fondements, on voit par-là même se profiler très vite cette idée que le cas limite n'existe guère lui non plus. Le cas limite n'existe pas dans la réalité, pas plus que n'existent le fou, le monomane, le toxicomane, le mineur délinquant, ou s'il existe, il n'est que l'expression ou plutôt l'incapacité d'expression des institutions et de ceux qui les font vivre, face à des formes d'existence originellement rejetées ou plus généralement non vues, non perçues, non prévues, non répertoriées. Le terme même d'état limite est d'ailleurs en soi significatif. Si ces états limites peuvent être perçus n'est ce pas avant tout parce qu'il y a bien ailleurs, et partout, des « états limités », fractionnés, précisément mesurés ? On conçoit alors qu'il est bien difficile de parler des uns sans porter un regard sur les autres. Pour paraphraser R. Ileyassof dont l'analyse nous montre que la question est bien loin de ne concerner que le domaine de la psychanalyse[380], on peut encore dire que c'est l'acte de mesure lui-même qui confère une

---

[378] Même si Winnicot ne se reconnaîtra jamais une dette particulière à l'égard de Ferenczi. Cf GREEN A., Génèse et situation des états-limites, In JACQUES A., Les états limites, *op. cit.*, p. 27.

[379] CASTEL R., *op. cit.*, 1976, p. 183.

[380] Un autre exemple significatif qui relève lui, de la mécanique quantique est ainsi proposé par l'auteur. nous ne résistons pas à le faire partager ici : « Imaginons, avec le physicien autrichien Erwin Schrödinger, un chat enfermé dans une boite et un dispositif qui réalise automatiquement la mesure de l'orientation du spin d'un électron. Le destin du chat dépendra du résultat de cet acte de mesure, qui se réduit à deux alternatives, opposées et incompatibles, de 50% pour chacune. Dans le premier cas, le chat recevra de la nourriture, dans le deuxième cas, il recevra une dose létale de gaz vénéneux et mourra instantanément. Une fois l'expérience terminée, au moment d'ouvrir la boite, le chat se trouvera nécessairement ou mort ou vif. Mais à l'instant de la mesure, tant le

forme définie à celles qui étaient précédemment indéterminées ; c'est donc encore cet acte de mesure qui fait que d'autres formes apparaissent comme indéfinies. Entre les deux, il n'y a rien. Il n'y a rien, derrière le rideau.

Une autre question s'impose tout de même : qu'est ce qui préside à l'apparition à tel moment de ces cas limites ? Autrement dit pourquoi surgissent-ils là maintenant et pas avant ou même plus tard ? La réponse apparaît clairement dans notre épisode antérieur sur les passagers clandestins[381]. Nous affirmions alors à la lumière de l'analyse de M. Douglas (sans doute n'est-il pas inutile de le rappeler) qu'un problème communautaire ou institutionnel « est un type de problème insoluble, tant qu'il est posé aux individus de façon purement intellectuelle. D'abord parce qu'on isole le cas de tout contexte institutionnel », ensuite parce que « les individus se déchargent en général de ces décisions sur les institutions »[382]. Que s'est-il passé depuis ? Le sida est apparu et le problème est de taille puisque les cas d'infection chez les populations toxicomanes se multiplient de jour en jour dans les institutions. Mais on peut dire toutefois que l'épidémie, en elle-même n'est pas seule en cause ; après tout, les problèmes somatiques ou sociaux des femmes auraient pu représenter un enjeu similaire. A la lumière de certains articles de l'époque[383], on peut même imaginer que les intervenants se seraient finalement, encore une fois retranchés derrière leur modèle, affirmant que cette maladie somatique, au même titre que d'autres « problèmes » n'est absolument pas de leur domaine. Or, il n'en a rien été et l'apparition au grand jour des cas limites en est la preuve. Les choses se sont déroulées autrement ; d'une part parce que les cas de sida, de par leur nombre et leur caractère éminemment dramatique, ont été collectivement et pratiquement éprouvés au sein des institutions (ce qui n'avait pas été le cas autour des femmes), mais surtout parce que la question devenait déjà ailleurs l'objet d'un formidable mouvement qui allait, en prenant pour thématique de fond la lutte contre les exclusions et la stigmatisation, accroître les potentialités d'éclatement du consensus originel. Somme toute ceux qui s'étaient tus jusqu'alors (tels nos passagers clandestins, sortes de Ferenczi en

---

chat que le spin de l'électron se retrouvent dans un état qunatique d'indétermination : le chat se trouvera simultanément vif et mort. Mais en même temps, ni une chose ni l'autre. Après l'acte de mesure, cette situation va se résoudre en une dichotomie : ou une chose ou l'autre... cet état indéfini, appelé superposition, contient les deux possibilités, simultanément et également présentes, mais sans être équivalentes l'une de l'autre. Nous pourrions dire que le chat se retrouve dans un état intermédiaire, ambigu, inimaginable et indescrptible par les moyens du langage ». ILEYASSOF R., *op. cit.*

[381] Cf première partie, chapitre III -2.

[382] DOUGLAS M., *op. cit.*, 1999, p. 139.

[383] GUEGUEN J-P., Sida : et si les intervenants en toxicomanie n'étaient pas concernés ? *op. cit.*

puissance[384]), trouvaient là, avec d'autres, de nouvelles possibilités d'expressions. Mais sans l'apparition du sida, on peut très bien envisager le fait que d'autres problématiques aient pu, à plus ou moins long terme faire vaciller le modèle ou encore que des cas limites soient apparus, plus tôt, ailleurs (dans le champ de la délinquance par exemple).

2-3 : Trouver de nouveaux cadres administratifs

Cette « déstabilisation des stables, vulnérabilisation des positions assurées »[385] impliquait que soient recherchés de nouveaux modes d'actions. Mais il ne s'agissait plus de mettre en forme de nouvelles catégories de populations et de nouvelles institutions qui leurs seraient réservées. D'ailleurs dès lors que l'on pense en terme de risque, il va de soi que les individus ne peuvent plus être mis dans une seule case. De fait, dans la lignée des premières actions précédemment citées, les prises en charge comme les formes diverses de resocialisation allaient, par la concertation et la négociation accrue entre les différents agents, « prendre le pas sur la logique de la normalisation des corps et des esprits »[386]. Cela impliquait notamment comme le montre P. Milburn (à propos, lui, des transformations de la Justice pénale), des changements dans les catégories de perception des professionnels, dans la mise en application de leurs compétences ainsi que dans leur rapport aux domaines et « mondes sociaux » (l'associatif notamment) qui leurs étaient traditionnellement extérieurs. Cette forme dite nouvelle d'approche globale des phénomènes sociaux n'est au demeurant pas totalement inédite comme le précise encore l'auteur. On peut la situer dans la lignée des théories de la défense sociale chères à M. Ancel qui visaient une collaboration de la Justice avec toute une série de professionnels, ou encore, plus près de nous dans celle de la politique du secteur qui visait bien à désenclaver et à réajuster entre elles des pratiques médicales, sociales, etc, jusque là enfermées et cloisonnées. La question se pose bien là, encore une fois ; comme l'écrit R. Castel : si le secteur s'est imposé, au moins comme phraséologie, c'est peut-être que le choix qu'il représentait évitait de devoir choisir réellement entre des formules

---

[384] La question (mais qui a peut-être, et nous posons ici les limites de nos recherches, été analysée ailleurs) aurait aussi été de connaître précisément le contexte historique et institutionnel dans lequel Ferenczi lui même s'est attaché à faire valoir ses expériences. Nous en avons bien quelques bribes de réponses, notamment à travers le développement, au même moment d'une autre école, anglaise, celle notamment de Winnicot ou de M Klein (Ferenczi appartenant lui à « l'école hongroise »), qui s'attachaient, à travers la psychanalyse de l'enfant, à faire valoir une autre mécanique du transfert.

[385] CASTEL R., L'avènement d'un individualisme négatif. Le Magazine Littéraire, juillet -août 1995, n° 334. p. 21.

[386] MILBURN P., Les transformations des modes d'intervention de la justice pénale française, programme de recherche CNRS 2000-2001.

sinon antagonistes, du moins non directement complémentaires »[387]. Si comme il l'indique encore et comme nous l'avons vu « le principe d'économie et à la limite de non-choix, (...) ne pouvait être éternellement maintenu au niveau de la pratique »[388], l'idée en elle-même, comme nous allons le voir, avait encore de très beaux jours devant elle. Ainsi donc, si un changement (et nous allons voir comment) semble s'amorcer à partir d'une transversalité toujours plus importante des politiques sociales, force sera plus tard de constater, avec B. Jobert que « le noyau dur reste peu ou prou inchangé bien qu'il devienne de moins en moins pertinent »[389].

Cette (désormais inlassable) reprise en main des problèmes comporte toutefois quelques innovations qui lui confèrent alors sa spécificité. On les voit notamment très bien se manifester à travers certaines formes d'interventions administratives, telle celle initiée par la DAS à propos de la question toxicomanie-sida[390], qui s'est attachée « à procéder à des connexions originales par rapport à ce que pouvait être l'action normale de l'Etat dans ce domaine »[391]. Une des premières singularités réside ici dans la prise en main, par cette administration, au nom notamment de l'urgence, d'une question traditionnellement dévolue à d'autres Directions (la DGS notamment) et dans l'instauration d'un raisonnement peu commun (dans ce contexte administratif) car plus centré sur une réinterrogation explicite des limites des formes de prise en charge et des cloisonnements, que sur une classique et implicite adaptation mécanique aux problèmes, telle qu'elle commence d'ailleurs à être formulée au même moment du côté de la Santé (notamment par des actions de formation des spécialistes sur les spécificités de l'épidémie)[392]

« Très vite je dirai dès 1984, avec l'intuition ou le repérage de ce qu'on pouvait en avoir au-delà des chiffres eux-mêmes les plus fantaisistes qui circulaient quant au pourcentage de prévalence du virus dans cette population, mais à partir plutôt d'un repérage tout à fait empirique des populations, des structures qui essayaient de constituer au fur et à mesure des images possibles ou des réponses possibles à la question, très vite donc, la question qui nous a été posée c'est celle de la mise à mal des pratiques des professionnels par la rencontre de ces

---

[387] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 52.
[388] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 53
[389] JOBERT B., Ambiguïté, bricolages et modélisation. La construction intellectuelle des politiques publiques. dLes raison de l'action publique, entre expertise et débat, actes du colloque CRESAL-CNRS, St Etienne, 12-14 mais 1992, Paris : Ed L'Harmattan, 1993, p. 103.
[390] Outre le fait qu'elle a fait partie de notre travail de terrain, cette action a déjà été précisément analysée par J-Y. Trépos. Nous nous appuierons donc également sur cette recherche dans notre analyse. Cf TREPOS Sociologie de la compétence professionnelle, Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1992, précisément le chapitre VII, pp. 189-215.
[391] TREPOS J-Y, *Ibid.*, p. 190.
[392] *Ibid.*, p. 197.

deux problématiques toxicomanie et sida, tant du point de vue du dispositif de prise en charge qui était en train de se monter à vitesse grand V que du point de vue des professionnels de la prise en charge des toxicomanes qui voyaient les repères de leurs pratiques professionnelle s'effriter ; qui étaient confrontés à des situations complètement nouvelles par rapport à ce qu'ils avaient connu et dont la difficulté de réponse fragilisait complètement les chances de traitement ou les possibilités de prise en charge des toxicomanes eux-mêmes. Pour moi, et dans les débats avec un certain nombre d'interlocuteurs de la DGS y'a eu cette préoccupation qui est de dire : ça ne peut pas rester qu'une question sanitaire, ça ne peut pas rester qu'une question de soins, y'a des enjeux sociaux lourds dont il faut très vite prendre la mesure et très vite marquer par des compositions d'équipes pour essayer de répondre au problème. (...) A un moment donné y'a des passerelles très vite qui se sont installées du côté des agents du ministère même si les discours politiques ou les points de vue des cabinets sont à l'époque beaucoup plus clivés, sont beaucoup plus séparés. L'élaboration des discours politiques sur cette question a été bien plus lente que les tentatives d'avancées et de réponses plus globales qui se sont faites du point de vue de l'administration centrale et aussi locale. » (un responsable administratif de la DAS - extrait d'entretien).

Une précision mérite d'être posée pour éclairer ce discours et la suite de cette histoire ; la personne citée ici, arrivée à ce moment à la DAS est psycho-sociologue d'origine et qui plus est anciennement responsable d'une structure associative centrée sur l'innovation sociale et le développement local. Certes, comme le souligne J-Y. Trépos : « l'utilisation de thématiques psychosociologiques au sein de l'administration centrale (en particulier à la DAS) ne date pas de ce dispositif. Mais elle y trouve un accent particulier parce qu'elle pénètre dans l'univers médical (via la DGS), non comme savoir auxiliaire, mais comme outil de mise à distance du savoir médical »[393].

Très vite, la décision s'oriente sur la création d'un groupe de travail qui deviendra par la suite « groupe de pilotage », pilier coordinateur d'un regroupement national de divers professionnels eux-mêmes engagés dans des projets à échelle régionale. Soulignons d'emblée que ce n'est pas tant le déploiement progressif de cette action qui nous intéresse ici[394], mais plutôt son point de départ à commencer par le choix des premiers interlocuteurs professionnels, lequel n'est pas sans lien avec la division des tâches précédemment opérée entre la DAS et la DGS[395].

« C'est venu aussi de la façon dont, à travers une série de rencontres liées à la politique de formation, liée à des demandes de moyens complémentaires qui m'ont été soumises par les structures, le sentiment qu'il y avait un enjeu lourd à travers les questions et les dossiers qui nous remontaient ; une interpellation dont je

---

[393] *Ibid.*, p. 200.
[394] Pour plus de détail sur ce point nous référons à l'analyse détaillée de J-Y. Trépos.
[395] Cf notamment : Première partie, chapitre III, 3-2.

pouvais être l'objet puisque les crédits d'intervention étaient là et que les moyens de la DGS ne permettaient pas de prendre en compte (...). Ce programme on l'a porté dès le départ parce qu'on avait une souplesse plus grande et moi, bon aussi du fait de ma formation j'en avais une écoute probablement plus sensible...Et c'est vrai que j'avais une liberté de manœuvre au sein de la DAS pour pouvoir initier une série de choses (...). C'est vrai que ça a posé question à la DGS, très vite, sur le problème de ses compétences, de sa maîtrise. Y'a eu des enjeux parce que cette entrée là était une entrée qui risquait d'aller plus loin... C'est-à-dire que c'est le problème d'une expérimentation qui va toucher, au titre d'une question de prise en charge, des éléments d'organisation administrative, des éléments sur les types de financement, sur la répartition des compétences, sur tous ces aspects là » (ce même responsable administratif de la DAS - extrait d'entretien).

De fait, autre singularité, les premiers professionnels contactés n'allaient pas être les interlocuteurs habituels de l'administration (DGS) quant à ces questions de toxicomanie (à savoir les spécialistes incontestés du champ), mais d'autres, plus décalés, repérés comme potentiellement porteurs (dès cette époque ou même plus tôt) de projets novateurs susceptibles d'entrer en jonction avec la nouvelle problématique et de l'impulser. Comme le montre J-Y. Trépos : « d'entrée, la notion de « professionnels repérés » a été, pour les responsables de la DAS, la clef du recrutement. L'agencement industriel de la situation, sous l'impératif d'efficacité, donne à cette notion un contenu qui s'oppose nettement à une interprétation domestique (des professionnels choisis selon leur place dans les hiérarchies administratives), voire civique (des professionnels représentant toutes les structures de prise en charge) avec lesquelles ils pourraient être confondus »[396]. Ainsi l'ordre de la désignation ne passait-il ici ni par une échelle de prestige, ni par un repérage d'une quelconque « spécialité » (comme ce fut le cas notamment lors de la première « intronisation » de C. Olievenstein)[397]. C'est cette fois aux marges des systèmes légitimés et spécialisés que l'administration de l'action sociale allait se procurer ses experts singuliers, sous le regard au demeurant de plus en plus conciliant de ses voisins de la Santé.

« Le premier repérage a été fait sur cette idée de savoir quels sont nos interlocuteurs du côté professionnel, avec qui on bosse ? Avec lesquels ce type de problématique a des chances de pouvoir être entendue puis développée en commun pour aboutir à des modifications de service ou à des dispositifs communs de réponses ? Donc il a fallu faire ce travail là ; on est parti tout doucement (...). Disons que le choix s'est fait parce qu'on a été interpellé, parce qu'on a été en situation d'entendre les difficultés que certains cliniciens ont, à travers le réseau formation, à travers les groupes de travail, à travers une relation de travail que la DAS avait installée sur les questions de ces structures ou de ces professionnels. (...). A l'époque moi je suis en conflit avec

[396] TREPOS J-Y., *op. cit.*,1992, p. 201.
[397] Cf première partie, chapitre I, 3-1.

un certain nombre d'opérateurs du champ toxico et je suis en conflit par rapport à l'appropriation, l'approche totalitaire qu'un certain nombre de ces équipes ont eue quant à la maîtrise de l'ensemble des dispositifs, même si j'accompagne par des financements (...). C'est vrai que ça, je ne le cache pas dans les orientations fixées par la DAS, pas de manière individuelle mais avec l'appui de mon administration...et avec en fait un regard bienveillant voire coopératif de la DGS là-dessus. Je mène une série de bagarres qui sont partagées par la DGS même si elle n'a pas les moyens de les mener, elle les reconnaît, de façon implicite et de plus en plus explicite, y compris dans sa maîtrise de l'ensemble du dispositif de soins (...). Et c'est vrai que dans ce dispositif là, qu'on souhaite monter, de fait, se sont exclus toutes les structures qui avaient des positions ou des visées hégémoniques dans leur champ par rapport à la population toxicomane et par rapport au secteur professionnel auquel ils appartenaient. Parce qu'ils n'ont pas de place là, ils n'ont de fait pas de place ! » (Ce même responsable administratif de la DAS - extrait d'entretien).

Deux agents, qui garderont une importance jusqu'au bout de notre analyse, allaient ici se retrouver. L'un d'entre eux nous est déjà un peu familier puisqu'il s'agit du « passager clandestin » dont nous avons précédemment parlé et dont les échos commencent à cette époque à se faire entendre[398]. Le second fait son entrée ici : psychiatre de formation psychanalytique, elle travaille depuis de longues années dans un service hospitalier parisien spécialisé dans la prise en charge des toxicomanes[399] ; elle occupera par la suite différents postes dans des Administrations telles que la Protection Judiciaire de la Jeunesse et la Santé (nous reviendrons en dernière partie sur la trajectoire de cet agent)

Ce sont en tous six médecins (médecins hospitaliers ou médecins psychiatres dès lors détachés du champ de la toxicomanie) qui seront intégrés au groupe. Très vite, au fil des rencontres, une démarche d'intervention plus conséquente quantitativement et sur un plus vaste territoire, est à l'étude. Il s'agit en fait de sortir d'un cercle essentiellement parisien, de toucher d'autres professionnels afin de favoriser la multiplication de lieux nouveaux de réflexion, de coopération. Le groupe de travail se transforme, de fait, en groupe de pilotage. De nouveaux agents sont alors mobilisés ; certains comme l'ARIP (Association de Recherche et d'Intervention Psychologique) pour un suivi coordonné des actions, d'autres (comme Aides ou encore Médecins du Monde) pour leur capacité (au même titre que les premiers arrivés) à établir des passerelles entre les deux champs. Leur arrivée à tous va définitivement ancrer le dispositif dans une perspective de « déplacement des évidences professionnelles »[400].

---

[398] Nous reviendrons en détail sur la trajectoire de cet agent dans la troisième partie de notre thèse.
[399] De surcroît l'un des tous premiers centres de soins français à s'être saisi en 1973 de la possibilité d'expérimentation des programmes méthadone.
[400] TREPOS J-Y., *op. cit.*, 1992, p. 203.

« Dans un premier temps ce groupe de travail était dans des fonctions d'élaboration de conception des dispositifs et il voit au fur et à mesure où l'action s'élabore, où ses principes se fixent, où ses financements se rassemblent, se mobilisent aussi du côté central, il voit sa fonction se déplacer du côté d'un pilotage sur l'accompagnement d'un processus, la création d'une logique de réseau pour consolider cette perspective et la poursuite d'une fonction de capitalisation des expériences menées localement. Et on opère une bascule un peu quantitative à travers la mobilisation d'une structure externe qui va venir accompagner ce processus là sur le plan de la réflexion et de l'information, du point de vue non pas du soin mais du point de vue de ce que c'est qu'un processus de changement sur des pratiques et à quoi ça renvoie. C'est là qu'on mobilise l'ARIP, l'Association de Recherche et d'Intervention Psychologique, une des organisations qui a introduit la psycho-sociologie en France dans les années cinquante (...). On mobilise aussi par la suite des gens comme Aides et MDM, ils ont été très vite associés au processus parce qu'ils se sont très vite positionnés comme des interlocuteurs naturels du point de vue du sida. C'est-à-dire que comme on devait trouver des relais au sein des professionnels toxicos il nous en fallait des équivalents au sein du champ du sida (...). Y'a eu en fait une approche très très pragmatique, on avait une préoccupation très pragmatique. Notre enjeu n'était pas de poser les choses sur le plan de l'organisation institutionnelle, y'avait une préoccupation de réponses concrètes à ajuster et à élaborer dans des conditions d'existence de l'environnement local. Là où c'était Aides, c'était Aides, là où c'était MDM c'était MDM... Qu'importe ! Dès lors qu'il était possible de débattre sur les quelques principes de fond qu'on avait posé et dès lors qu'il y avait rencontre sur ces principes, la question de où ils venaient et à quel type de structure ils appartenaient était un élément secondaire. C'était pas donc une stratégie délibérée de tel ou tel réseau» (ce même responsable administratif de la DAS - extrait d'entretien).

L'élargissement du dispositif, concrétisé par des rencontres nationales et par des collaborations de plus en plus directes des uns et des autres sur le terrain (travail en réseau dans le suivi de certains patients notamment), ne va pas être sans un certain nombre de tiraillements, jusque-là peu visibles. Des résistances professionnelles se font jour (de part et d'autres). Elles tiennent comme le souligne J-Y. Trépos, « d'une part, à la décomposition d'alliances professionnelles et inter-professionnelles et, d'autre part, à la poursuite sur fond de décentralisation, du mouvement de déconcentration de l'action de l'Etat. En déstabilisant les évidences professionnelles (y compris administratives), le virus défait certaines collaborations et en impose d'autres, sans pour autant conduire à une refonte complète des ethos »[401]. L'axe radicalement posé ici du travail en réseau défini dès le départ comme l'antithèse de la chaîne thérapeutique (qualifiée alors de « toile d'araignée dans laquelle viendrait se prendre le patient »[402]), se heurte, de fait, à des enjeux plus profonds. Nous n'allons pas approfondir plus en avant cet état de fait. Il constitue une grande part du développement qui va suivre. Disons simplement que les enjeux (que nous allons montrer) présents sur tout le territoire, vont aussi

[401] *Ibid.*, p. 204.
[402] *Ibid.*, p. 205.

traverser ce dispositif. Inhérentes au rapprochement de plus en plus concret de deux logiques - sanitaire et sociale - à priori contradictoires, ces tensions remettront aussi (logiquement) en jeu la légitimité de la DAS dans cette intervention.

« Jusque là, jamais on est interrogé sur la légitimité à ce que la DAS finance ce genre de chose, jamais. Les questions vont commencer à se poser de manière un peu plus compliquée lorsque réémergent des questions plus liées à l'évolution de la politique de la DGS sur ces questions toxicomanie-sida. (...) Ca vient au moment où le réseau est consolidé, où les relations inter-personnelles sont en train de passer à la consolidation dans des réseaux formalisés, des collaborations régionales entre tel service hospitalier, telle structure tox, etc. C'est lorsque les questions liées au changement des organisations sur le fond sont posées concrètement que réémerge avec plus ou moins de violence cette question là. Mais à ce moment là, la DAS laisse le leadership à la DGS, mais c'est conjoncturel puisque moi je pars à ce moment là, y'a des changements de personnels, X d'ailleurs du bureau toxicomanie était lui aussi parti depuis longtemps. Et puis à ce stade là y'avait plus de revendication de l'Action Sociale pour piloter cette affaire là. Y'avait un transfert assez simple dès lors que les conditions d'existence du processus avaient été créées, que des expériences locales existaient, que la consolidation par l'information et le soutien de l'ARIP avait été réalisé, les gens réintégraient ça dans leur cadre de négociation de travail et de débat avec les tutelles du droit commun si je puis dire » (ce même responsable administratif de la DAS - extrait d'entretien).

Retenons pour l'heure ce qui nous semble fonder toute l'originalité (sinon le caractère réellement novateur) de ce dispositif administratif, à savoir la remise en question inédite, au nom de l'urgence, de pratiques jusque-là non interrogées ; l'appel (pragmatique) à des professionnels « hors normes » sur ce terrain et les tentatives de rationalisation d'autres modes de faire qui ne soient plus tant fondées sur le savoir que sur des capacités à communiquer, à négocier, sans que soit systématiquement « gommé » le conflit (et la place de l'ARIP est essentielle ici). « On voit ainsi comment la problématique de l'urgence (qui est la problématique tendancielle de l'Etat-social actuel) et les acquis fonctionnels de l'action sociale (problématique propre à la DAS), ont trouvé du fait de la propagation du virus, un mode de liaison porteur de changement administratif. A partir d'heuristiques professionnelles, une plate-forme susceptible de construire le risque et de trouver les parades a pu se constituer par ajustements successifs »[403].

Cette problématique, encore une fois n'est pas être propre au secteur sida-toxicomanie, bien qu'elle soit apparue là de manière peut-être plus exacerbée. L'ensemble des dispositifs « inter » (inter-professionnels, inter-institutionnels, inter-Ministériels, etc) qui se multiplient à

[403] *Ibid.*, p. 203-204.

la même époque, dans d'autres domaines, entrent tout à fait dans cette configuration centrée sur la lutte contre l'exclusion. La création en 1988 de la Délégation Interministérielle à la Ville puis le passage à un Ministère de la Ville peuvent être vus à partir de ce même processus qui tend à se saisir du particulier (professionnels repérés, associatifs, voire « usagers ») pour atteindre le général (en l'occurrence l'Etat). Dans ce contexte, la spécificité des grandes institutions traditionnellement construites autour de populations spécifiques au destin dès lors tout tracé, comme le montre V. Peyre à propos de la Protection Judiciaire de la Jeunesse[404], tendent à s'estomper (non sans enjeux). Leurs fonction « sera de plus en plus de gérer les flux de jeunes délinquants ou en danger plutôt que de conduire directement des actions d'éducation, (de soin) et de prévention »[405].

3 - Vers de nouvelles formes de prise en charge

3-1 : Des concertations locales

Revenons un peu plus en avant toutefois, et voyons comment ont pu se formuler les premières actions qui serviront ensuite à légitimer ces mouvements. La persistance du « problème jeune » dans la cité, guère contenu par les instances intermédiaires et généralistes mises en place dans le cadre des politiques de la ville va contribuer à l'édification de nouvelles structures spécifiques destinées à certaines tranches de cette population. Après les adultes-relais puis équipes relais qui visaient, de façon volontairement informelle le soutien des professionnels de l'Education dans l'enceinte de leurs institutions, vont ainsi émerger les « classes-relais » (bien que ce nom n'apparaîtra que plus tard, nous y reviendrons), radicalement centrées sur la prise en charge particulière des jeunes mineurs en rupture d'école, dont ceux « fauteurs de troubles » placés sous mandat judiciaire. Le concept peut ne pas sembler nouveau. Plusieurs analyses ont déjà montré comment, à partir des lois sur la scolarité obligatoire[406] se sont développés des dispositifs visant à prendre en charge ceux que l'institution scolaire ne pouvait contenir. La psychiatrie de secteur (à travers les Centres Médicaux Psycho-Pédagogiques -CMPP) s'en était d'ailleurs savamment saisie, forte de sa

---

[404] PEYRE V., De l'Education Surveillée à la Protection Judiciaire de la Jeunesse, In CHAUVIERE M., LENOEL P., PIERRE E [Dir]., Protéger l'enfant, raisons juridiques et pratiques socio-judiciaires (XIXè-Xxè siècles) ; Rennes : Presses Universtaires de Rennes, 1996, pp. 165-183.
[405] *Ibid.*, p. 171.
[406] Loi du 28 mars 1882 puis Ordonnance du 6 janvier 1959 sur la scolarité obligatoire de 6 à 16 ans.

position au sein des Commissions médico-pédagogiques (CMP), se réservant ainsi le soin, comme le montrent P. Pinell et M. Zafiropoulos[407], des « doués perturbés » et renvoyant les « non-doués » vers d'autres filières intra-scolaires telles que les classes de perfectionnement puis les Sections d'Education Spécialisées (SES) à partir desquels ils effectueront leur passage vers le monde du travail. Les classes-relais relèvent sans doute aussi de cette « pédagogie particulière » à mettre en place pour ceux qui « ne peuvent être instruits avec les autres enfants »[408]. Mais ici, point au départ de frontière savante, point non plus de réorientation définitive et prématurée vers la formation professionnelle dont les effets pervers, en ces temps de pénurie de l'emploi, commencent à être dénoncés. L'idée qui préside aux classes-relais, comme à tous les dispositifs scolaires du même type mis en place à peu près à la même époque[409], est celle de la lutte contre l'exclusion. Dans cette perspective, le rôle fondamental de l'école doit être réaffirmé : centré sur l'apprentissage des savoirs fondamentaux et sur celui de la citoyenneté, il doit être indiscutablement le même pour tous quelles que soient les difficultés ou les déficiences constatées. C'est dans le partenariat et la collaboration (et non les diktats de quelques érudits ou enseignants spécialisés), que le service public d'éducation se doit de se frayer les voies de l'intégration, en son sein, de tout un chacun, en évitant les filières spécialisées, perçues comme trop excluantes. Cette progression vers un nouvel ordre des choses va être mise à jour en 1985 avec l'apparition d'une première circulaire émanant du Ministère de l'Education Nationale et du Ministère de la Justice, enjoignant les deux administrations à œuvrer ensemble dans la prise en charge des jeunes sous mandat judiciaire scolarisés depuis 1976 dans le système de droit commun : « dans le cadre de la politique de réduction des inégalités, l'aide aux jeunes en difficulté constitue une orientation fondamentale de l'action menée par le ministre de la Justice et par le ministre de l'Education nationale. Il convient à cet égard de porter une attention particulière aux jeunes sous protection judiciaire. Cette intervention a un caractère essentiellement transitoire, l'Education nationale gardant toute sa responsabilité à l'égard de ces jeunes qu'il s'agit, dans toute la mesure du possible, de maintenir dans leur milieu familial et dans les circuits

---

[407] PINELL P., ZAFIROPOULOS M., La médicalisation de l'échec scolaire. Actes de la Recherche en Sciences Sociale, 1978, n° 24, pp. 23-49. Voir aussi, des mêmes auteurs : Un siècle d'échecs scolaire (1882-1982), *op. cit.* Sur cette même question signalons aussi entre autres CASTEL R., La gestion des risques, *op. cit.*, ainsi que MUEL F., L'école obligatoire et l'invention de l'enfance anormale, Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 1975, n°1, pp. 60-74.

[408] MUEL F., *Ibid.*, p. 66.

[409] On pense notamment aux SEGPA et aux EREA définis notamment par la circulaire de l'Education Nationale du 6 février 1989, n° 89-036.

normaux de socialisation afin d'enrayer les processus d'exclusion et de marginalisation »[410]. Dans le même temps vont émerger au niveau local, au sein des CCPD notamment, un certain nombre d'initiatives issues de la rencontre de quelques agents singuliers.

« Moi je suis parti d'une idée toute simple. L'idée de départ c'était : que deviennent, que font les enfants de moins de seize ans qui ne vont pas à l'école ? Dans la mesure où ils sont soumis à l'obligation de scolarité ils doivent bien être quelque part et dans la mesure où un gamin qui traîne dans les rues, à un moment donné il risque aussi de devenir un danger pour lui-même et aussi une difficulté sociale, pour ne pas dire un danger pour les autres. Au départ les questions de scolarité m'intéressaient personnellement, je venais de rentrer depuis peu à la PJJ et c'est vrai que les deux choses m'interpellaient, c'était les problèmes de scolarité et les problèmes de marginalité sociale, les problèmes de délinquance. Parce que...l'absentéisme scolaire, bon il existe depuis toujours, mais il s'était quand même accéléré pas mal ces dernières années et sans qu'il y ai de vraies réflexions autour de ça, c'est-à-dire oui, l'absentéisme scolaire, oui pourquoi pas, ça faisait partie des choses, on va dire normales, de la vie, c'était des choses acceptées. Et moi je pensais que la réponse n'était pas suffisante. (...) J'avais demandé à l'Education Nationale, aux assistantes sociales, combien il y avait d'enfants sur Montpellier qui n'allaient pas à l'école. Donc je me suis renseigné parce que c'était une question qui m'était au départ personnelle. Je me disais, on sait très bien qu'en l'état actuel c'est pas possible, un gamin qui ne va pas à l'école ça commence à mal démarrer, ça va partir en sucette assez rapidement. Donc est ce que nous PJJ, à l'époque Education Surveillée, est ce qu'on a pas un rôle à jouer dans le cadre de la protection de l'enfance. Là c'était assez ambivalent parce que nous normalement on ne travaille que sur mandat, on est pas là pour faire de la prévention, bon, depuis ça a changé hein. Et puis un autre phénomène qui a fait que cette question personnelle s'est reliée aussi à une question politique c'était que se mettaient en place aussi les CCPD et il me semblait que c'était le lieu idéal pour poser cette question » (un éducateur de la PJJ, Directeur de la classe-ouverte, - extrait d'entretien).

Cette interrogation d'un jeune éducateur de l'Education Surveillée va très vite rencontrer les intérêts de la vice-Présidente du CCPD. Rapidement, un mouvement d'ensemble s'est engagé visant à dresser un état des lieux de la question et à trouver de nouvelles modalités de réponses.

«Au Conseil Communal de Prévention de la Délinquance, nous avons eu connaissance des problèmes que soulevait l'absentéisme scolaire de plusieurs façons. D'abord, parce qu'à Montpellier il y a une population gitane relativement importante, et que tout le monde sait que les enfants gitans[411] sont très inégalement

---

[410] Circulaire de l'Education Surveillée et de l'Education Nationale, n°ES 85-76 et 85-293 du 21 août 1985.

[411] Nous ne pouvons nous empêcher de citer, à propos de ces populations gitanes, un éloquent passage (une certaine sociologie voire ethnologie à l'appui qui semble plus datée des siècles passés que d'alors) du rapport de G. Bonnemaison sous le titre « la protection de certains éléments de la population particulièrement défavorisée » : « les nomades représentent un fait social. Ils ont choisi le « voyage » comme mode de vie. En fait, il s'agit d'une minorité méconnue qui comprend plusieurs ethnies (...). Les itinérants voyagent de ville en

scolarisés. Ensuite parce qu'en marge de cette population gitane (...) il y a, et cela on en était beaucoup moins conscients, un beaucoup trop grand nombre d'enfants qui ne sont pas scolarisés. J'ai découvert que des textes très précis existaient, demandant impérativement aux directeurs d'établissements, lorsqu'un enfant était absent quatre journées plus une demi-journée, de le signaler aux autorités académiques et ensuite au Procureur de la République. Concrètement à Montpellier, il semblerait que cette procédure de signalement ne soit, en réalité pas très utilisée, et que des enfants puissent être absents infiniment plus que 5 journées sans excuse valable sans que quiconque soit averti sauf les parents et encore pas toujours tout de suite. (...) Il est admis, ou entré dans les mœurs qu'un enfant pouvait être très fréquemment absent sans être immédiatement signalé. Cette situation a été le signal d'alarme pour le Conseil Communal de Prévention de la Délinquance de Montpellier. Mais nous savons que même lorsque le signalement est fait et transmis au parquet, le Procureur de la République a tellement d'autres choses à traiter, qu'en fait le problème n'est peut-être pas considéré comme aussi important qu'il l'est en réalité. En bref, le Conseil Communal de Prévention de la Délinquance de Montpellier a été interpellé de deux façons : parce qu'il y a une populations gitane importante, et parce qu'on a appris, et en particulier par l'Education Surveillée, que des enfants, en plus grand nombre qu'on ne le pensait, n'étaient pas scolarisés régulièrement »[412].

C'est dans cette brèche institutionnelle qu'allait se positionner dès 1986 la « classe-ouverte », nouvelle structure intermédiaire et expérimentale d'une longue série, y compris dans d'autre domaines de pratiques (nous y reviendrons). Elle repose d'emblée sur un partenariat multipartite qui dépasse la simple convention Education Nationale-Education Surveillée. Un protocole d'accord est signé entre la municipalité, l'Aide Sociale à l'Enfance, le Conseil général, l'Education Nationale et l'Education Surveillée. L'éducateur spécialisé prend en charge l'organisation des locaux et du cadre éducatif. Une attention particulière est portée à l'aménagement des locaux situés dans une petite maison de ville, hors enceinte scolaire, comprenant cuisine, salle à manger, salle de classe, salle de lecture et de loisirs. Très vite, le « bouche-à-oreille » se met à fonctionner pour le recrutement des jeunes en question. Le dispositif se destine à en recevoir une dizaine. L'analyse des situations des adolescents accueillis va dès lors asseoir sa raison d'être et sa légitimité.

---

ville. Ils comportent de nombreux marginaux aux moyens de subsistances occultes. Les demi-sédentaires, tantôt voyagent , tantôt s'installent à demeure dans les camps pour l'hiver (...). Ils ont des activités nombreuses : artisanat, récupération de ferrailles. Beaucoup sont forains. Les sédentaires, les moins nombreux, se fixent à la périphérie des villes. Ils s'essayent à la vie sédentaire. Ces groupes n'aiment pas être confondus. Ils ont des personnalités distinctes, des hiérarchies, des habitudes. Cet aspect sociologique ne doit pas être perdu de vue mais se traduire par l'établissement de camps de passage ou de stationnement distincts pour chaque « tribu ». Le monde des nomades continu à vivre ses lois et ses coutumes propres : analphabétisme, hygiène souvent insuffisante (...). Parfois certains d'entre eux ont une capacité délicieuse orientée généralement contre les biens : à la détourne, à la découverte, à l'hypnose (...). Ils s'en prennent aussi aux personnes en général faibles (personnes âgées, femmes). Ils n'en ont pas l'exclusivité.. et l'honnêteté existe dans le milieu comme dans d'autres ». Cf BONNEMAISON G., *op. cit.*, p. 40.

« Les jeunes nous ont été signalés par des services sociaux, éducatifs, assistantes sociales de l'Education Nationale ou du secteur habilité. Des gens qui avaient su qu'à un moment donné des jeunes de moins de seize ans étaient en danger et qui n'allaient pas à l'école (...). Ca a été aussi des services de pédo-psychiatrie, des associations de prévention, ça a été tout un tas de gens qui à un moment donné connaissaient des situations qui ne relevaient pas pour l'instant de l'Education Nationale ou du moins de son tronc commun. Qui n'étaient pas des enfants débiles, qui n'étaient pas des enfants handicapés, pour qui il fallait inventer un nouveau type de prise en charge. Donc on a on dira essuyé les plâtres (...). On a vu des situations, bon, on va pas sortir les violons et les mouchoirs mais c'est vrai qu'on s'est retrouvé confronté à des situations complètement délirantes auxquelles je n'aurais même pas pensé : un gamin qui dormait dans un transformateur par exemple, parce qu'il refusait de vivre en institution. Le seul endroit où il venait dans le journée c'était chez nous ; des enfants qui fuguaient à tour de bras, et le seul moment où ils venaient à peu près dans la cohérence c'était chez nous dans la journée. Donc il avait bien sa raison d'être. Et comme le dit tout à fait judicieusement une de mes collègues enseignante qui n'est là que depuis quatre ans et qui quelquefois s'arrache les cheveux par rapport à leurs difficultés ou à leur volonté d'apprendre : « ces enfants ne viennent pas chercher un lieu scolaire mais ils cherchent un port ». Et c'est vrai que moi au départ, je proposais un port, un endroit où ils puissent attacher leur navire (...). Je dirai même pas qu'on enseigne, je dirai d'abord qu'on réconcilie. Parce que avoir la prétention d'enseigner c'est déjà partir à la cata c'est clair » (un éducateur de la PJJ, directeur de la classe ouverte - extrait d'entretien).

Si quelques-uns de ces jeunes de moins de seize ans et donc soumis à obligation scolaire sont sous mandat de Justice, la plupart sont ici accueillis au titre unique de la protection de l'enfance. La durée de l'accueil, en demi-pension varie, selon les cas, de trois mois à deux années. L'objectif de départ est, dans la mesure du possible, un retour au collège Pendant les premières années, deux éducateurs se chargeront de l'enseignement et autres activités (loisirs, découverte de la ville, de la nature, voyages, rencontres avec les familles, mise en place de suivi thérapeutique, etc). Le bricolage est souvent évoqué dans le récit de ces premières années, soutenu par le caractère grisant de l'expérience.

« Au départ ça s'est construit avec des bric et des brocs, on savait pas trop où on allait. Au moins, on était sûr d'une chose c'est qu'on avait envie de les recevoir, bon c'était déjà pas mal (...). Ca a été très compliqué pendant longtemps, on travaillait à tâtons, on savait qu'il fallait pas qu'on refasse ce qui les avait poussé à partir, par contre ce qu'il fallait qu'on fasse c'était proposer un cadre suffisamment rassurant et structurant et mettre du contenu dedans quoi, un contenu attractif, tout en faisant des maths, du français, de l'histoire-géo c'est-à-dire les préparer quand même à retourner dans un droit commun. Alors c'est vrai que c'était pas évident. D'autant plus qu'au début on a travaillé avec une éducatrice et moi donc des gens qui étions éduc et qui avions un peu toutes les fonctions. (...) Y'avait un peu un modèle, type la grande table avec un monsieur et une dame et des enfants autour. Alors c'est vrai que c'était un modèle idéal, c'était Anne-Marie et

---

[412] LAZERGES N, Journées Bilan, Direction de l'Education Surveillée-Direction des lycées et collèges, Vaucresson, 15-16-17 janvier 1990, pp. 58-59.

Jean-Luc, Jean-Luc et Anne-Marie, comme ça en permanence, c'est vrai que ça donnait une pêche d'enfer » (ce même éducateur de la PJJ, Directeur de la classe-ouverte - extrait d'entretien).

Nous reprendrons ultérieurement l'analyse de cette action. Ce mouvement de désenclavement des pratiques traditionnelles vers des formes innovantes de prise en charge allait dans les années suivantes se multiplier et toucher aussi d'autres champs tels que celui de la toxicomanie (nous y reviendrons).

3-2 : Des bifurcations professionnelles

Si les fortes poussées de la lutte associative ont joué un grand rôle dans l'instauration d'une solidarité nouvelle à travers « un outil transversal, ne visant pas seulement à représenter les malades, mais tout le champ social concerné par la maladie »[413], la médecine elle-même s'est relativement tôt investie dans « la cause » des victimes du sida. Pour autant comme le signale dans sa thèse D. Marchetti, les « spécialistes du sida »[414] auxquels la presse nationale fait appel dès 1985 (dont certains intègreront le groupe de travail mis en place par la DAS) ne figurent pas à la tête de l'establishment scientifique médical et hospitalier. C'est généralement en marge de celui-ci, selon donc un principe que nous avons déjà éprouvé précédemment, que vont se développer les formes nouvelles de prise en charge à destination des personnes atteintes.

Issus d'une même génération, celle des jeunes adolescents de la fin des années soixante-dix, ces différents agents médecins somaticiens (voire « hyper somaticiens »[415]), n'en demeurent pas moins marqués quoique de façon moins radicalement engagée que leurs aînés, par les mouvements idéologiques de mai 68. Dans ce contexte, l'entrée en médecine n'est pas véritablement désigné comme relevant d'une « vocation », discours au demeurant indissociable d'un certain capital culturel et économique. Tous se retrouvent plus ou moins dans ce même « état d'esprit » de départ. Nous allons suivre ici la trajectoire de l'un d'entre eux, représentative de cet ensemble.

« Je suis au début hyper somaticien puisque ce qui m'intéresse le plus c'est la réanimation, (...) et que la place de la psychologie en réanimation est assez réduite et que vous vous intéressez à tous les signes aigus

---

[413] D. Defer, fondateurs de Aides, cité par GOMEZ M., Plus jamais sans les malades, in Autrement, *op. cit.*, , 1992, p. 42.
[414] L'auteur cite notamment W. Rozenbaum et J. Lebowitch. Cf MARCHETTI D., Contribution à une sociologie des transformations du champ journalistique dans les années 1980 et 1990 , Thèse de Doctorat de sociologie sous la Direction de P Bourdieu, 1997, p. 28.
[415] C'est ainsi notamment que l'un d'entre eux s'est défini auprès de nous lors d'un entretien.

qu'exprime le corps (...) Donc ça c'est au tout début je dirai pendant l'internat...comment vous dire.... Je fais absolument pas médecine par vocation, d'abord les études médicales je les fais pour deux raisons : une raison principale qui doit être l'angoisse de mort maternelle qui pense que comme ça elle sera mieux soignée (...) si son fils est médecin et deuxièmement parce que entre math sup et médecine, je suis inscrit dans les deux au début, y'a pas photo : la fac de médecine est manifestement dix fois plus sympa et surtout y'a cent fois moins de boulot en faculté de médecine qu'en math sup. Donc les années d'études c'est un bien grand mot parce que ce ne sont pas des années « d'étude » à notre époque, c'est pas du tout la même, je dirai « nécessité » de travailler tout le temps comme c'est le cas à l'heure actuelle pour passer le numérus clausus. Ce sont vraiment des années d'étudiant du Quartier Latin vous voyez, sans grande réflexion sur l'art et la science que représente la médecine. Jusqu'à ben que je me rende compte qu'en quatrième, cinquième année, y'a des gens qui préparent l'internat, que ça a l'air vachement sérieux et que il serait peut-être temps que j'apprenne quelque chose en médecine quoi. Donc je prépare le concours de l'internat, coup de bol : ça me plaît bien ce qu'il y a dans les bouquins, deuxième coup de bol : j'ai le concours d'externat et donc du jour au lendemain je me retrouve là vraiment avec non plus la blouse de l'externe à qui on demande de faire du secrétariat ou de faire le malin de temps en temps, je me retrouve à devoir être médecin, c'est-à-dire à prendre des décisions, à faire des diagnostics et puis surtout à rencontrer des gens quoi...euh... c'est une grande surprise hein ! (un médecin somaticien, Directeur d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Cette entrée rapide et peu réfléchie dans le domaine de la médecine interne va prendre un nouveau tournant, durant les années d'internat à l'hôpital Laennec. La rencontre du jeune médecin avec deux de ses supérieurs prestigieux va être le point de départ d'un véritable engagement vers une médecine plus humaine et plus sociale aussi. De là la jonction, quelques années plus tard, avec le domaine de la toxicomanie. Extérieur à ce champ le jeune médecin n'en est pas moins sensibilisé depuis longtemps à la question, personnellement tout d'abord mais aussi professionnellement. C'est avec un regard critique et réflexif, appris au côté de ses maîtres, qu'il observera les pratiques singulières de ses autres confrères vis-à-vis de cette population « peu convenable » au regard du système hospitalier et de surcroît (on ne peut manquer de souligner là un lien de cause à effet) déjà largement prise en charge, ailleurs, par des spécialistes renommés.

« Pendant l'internat j'ai rencontré deux personnes assez extraordinaires qui travaillaient à Laennec : Even pour sa passion, sa connaissance et sa capacité à traduire en pratique ce qu'il avait élaboré en théorie dans le domaine de la pneumologie. (...) Moi qui étais avant dans le rien puis dans l'action, chez qui l'action se substituait beaucoup à la réflexion, je découvrais quelqu'un avec une idée belle qui précédait l'action d'une très grande réflexion qui m'a beaucoup impressionné. En même temps je découvrais quelqu'un qui avait une idée de l'homme et du respect de l'homme dans sa globalité, j'ai envie de dire tranquille, qui est Durant qui est en médecine interne. Donc j'ai choisi de faire mon clinicat à Laennec. Ca c'était dans les années 1979 à 1983. Donc

je pouvais être chef de clinique chez Even ou Durant et eux me voyaient tous les deux beaucoup plus en médecine interne, d'autant que je souhaitais m'occuper à l'époque de toxicomanie selon le...je dirai la tradition de l'époque, c'est-à-dire essentiellement sous le jour de l'hospitalisation et de ce qu'on pouvait faire du point de vue du sevrage pour aider les patients. Pourquoi j'en avais envie parce que... je suis d'une époque post soixante huitarde immédiate, j'avais quatorze ans en 68, et quasiment tous mes copains étaient dopés cinq ans plus tard et je voyais plein de copains que j'aimais bien qui étaient dans des situations assez infernales et qui commençaient à me poser des questions auxquelles mes études ne permettaient absolument pas de répondre (...). Pendant l'internat quand je voyais des gens étiquetés toxicomanes qui débarquaient aux urgences, généralement on leur indiquait Marmottan ou Fernand Vidal et tout le monde s'en débarrassait quel que soit pratiquement l'état dans lequel ils étaient. C'était des rares patients pour lesquels toute une équipe des urgences se foutait en position de non-assistance à personne en danger avec une parfaite bonne conscience (...). Et je m'étais promis toujours, si j'étais chef de clinique, de voir un petit peu plus loin sur le sujet, donc de m'occuper de ces héroïnomanes » (ce même médecin somaticien - extrait d'entretien).

L'arrivée du sida sera pour lui l'événement déclencheur d'une implication nouvelle dans la médecine et dans la toxicomanie. C'est là, dans ce service de l'hôpital Laennec (la salle Brizol) où se pratiquent la pneumologie, l'endoscopie, les lavages broncho alvéolaires qu'il recevra « ses » premiers toxicomanes ; c'est également là qu'arriveront dès 1983 les premiers cas de pneumocystoses pulmonaires chez les personnes infectées par le VIH (LAV positifs à l'époque).

« Les deux vont faire que la salle de médecine interne qui est la salle Brizol, dont Durant me confiait la responsabilité, petit à petit va accueillir à la fois des usagers de drogues qui bien sûr vont devenir séropositifs mais un tout petit peu plus tardivement, mais aussi des patients pour lesquels il y a une hospitalisation nécessaire sur l'infection opportuniste ou sur des manifestations infectieuses générales parce qu'on a pas de service d'infectiologie à l'hôpital Laennec, donc la salle va se spécialiser à partir de 1984 dans la prise en charge de ces patients. Moi j'essaye de voir le nombre de patients héroïnomanes, ils ont presque tous des ganglions donc ils sont en quatre-vingts-quatre infectés par le virus, et en quatre-vingts-cinq on fait une étude avec X qui est au Commissariat à l'énergie atomique et on publie à ma connaissance la première étude sur les héroïnomanes infectés par le LAV quoi. Donc y'avait déjà si vous voulez cette intersection un peu toxicomanie-sida qui se mettait en route, mais pas du tout de réflexion globale sur la toxicomanie en général. On était là comme je vous disais hyper-somaticiens c'est-à-dire qu'on voyait des gens arriver dans un état catastrophique, dont l'état général était pire que celui du cancéreux au stade terminal, qui étaient des gens assez jeunes pour la plupart » (ce même médecin somaticien - extrait d'entretien).

Pour bien comprendre l'intérêt particulier porté par le médecin et son équipe sur cette nouvelle maladie, pour bien comprendre aussi plus généralement l'impact du sida sur-le-

champ médical et par ricochet l'évolution prise par « la lutte », il convient de saisir la spécificité de cette branche de la médecine qu'est la médecine interne qui se distingue de ce que l'on peut appeler la médecine d'organe. Cette dernière, médecine technique ultra moderne, extrêmement précise et « pointue » (selon les termes de l'un de nos interviewé)[416], développée dans les années 1970-1980 autour de puissants et coûteux plateaux techniques, allait être considérablement mise à mal par l'arrivée du VIH. En tant que médecine qui vise la guérison en fragmentant les problèmes de santé en problèmes spécifiques, elle ne pouvait être que remise en cause par l'irruption d'une maladie aux effets pluriels, dont on ne savait pas grand chose et qui s'avérait pour l'heure incurable. Le domaine par contre de la médecine interne qui vise à prendre en charge le corps humain mais aussi la personne dans son ensemble, allait être d'emblée particulièrement réceptif à cette nouvelle affection dont la proximité s'était relativement tôt avérée avec ce que l'on peut appeler des maladies limites, elles aussi : maladies immunitaires ou auto-immunes, maladies de système, au demeurant jusque-là assez rares. Dans cette configuration particulière d'une branche de la médecine, l'infection par le VIH, qui opère avec plusieurs co-facteurs du système immunitaire, mais qui s'approche également, à travers certaines de ses formes cliniques d'autres domaines tels que la neurologie ou encore la psychiatrie, devait forcément centrer toutes les attentions à commencer par celle du médecin dont il est ici question.

« Alors on se retrouve à la salle Brizol avec beaucoup d'hospitalisations soit de gens séropositifs non toxicos, soit de gens séropositifs toxicos, et puis ça se passe bien, je vais le dire comme ça, dans les relations entre les médecins, les infirmières, les patients. C'est lourd à cause des morts dues au VIH, c'est une époque où quelqu'un meurt tous les quinze jours, toutes les trois semaines (...) et y'a une solidarité, y'a quelque chose qui fait que quand les usagers de drogues vont pas bien ils reviennent en salle quoi, ils reviennent voir les médecins qui s'en occupaient, même pas en consultation, ils viennent directement dans la salle (...). Mais bon, on sent bien qu'on ne peut pas être si tard que ça dans la trajectoire, d'une part, c'est-à-dire que les nouveaux n'arrivent que quand ils sont malades quasiment, on fait rien avant, et on se dit qu'on peut pas attendre les bras croisés qu'ils soient infectés et malades pour commencer à s'occuper d'eux, d'autre part que pour le suivi, juste en consultation, il fallait deux ou trois médecins qui s'en occupent, parce que quand on a aidé quelqu'un lors d'une hospitalisation qui a trouvé un nombre de forces ou d'axes ou de prescriptions pouvant l'aider, ben il revient. Donc en aval c'est sûr il fallait quelque chose » (ce même médecin somaticien - extrait d'entretien).

Ce domaine de la médecine interne s'ouvre donc et se concentre très tôt sur ces patients peu ordinaires dont on sait bien, en même temps qu'ils nécessitent « autre chose »

[416] Etant donné notre méconnaissance en la matière, ce qui suit est inspiré de l'un de nos entretiens extrêmement

que ce qui leur est proposé là, « autre chose » que vraisemblablement ils ne trouveront guère ailleurs non plus.

« Tout d'un coup, plein de choses « irrationnelles » entrent en compte dans la relation thérapeutique de ces médecins somaticiens ; des choses qui ont affaire à la symptomatologie psychiatrique : des troubles du comportement, etc, mais aussi des choses à gérer au coeur même de la relation médecin-malade, qui peuvent être de l'ordre du transfert par exemple. Ce qui est intéressant, c'est que les services qui ont été désignés par les premiers patients atteints par le V.I.H, ne sont pas les services les plus pointus du point de vue technique et en terme de recherche sur les virus, ce ne sont pas ceux qui avaient développé les plus importants plateaux, mais les services où ces patients, porteurs de stigmates sociaux qu'il fallait prendre en compte, dès le départ de la prise en charge, étaient les mieux accueillis. Il est clair par exemple, en se reportant à ce qui se passait dans les année quatre-vingts, que dans les services hospitaliers, le problème de l'homosexualité n'était pas pris en compte en tant que tel. On ne peut pas dire que les choses étaient faites pour ces gens un peu « exclus » un peu « stigmatisés ». Il est clair que gérer l'approche de ce type de patient, c'est gérer par exemple en même temps, des relations familiales compliquées (...). Il y a quelque chose du « dedans-dehors » qu'il fallait prendre en charge dès le départ, et qui ne pouvait l'être dans le mode de relation thérapeutique qui s'était installé dans les années soixante-dix et quatre-vingts » (un psychiatre d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Nouvelle évolution au sein de cette « révolution » : la progression de l'infection par le V.I.H chez les personnes toxicomanes. Bien que soucieux de préserver la place intégrale de la médecine interne dans son service, de garder un certain recul, de ne pas faire, malgré son intérêt, que du « sida-toxicomanie », tout comme d'ailleurs « du sida » tout court, le médecin se trouvera vite accaparé par la question. Si la médecine somatique occupe alors une place centrale et dominante dans le contexte de l'épidémie, tant au niveau de la recherche que de la clinique proprement dite, son rôle ne peut apparaître toutefois que sensiblement transformé ; il ne s'agit plus tant de « guérir » une maladie que de la « gérer », aux côté des patients eux-mêmes. Ainsi, très vite, comme le soulignent C. Herzlich et J. Pierret, « les limites de l'efficacité thérapeutique et les décalages entre progrès de la connaissance et possibilités d'action cantonnent toute une partie de la lutte vers la prévention et donc les pratiques sociales ; les médecins d'aujourd'hui, du moins ceux pour lesquels le sida est devenu une cause à laquelle ils se consacrent presque entièrement, semblent alors revenir, paradoxalement à un rôle d'hier, celui d'hygiéniste »[417]. Ce nouveau rôle amènera peu à peu notre médecin, comme d'autres (que l'on peut supposer à la recherche d'un repositionnement), à diversifier

---

détaillé sur la question.
[417] HERZLICH C., PIERRET J., *op. cit.*, p. 309.

les modes de prise en charge, à faire d'autres propositions. Ainsi, dans ces mouvements, certains objets du monde social tendront-ils peu à peu à être reformulés par ce nouvel espace d'intervention, la toxicomanie en fait partie. Sa reformulation va contribuer à une reconversion sur le sida, d'enjeux préexistants, notamment au sujet du « statut » du toxicomane : malade ou délinquant ?

3-3 : Un souci humanitaire

L'humanitaire ou plus exactement selon les termes de D. Fassin, « le souci humanitaire (qui), liant la santé des personnes et les droits de l'homme »[418] contribue à une médicalisation du politique, allait aussi jouer un rôle considérable, en la figure notamment de Médecins du Monde, dans la mise en forme de nouveaux modes de prise en charge à destination de populations limites. L'entrée dans le champ sida-toxicomanie de l'Organisation allait se faire progressivement, par à coup, après une première inscription déjà remarquée sur le terrain français (ces médecins étant surtout plus orientés jusque-là vers des terrains largement plus exotiques), dans le cadre de la lutte contre l'exclusion, à fortiori sanitaire. Nous allons une nouvelle fois suivre le parcours de l'un d'entre eux, qui nous semble assez représentatif d'un « esprit » commun à tous.

Médecin, entré en médecine « sur un coup de flip » selon ses dires, après tout de même une hypo-khâgne et une khâgne au lycée parisien de Condorcet puis enfin une préparation pour l'Ecole Normale Supérieure, il devient tour à tour, après quelques années dans le militantisme de gauche et son doctorat passé, rédacteur-pigiste dans la presse médicale puis généraliste (Libération notamment) et accessoirement médecin en remplacement. Peu investi pratiquement dans le domaine médical, il va toutefois s'intéresser très tôt, comme la plupart de ses collègues, à la question des drogues. Cet intérêt, qui est aussi celui du moment dans cette période du début des années soixante-dix, durera quelques années pour être ensuite pendant un certain laps de temps, totalement laissée de côté.

« Je me suis beaucoup intéressé aux problèmes de drogues dans les années soixante-dix (...). Alors il me reste des traces de cet intérêt, c'est les papiers que j'avais écris dans Libération tout à fait à la fin des années soixante-dix, un livre que m'avaient commandé les Editions X en 1977 et qui n'a jamais été publié. (...). Et...c'était assez rigolo, il faudrait que je relise le manuscrit que j'avais écrit pour me remettre bien ça en mémoire, mais j'étais, et je suis resté d'ailleurs anti-prohibitionniste, je pensais que la prohibition était une immense hypocrisie (...) et par ailleurs, comme beaucoup de gens de ma génération, j'étais persuadé que la

[418] FASSIN D., *op. cit.*, 1998, p. 13.

prohibition avait d'abord pour objet de criminaliser la jeunesse, on était dans cette ambiance là hein ! C'était un moyen de criminaliser la jeunesse qui se révolte (...).Et puis j'appartiens aussi à une génération qui a...qui a quand même goûtée à tout ces... toutes ces choses là.... J'avais lu beaucoup beaucoup de littérature à l'époque, bon j'avais été particulièrement marqué par la thèse de T Szasz sur l'Etat thérapeutique, d'ailleurs c'est assez rigolo parce que à l'époque j'ai écrit, y compris dans Libération, des textes contre la méthadone. Moi j'étais bien sûr pour la légalisation de toutes les drogues et donc la méthadone participait du contrôle social, de l'Etat thérapeutique tel que Szasz le définissait etc. Ce qui fait que j'étais tout à fait opposé à la méthadone et que j'utilisais fréquemment une citation célèbre de Buros qui dit : « Donner de la méthadone à un héroïnomane c'est comme proposer à un alcoolique au whisky de passer au gin ».(...) Mais à aucun moment j'ai eu l'idée de devenir médecin pour toxicomanes, d'aller travailler à Marmottan ou à Fernand Vidal ou que sais-je, d'une part. Olive avait déjà écrit quelques bouquins dont « Il n'y a pas de drogués heureux » Et d'ailleurs beaucoup d'intervenants en toxicomanie à l'époque étaient sur ces positions, ils étaient anti-méthadone, par position radicale. Et d'autre part j'ai eu aussi le sentiment que c'était quelque chose de tout à fait immobile et que transformer les politiques de drogues c'était...à peu près impossible et donc ben... la vie a continué et quelque part j'ai vraiment refermé le dossier quoi. (...) Bon j'avais souffert beaucoup aussi de la non-publication de mon bouquin, dont je me rends compte aujourd'hui qu'il serait complètement tombé sous le coup de l'article L 630, mais à l'époque je ne comprenais pas du tout pourquoi l'éditeur qui avait l'air très intéressé avait finalement renoncé à le publier. Je suis passé à autre chose » (un médecin généraliste, Directeur d'un centre de soin Médecins du Monde pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Ce « dossier » en effet, il ne le réouvrirait que plus de dix années plus tard, alors que les représentations et la politique en la matière était en train de changer. L'entrée dans la naissante Organisation Médecins du Monde en tant que bénévole, à la fin de cette décennie soixante-dix, sera également, pour lui, le fruit d'un « hasard complet ». C'est pourtant là, que ce « dossier » refermé trouverait ultérieurement, après quelques réaménagements de pensée, eu égard au nouveau contexte, son espace de mise en application et de mise en visibilité.

« En fait ça a été tout à fait décisif pour moi puisque aujourd'hui je travaille à MDM (...). Au départ, c'est lié à un hasard complet, c'est que deux de mes copains de fac sont partis sur le bateau pour le Vietnam en 1979 (...) et quand on s'est revu à la fin de l'année ils m'ont dit : « viens c'est formidable, on va créer une nouvelle association avec des anciens de MSF[419], il faut que tu viennes ». Donc je me suis pointé et c'est vrai, c'est vrai que tout de suite, je dirai pas que je me suis senti à l'aise mais je me suis senti quand même beaucoup de points communs avec les gens que je rencontrais, enfin en tous les cas plus de points commun que d'habitude puisque moi j'étais pas très heureux comme médecin, j'étais très très mal finalement dans ce milieu professionnel. Et en fait les gens que j'ai rencontré à MDM (...) c'était des gens qui avaient souvent des parcours professionnels un peu compliqués et en tous cas qui n'étaient pas heureux à être simplement médecins ou

[419] L'organisation Médecins Sans Frontières que le médecin humanitaire B Kouchner quitte à ce même moment pour fonder Médecins du Monde.

chirurgiens en France quoi, ils avaient besoin d'un supplément d'âme c'était très très clair, ils trouvaient tout ce qui se passait beaucoup trop étriqué, souvent d'ailleurs c'était des gens qui venaient de l'extrême gauche comme pas mal d'entre nous et puis la deuxième chose qui les caractérisaient c'était une passion pour l'international, pour la politique internationale, une passion que je partageais depuis longtemps. (...) J'ai fais ma première mission, j'étais mort de trouille parce que je pensais que j'étais nul en médecine. C'était en 1981 avec justement un de mes copains qui m'avait branché, on est parti en Amérique Centrale sur une mission pas commode et bon c'est vrai que pour la première fois j'ai eu vaguement le sentiment que comme médecin j'étais peut-être pas complètement inutile parce que là bas j'avais pas vraiment le choix quoi (...) alors qu'en France je voyais pas ce que je pouvais apporter de plus comme médecin, à la pléthore » (ce même médecin généraliste, Directeur d'un centre de soins Médecins du Monde pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Ces missions bénévoles, entre deux piges, allaient durer plusieurs années, jusqu'en 1988. L'apparition du sida au début des années quatre-vingts ne sera pas, outre mesure prise en compte par le médecin, hormis un intérêt médical somme toute justifié, et une appréhension toute personnelle, suivie de conseils à l'égard de quelques amis consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Entre temps, en avril 1986 exactement, la « Mission France » de Médecins du Monde destinée à favoriser l'accès aux soins des « exclus », avait vu le jour, sous l'impulsion d'un médecin de l'Organisation. Accueillie avec scepticisme y compris dans les propres rangs de l'organisation tant le projet semblait « étranger » à la démarche habituelle, cette Mission va être le point de départ d'un tournant décisif pour MDM sans que les enjeux d'un tel investissement n'aient semble t-il été au préalable mesurés. La « Mission » se présentait précisément sous la forme d'une consultation médico-sociale ouverte à tous[420], au demeurant largement fréquentée par de nombreux toxicomanes. Cette première approche des consommateurs de drogues par les médecins humanitaires va amener l'ONG à prendre une autre initiative une année plus tard avec la création de la Mission sida-toxicomanie dont la première action sera (dans le contexte d'une polémique entre dépistage obligatoire et dépistage volontaire) l'ouverture en septembre 1987 du premier centre de dépistage volontaire anonyme et gratuit, installé à Paris. L'époque, on peut le dire, n'était pas très sereine en la matière ; alors que M. Barzach, Ministre de la Santé venait de signer le décret réglementant la mise en vente libre des seringues dans les pharmacies, les tentations

[420] Ce qui fait que ce type d'action (tout comme son utilisation par les pouvoirs publics) peut être aussi lue à travers d'autres thématique que la santé, comme le montre G Massiah : « Quand on a instauré le RMI en France, la majorité des personnes qui pouvaient en bénéficier n'était pas connue des services publics ; ce sont les associations qui les ont fait connaître. Médecins du Monde avait décidé de créer une antenne médicale gratuite en pensant que le scandale serait tellement grand que l'Etat ferait tout de suite quelque chose pour étendre l'intervention de l'Assistance publique. Médecins du Monde gère aujourd'hui plus d'une dizaine d'antennes ». Cf MASSIAH G., L'évolution des rapports entre les ONG et les institutions publiques, In TEISSIER S.[Dir]., A la recherche des enfants des rues, Paris : Editions Karthala, 1998, p. 293.

répressives opéraient, sous la coupe du Garde des Sceaux A. Chalandon, un retour remarqué notamment avec le projet d'un dépistage obligatoire des populations et de centres fermés pour les toxicomanes séropositifs (nous y reviendrons). C'est aussi à cette époque que J-M. Le Pen, profitant bassement de la panique, allait lancer sa fameuse idée des sidatoriums.

L'Organisation entrait là véritablement et sur ce terrain, dans sa phase militante. Il s'agissait, comme le précisent des écrits internes « d'inciter les pouvoirs publics à ouvrir des centres de même nature, répondant aux critères suivants : volontariat ; anonymat et confidentialité ; accessibilité et gratuité ; information et prévention personnalisée ». Ce faisant, MDM s'est également attaché à développer le « counselling », soulignant, au-delà d'un acte médical (la pratique du test), « la dimension humaine et interactive dans la prévention de l'infection par le VIH ». La « politique de réduction des risques » attachée à l'usage de drogue en temps de sida était lancée. La même année, MDM organisait avec l'association Aides, une conférence commune sur le droit des personnes séropositives et/ou malades. Comme MDM, face au manque de réponses apportées par ailleurs, l'association Aides s'était également très tôt engagée dans des actions en direction des usagers de drogue. En 1986 notamment elle engage une campagne de presse dans le journal Libération sur le thème « une seringue ça ne se partage pas ». Mais ces actions novatrices en cette fin des années quatre-vingts restent encore prudentes. Comme le souligne J. Fournier « plusieurs rencontres entre des responsables de l'ANIT et de Aides se traduiront par la décision commune de ne pas interférer dans les domaines de compétence de chacune des associations. Prévention et prise en charge des toxicomanes d'une part, soutien et aide aux personnes séropositives ou malades d'autre part, sont considérés comme deux champs d'intervention séparés »[421].

En 1989 MDM, toujours dans sa lancée met en place le premier programme mobile français d'échanges de seringues, soutenu par la Direction générale de la Santé[422]. Ce faisant les médecins humanitaires veulent alerter les responsables politiques français « sur le retard considérable pris par la France en matière de réduction des risques liées à l'usage de drogues et sur la situation dramatique que vivent les toxicomanes dans le pays des droits de l'Homme »[423]. Cette action de prévention en direction des usagers de drogues va se

---

[421] FOURNIER J., La prévention du sida auprès des toxicomanes, Etude sur les modèles d'intervention mis en oeuvre par les acteurs de la prévention. Rapport de recherche pour l'AFLS, décembre 1993, p. 96

[422] Parallèlement à l'action de MDM, deux centres spécialisés en toxicomanie ont été sollicités pour ces projets pilotes : à Marseille d'une part (Dr Prat, Centre hospitalier Edouard Toulouse) et en Seine St Denis (Dr Roy, centre le Corbillon).

[423] Ecrits internes à l'organisation MDM.

poursuivre en décembre 1992 par la création de kits de prévention (seringues, tampons alcoolisés, préservatifs et plaquettes d'information).

C'est précisément à cette époque que notre médecin, éloigné depuis plusieurs années de l'Organisation, installé depuis trois ans dans un cabinet de médecine générale retrouvera le « dossier » oublié en cours de route. La jonction de la toxicomanie avec le sida telle qu'elle était opérée notamment dans d'autres pays d'Europe (nous y reviendrons) sera l'élément déclencheur de son rapprochement auprès de ses collègues humanitaires.

« En 1988 c'est vrai que j'ai pris mes distances d'avec MDM parce que... parce que vraiment je bricolais trop et qu'il était temps que je fasse quelque chose un peu sérieusement. Je pouvais pas continuer comme ça à faire des remplacements, des trucs, enfin...J'avais à l'époque trente-huit ans donc bon, il commençait à être temps quand même que je...que je me demande ce que j'allais devenir. Et de fait peu de temps après avoir pris mes distances d'avec MDM j'ai ouvert ce cabinet, je me suis posé quoi, je me suis installé. C'était une époque où je travaillais pour moitié comme journaliste et pour moitié dans mon cabinet de médecine générale. Et dans mon cabinet de médecine générale j'ai commencé à recevoir des toxicomanes et à leur prescrire du Temgésic. Donc c'était la première fois finalement que comme médecin je prenais en charge des toxicomanes. Mais enfin à l'époque je souhaitais pas être débordé et avoir une clientèle constituée exclusivement de toxicomanes, ce qui fait qu'en fait j'avais limité volontairement le nombre de toxicomanes que je prenais en charge et en même temps, j'étais au Journal International de Médecine, le JIM où j'étais à un poste d'observation formidable pour recevoir toutes les dépêches, des documents, etc, etc. Et donc je me souviens très bien, un jour, j'étais au Ministère de la Santé, c'était donc pendant le premier Ministère Kouchner, j'étais allé au Ministère de la Santé pour assister à un groupe de débat, de réflexion qui s'appelait Société Civile, le débat était je sais plus quoi, la bioéthique je crois, et j'y avais rencontré I que je connais depuis la naissance de MDM et I m'avait dit : « tu as vu ce qui se passe en Suisse etc, les programmes d'héroïne ? », ben je lui avais dit « oui je suis très au courant puisque je fais le papier du JIM de cette semaine sur les programmes d'héroïne, donc j'ai tous les contacts, et il m'avait dit « mais il faut absolument qu'on monte quelque chose là-dessus » (ce même médecin, Directeur d'un centre de soin MDM pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Chapitre II : Un éclatement des modèles traditionnels

1 - Un nouveau procès de civilisation

1-1 : Le dévoilement d'une ligne de force

Si les premières politiques mises en place à la suite des rapports de B. Schwartz, de G. Bonnemaison ou encore de H. Dubedout s'étaient basées avant tout sur l'établissement de mesures visant à enrayer des phénomènes transitoires, force est de constater que ce provisoire tendait à s'installer et à devenir un état de risque permanent pour un maximum de populations. C'est dans ce contexte qu'allaient réapparaître l'une des forces encore intactes du « noyau dur » déjà emprunté précédemment à B. Jobert.

Quelle attitude avoir par rapport à ces « sauvages de l'intérieur » : les isoler ou les civiliser ? La question récurrente dans l'histoire allait se reposer, en cette fin des années quatre-vingts dans nos deux champs d'analyse. Alors qu'à la fin de l'année 1986, le sida est déclaré « grande cause nationale » et que la lutte contre la stigmatisation des « groupes à risques » commence à prendre son essor, alors que des voix se sont fait entendre pour une prise en charge nouvelle, solidaire et coordonnée des jeunes mineurs délinquants, une autre ligne de force se fait jour, conduite par des tentations autrement plus répressives et sécuritaires. Ce changement brutal de perspectives sera aussi (la nouvelle majorité présidentielle de 1988 aidant), de courte durée ; mais ce retour, si bref soit-il, ne serait pas sans incidence sur les pratiques traditionnelles de prise en charge. Si certaines levées de boucliers pour la défense du modèle pourraient laisser croire que la bataille était gagnée, la résurgence, à intervalles réguliers et de plus en plus rapprochés, du modèle sécuritaire[424] montrerait aussi que plus rien n'était décidément acquis, désormais. Telle est bien en réalité (nous allons y revenir ci-après) toute l'ambiguïté de la thématique du risque.

Si donc à la fin de l'année 1986 la lutte contre le sida telle qu'elle s'est orientée (faute d'ailleurs d'initiatives politiques réelles), semble faire l'unanimité et qu'une jonction certes encore timide avec la toxicomanie commence à se faire jour, les premières mesures politiques envisagées à l'égard des consommateurs de drogues seront avant tout d'ordre répressif, en

---

[424] Dix années plus tard en effet, la question des « sauvageons » et la création des UEER (Unités Educatives d'Encadrement renforcé) par le Ministère de la Justice, allaientt une nouvelle fois faire trembler le milieu éducatif.

grande partie inspirées du modèle anti-drogue américain. Le changement d'optique est de taille ; il est en outre justifié (par ses protagonistes) par la mise en relief d'une inefficacité du système de prise en charge existant depuis quinze ans. Le 23 septembre 1986, le Ministre de la Justice A. Chalandon annonce « un changement complet de philosophie « à l'égard des toxicomanes ». Dorénavant ils seront « d'abord traités comme des délinquants avant d'être des malades »[425]. Selon ce dernier en effet : « Les risques que la toxicomanie fait courir à la santé publique avec le développement du sida, exigent une ferme réaction des pouvoirs publics »[426]. Le projet est ambitieux comme le note le Journal Libération : « durcissement de la loi, extension aux stupéfiants du système des repentis en usage pour le terrorisme, création de prisons privées pour drogués soumis à la désintoxication de force, ravalement complet des institutions thérapeutiques au profit des centres les plus performants, dépistage des drogués en culotte courte sur les banc de l'école primaire... Le dispositif annoncé est en accord avec la profession de foi énoncé par A. Chalandon à l'issue d'un conseil interministériel consacré à la drogue : « action répressive d'abord, prévention ensuite »[427]. 1600 places de prison sont ainsi à l'étude, 1000 autres places sont prévues dans « des familles d'accueil volontaires », 2000 autres places sont envisagées dans le secteur associatif avec une préférence affichée pour l'association Le Patriarche. Les spécialistes quant à eux sont d'emblée écartés des mesures envisagées. Une note interne émanant du Ministère de la Justice précise que « force est de constater que les médias ont pour correspondants habituels des médecins ou psychanalystes, spécialistes de la toxicomanie depuis fort longtemps. Ces praticiens sont relayés par un certain nombre d'associations (telle l'ANIT). Ces structures ont, de fait, un quasi-monopole d'expression et elles n'expriment qu'une approche de la situation (...). Il faut que les télévisions et journaux rencontrent d'autres spécialistes »[428].

Pour l'heure, l'ensemble du gouvernement s'aligne à cette politique au demeurant relativement floue. Selon toujours le quotidien, M. Alliot-Marie, secrétaire d'Etat à

---

[425] Journal Libération du 24 septembre 1986, p. 24.

[426] Lettre datée du 12 mai 1987 adressée aux Procureurs de la République, qui concerne l'application, de la législation sur les stupéfiants. Ref : NOR JUSA8700055C.

[427] Journal Libération , *op. cit.*, . En outre la loi de 1970 se voit considérablement « durcie ». Le Garde des Sceaux prévoit aussi un doublement des peines pour les usagers (soit deux ans de prison au lieu d'un seul) ; un quadruplement du délai de prescription de la peine en matière délictuelle qui passe de cinq à vingt ans, comme an matière criminelle ; le délai au cours duquel le parquet peut poursuivre un trafiquant ou un usager après la commission du délit passe de trois à dix ans ; le système des repentis prévu en matière de terrorisme est étendu au profit des informateurs qui permettront d'éviter la commission du délit (exemption totale) ou de retrouver les délinquants après ce délit (exonération partielle) ; la simple possession de drogue s'assimile au délit d'usage alors que jusqu'à présent la Justice devait faire la preuve de son utilisation ; la peine la plus longue absorbe la peine la plus lourde si cette dernière est inférieure en durée (la peine criminelle réputée la plus lourde absorbait jusque-là la peine correctionnelle. Données extraites du même journal.

[428] Note datée du 4 décembre 1987, concernant la lutte contre la toxicomanie. Ref GF / CS / MILT. N°12 /

l'enseignement, présente lors de l'annonce à la presse de ce projet « a mixé drogue tabagisme et racket dans un brûlant raccourci, en déplorant que l'école soit « le dernier endroit où l'on parle de la drogue aux enfants ». Quant à la Ministre de la Santé M. Barzach, elle « a implicitement fait acte de soumission en venant s'asseoir entre le garde des Sceaux et l'ancien préfet de police de Paris G. Fougier[429], grand intendant es-anti-drogue (...). Sous d'autres lustres hostile au traitement obligatoire des toxicomanes, (elle) a abondé en affirmant que le désir de rédemption d'un drogué « peut sans doute intervenir secondairement » après l'emploi de la force ». J. Toubon, alors secrétaire général du RPR et « personnellement sensibilisé par ce problème » dépose également de son côté une proposition de loi proche du projet de la Chancellerie.

« Je suis frappé par la formidable détérioration des relations entre parents et enfants, c'est le fond de l'affaire, qui conduit à des rapports complètement égalitaires ou excessivement affectifs. La rapidité de l'émancipation des jeunes ne correspond pas à la maturité mentale et affective de la moyenne d'entre eux. La capacité au bonheur disparaît. La drogue est de plus en plus souvent le recours, l'appui, le refus dans lequel une personnalité fragile cherche à se réfugier. (...) L'une des manières de donner à ce drogué un tuteur, un appui qui soit un substitut à sa volonté défaillante, (...) est justement de créer une contrainte. Elle prend bien sûr l'aspect d'une punition, mais se veut essentiellement appui. (...). Il faut peut-être trouver autre chose que des prisons classiques. Mais il y a une attitude vis-à-vis des drogués, une attitude soft, velours, qui ne me paraît pas dans beaucoup de cas correspondre à leur attente, en particulier à celle des jeunes toxicomanes. (...) Je suis de ceux qui ont proposé au Premier Ministre de confier la responsabilité de toutes ces affaires à la Justice, alors que jusqu'à maintenant, c'était plutôt la Santé qui était l'autorité. (...) C'est à travers l'appareil judiciaire que l'on peut le mieux mettre en œuvre ces dispositions. Ceci veut dire qu'il faudrait pour la drogue des personnels particuliers. Mon point de vue est que ça ne devrait pas être des médecins. (...) Ensuite, ce personnel devra renoncer au choix purement psychologique ou à l'utilisation d'un certain nombre de médicaments qui ont souvent une sorte d'effet de relance »[430].

Les chiffres prévus à cet effet en terme de budget sont en eux-mêmes éloquents : « sur les 250 millions débloqués par le plan de bataille gouvernementale, 170 millions de francs iront à la Justice et au ministère de l'Intérieur, contre 40 millions pour la Santé »[431].

L'ampleur des chiffres, le ton employé ont de quoi étonner en comparaison d'autres tendances notamment « humanitaires » de la même période. Mais il serait erroné d'analyser ce brusque revirement, en soi, comme un retour irraisonné et déconnecté de la réalité, vers des

---

[429] Un peu plus tôt effectivement un décret portait G. Fougier Président de la MILT en remplacement de D Charvet. Journal Officiel du 22 juillet 1986.
[430] Jacques Toubon interviewé dans le journal Libération du 24 septembre 1986.
[431] Données recueillies dans le journal Libération, *op. cit.*, 1986.

formes très anciennes de séquestrations. D'une part parce que cette propension à la judiciarisation des problèmes s'observe, à peu près à la même époque, dans d'autres domaines[432] et d'autre part parce qu'elle s'opère (et se réitèrera à chaque fois) dans une période de flottement, de flou que la thématique du risque elle-même, dans son ambiguïté et son rapport au politique vient renforcer. En somme le retour en force du judiciaire s'accroît au moment où l'évolution des modèles de prise en charge classiques décline et il le fait d'autant mieux en arguant de la désorganisation sociale sous toutes ses formes et d'autant plus que les autres systèmes (Santé, Education notamment) sont eux aussi (tout comme lui) en situation de mise en échec. Bien que situé à l'opposé, à priori, des modèles « soft » ou « citoyens » en préparation sous la houlette de la réduction des risques, celui-ci n'y est pas totalement étranger. Il n'y a pas, en réalité, dans le contexte inflationniste du risque de séparation très claire entre l'une et l'autre voie ou disons qu'elles ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Dans la mesure où, comme le montrent F Ewald et D. Kessler « la notion de risque ne renvoie pas spécifiquement à celle de danger, de menace, mais plutôt à celle de choix et de décision en incertitude »[433], on peut dire qu'elles correspondent l'une et l'autre à des choix différents. Pour autant, toutes deux participent d'une même implication face à l'incertitude et à l'inquiétude qu'elle soit réelle ou sublimée. S. Roché a déjà souligné cette liaison forte en politique entre l'inquiétude et le risque. Il signale également que « le droit à contraindre, au nom de la civilisation, est un qualificatif de la citoyenneté »[434]. L'alignement à cette étape du projet de la Ministre de la Santé, par ailleurs largement dévouée à « la cause du sida » peut être compris en ces termes. S'il peut y avoir des divergences de formes, le problème fondamental demeure bien, pour l'heure, la résolution pratique des questions auxquelles on ne peut aisément répondre et qui engagent de surcroît ici la légitimité et la cohérence de l'équipe gouvernementale.

Mais finalement, « quoi de neuf sous le soleil ? », pourrait-on se demander. Si l'on se réfère effectivement à la mise en forme de la loi du 31 décembre 1970, on observe à peu près les mêmes ajustements entre les positions répressives des uns et celles plus « libérales » des autres (y compris les partis de gauche). La « toxicomanie » ne s'est-elle pas construite simultanément dans différents champs du pouvoir : politique, judiciaire, policier et

---

[432] On observe en effet dans le champ de la délinquance le même type d'évolution à travers notamment l'instauration des SEAT (Services Educatifs Auprès du Tribunal) en 1987, qui annoncent bien ce recentrage judiciaire. Autre exemple significatif par le fait même de l'abandon du terme « éducation » par le terme « judiciaire » : le 21 février 1990 l'Education Surveillée devient la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

[433] EWALD F., KESSLER D., *op. cit.*, p. 62.

[434] ROCHE S., L'insécurité : entre crime et citoyenneté. Déviance et Société, 1991, vol. 15, n° 3, p. 311.

psychiatrique ? Là était bien aussi l'un des effets de toute construction sociale : ils étaient différents et se construisaient des intérêts communs ; ils se retrouvaient sur un même discours alarmiste. Pour autant, nous maintenons que la mise en forme politique de la question en cette fin de siècle est nouvelle et différente, pour plusieurs raisons, comme nous le montrent d'ailleurs F. Ewald et D. Kessler[435]. En premier lieu « les risques sociaux ont changé de nature et de structure (...) ; en raison des transformations dans la nature et l'organisation du travail, les risques sociaux classiques se transforment en risques de l'existence ». En deuxième lieu, il faut souligner que dans la tradition précédente « la notion de risque n'était en elle-même guère utilisée. Si la chose était bien présente, il manquait le mot ». Enfin, le fait même que ce n'est pas un mais plusieurs domaines qui sont ainsi revisités (par l'une ou l'autre voie) et reconnectés entre eux comme si le risque s'était partout multiplié, alors que les objets eux-mêmes que ces différents champs prennent en compte se trouvaient auparavant distingués (la « toxicomanie », le sida, l'éducation, la justice, le travail, etc), le fait même « qu'on utilise sinon la même notion du moins le même mot pour penser des événements et des situations aussi disparates, le fait qu'on les associe en quelque sorte sous le même vocabulaire témoigne sans doute que par le risque se désigne une philosophie globale, qui renvoie à la diffusion d'une attitude commune, d'une disposition générale vis-à-vis des événements individuels et collectifs ». C'est bien le risque somme toute qui permet aussi la coexistence de ces deux lignes de fond (la ligne « soft » et la ligne « dure » auparavant masquée) désormais visibles comme jamais, sans que personne, à plus long terme, ne s'en offusque vraiment.

1-2 : Vers la rupture d'un compromis

En mettant l'accent sur la répression et sur l'enfermement au détriment du soin psychothérapique le projet Chalandon menace de faire éclater le compromis qui fondait l'action des spécialistes de la toxicomanie. Certes un tel projet est contraire au « lois » de la clinique, mais A. Chalandon est surtout séduit, comme l'indique également H. Bergeron, par l'approche des communautés thérapeutiques. Ainsi « le Patriarche » fait-il d'emblée partie prenante de son projet. Faute d'autres candidats, ce sont aussi des professionnels extérieurs au champ de la toxicomanie ainsi que des associations caritatives qui seront financièrement privilégiées[436].

---

[435] EWALD F., KESSLER D., *op. cit.*, p. 61.

[436] Comme le souligne H. Bergeron : « Chalandon est séduit par l'approche des communautés thérapeutiques dont il a fait observer le fonctionnement en Italie. Mais il ne trouve personne en France pour mettre en place de

Ressurgit donc, sous ces nouveaux hospices la barbarie que l'on croyait avoir annihilée, le modèle désormais devenait « pensable ». Le Patriarche[437] en réalité, avait durant toutes ces années poursuivi « son bonhomme de chemin ». Marquée, comme toutes les structures par l'arrivée du sida, la communauté avait saisi à bras le corps cette nouvelle donne. Dès la commercialisation des premiers tests sérologiques, L.J. Engelmajer entreprend d'évaluer, malgré un interdit formel du Ministère, la séroprévalence de ses pensionnaires : la moitié environ s'avèrent être séropositifs. Pour prendre en charge ce nouveau paramètre, il fonde, en 1987 l'association ADDEPOS : Association des Droits et Devoirs des Positifs et victimes du Sida. Pour « le Patriarche » et dans la lignée de sa philosophie, il s'agit de : « Défendre les droits de tous les porteurs sains ou malades, contre toute discrimination (...). D'aider psychologiquement au maintien du combat de chacun d'entre nous, prévenir les excès positifs ou négatifs afin de trouver l'équilibre nécessaire au maintien de la vie, de l'espoir. Adopter un mode de vie sain, un moral combattant, altruiste. Créer des types et systèmes de travail personnalisés, adaptés, pour toutes les personnes fragilisées par la présence du virus car elles ont le plus grand besoin de continuer à se rendre utiles, afin de ne pas s'enfermer dans la maladie »[438]. A ces « droits » correspondent aussi des « devoirs » : « Le toxicomane a le devoir de se soigner sans laxisme et avec persévérance, de résister le mieux possible à la maladie personnelle en général »[439].

Il existe plusieurs centres Addepos en France. Installés dans l'enceinte des communautés du Patriarche, ils en renforcent la médicalisation : installation de pharmacie et, en plus de l'équipe soignante composée d'ancien toxicomanes, appel à des médecins vacataires ainsi que des infirmiers diplômés non permanents. Une collaboration s'est également mise en place avec les hôpitaux les plus proches pour ce qui est des examens et d'une grande partie des soins[440].

Sur le plan de la prise en charge communautaire, la personne séropositive passera par les mêmes étapes de sevrage que les autres. Si elle apprend sa séropositivité à son arrivée dans le centre, des « aidants » anciens toxicomanes et séropositifs, seront là pour la prendre en main et l'informer sur tout ce qui concerne le virus. Un livret de santé individuel lui sera

---

telles structures. Les institutions qu'il financera seront donc de taille plus réduite et constituées par des professionnels d'autres champs de l'action sociale et sanitaire et des associations caritatives (Maavar, la Croix Rouge, l'Armée du salut, etc.). Cf BERGERON H., *op. cit.*, p. 282.

[437] Ce qui suit sur la communauté du Patriarche est encore extrait de notre mémoire de maîtrise, *op. cit.*

[438] L.J. ENGELMAJER, Sida : avertir, soigner, vivre, Paris : Ed Le Pâtre, 1994, p. 155.

[439] L.J. ENGELMAJER, *op. cit.*, , 1994, p. 155.

[440] Le centre dans lequel nous nous étions rendu en 1994 est situé dans le Calvados. Il est relié au service des maladies infectieuses de l'hôpital de Caen.

également établi. Peu à peu, les premiers rendez-vous avec l'hôpital seront mis en place afin de suivre médicalement l'évolution du virus et prévenir certaines infections. Lorsque l'état de santé devient trop préoccupant, la personne est hospitalisée, mais elle revient dès que son état le lui permet; toute autre forme de soin (perfusion...) étant pris en charge par les infirmiers du centre. C'est le responsable de chaque centre qui reçoit les résultats d'analyses faites à l'extérieur; il connaît chaque cas très précisément, tout est annoté sur la fiche de santé. Les rendez-vous à l'hôpital se font deux fois par semaine, parfois plus ou moins souvent selon les problèmes de chacun. Un véhicule est tenu à disposition pour ces rendez-vous et doit être autrement libre vingt quatre heures sur vingt quatre en cas d'urgence médicale[441].

Un tel modèle de prise en charge ne pouvait effectivement que séduire en cette période de désarroi et de quasi-paralysie du modèle dominant. Sans doute ici le « toxicomane » perdait-il son sens originel : « ancien-toxicomane » centré sur sa rédemption et sur sa vie à l'intérieur du centre, il devenait un patient modèle totalement acceptable pour l'institution médicale. Sur ce point précis, le Patriarche n'est pas seulement célébré par les tenants de l'enfermement. D'autres nouveaux agents de la réduction des risques y voient aussi, sans forcément le clamer haut et fort, un certain nombre d'avantages.

« Le Patriarche est d'abord l'enfant de l'absence de soins officiels, de soins reconnus aux toxicomanes. On dit qu'on va sevrer les toxicomanes, mais il n'y a pas de lits de sevrage dans les hôpitaux à l'époque. On dit qu'il faut faire de la prévention mais on ne voit pas les toxicomanes ou on en voit une proportion tellement ridicule, tellement infime que c'est presque une goutte d'eau dans l'océan ! (...) Deuxièmement ces structures communautaires, c'est-à-dire cette idée du traitement des toxicomanes par eux-mêmes est une idée que l'on ne peut pas repousser d'un revers de main parce que ça convient à des gens. Il y a des centaines de gens qui trouvent dans le Patriarche une solution à leur problème de vie quotidienne. Et ils sont nombreux ! C'est pas comme Marmottan qui soigne 300 patients en tout ! Maintenant cela dit, il y a des critiques à formuler vis-à-vis du système du Patriarche. Je crois par exemple notamment que ce personnage du Patriarche (...) est un bon exemple de toute puissance. Un monsieur qui comprend tout, qui voit tout, qui voit dans les âmes, etc, et qui surtout ne dirige que par sa personnalité. L'idée de remplacer la drogue par la personne du médecin ou du thérapeute ou du personnage bienveillant « Patriarche » est à mon avis un rêve mégalomaniaque de toute puissance. Et effectivement dans le mode d'action du Patriarche il y a quelque chose de ça. (...) Donc il y a des choses à dire, des critiques à dire, mais d'abord je dirai...pour fonder une critique, il faut pouvoir accueillir les gens et faire le travail avec eux, tester si effectivement ces structures là se développent contre le système de soins

[441] Il y avait ici (lors de notre séjour dans la communauté), des personnes dont l'état de santé était assez préoccupant ; beaucoup avaient déjà été hospitalisées (un mois, deux mois), suite à des infections dites majeures (pneumocystoses, toxoplasmose cérébrale, infections à mycobactéries, sarcome de Kaposi...). Elles étaient revenues au centre car elles allaient bien de nouveau, mais demeuraient étroitement surveillées médicalement et avaient, pour la plupart, des traitements assez lourds.

et si, pourquoi pas, ils se développaient avec ? Je ne crois pas que le Patriarche soit hostile aux soins aux toxicomanes » (un psychiatre d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Remis publiquement en cause pour la première fois depuis quinze ans, les intervenants se mobilisent comme jamais, défendant « les acquis du modèle français » en matière de soins aux toxicomanes[442]. Si des enjeux strictement professionnels et éthiques ont joué un grand rôle dans la « bataille », d'autres, politiques cette fois, en cette période de cohabitation, y ont aussi, quoique de façon masquée, largement contribué.

« J'étais un des dirigeants de l'ANIT moi à l'époque et c'est vrai qu'on a savonné la planche à Chalandon avec l'aide de Mitterrand hein, en direct ! Y'a eu une agence de com. et puis on a dégommé le bonhomme. En fait ça a été assez simple à faire comme il avait beaucoup de casseroles ça a été facile hein ! Ils avaient qu'à choisir quelqu'un d'autre et il avait qu'à prendre des positions moins stupides. C'était la guerre hein à l'époque c'était la guerre de tranchées. Moi j'ai eu les RG, j'ai tout eu, on était en guerre, on s'est retrouvé en 68 hein, moi je revivais ma jeunesse ! D'ailleurs on a monté des comités, des alliances et tout était plus ou moins clandestin c'était marrant. Et notre centre à nous était un foyer de résistance en fait. Y'a eu une alliance entre X, Olive et tout le monde avec une technique de résistance. On a monté une campagne avec les médias. En plus avec nous ils avaient pas de chance parce que nous les médias on connaissait quand même, on était habitué à les utiliser. Alors l'autre il faisait pas le poids hein c'est clair. (...) Et c'est vrai que la DGS était pas très favorable non plus au projet, et on a eu aussi là des appuis...souterrains. De toutes façons elle se sabordait aussi la DGS d'une certaine façon avec Chalandon. Non y'avait beaucoup de gens qui sont intervenus là-dedans, c'était un climat étonnant, ça a ressoudé le milieu en plus » (un psychiatre, directeur d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Ce soulèvement sans précédent de l'ensemble des toxicothérapeutes n'est pas sans lien avec une autre réalité : « non-événement » sur un plan mobilisateur, le sida reste omniprésent dans les centres de soins qui commencent également à voir une baisse de leur fréquentation. Par sa rapidité de réaction face au problème du sida le Patriarche, mis sur le devant de la scène, appui la mise en échec du modèle traditionnel au même titre que les associations financées au titre du sida. La superposition entre une pratique illicite et un contexte psychothérapique n'étant plus assurée, le champ de la toxicomanie voit véritablement trembler l'édifice sur lequel il s'était installé.

Cette révolte contre la mise en forme d'une politique qui met en danger leur existence, va accélérer la reprise en main du dossier par la Ministre de la Santé jusque là isolée et soumise aux projets de la Chancellerie. Une riposte est engagée par M. Barzach pour la

défense des centres de soins, après que des études d'évaluation aient tout de même été commandée « en vue de consolider la légitimité malmenée du secteur »[443]. Reconnue, de fait (et malgré quelques grincements de dents quant à cette inspection de leurs centres) par les spécialistes, la Ministre de la Santé, particulièrement sensibilisée sur la question du sida, va s'engager plus en avant dans la mise en place d'une politique conjointe des problèmes sida-toxicomanie. En dépit donc de l'accalmie provoquée par son soutien aux toxicothérapeutes, c'est à partir de son action que va s'enclencher réellement « la politique de réduction des risques », peu favorable, somme toute, sur un long terme aux « acquis » du modèle spécialisé. C'est sous son impulsion que sera suspendu le décret[444] réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales mis en place en 1972 dans le but de lutter contre l'extension de la toxicomanie. Suspendu pour deux années, le temps de permettre la mise en place d'évaluations des mesures, ce décret sera reconduit le 11 août 1989 après des conclusions positives mettant en relief une diminution du partage des seringues par les toxicomanes. Soutenue par les associations de lutte contre le sida, cette première mesure de réduction des risques aura sur l'ensemble du champ de la toxicomanie un effet irréversible. La mise en vente libre des seringues participe en effet à la reconnaissance des pratiques d'injections des toxicomanes, qu'il convient face à l'urgence et au danger que constitue l'infection par le VIH, d'accompagner, dans les meilleures conditions sanitaire possibles. Elle entérine également les insuffisances d'un système de soins fondé sur l'abstinence et par-là même l'entrée en scène d'un nouveau type de professionnels plus à même de s'impliquer dans des actions de terrain en direction des usagers de drogues.

1-3 : Malaise dans la clinique

Si comme le montre H. Bergeron « le changement de majorité présidentielle en 1988, allait mettre un terme à cette période douloureuse pour le dispositif spécialisé »[445], si donc le projet Chalandon allait être mis hors d'état de nuire, le passage désormais affiché à la « politique de réduction des risques » n'allait pas pour autant apaiser le champ des spécialistes de la toxicomanie. Désenclavé de son carcan répressif, le risque allait en effet désormais être géré (de façon altruiste) par une « multiplication potentiellement infinie des possibilités d'interventions »[446]. « La tentation du tout répressif n'a précédemment abouti qu'à rompre la

---

[442] Réunions de crise, groupement en collectifs, articles dans la presse généralistes ou spécialisée.
[443] Cf H. BERGERON., *op. cit.*, p. 285
[444] Décret du 13 mai 1987.
[445] BERGERON H., *op. cit.*, p. 286.
[446] CASTEL R., *op. cit.*, 1983, p. 123.

confiance entre les pouvoirs publics et les intervenants locaux et à provoquer des réflexes d'exclusion, voir de peur chez certains de nos concitoyens » souligne M. Rocard dans une note adressée à C. Trautman nouvelle présidente de la MILT. « Le renforcement des politiques locales de prévention et de réinsertion des toxicomanes et leur articulation à l'ensemble des dispositifs de prévention de la délinquance et de recherche d'emploi pour les jeunes devra permettre une réponse plus adéquate aux besoins et une meilleure répartition des moyens. Décloisonner et étendre l'information et la formation au-delà des spécialistes est indispensable (...). Le réseau français de soins aux toxicomanes est diversifié et a fait ses preuves. Il est nécessaire cependant de l'adapter au développement du SIDA qui entraîne une médicalisation du problème, et de rechercher de nouveaux modes de prise en charge des toxicomanes prenant en compte l'évolution de leurs habitudes de vie et de consommation, qui intègre de plus en plus fréquemment l'alcool et les médicaments »[447]. Le Premier Ministre commande en outre à la nouvelle Présidente un rapport sur l'évolution de la politique conduite en la matière depuis une dizaine d'années. Paru quelques mois plus tard, le rapport Trautman[448] abondera dans le sens du chef du gouvernement en légitimant les efforts engagés en terme de politique locale partenariale (clubs de prévention, CCPD, etc), en posant la nécessité de coordination plus effectives encore sur un plan local, national et européen, l'harmonisation du dispositif sanitaire et social, une gestion assainie du financement des structures spécialisées ainsi qu'une meilleure prise en compte des problèmes liés au sida, notamment par la création d'unités d'hébergement pour toxicomanes.

Nommé Ministre délégué chargé de la Santé dans le nouveau gouvernement, L. Schwartzenberg allait ouvrir publiquement la marche en repoussant à l'extrême (sinon à l'excès, ce que devrait montrer sa démission « demandée » quelque jours plus tard), les limites du possible en matière de prise en charge de la toxicomanie. Résolument orienté vers la lutte contre le sida devenue « priorité nationale » avec le Ministre C. Evin, son projet, en ce qui concerne spécifiquement le domaine de la toxicomanie, créé la surprise générale à travers sa proposition d'un usage médicalement contrôlé de produits de substitution (héroïne ou méthadone) visant surtout à « casser » le trafic.

« L'essentiel de mon idée c'est de casser le marché de la drogue et de faire en sorte que les enfants ne soient pas sollicités par les revendeurs à la sortie de l'école. Comment peut-on le casser ? La distribution de

---

[447] Note du Premier Ministre M. Rocard à C. Trautman, datée du 15 novembre 1988.
[448] TRAUTMAN C., Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants. Rapport au Premier Ministre, Paris : La Documentation française, 1989, 223 p.

drogue sous contrôle médical aux toxicomanes en manque est-il une solution ? C'est ce que nous pourrions envisager après consultation des psychiatres de Paris et de province. Il ne s'agit en aucune manière de légaliser l'usage de drogues ou d'en encourager la consommation. Le toxicomane pourra avoir à la fois confiance dans le corps médical et infirmier, qui respectera son anonymat, et être en contact avec une équipe soignante qui, à tout moment, s'il le désire, lui permettra de tenter une désintoxication »[449]

Après s'être élevé contre la politique du tout répressif de A. Chalandon et le soutien de celui-ci au Patriarche, C. Olievenstein déplore, avec d'autres spécialistes la politique du « tout libéral » de L. Schwartzenberg. En réalité, par son effet d'annonce, mal amenée dans le contexte soupçonneux de l'époque, la proposition du secrétaire d'Etat en matière de substitution a plus contribué à infléchir la tendance du gouvernement, qu'à soutenir certains projets déjà prêts, comme celui d'une unité méthadone mère-enfant par un ancien spécialiste très tôt converti à la réduction des risques.

« On voulait faire une unité spécialisée pour les mères avec de la méthadone. On avait lancé le projet en 1989. Si ça avait été fait à ce moment là plutôt que des années après on sauvait probablement beaucoup de gens, et ça il aurait fallu qu'on soit écoutés hein. En fait politiquement le gouvernement Rocard avec Schwartzenberg, bon lui c'est une connerie de Rocard ou un piège de Mitterrand à Rocard, parce que maintenant l'histoire je sais pas trop qui piège l'autre, parce que y'a probablement des dessous qu'on ne maîtrise pas dans ces provocations entre Mitterrand et Rocard, mais il doit y avoir de ça. Schwartzenberg a beaucoup fait de mal parce qu'il nous a empêchés en fait de faire les chose, c'était tellement démagogique la façon dont il a fait appel à la méthadone qu'on se retrouvait dans un truc impossible » (un psychiatre, directeur d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Un autre projet, plus étonnant celui-là car issu d'une collaboration entre Médecins du Monde et C. Olievenstein sera également rejeté par la MILT, celle-ci estimant « qu'un champ de réflexion est nécessaire car on ne dispose pas d'une évaluation scientifique sur l'utilisation du produit »[450]. Cette collaboration, il est vrai, a tout de même de quoi surprendre à l'époque. Sans doute les intérêts des uns et des autres ont-ils à voir avec cette étrangeté.

« Je pense qu'à l'époque ni MDM, ni le Ministère, ni la société française n'étaient prêts à ce qu'un tel projet voit le jour et donc finalement ça a capoté. Alors c'est vrai il y a eu des discussion chez nous avec Olievenstein et il me semble que la raison pour laquelle ces discussions ont eu lieu, c'était le fait qu'il y avait un certain nombre de personnes à MDM qui étaient assez inquiètes qu'on se lance dans un projet de ce type là et que l'idée, n'y connaissant rien, ils ont décidé d'aller voir Olievenstein, sans probablement comprendre ou savoir

[449] Le Pr L Schwartzenberg interviewé dans Le Quotidien du Médecin du 8 juillet 1988, n°4118.
[450] Le Quotidien du Médecin du 13 mars 1989, n° 4261.

qu'il était quand même opposé à la méthadone, parce qu'ils se disaient si on fait un truc avec Olive on a une caution morale, scientifique, et on est sûr de ne pas se planter quoi » (un médecin généraliste, directeur d'un centre de soins Médecins du Monde pour usager de drogues - extrait d'entretien).

Si le directeur de Marmottan ne s'avoue pas à ce moment catégoriquement hostile à l'utilisation de la méthadone (sous certaines conditions et bien sûr hors de sa propre institution), certains de ses propos futurs ou même plus anciens en la matière entretiennent le plus grand flou quant à sa position réelle[451]. On peut toutefois soupçonner, à la lumière des rapports internes de Marmottan à cette période, quelques enjeux tactiques sous cet alignement sur la ligne des agents de la réduction des risques. Les centres de soins sont en effet à cette époque considérablement mal en point.

« Une partie de la population ne vient plus à Marmottan mais va à l'hôpital général, ce qui implique le développement de nouvelles relations entre notre centre et un certain nombre de services hospitaliers... ; par ailleurs l'apparition de nouvelles marge implique le redéploiement de notre travail et il nous faudra de plus en plus aller sur le terrain. Comme en 1979, l'institution traverse une crise : usure de l'équipe qui depuis la crise économique reçoit mal les propositions de rénovation ; difficulté à se renouveler qui entraîne une perte de contact avec les nouvelles marges. Enfin, le sida présent partout. L'absence de moyens réels nous empêche de développer un véritable suivi une véritable prospection et un véritable encadrement des séropositifs nécessitant un prise en charge. C'est la désespérance quotidienne »[452].

Les avancées en matières de réduction des risques ne sont pas pour soutenir la majorité des spécialistes, retranchés, après la bataille, dans leurs institutions. Si le Patriarche a pu être à nouveau écarté, force est de constater que « la méthadone, l'ennemi que l'on croyait muselé à la faveur d'un compromis général » [453] a, y compris timidement, refait surface. Les expériences européennes en la matière commencent comme le souligne H. Bergeron à être exhibées, la France est de plus en plus taxée à l'étranger de réactionnaire, à la DGS, « la cellule toxicomanie dont la direction a changé en 1989 -et ce n'est certes pas anodin- n'est pas insensible (elle non plus) aux transformations globales qui affectent l'échelle des valeurs

---

[451] Ce positionnement flou de C Olievenstein est souvent dénoncé dans nos entretiens avec d'autres professionnels. Ainsi l'un d'entre eux nous disait-il : « On sait pas ce qu'il pense. Y'a pas moyen de savoir sur la réduction des risques ce qu'il pense. Il va dénoncer tel truc et en même temps dire qu'il faut le faire. Et c'est comme ça tout le temps, il a pas aidé hein (...) Et bien sûr en même temps il s'implique et c'est là où c'est très compliqué. Mais il a pas aidé parce que il aurait mieux fait de prendre une position claire en disant faut faire ça, mais il voulait pas être gourou en même temps. C'est toujours ses trucs par rapport au Patriarche, son problème de ne pas en être un et en même temps de revendiquer une place historique dans l'histoire, enfin c'est compliqué » (Un psychiatre, directeur d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien)

[452] Rapport interne de Marmottan pour l'année 1988.

[453] BERGERON H., *op. cit.*, p. 311.

sanitaires »[454] ; bref, on l'aura compris, le vent tourne et le doute commence à s'installer.

Tout ceci n'est pas sans provoquer de nombreux débats dans le champ, entre ceux passés de « l'autre côté » et les autres, mais aussi entre les tenants du modèle traditionnel eux-mêmes. S'amorce véritablement ici une crise. Les quelques spécialistes partisans de la réduction des risques n'hésitent pas notamment à dénoncer publiquement « l'enfermement » thérapeutique dans lequel ils se sont tous fourvoyés, prenant à partie certains concepts de la clinique jugés dangereux dans le nouveau contexte du sida. L'un d'entre eux notamment publiera dans le Journal libération un article : « la fin des libertaires » dans lequel il dénonce le concept d'ordalie[455] fondé par deux psychiatres de Marmottan, responsable, entre autres selon lui des retards de la France en matière de réduction des risques

« J'ai remis en cause ce concept non pas du tout par rapport à sa valeur psychique, de la position de défi dans laquelle sont de nombreux toxicomanes, avec ça je suis tout à fait d'accord, mais par rapport à ses incidences concrètes. C'était rentré dans le discours commun cette notion d'ordalie : les toxicos c'est quoi ? C'est des gens qui sont dans des positions de défi, qui aiment jouer avec la mort, donc ça sert à quoi de distribuer des seringues stériles puisque de toutes façons c'est des petits cocos qui aiment jouer avec la mort, alors c'est pas la peine de leur donner des outils pour ne pas mourir, bon je caricature un peu, mais c'est ce type de logique auxquelles on avait affaire. Enfin y'a quand même un grand monsieur de la toxicomanie qui cette année là en 1989 a écrit « imaginer que distribuer des seringues stériles aux toxicomanes va enrayer l'épidémie de sida est un délire de la part du monde journalistique » ! Et je pense que si il écrivait ça c'est que justement ses outils à lui c'était ces outils là, c'est-à-dire que c'était l'ordalie, c'était le défi, c'était le déni, c'était tous ces outils psychiques (...). Au fond cette idée de l'institution spécialisée en toxicomanie, à laquelle j'ai participé hein, je suis pas du tout en train de taper sur les copains en disant ils ont eu tort, moi j'ai été là-dedans complètement au début, je fais partie de ceux qui l'ont forgée cette institution, mais je crois qu'on s'est pas du tout rendu compte qu'on forgeait quelque chose qui allait créer une nouvelle rupture et un nouvel enfermement (...) un type d'enfermement identitaire extrêmement puissant en matière de toxicomanie » (un psychiatre, directeur d'un centre de soutien psychologique pour personnes séropositives - extrait d'entretien).

Du côté strict des spécialistes demeurés dans le champ lui-même, les débats et remises en question vont aussi bon train. Là encore nombre de questions anciennes, demeurées masquées par la nécessaire homogénéité de façade du champ ressurgissent.

---

[454] BERGERON H., *op. cit.*, p. 311-312.

[455] Ce concept sous-tend le risque mortel comme étant inhérent à la toxicomanie, comme étant même un de ses attraits. Il a permis d'expliquer certaines conduites, certains comportements à priori incompréhensibles comme le suicide après un sevrage réussi. Pour autant, dans le cadre du sida, il s'avère inefficace voire pernicieux aux yeux des agents de la politique de réduction des risques : si les « toxicomanes » aiment jouer avec la mort, à quoi bon leur proposer l'échange des seringues ou tout autre mesure visant à prévenir ou réduire les risques liés au V.I.H ?

« Un certain terrorisme intellectuel cache mal, parfois, des enjeux de pouvoir, et l'impérialisme psychanalytique n'a dans certains cas rien à envier à celui des comportementalistes américains. Les formules péremptoires du type « c'est le toxicomane qui fait la drogue voire « le social n'existe pas », suffisent à montrer comment la recherche d'une « pureté » devient réductrice, laissant de côté toutes les questions liées à l'effet des produits, mais aussi à l'environnement, au contexte culturel, etc »[456]

Faut-il s'adapter au risque de perdre ce qui constitue l'essence même d'un travail thérapeutique à savoir l'accompagnement d'une souffrance et d'un plaisir ? Telle est bien (comme nous l'avons évoqué précédemment[457]) la question du moment. Les réponses sont des plus variées. Si certains annoncent alors des solutions prétendument nouvelles et « adaptées » qui les montrent ancrés dans une histoire comme une huître attachée à son rocher...

« Quand les causes sociales prédominent, quand les dealers sont à la porte des cités, quand c'est la misère, l'acculturation, la désorganisation sociale qui conduisent les jeunes à la drogue, il faut trouver des solutions au problème qui soient à la mesure de ses causes. Pourquoi ne pas imaginer d'offrir aux jeunes exclus des banlieues les plus défavorisées, la possibilité de partir pour participer aux travaux de modernisation des milliers de villages qui dépérissent dans la campagne française ? Ils pourraient sans doute trouver là une expérience plus adaptée à leur cas que la psychothérapie »[458]

...d'autres ne voient finalement pas en quoi leur rôle demeurerait changé face à un type de menace (la maladie somatique en l'occurrence) qu'ils ont toujours évacué.

« Se pose forcément la question de savoir pourquoi se sentir autant interpellé par cette maladie quand, jusqu'alors, nous ne considérions pas de notre domaine tous les heurts et malheurs qui jalonnent la vie du toxicomane (...). Nous ne devrions nous donner d'autre but que de rester les gardiens vigilants d'une éthique qui a fait notre force et que le sida menace. (...) Nous nous devons d'informer. Mais a t-on réfléchi par exemple à l'incongruité de cette phrase : « il faut shooter propre ». Non pas que les toxicomanes ne soient capables d'entendre cela, ils l'entendent. Mais voilà qu'on « éduque » les toxicomanes ! S'ils sont éducables... je ne dis pas qu'il faille lancer le slogan : « shooter sale et jetez vos capotes à la rivière », mais je dis qu'ici une brèche immense est ouverte et que si nous sommes « éducateurs », nous ne pouvons plus tout à fait être « thérapeutes »[459].

---

[456] VALLEUR M., Vingt-cinq ans après...des vies auprès des toxicomanes, Agora, *op. cit.*, p. 74.
[457] Cf deuxième partie, chapitre I ; 2 ; 2-2.
[458] CURTET F., Ving-cinq ans après...des vies auprès des toxicomanes, in Agora, *op. cit.*, p. 25.
[459] GUEGUEN J-P., Sida : et si les intervenants en toxicomanie n'étaient pas concernés ? Interventions, 1988, n° 17, pp. 29-31.

Une brèche immense en effet, dans laquelle d'autres, peu enclins à ces considérations éthiques propres au modèle, n'allaient pas tarder, pour de bon, à s'engouffrer.

2 - De nouveaux auxiliaires

2-1 : Le passage d'un clandestin

Désormais, la frontière symbolique qui avait été instituée pour « contrôler » les passagers clandestins dans le modèle traditionnel était rompue. La règle que chacun avait appliquée jusque-là, dans son intérêt et celui du modèle avait changé ; ce n'est pas tant que certains agents « n'y croyaient plus », simplement que l'homogénéité de façade du champ s'était fissurée ; chacun pouvait alors s'il le souhaitait investir ailleurs certains de ses intérêts, plus en phase avec la nouvelle réalité collective. Comme le souligne M. Douglas : « nul n'adopte l'ensemble des croyances et comportements (...) d'un groupe (...) mais ceux-ci font sens ensemble »[460]. C'est précisément ce sens qui faisait désormais défaut. Cela allait contribuer à faciliter le passage de l'un de nos « clandestin », pédopsychiatre.

La question mère-enfant, de par sa place dans le développement de l'épidémie, devient, en ces années, partie intégrante de nouvelles formes de mobilisations. Elle s'avère cruciale cependant dès son origine, et ne se pose pas sans débats. La thématique du dépistage obligatoire ou non déjà mentionnée plus haut, prend ici une dimension tout à fait particulière eu égard à ses corollaires en terme de suivi et de prise en charge. Comme le souligne E. Collangeli : « la controverse autour de la finalité de l'information proposée aux femmes séropositives dépistées divise la communauté médicale et scientifique. L'identification des femmes infectées va t- elle permettre de les informer sur les risques de transmission afin qu'elles puissent se déterminer sur l'opportunité de devenir enceinte ou de mener à terme une grossesse, ou va t-elle permettre d'informer les femmes sur leur statut afin de les décourager d'entreprendre une grossesse, voire de les pousser à avorter si elles sont déjà enceintes ? »[461]. Au nom de « la très médiatique figure de l'enfant, victime innocente »[462] (qui se couple évidemment inconsciemment ou non avec celle de la responsabilisation-culpabilisation de

---

[460] DOUGLAS M., *op. cit.*, p 62.
[461] COLLANGELI E., Exemple de cristallisation d'intérêts institutionnels autour d'un problème de santé publique : la prise en charge associative des mères et des enfants séropositifs, DEA de Santé Publique, sous la Direction de P Pinell, Université de Paris-Sud - EHESS, septembre 1995, p. 6.
[462] CHEVALLIER E., Les oubliés de l'histoire. Autrement, *op. cit.*, 1992, p. 51.

l'adulte et en l'occurrence de la mère), « les premières réactions des professionnels de la santé furent bien, sinon d'empêcher les femmes séropositives d'avoir des enfants, de le leur déconseiller au mépris des conséquences psychologiques et sociales que pouvait entraîner la perte d'un tel rôle social »[463]. Dans le contexte de « la lutte », de tels états de fait allaient, à contrario, orienter une minorité d'agents vers d'autres formes de prise en charge des mères séropositives et de leurs enfants. Somme toute ce qui semblait nié ici n'était pas sans rappeler la condition des mères toxicomanes dans l'enceinte de la clinique. Conjuguée à l'urgence à agir, cette brèche supplémentaire allait accélérer la prise en main du problème par un petit nombre de spécialistes. Deux dispositifs nouveaux allaient voir le jour au même moment : l'un sera le fait d'un centre de soin qui ouvrira en son sein, sous l'impulsion d'un de ses intervenant psychiatre très tôt rallié à la réduction des risques, une unité pour mères séropositives et leurs enfants[464]. L'autre, auquel nous allons nous intéresser ici, pensé de longue date, sera issu de notre pédopsychiatre.

Il faut préciser à ce titre que la question mère-enfant a été un élément important dans la production de nouveau modes d'approches décloisonnés des questions de toxicomanie en temps de sida. Si l'histoire singulière de notre passager clandestin préoccupé depuis de nombreuses années par les problèmes sanitaires et sociaux de ces femmes et de leurs enfants a somme toute trouvée dans ce contexte un juste aboutissement, on ne peut manquer de voir que la question a pu apparaître ailleurs et notamment chez les agents partisans de la réduction des risques, comme un mode d'entrée légitime vers les questions de toxicomanie. Le premier projet cité plus haut s'était d'ailleurs construit autour de l'outil méthadone (possibilité qui n'aboutira qu'en 1991, période où les initiateurs du projet auront pris d'autres engagements). Nul doute qu'une structure méthadone centrée sur le lien mère-enfant (par-là même relativement « délimité ») se soit révélée alors potentiellement plus « acceptable ».

Dès 1986, J. Ebert entreprend de dresser les principaux objectifs de son projet d'association : « Horizons ». Il s'agit « d'entreprendre la prise en charge des parents toxicomanes avec leurs jeunes enfants dans le but de soins, de prévention et d'aider à leur réinsertion, de participer à une recherche sur les effets de la toxicomanie au niveau de la maternité et des conséquences chez l'enfant, de créer à cet effet toutes structures d'accueil et de soins qui seraient nécessaires »[465]. Le centre Horizons ouvre ses portes en janvier 1989.

---

[463] COLLANGELI E., *op. cit.*, p. 6.
[464] Il s'agit du centre Pierre-Nicole fondé par un ancien intervenant de Marmottan où travaille alors un psychiatre qui fera partie des premiers militants de la réduction des risques.
[465] EBERT J., Un lieu pour les enfants de parents toxicomanes, séropositifs ou non, Transitions, 1991, n° 31, p. 166.

Centré sur l'enfance, la maternité et la parentalité dans un contexte de toxicomanie, il intègre toute autre dimension susceptible d'y interférer (désinsertion sociale, maladie somatique, psychiatrique...). En ce sens le sida fait-il partie d'emblée des préoccupations du médecin et de son équipe composée notamment de deux « anciens » de l'institution Marmottan. Ce n'est pourtant pas la DGS encore traditionnellement dévouée à la cause du modèle, mais la DAS, plus portée vers les actions novatrices, qui soutiendra le projet.

«On était nous, sur des recherches d'appui et d'expérience à soutenir de cette nature là (...). On avait tout naturellement une légitimité à réfléchir et à soutenir ce type d'entrée et d'approche parce que la question était posée non pas à partir d'une problématique sanitaire mais de la problématique des relations mère-enfant, les questions de la protection de l'enfance. Donc y'a eu tout naturellement là un lien avec la DAS dont c'est la compétence, l'une des fortes compétence » (un responsable administratif de la Direction de l'Action Sociale - extrait d'entretien).

Ce regard décalé par rapport aux spécificités de la clinique va, durant de nombreuses années, isoler le nouveau dispositif de la traditionnelle « chaîne thérapeutique ». Très peu de centres spécialisés en effet, collaboreront dès le départ avec « Horizons »[466]. D'ailleurs, le projet lui-même continuera longtemps à être vu à travers le prisme de l'unique « modèle ». Seuls d'autres regards « complices » dans l'enceinte du champ pouvaient être à même de faire valoir l'intérêt d'une telle pratique.

« La grande surprise pour moi ça a été que justement ils nous ont adressés très peu de monde, et encore maintenant, alors qu'ils voient beaucoup de monde, c'est très curieux. Enfin finalement avec du recul je me dis que c'est pas très étonnant parce que eux sont restés dans la logique de fonctionnement qu'ils ont toujours eu (...). Alors y'a pas du tout d'hostilité, j'ai de très bonnes relations avec pratiquement tout le monde, c'est plutôt une question de logique quoi, de regard sur les gens. C'est exemplaire du champ de la toxicomanie ça. (...) Au début c'était une source de mystère mais maintenant je comprends mieux quoi. Je crois qu'ils ne peuvent même pas concevoir ce qui se passe, parce que ça ne se produit pas à Marmottan, ce ne peut pas. A Marmottan ou ailleurs hein, je pense que dans d'autres centres d'accueil c'est pareil. (...) Pendant des années on a souffert de cette confusion : on disait, à Horizons nous nous occupons d'enfant et de parents, donc de parents toxicomanes et leurs enfants, et à chaque fois on nous parlait de parents de toxicomanes, c'était « alors parlez-nous des parents de toxicomanes ». Je disais « non non, nous c'est la génération d'après ! ». C'était inentendable, pendant des années hein !. (...). Paradoxalement, bien que faisant partie de l'équipe de Marmottan, il y a très peu de gens qui ont compris ce qu'on faisait. C'est surtout le service médical de Marmottan avec X, qui a fonctionné avec nous au début. X a toujours eu une très grande sensibilité vis-à-vis de la question des femmes, elle a une

[466] Notons d'ailleurs que ce n'est qu'en 1995 qu'un module maternité--toxicomanie sera intégré dans les formations de l'ANIT.

compétence gynéco obstétrique (...) donc y'a déjà toute une culture commune.» (un pédopcychiatre, directeur d'un centre d'accueil et bde soins pour femmes toxicomanes - extrait d'entretien).

Ce décalage théorique s'accompagne d'un décalage pratique. La prise en charge de femmes enceintes ou de mères toxicomanes avec enfants, parfois séropositives, implique d'emblée l'établissement de liens forts avec des professionnels (somaticiens, obstétriciens, sage femmes, assistantes sociales ...) et des structures (hôpitaux, maternités, PMI, pouponnières...) hors champ, ce que pratiquaient peu les spécialistes en toxicomanie. C'est donc aux frontières de divers autres domaines d'interventions que le centre Horizons va se positionner, découvrant par-là même un certain nombre de cloisonnements professionnels et de carences institutionnelles. Un travail de contact, d'établissement de relations (rencontres des équipes, participations à des colloques...) s'avère indispensable dans le but de se faire connaître et surtout de transmettre les bases d'un savoir et surtout d'un savoir-faire susceptibles de remettre en cause certaines « évidences » et représentations ancrées dans les esprits. La tâche s'avère complexe et difficile. Si du côté des spécialistes en toxicomanie la maternité est indicible...

« la clinique du toxicomane est une clinique de l'individu « adolescent », l'éternel androgyne, un androgyne par définition on ne le voit pas avec un gros ventre...» (ce même pédopsychiatre - extrait d'entretien).

...ailleurs, c'est le plus souvent la toxicomanie qui fait écran car elle se trouve relayée par des effets de représentations fonctionnant sur la base de présupposés idéologiques et théoriques.

« Et bon ça participe aussi du mythe que les filles qui prennent des produits ne peuvent pas être enceintes, c'est quelque chose qui est passé aussi du côté des toxicos, alors que cliniquement c'est faux » (ce même pédopsychiatre - extrait d'entretien).

Les débuts du centre Horizons vont tout autant être marqués par une intense activité interne qui tendra peu à peu à lever les doutes sur la pertinence d'un tel projet présenté au départ par certains comme peu viable, que par un travail externe visant à remettre en cause de tels présupposés. En outre, la prise en charge de ces femmes requiert un réaménagement des frontières professionnelles qui prévalaient jusque-là et que rien ne semblait être venu interroger.

« C'était un de nos objectifs par exemple que les consultations de maternité soient beaucoup plus vigilantes par rapport à ces questions et imaginent d'emblée, et qu'il n'y ai pas seulement écrit dans le dossier : « faire voir à l'assistante sociale », que ce soit autre chose que ça. Alors là y'a du boulot hein, parce que ça suppose que soit inscrit d'emblée l'extra-hospitalier dans un projet de soins. Le jour où j'arriverai à ça !...En plus ça dépasse la logique de la drogue, du sida et d'autre chose. Ca ouvre une perspective que j'avais même pas pensée. Ce sont en fait des procédures de travail qui dépassent, qui bousculent complètement les façons de travailler cloisonnées, et ça vaut pour toute autre approche, toute autre maladie. (...) Quand je me vois discuter avec des obstétriciens avec qui on a pu travailler comme ça, je me rends compte que ça les a fait penser aussi, et du même coup y'a quelque chose qui se passe avec d'autres femmes ». (ce même pédopsychiatre - extrait d'entretien).

C'est en réalité dans les avancées de la lutte contre le sida puis de la « politique de réduction des risques » en matière de consommation de drogues que ce projet trouvera toute sa dimension. Le 30 novembre 1989 est organisée la Conférence internationale sur les implications du sida pour la mère et l'enfant. La Déclaration de Paris y souligne la nécessité d'une approche globale de la santé maternelle et infantile. L'année suivante voit apparaître quelques réponses associatives (nous n'en cirerons que quelques-unes ici[467]) pour prendre en charge ces problèmes spécifiques soulevés par le VIH chez les femmes et les enfants : Sida Accueil Femmes Enfants (SAFE) présidé par le Pr R. Henrion[468] intègre d'emblée cette question dans un contexte hospitalier et s'organise autour de l'accueil des femmes enceintes séropositives et de la recherche en ce domaine. Sol en Si, créée sur l'initiative d'une ancienne salariée de Aides, place ses priorités autour de la prise en charge des familles. Dessine-moi un mouton se centre à la fois sur le soutien professionnel (assistantes sociales de secteur, PMI...) et l'accompagnement social et psychologique des familles. En 1991 la vocation généraliste de Aides (notamment en province) se marque par la création d'un groupe parent-enfant.[469]. Toutes ces initiatives prennent place, comme Horizons, dans un même mouvement de désenclavement des pratiques professionnelles et de lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes. Croisées ou non avec le domaine de la toxicomanie, elles vont tendre à rendre irrémédiable le passage vers un nouvel ordonnancement de la réalité.

---

[467] Pour une analyse élargie de la question nous référons notamment à la recherche de E Collangeli., *op. cit.*
[468] Praticien à la maternité de Port-Royal à Paris.
[469] Pour de plus amples développement sur ces différentes formes associatives cf l'étude de E Colangeli, *op. cit.*

2-2 : La multiplication de dispositifs locaux ou la lente ascension d'un autre modèle

Si la question sanitaire mère-enfant dans le contexte de l'épidémie de sida a pu apparaître relativement tôt comme un mode légitime d'action en direction des consommateurs de drogues (et en l'occurrence des consommatrices), force est de constater que la question de la toxicomanie en elle-même n'a que tardivement été l'objet de franches mobilisations. C'est principalement au niveau local que vont apparaître les premières actions en ce sens. La décentralisation et les premiers supports locaux offerts par la politique de la ville en terme de concertation (CCPD notamment) n'ont, nous l'avons vu, que peu intégré le domaine de la toxicomanie. Un tel marquage, y compris pour des raisons sanitaires ou plus largement de santé publique ne pouvait qu'être malaisé politiquement. De plus comme le souligne M. Arène, si « les lois de décentralisation satisfaisaient un certain souci gestionnaire et une volonté d'agir plus efficacement en rapprochant décision et action, (...) ces choix s'opérèrent à un moment où la définition du champ (...) de la santé publique étaient des questions qui commençaient à peine à se formuler en France. La connaissance des effets sur la santé de ce que l'on appelait alors « la nouvelle pauvreté » n'apparaît pas dans les débats parlementaires (...). L'absence d'outils adaptés pour favoriser l'émergence d'une politique - la séparation soins/prévention, santé/social - rendaient malaisés le pilotage d'actions, leurs planification et leur animation »[470]. En réalité tout comme la toxicomanie, la santé des populations se donne à voir « autour de préoccupations liées à la jeunesse, l'insertion et l'intégration »[471]. Certes l'apparition du sida était bien venue rappeler quelques années plus tôt la « légitimité historique »[472] de la prévention dans la contention des grandes épidémies, mais au dehors d'actions spécifiques portées par les associations de lutte contre le sida (messages de prévention, soutien des personnes atteintes à l'hôpital comme à la ville, etc), ou par quelques organisations humanitaires, force est de constater, à l'époque « la faiblesse des orientations politiques en matière de santé publique »[473]. Il faudra en réalité attendre la parution des premières grandes études épidémiologiques sur la question, l'élargissement du regard vers des modèles étrangers de prise en charge (nous y reviendrons), pour que la santé publique se saisisse plus radicalement, soit au niveau national, de la question. Auparavant c'est « par le

---

[470] ARENE M., L'importance accordée à la santé dans la politique de la ville. Prévenir : Ville et Santé, vol. I, n° 31, 1996, p. 25.
[471] *Ibid.*, p. 28.
[472] Cf notamment sur cette question LAMOUR P., Dessiner une politique communale de santé publique. Prévenir, *op. cit.*, n° 31, p. 115.
[473] *Ibid.*

biais d'un renvoi aux dynamiques associatives qui s'inscrivent dans un « no man's land » public, véritables délégations de service public, qu'elles soient revendicatives, corporatistes ou humanitaires »[474], que les premières formes d'actions vont voir le jour. C'est principalement là que le travail de « mise à jour » et de « mise en forme » de la Santé Publique, dont les contenus et les contours ne sont, nous signale D. Fassin[475], jamais donnés d'emblée mais au contraire sans cesse à créer, commencera à s'opérer.

En ce début des années quatre-vingts-dix, rares sont en effet les centres de soins spécialisés financés par l'Etat, qui s'ouvrent à d'autres formes d'approches. D'ailleurs la circulaire de la DGS précédemment citée, datée de 1992[476], recommandera encore à ces dispositifs de se recentrer sur la prise en charge individuelle. De fait les actions de prévention les plus significatives proviendront d'initiatives associatives à l'échelle locale, hors enceinte des institutions. Si certaines d'entre-elles seront soutenues par la Direction de l'Action Sociale, une large part se verra profiter des budgets de la toute nouvelle Agence Française de Lutte contre le Sida créée en 1990 afin de mettre fin au « bricolage institutionnel » constaté à la suite du rapport de C. Got sur le sida. La création de cette agence, chargée des questions de prévention[477], « correspond à la volonté du gouvernement de rendre plus visible son intervention dans le domaine de la lutte contre le sida. Mais elle s'ajuste également à la nécessité pour l'administration d'occuper des terrains qui ne lui sont pas familiers : communication, homosexualité, usage de drogue, etc. Dans le même temps, la définition de ces missions la positionne en concurrence avec les institutions qui étaient chargées d'intervenir en ce domaine (DGS, CFES...). Cette concurrence s'exercera également vis-à-vis des associations »[478]. Alors que la DGS en effet, soucieuse de « ne pas sacrifier les objectifs de soins de la toxicomanie à ceux de la lutte contre le sida »[479], tend à maintenir son soutien aux formes de prise en charge de la toxicomanie en institution, l'AFLS va elle, contribuer, comme le montre J. Fournier, à la mise en forme d'une toute autre logique en posant comme critères d'attribution de ses financements le primat de la prévention du sida sur la prévention

---

[474] JOUBERT M., Souci de prévention et souci démocratique, la santé au cœur des changements urbains. Prévenir, *op. cit.*, n° 31, p. 48.
[475] FASSIN D., La production locale de la santé publique. Prévenir, *op. cit.*, n° 31, p. 15.
[476] Circulaire datée du 23 mars 1992.
[477] Précisons qu'au moment où se créée l'AFLS sont également mis sur pied l'Agence Nationale de Recherche Contre le Sida (ANRS) chargée, comme son nom l'indique de favoriser le développement des recherches en la matière, ainsi que le Conseil National du Sida (CNS) chargé lui, des questions d'éthiques.
[478] PINELL P [Dir]., La lutte contre le sida en France après 1988 : l'Etat, les associations et le champ des sciences sociales. Bilan de la recherche effectuée dans le cadre de l'appel d'offre ANRS, 1996, p. 2.
[479] BERGERON H., *op. cit.*, p. 301.

de la toxicomanie, la prise en compte également des toxicomanes hors institutions et leur implication dans l'élaboration, au sein d'équipes mixtes, d'outils nouveaux.

La prise en compte de la toxicomanie dans des actions de prévention contre le sida va dès lors se déployer, comme le précise encore l'auteur[480], à partir de différents axes. On peut citer en premier lieu celui de la recherche mise en place par des agents issus du champ de la toxicomanie, qui renouent, dans ce contexte avec des pratiques de terrain oubliées depuis des décennies. Ainsi par exemple l'Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance (IREP) créé au tout début des années quatre-vingts par un ancien médecin de Marmottan, se lance t-il dans une série d'études et d'actions conjuguant approche qualitative (ethnographique) et quantitative (épidémiologie), le but étant de mieux connaître les pratiques et les modes de vie des consommateurs afin d'ajuster au plus près les actions de prévention. L'IREP introduira par ailleurs auprès des consommateurs de drogues par voie intraveineuse une nouvelle pratique : la stérilisation des seringues à l'eau de javel. Dans la même lignée, L'association Méditerranéenne de Prévention de la Toxicomanie (AMPT), chargée par l'Office Publique d'Aménagement et de Construction (OPAC) de mener une action de prévention sida-toxicomanie dans un quartier de Marseille va amener les intervenants, désormais plus en phase avec la réalité du « terrain » qu'il découvre non sans remise en question, à s'engager plus en avant dans la réduction des risques liés au sida auprès des toxicomanes hors institution. Il en résultera notamment la mise en place du premier « bas seuil », dispositif-relais destiné au toxicomanes les plus marginalisés (nous y reviendrons).

Un autre type d'action soutenues que nous avons déjà mentionné émanera d'agents plus spécifiquement issus du champ du sida, comme Aides ou encore Médecins du Monde. Les deux organismes s'attachent notamment à pratiquer le « counseling » : « processus de dialogue interactif entre les personnels de santé et les personnes contaminées par le VIH afin de les responsabiliser et de les soutenir au cours de toutes les phases de cette infection »[481]. D'autres encore proviendront de professionnels directement interpellés dans leur pratique quotidienne par la situation sanitaire des toxicomanes : « les pharmaciens, mis à contribution comme acteurs-relais dans la prévention du VIH depuis la libéralisation de la vente des seringues »[482], quelques hospitaliers, ainsi que des médecins généralistes qui commencent à se

---

[480] FOURNIER J., *op. cit.*, Ce qui suit est largement inspiré de cette étude. Pour plus de détail nous en référons donc à cet auteur.
[481] Médecins du Monde., La politique de réduction des risques, Dossier interne réalisé en 1995, p. 4.
[482] FOURNIER J., *op. cit.*, p. 52.

réunir en association[483]. Enfin, une dernière forme d'implication peut être évoquée à travers l'intégration de la question sida-toxicomanie par des professionnels issus de l'action sociale qui s'efforcent dans une perspective globale de favoriser « le développement d'une dynamique communautaire comme outil de production de réponses adaptées aux problèmes médico-sociaux des habitants des quartiers »[484]. C'est notamment le cas de l'association Espoir Goutte d'Or (EGO : du nom du quartier parisien en question) fondée en 1987.

Diversement mis en relief le lien sida-toxicomanie va ici servir la mise à jour d'une autre possibilité « citoyenne », d'appréhension des problèmes de toxicomanie, à laquelle les élus, soucieux des questions de sécurité ne peuvent rester insensibles. Ainsi, parfois « ce type d'intervention sera par la suite systématisé et poursuivi dans le cadre des Conseils Communaux de Prévention de la Délinquance et du développement Social Urbain »[485]. Ce sera notamment le cas des diagnostics locaux établis par l'AMPT de Marseille qui seront élargis fin 94 à l'ensemble de l'agglomération marseillaise. Ainsi, comme le souligne D. Fassin, bien que « ces innovations formelles sont en nombre limité et donnent lieu à des reproductions parfois conformistes, elles contribuent à produire à leur tour l'espace local de la santé publique »[486]. C'est principalement dès lors par ce biais là que se renforcera la « politique de réduction des risques », jusqu'à investir de retour avec plus de force d'autres domaines (comme celui de la délinquance) dans lequel elle s'était timidement immiscée.

2-3 : Des rencontres d'intérêt

C'est souvent lors de rencontres à l'occasion de séminaires, conférences, colloques internationaux sur le sida, que les différents professionnels très tôt sensibilisés par le lien de celui-ci avec la toxicomanie vont peu à peu sortir de leur isolement, s'unir et se mobiliser.

Pour quelques-uns d'entre eux, issu du champ de la toxicomanie (et qui se connaissaient donc déjà), la conversion dans le nouveau modèle, bien que rapide au regard de la « paralysie » du champ, ne s'est pas fait sans mal ni sans heurts. Un certain laps de temps leur a semble t-il été nécessaire avant que ne se produise le « déclic » qui allait signer leur engagement. On perçoit ici toute la force du modèle qu'ils s'étaient chargés de mettre en forme et de soutenir depuis de très nombreuses années.

---

[483] On pense notamment ici à l'Association pour la Prévention, la Pharmacovigilance et la Communication (APOTHICOM) analysée par J Fournier, *op. cit.*.
[484] FOURNIER J., *op. cit.*, p. 105.
[485] *Ibid.*, p. 124
[486] FASSIN D., *op. cit.*, 1996, p. 16.

« Il y a une anecdote très parlante par rapport à ça, ça doit être en 1987 que ça se passe, je travaillais à la Terrasse et Daniel Defert qui était président de Aides m'avait demandé de venir à Aides pour une rencontre avec tous les volontaires de France, pour parler de la toxicomanie justement. Et donc c'était un grand amphi, y'avait trois cent personnes et puis moi j'ai commencé à dire la toxicomanie ce que c'est, les produits, la dépendance, l'addiction, enfin bon tout le discours je vais dire un peu psychologique qu'on tenait tous à cette époque sur la toxicomanie. Et à la fin Daniel Defert se lève et il dit : « écoute c'est très intéressant tout ce que tu dis mais moi j'ai une seule question à te poser c'est : est ce qu'on trouve des seringues stériles dans ton centre de soin ? ». Et ça a été un...je sais pas comment vous dire ça, comme si tout d'un coup deux neurones se connectaient dans mon cerveau, c'est-à-dire que je me suis dit « mais au fond il a complètement raison » c'est-à-dire, si c'est pas moi qui donne les seringues stériles dans mon centre, personne d'autre ne va le faire c'est donc à moi de commencer à mettre en place ces choses là. (...) C'est à dire que... quand on a pas les mots pour décrire une réalité, même si elle est sous les yeux, et ben c'est comme si elle n'existait pas. Je dirai qu'il a fallu ce court-circuit tout à fait incident pour que je commence à me dire « mais bon sang c'est vrai y'a urgence, y'a des trucs qu'on peut faire pour pallier à cette urgence et c'est à nous de nous bouger le cul pour le faire parce que c'est pas le Ministère c'est pas l'administration, c'est pas la DGS qui vont mettre ça en place. C'est à nous sur le terrain de le faire. (...) Et c'est marrant parce que X, qui est beaucoup plus avancée que moi je dirai dans son .....militantisme en faveur de la réduction des risques, elle dit à peu près la même chose c'est-à-dire que entre quatre-vingts-quatre et quatre-vingts-huit elle travaillait donc en toxicomanie aussi, et elle continuait à voir les toxicos en leur disant « il faut se sevrer », alors qu'elle voyait que c'était des échecs, elle les voyait se contaminer, et c'était comme une fatalité. On avait pas fait cette connexion parce qu'on connaissait pas les expériences étrangères, on savait pas ce qui se passait en Hollande, en Angleterre, y'avait cette espèce de spécificité française, cette « excellence » française qui nous a complètement bloqués » (un psychiatre, Directeur d'un centre de soutien psychologique pour personne séropositives - extrait d'entretien).

Ces formes de dissidences encore isolées vont progressivement entrer en jonction, s'agréger, avec d'autres avancées cette fois issues du champ du sida.

« C'est à une conférence sur le sida à Amsterdam que j'ai rencontré X que je ne connaissais pas, qui m'a abordé en disant « ah mais j'ai lu un texte de vous, je l'ai trouvé extrêmement intéressant », je lui ai dit « ah bon, on m'a présenté à vous mais j'ai pas entendu qui vous étiez », elle m'a dit « mais je suis X », « Ah c'est vous qui avez écrit ce papier sur... « Elle m'a dit « oui oui ! » « Ah ben alors ! » Et on s'est branché comme on dit, on a commencé à discuter des heures entières sur la situation et c'est vrai que on est rentré de cette Conférence, j'allais dire remontés comme des breloques, en se disant « ça peut plus durer, en France, c'est pas possible, on peut pas continuer à rester à l'écart de ce mouvement, on peut pas continuer à laisser les toxicomanes crever dans la rue avec leur sida sans même qu'ils aient accès à l'hôpital ou qu'ils aient un peu de substitution, il faut vraiment faire quelque chose, mais quoi faire ? Puisqu'on était une poignée, on avait contre nous tout le monde, l'opinion publique, , les experts, les décideurs politiques, ça faisait beaucoup quoi, à priori, c'était un combat...Moi je me souviens à l'époque on se disait il faut faire quelque chose, mais on se demandait comment est ce qu'on allait s'y prendre hein, on ne savait pas du tout comment s'y prendre » (un médecin

généraliste, directeur d'un centre de soins MDM pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Pour autant en effet, l'organisation de la lutte n'est pas aisée. La méfiance est encore de mise notamment vis-à-vis des possibilités d'extension de l'usage médical de la méthadone, outil indispensable à la mise en forme du nouveau modèle. Cette brèche certes s'entrouvre progressivement mais elle demeure limitée. Une circulaire datée de mai 1990 laisse entendre que « des crédits viendront augmenter les possibilités de traitement par la méthadone pour certains toxicomanes ». L'apport des expériences étrangères en la matière n'est pas sans lien avec cette nouvelle proposition : « la connaissance de la pratique de nos voisins européens, le bilan établi par Espace Murger sur dix ans d'utilisation de la méthadone tendent à apaiser les craintes et permettent d'envisager de donner à notre système de soin les moyens de disposer de cet autre moyen thérapeutique »[487]. Pour autant la mise à disposition du produit demeure restreinte aux toxicomanies lourdes et anciennes (plus de cinq ans d'utilisation d'un opiacé) après échec d'autres formes de sevrage. Comme le souligne H. Bergeron, et contrairement à ce que prévoyait le rapport Trautman, il n'est fait aucune allusion dans ce texte à la possibilité d'étendre le produit notamment « aux femmes enceintes ou aux malades du sida en phase terminale. (...) La perspective de l'abstinence est maintenue primordiale »[488]. D'ailleurs les centres spécialisés bénéficient toujours à l'époque d'une certaine caution morale, le texte prévoyant en effet de privilégier « les extensions de structures existantes plutôt que des créations de structures nouvelles ». Aucun projet (à notre connaissance) ne sera présenté à l'administration cette année là, et pour cause. Il faudra attendre en réalité l'arrivée de B. Kouchner au Ministère de la Santé pour que s'accélère le mouvement naissant et que se formalisent véritablement de nouveaux espaces de possibilités.

« Il y a eu là une option politique au sens fort du terme, c'est-à-dire qu'à un moment donné un Ministre a dit « on y va ». Je trouve qu'il y avait là quelque chose de l'ordre de la responsabilité politique qui pour une fois dans ce secteur s'affranchit. Alors justement c'était pour une fois, c'est-à-dire que jusque là de ce côté là c'est pas cette capacité à affirmer une position du point de vue du politique qui avait été le règle. La nature de la relation entre le politique et la profession était une relation de loobie et les politiques ne prenaient pratiquement jamais de décision sans avoir vérifié qu'elle avait une légitimité technique du côté des professionnels spécialistes, qu'ils n'allaient pas déclencher une levée de bouclier derrière. Vu de ma fenêtre c'était la première fois que le personnel politique assumait une position qu'on attendait de lui et qui n'obéissait pas aux règles habituelles de débats avec les professionnels. (...) Cette question là ne pouvait pas être laissée aux

[487] Circulaire DGS-DAS datée du 15 mais 1990.
[488] BERGERON H., *op. cit.*, p. 314.

toxicothérapeutes, elle ne pouvait pas être laissée dans les seules mains des soignants parce que c'était pas une question uniquement de soignants (...). Y'a quand même eu de leur part des comportements d'une prétention, d'une volonté d'hégémonie et de direction qu'aucun secteur professionnel n'aurait autorisé, jamais ! Au nom de quoi ? Au nom de ce rapport au produit ? Y'a pas un champ professionnel qui aurait osé tenir ces positions qui se sont tenues, ces discours qui se sont construit, ces...Et avec un ethnocentrisme absolument effarant, une difficulté à regarder autour...effarante ! » (un responsable administratif de la Direction de l'Action Sociale - extrait d'entretien).

Le nouveau Ministre toutefois avancera prudemment dans la concrétisation de sa politique susceptible d'être à nouveau freinée par les résistances du champ de la toxicomanie et ses alliés (même s'ils le sont de moins en moins) administratifs. Relativement circonspect dans un premier temps, il saura très vite mettre à profit les « bonnes volontés » qui commencent à se manifester. Sa rencontre notamment avec notre médecin somaticien signera le point de départ de la période militante de celui-ci et de ses collègues, en matière de réduction des risques.

« C'était lors de la conférence internationale de Santé Publique à Annecy, j'avais été chargé de faire un peu l'historique de l'approche des toxicomanies en France et j'étais très critique par rapport aux différentes actions gouvernementales y compris d'ailleurs celles de Bernard Kouchner qui a eu le bonheur d'arriver dans la salle juste au moment où j'attaquais le chapitre du Ministère en question. Et après l'intervention il m'a dit : « viens on va bouffer ensemble ». Quand il m'a dit ça il m'a montré que c'était d'abord un homme très intelligent qui entendait les critiques même si elles venaient d'un tout petit par rapport à un très grand, y'a pas eu de réactions comme ça du style « mais qu'est ce qu'il vient me faire chier celui-là à raconter des trucs quand j'arrive », ce qui m'impressionnait assez pour tout dire, ce qui me prouvait l'authenticité du personnage. Et il m'a fait parler, raconter, il m'a dit : « mais attends, c'est bien, mais tu le fais qu'à Laennec ton truc, ça a quel intérêt si tu sors pas de Laennec ? Ca n'a aucun intérêt ou qu'un très faible intérêt ce que tu fais ». Et c'est vrai qu'avant j'étais satisfait que ça tourne comme ça à Laennec, j'emmerdais personne, tout le reste m'intéressait pas c'est-à-dire les prises de positions publiques ou médiatiques j'y étais plutôt réfractaire, je trouvais qu'il y avait suffisamment à faire ici. Et la réflexion de Kouchner a sûrement été un déclic, de dire : « si tu crois en quelque chose au point de l'exposer comme tu viens de le faire, ben peut-être que tu peux en faire aussi profiter les autres et avancer et que ça reste pas un microcosme de Paris 7ème » (un médecin somaticien, directeur d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

A ce titre les médecins humanitaires joueront également un rôle très important : historiquement proches de B. Kouchner ils sauront mettre ce lien à profit, tout autant que le Ministre lui-même trouvera tout au long de son mandat les moyens de pousser leur engagement. Ces différents agents jusque là singuliers, relativement isolés décideront alors de

passer à l'offensive. La réduction des risques en est, de toute évidence à ce moment, à un point de non-retour.

3 - Enjeux et mises en jeu

3-1 : La nouvelle manière douce

« Le champ potentiel est immense »[489] souligne J. Lautman. Nous avons certes déjà fait pressentir plus haut, cet état de fait caractéristique du risque. Ainsi, si la réduction des risques auprès des toxicomanes surgit brutalement en France vers la fin des années quatre-vingts, on peut la voir comme une forme exacerbée, paroxysmique (et l'apparition du sida y est bien pour quelque chose) de ce qui a pu apparaître plus tôt ailleurs, dans d'autres domaines de prise en charge, mais sous une forme relativement mouvante ou larvée et par-là même moins immédiatement saisissable et compréhensible. Le risque, bien sûr n'a rien de nouveau, mais la dite « réduction des risques » appliquée aux toxicomanes, traduction approximative de l'expression anglaise « harm reduction »[490] s'impose néanmoins avec beaucoup de force alors comme une nouveauté voire une révolution. Sa naissance officielle remonte à quelques années plus tôt, à la fin des années soixante-dix (soit avant même que n'ait été détectée l'épidémie de sida), dans le nord de l'Europe, principalement en Grande Bretagne et aux Pays-Bas. Un petit rappel historique nous semble ici nécessaire pour bien saisir les raisons d'une trajectoire exponentielle de la notion. Nous allons nous centrer ici sur le cas néerlandais bien que la question se soit posée de façon similaire dans les pays anglo-saxons. En fait, comme l'attestent R. Maier et W. de Graff[491] « jusqu'au début des années soixante-dix les Pays-Bas abordent la toxicomanie à peu près comme les autres pays »[492]. Sous la pression internationale et particulièrement américaine une assez large majorité des Etats du monde[493] s'est, en effet, notamment à partir de la Convention Unique de 1961, alignée au modèle prohibitionniste et

---

[489] LAUTMAN J., Risque et rationnalité, L'année sociologique, Paris : PUF, 1996, n°2, p. 273.
[490] Laquelle signifie littéralement réduction des dommages à savoir réduction des dommages causés par la consommation de drogues intraveineuse, particulièrement en temps de sida.
[491] Dont l'ouvrage, au demeurant instructif quant à l'histoire du « modèle », et qui nous sert d'ailleurs ici de base, nous paraît néanmoins quelque peu prosélyte en la matière. Mais sans doute ne sont-ils pas les seuls chercheurs, universitaires ralliés à une telle question.
[492] MAIER R., DE GRAFF W., Gestion des risques et citoyenneté : le système de prise en charge des toxicomanes aux Pays-Bas, Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1994, p. 24.
[493] Sur les 179 nations recensées à l'ONU, 115 adhèrent à la Convention Unique de 1961. Cf CABALLERO F., *op. cit.*, 1989, p. 52.

répressif prôné par les Etats-Unis. Pour autant, comme en France, la question des drogues réapparaît avec force aux Pays-Bas à la fin des années soixante. Le nombre de toxicomanes augmente, particulièrement dans les couches populaires de la nation. Une nouvelle loi est adoptée en 1976 qui tient compte de propositions nouvelles d'experts en la matière, persuadés dès lors de l'inefficacité des mesures de contraintes et de répression et favorables à une refonte du système qui prenne comme point d'ancrage non plus tant les drogues elles-mêmes du point de vue de leurs propriétés pharmacologiques, que les conditions sociales dans lesquelles elles sont utilisées. Les drogues par elles-mêmes feraient courir un certain nombre de risques mais « qui dépendent avant tout du type d'utilisateur et des conditions dans lesquelles elles sont consommées »[494]. La nouvelle loi reste cependant judicieusement alignée aux impératifs de la Convention Unique. Ainsi l'interdiction et la répression demeurent, mais elles se trouvent retraduites en une politique de « répression douce » qui distingue les drogues dures « à risque inacceptable » et les drogues douces « à risques acceptables ». Rendu possible (et c'est sans doute ce qui distingue dès cette étape le choix néerlandais du choix français) « parce qu'aucun parti politique (...) ne s'est situé « moralement » par rapport à ce soit disant « fléau moral » », cette perspective s'est, dans les faits, assez vite manifestée, grâce à un « principe d'opportunité »[495] posé par la loi elle-même, en un centrage absolu contre le trafic international de drogues dures, tandis que la question de la consommation pourtant condamnée dans les textes, a revêtu, au nom de la non-urgence, un caractère secondaire. Dans ce contexte, une série d'institutions et associations hétéroclites ont vu le jour, centrées sur la prise en charge médico-sociale, sur l'offre de seringues, sur l'accueil, etc, financées directement par l'Etat, par les municipalités ou agissant sur la base du bénévolat. En 1986, dans un contexte de restriction budgétaire, l'Etat néerlandais s'est attaché à opérer une rationalisation de ces structures, jugées trop coûteuses, pas assez coordonnées, culturellement dissemblables, souvent concurrentielles et somme toute peu efficaces (pour ne pas dire peu rentables). L'opération est ambitieuse et a effectivement de quoi attirer les voisins européens qui s'apprêteront quelques années plus tard, dans l'urgence, à réformer, tout au moins en partie, leur politique de la toxicomanie. Elle consiste, en résumé, au moyen du « cuitvorming » (formation d'un circuit) réalisé au niveau régional, à décaler le financement institutionnel vers un financement des fonctions. « Pour le système de prise en charge, cela consistera à placer au centre le client, non l'institution. L'intérêt du client se trouve dans une

---

[494] MAIER R.., DE GRAFF W., *op. cit.*, p. 25.

[495] « Ce principe fondamental en droit pénal signifie que le Ministère Public est qualifié pour renoncer aux poursuites si des « intérêts sociaux importants » sont en cause ». *Ibid.*, p. 26.

prise en charge différenciée, flexible et fonctionnellement intégrée »[496]. A cela s'intègre aussi le « case-management », sorte de système de soins sur mesure qui permet à chaque toxicomane et en fonction de son évolution personnelle, ses besoins du moment, ses motivations de s'orienter, seul ou avec un minimum d'assistance, vers diverses formes d'accueil et de traitement. « Comme tout adolescent il doit apprendre à assumer la responsabilité de ses choix et de ses attitudes (...). Si cela échoue on peut toujours veiller à la réalisation des conditions minimales d'existence (argent, logement, aide médicale) »[497]. Ainsi le rôle des institutions et des dispositifs en place est-il résolument circonscrit. Il ne s'agit pas tant d'ailleurs de « prendre en charge » que de soutenir, d'aider en proposant toute une série de technologies adaptées (seringues stériles, produits ou drogues de substitution). « Les pouvoirs publics font confiance aux capacités d'auto-régulation et d'auto-détermination des usagers »[498].

Cinq dimensions fondamentales sous-tendent ce concept : la dimension efficacité : « définie comme l'ajustement des moyens aux buts » ; la dimension économique : considérés comme des personnes « normales » et ayant à ce titre aisément accès aux services de santé les plus divers, les toxicomanes seraient potentiellement moins délinquants, moins malades, ce qui réduit du même coup les frais et dépenses sanitaires généralement attribués à cette population ; la dimension « état de santé » : criminaliser la toxicomanie vise à maintenir le toxicomane dans un mode de vie souterrain qui présente un risque pour sa santé ; la dimension « qualité de citoyenneté » : elle vise directement ici la criminalisation, la médicalisation ou encore la psychologisation de la toxicomanie : « aussi problématique que puisse être socialement et individuellement l'usage de certaines substances (...), cet usage en soi ne justifie pas la restriction des droits de quelqu'un à être tenu pour citoyen et personne responsable de ses actes »[499] ; la dimension « évaluation » enfin : souvent mal ressentie par les professionnels lorsqu'elle émane de l'extérieur, l'évaluation dès lors qu'elle est effectuée en interne « peut être conçue comme un regard critique et encourageant ». En effet, soulignent les auteurs : « pourquoi parler en terme de sanction ? C'est inévitable et même justifié si l'action s'éloigne toujours du but formulé. (...) Dans d'autres cas, une évaluation peut au contraire aider à formuler des buts nouveaux et à concevoir des moyens originaux pour les atteindre »[500].

---

[496] *Ibid.*, p. 28.
[497] *Ibid.*, p. 145.
[498] WIEVIORKA S., La réduction des risques, Paris : Revue documentaire Toxibase, n°203950, 1996, p. 1.
[499] MAIER R., DE GRAFF W., *op. cit.*, p. 15.
[500] *Ibid.*, p. 17.

On l'aura aisément compris, cette nouvelle « philosophie » (le terme revient dans de nombreux articles sur la question[501]), prend sa source dans un pragmatisme avancé qui voit dans l'efficacité (et cela va de soi : à moindre coût) le principe souverain de l'action. « Je suis quelqu'un de pragmatique. Chez nous, nous agissons d'abord et nous nous posons des questions après. Si ça va, tant mieux ; sinon, on aura essayé »[502] écrivait l'un des partisans anglo-saxon du nouveau modèle. Pour autant, la dimension éthique n'est pas absente du concept. C'est précisément en prenant le contre-pied des modèles traditionnels construits sur la base historique du « fléau » ou « mal » à combattre que représentait alors la toxicomanie, modèles à rejeter tout autant par leur inefficacité que par leur caractère moralisateur, que ce principe trouve sa justification. Ainsi, « la politique de réduction des risques s'intéresse à la dimension éthique en inscrivant la question morale non dans un absolu historique, mais dans un cadre culturel et social déterminé en lien avec des êtres concrets, qu'il s'agisse des consommateurs de drogue ou de ceux qui vivent avec eux »[503].

Dès lors qu'il s'agit de faire face, pratiquement et en situation, aux problèmes repérés, le principe peut s'appliquer sans fin, telle action remplaçant l'autre lorsque son utilité aura été désavouée. L'évaluation qui connaîtra alors un regain d'intérêt, notamment à travers la place prépondérante occupée par l'épidémiologie dans le contexte du sida, sera un outil précieux, dans la légitimation du modèle certes, mais aussi dans les ajustements sans cesse opérés au cours de sa trajectoire[504]. Comme le souligne S. Wieviorka : « en matière de réduction des

---

[501] C'est aussi ce que souligne S. Wieviorka, cf WIEVIORKA S., *op. cit.*, 1996, p 5.

[502] O'HARE P., Grande-Bretagne : la lutte continue à Liverpool, In MALET E., Citoyenneté et toxicomanies : vivre avec les toxicomanes en Europe, Paris : Ed Passages, 1993, pp. 40-44, cité par WIEVIORKA S, *op. cit.* 1996, p. 5.

[503] MINO A., Les nouvelles politiques de la drogue : exemple Genevois, in Psychiatrie de l'enfant, 1994, 37, (2), pp. 577-600. Cité par Wieviorka S., *op. cit.*, p. 4.

[504] Pour exemple on peut citer les propos du Dr R. Ingold directeur de l'IREP dont nous avons parlé précédemment : « La première (étude que nous avons mené en France) qui visait à évaluer la libéralisation de la vente des seringues intervenue en mai 1987, a bien montré que les toxicomanes, dans leur majorité, ont commencé à bénéficier de cette mesure dès sa mise en application. Nous avons mis en évidence que la majorité des usagers s'adressaient aux pharmacies pour acheter des seringues, ceci afin de se prémunir contre les risques de contamination (...). A cette époque, le Sida n'était pas encore vu comme un fléau ou comme une malédiction (...)Mais notre étude avait cependant conclu la nécessité de mesures complémentaires destinées à renforcer et optimiser les effets de cette libéralisation de la vente de seringues. (...) deux ans plus tard, en 1990-1991, nous avons mené une seconde étude de suivi des attitudes et des pratiques des usagers de drogues par voie intraveineuse. (...) Nous avons mis en évidence que les conduites à risques ne se produisaient pas au hasard par rapport aux trajectoires sociales des usagers et qu'il existaient des moments de haute vulnérabilité (...). C'est ce qui nous a amené, en 1992 à mener une recherche action sur ce thème(...).. ; cette dernière action nous a fait mieux comprendre que la philosophie de la réduction des risques, si elle est d'une importance capitale et si elle demeure un des moyens essentiels de la prévention du sida dans ce groupe des toxicomanes, demande néanmoins à être définie et située dans le cadre plus large de l'ensemble des interventions préventives et thérapeutiques (...). Il s'agit de l'envisager de façon beaucoup plus globale ». Cf INGOLD R., La « réduction des risques » comme un des moyens de la prévention du sida en milieu toxicomane. Toxicomanie, comment réduire les

risques, le pragmatisme trouvera son fondement au moins autant dans l'inefficacité alléguée des politiques de soins et de prévention précédemment menées que dans l'inefficacité d'une politique de réduction des risques qu'on est bien souvent en peine d'évaluer globalement »[505].

Si la réduction des risques se pose comme à l'opposé des modèles de prise en charge traditionnels, on ne peut manquer de voir en ce modèle quelques similitudes avec celui du « secteur » à la française (dont on ne parle plus guère d'ailleurs, signe sans doute qu'il est définitivement entré dans les mœurs, y compris sous d'autres formes[506]). Reste que les principes qui le portent s'embarrassent moins, à première vue, de « l'esprit » qui avait présidé à sa réalisation. Pour autant, au-delà d'une dimension « efficacité » plus ici que là mise en avant, la ligne directrice et la lutte sont bien les mêmes. Les propos d'ailleurs des protagonistes du secteur ressemblent parfois à s'y méprendre à ceux des agents nouveaux de la réduction des risques : « la priorité, c'est de dépsychiatriser la maladie en repérant les multiples contradictions qui piègent l'individu dans une situation où c'est celui qui n'a pas le pouvoir qui trinque. C'est d'arracher les masques - et surtout le masque psychologisant et psychanalysant dont se revêt l'oppression dans notre système(...). Pour que cette lutte puisse être entamée, il faut que la population du quartier cesse d'être l'objet : l'objet à soigner, l'objet à servir, et même l'objet à libérer (...). S'il fallait forger une utopie (...) ce serait celle de la restitution intégrale du pouvoir (le choix et la distribution des moyens, la définition des fins) aux groupes réels, aidés s'il le faut par des professionnels, mais non assistés par eux »[507]. Les importateurs français du modèle ne s'y tromperont pas d'ailleurs, lorsqu'il s'agira, nous y reviendrons, de faire valoir leur pratique.

Progressivement, en raison des risques croissants de contamination causés par l'épidémie de sida, un grand nombre de pays (Espagne, Italie, Australie, etc) allaient adopter ce modèle tant décrié au départ. « Brebis galeuse des réunions internationales » durant les années soixante-dix , les Pays-bas sont alors « à nouveau considérés comme des partenaires sérieux »[508]. La France, longtemps perçue comme l'exception en la matière (le « modèle français ») allait bientôt suivre le mouvement enclenché à la faveur de ses promoteurs nationaux, qui ne manquèrent pas de rendre visite aux différents précurseurs. « During these years, if many visitors came to the Mersey region from every part of the world, there wasn't

---

risques ? Prévenir, soigner ou contrôler, 14èmes Journées Nationales de l'ANIT : Strasbourg : 18-19 juin 1993, St Genis Laval : Ed ANIT, 1993, pp. 16-17.

[505] WIEVIORKA S., *Ibid.*., 1996, p. 2.

[506] Nous référons à ce titre, à la conclusion de R. Castel dans son ouvrage La gestion des risques, *op. cit.*, pp. 199-211.

[507] Cf Recherches, Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossibles ? *op. cit.*, p. 531.

many French people : some doctors, social workers, and few journalist. But, the few people who came from France were very impressed by our programs, and were motivated to do things for drug addicts, especially because of the spread of AIDS in your country »[509]. Dans ce contexte, l'échange de seringues, les approches dites communautaires et bien sûr la très vieille idée de la substitution (aussi vieille, comme l'a bien montré J-J. Yvorel, que la toxicomanie elle-même), allaient trouver en France, sous l'égide de la raison impérialiste, « chaque pays prenant prétexte du succès des autres en la matière pour adopter une technique »[510], de nouvelles assises.

3-2 : Le processus de légitimation d'un nouveau modèle

« Malgré les avatars franco-français qui ont pu perturber ça, c'est quand même eux qui ont modifié la question du rapport au produit, l'ont posé autrement de manière beaucoup plus sociale, par une entrée beaucoup plus sociale, y compris sur des principes éthiques radicalement différents qui part de postulats du côté de la détermination de l'individu, de son autonomie, et en cela c'est à travers eux que les débats européens ont pu un peu interpeller en France, que les dimensions autres que franco-françaises ont pu prendre un peu un droit d'expression ou en tous cas de parole minimum quels que soient les choix qui ont été faits » (Un responsable administratif de la Direction de l'Action Sociale - extrait d'entretien).

Cette citation introductive laisse sans doute présumer de ce qui va suivre. Réunis autour d'une même cause, les quelques agents jusque-la isolés de la réduction des risques, qu'ils soient transfuges du modèle traditionnel ou médecins plus issus du domaine du sida, vont se regrouper et passer à l'offensive. Leur ambition : renverser les perspectives en matière de prise en charge de la toxicomanie en France et mener des actions visant étendre la « politique de réduction des risques » dans les faits comme dans les représentations, en

---

[508] MAIER R., DE GRAAF W., *op. cit.*, p. 26.

[509] « Pendant des années, si de nombreux visiteurs vinrent dans le Mersey de partout dans le monde, il n'y avait pas beaucoup de français. Quelques médecins, travailleurs sociaux, et quelques journalistes. Mais les quelques uns qui vinrent de France étaient très impressionnés par nos programmes, et ils étaient très motivés pour entreprendre des choses pour les usagers de drogues, en particulier en raison du développement du sida dans votre pays ». Ainsi s'exprimait lors d'un entretien Pat O'Hare, Directeur du Mersey Regional Drug Training and Information Centre de Liverpool ainsi que de l'International Harm Réduction Association (IHRA). Entretien réalisé par P. Habib, doctorant au GRASS/CNRS/IRESCO.

[510] WACQUANT L., Les prisons de la misère, Paris : Ed Raisons d'Agir, 1999, p. 51. Cet auteur fait d'ailleurs remarquer qu'un même mouvement général va s'opérer quelques années plus tard autour du fameux modèle américain de la « tolérance zéro » en matière de lutte contre les insécurités. C'est ainsi que « parlementaires, pénologues et hauts fonctionnaires des pays membres de l'Union Européenne que rendent régulièrement à New-York, Los Angeles et Houston, dans le but de « pénétrer les mystères de la discipline américaine » et l'espoir de mieux en faire jouer les ressorts secrets dans leur patrie ». Ironie de l'histoire, alors que « il y a une décennie, les pénologues britaniques se rendaient aux Pays-Bas pour y étudier les moyens et les fins d'une pénalité progressiste, depuis 1994 ce sont les responsables de la politique judiciaire hollandaise qui, soucieux de se

accélérant notamment l'implantation de la méthadone. Tous sont imprégnés du modèle étranger en la matière, qu'ils n'ont pas manqué d'aller constater « de visu », sur le terrain que ce soit en Suisse, en Belgique, aux Pays-Bas ou encore en Angleterre.

Sous l'initiative de l'un d'entre eux « Bolbeck », un « groupe de lobbying secret » est mis en place, à partir duquel des rencontres régulières vont avoir lieu.

« C'est là où on a commencé à s'organiser, dire bon qu'est ce qu'il faut faire pour implanter la méthadone en France, qu'est ce qu'il faut faire pour changer un certain nombre de décisions que le sujet quoi. On se connaissait un petit peu tous et...moi je trouvais que c'était très... Un des seuls avantages que j'avais sur eux c'était justement mon éducation médicale, c'est-à-dire genre grand 1, petit a, petit b, petit c, c'est-à-dire une faculté d'exposition et de synthèse que leur riche esprit n'arrivait pas à canaliser. Donc il pouvait y avoir une complémentarité y compris dans la synthèse des actions à mener. Donc je leur ai proposé de se réunir à Laennec assez régulièrement pour créer un groupe de lobbying secret entre guillemet qui s'appelait Bolbeck, Bolbeck étant le nom de Laennec dans l'imagination d'une de mes patientes qui avait écrit un manuscrit où Laennec devenait Bolbeck, la station Sèvres-Babylone devenait la station lèvres-frippones, enfin toute une série de jeux de mots comme ça. Et donc à Laennec a commencé à se réunir un certain nombre de gens, parmi lesquels très tôt, c'est-à-dire dès la deuxième réunion il nous a semblé nécessaire d'adjoindre deux journalistes, l'une étant de la presse on va dire généraliste et l'autre médicale pure. Parce que si on voulait changer les choses, il fallait que l'opinion publique puisse changer, qu'elle soit informée et qu'elle puisse rassurer assez les politiques. Et donc ce groupe s'est réuni je sais pas, une dizaine, une quinzaine de fois pour essayer de changer les choses» (un médecin somaticien, directeur d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Lieu d'analyse de la situation, de réflexion, de débat, « Bolbeck » sera aussi, dans un souci d'efficacité et de crédibilité, un lieu d'ajustement, de régulation entre des trajectoires voire des identités professionnelles différentes. En dépit de leur volonté de « faire bouger les choses », ces agents ne sont en effet pas forcément tous sur la même ligne.

« Avec les gens de MDM c'était un peu compliqué des fois parce qu'ils étaient dans une position radicale, de nier les soins de la tox, tout était sur le sida, le sida, le sida, faut s'occuper du sida. Eux leur idée c'était qu'on donne de la méthadone et à partir de là les gens se stabilisent, y'a pas grand chose à faire autour quoi, c'est pas la peine de payer des spécialistes pour s'occuper de la tox. Et c'est vrai que moi j'avais une position de clinicien, j'avais une position de dire que quand même c'était pas si simple hein, il suffisait pas de donner de la méthadone pour que les gens se sortent de la drogue, c'est pas vrai. Et en plus moi je l'avais l'expérience, j'avais travaillé à St Anne là-dessus, je savais bien que ça suffisait pas. On donnait pas bien la méthadone, à des doses insuffisantes, pas suffisamment longtemps, bon y'avait des problèmes techniques qui se

---

défaire de leur image internationale de « laxisme » empruntent en Outre-Manche les instruments et les justifications d'une pénalité résolument punitive ». pp. 48 ;116.

posaient quand même en faisant correctement les traitements (...). Donc c'est vrai que des fois c'était un peu tendu entre nous. Et puis ils en faisaient aussi un peu une espèce de truc de... fichage, on est les meilleurs, etc. c'est un peu désagréable quand on connaît les problèmes depuis dix ans avant et qu'on a vu les problèmes arriver quoi ». (un psychiatre, directeur d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

En dépit de certaines divergences de forme, clandestinement retravaillées, cette période d'une montée militante est aussi déterminée, fondamentalement, par certaines des propriétés culturelles de bon nombre de ces agents.

« Tout s'est mixé en fait. C'est vrai que dans l'histoire de la réduction des risques beaucoup de gens sont d'anciens militants politiques avec des techniques qui font un peu que la hiérarchie, les machins on s'en tape, on fait avancer et on sait court-circuiter et on a l'habitude de s'impliquer pour que ça marche quoi. Probablement que ça joue. Tous les gens qui se sont occupés de réduction des risques ou qui ont été dans cette mouvance c'est clair qu'il y a toute l'extrême gauche qui s'est retrouvée hein. C'était assez étonnant de retrouver...Moi les médecins que j'ai vus, y'en a plein que je connaissais de mes études hein ! Y'a pas un qui manque quasiment, quelles que soient les trajectoires professionnelles. Alors ça créé un mouvement ça probablement...(...) On était une minorité très politisée, extrêmement organisée, même si y'avait des clivages entre nous, on se retrouvait sur des batailles comme ça » (ce même psychiatre, directeur d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

« Limiter la Casse » créé une année plus tard, sera le deuxième souffle de cet engagement. Portés à défendre la « citoyenneté » des toxicomanes, ces professionnels vont s'ouvrir publiquement vers d'autres agents, parfois issus d'autres groupements tels que Aides, le Repsud[511] (l'un des tous premiers réseaux de médecins généralistes créé en 1993), ou encore Asud (groupe d'auto-support des usagers de drogues créé en 1992). Un appel à soutien du nouveau collectif est lancé le 19 octobre 1993 dans le Journal Le Monde. Une première liste hétéroclite de « personnalités » y figure : aux côtés des désormais « habitués » du nouveau modèle, sont en effet apposés (entre autres) les signatures de Mgr Gaillot, de M. Piccoli ou encore de D. Voynet, signe sans doute que « la cause » (le risque ?) dépasse déjà de loin le cercle restreint du domaine en question. Le texte de « l'appel » apparaît sans équivoque : « des toxicomanes meurent chaque jour du sida, d'hépatite B et C, de septicémie, par suicide ou overdose. Ces morts peuvent être évitées. C'est ce qu'on appelle « la réduction des risques ». Limiter la casse, voilà l'urgence. Ces mesures sont applicables sans délais : accès aux seringues stériles sans menace de poursuite ; soins assurés aux malades sans

[511] Réunion des Professionnels pour les Soins aux Usagers de Drogues, créée à l'initiative de J Carpentier, médecin généraliste.

chantage à la désintoxication ; traitements de substitution pour ceux qui en ont besoin ; reconnaissance du rôle essentiel des usagers de drogues dans la prévention. Partout en Europe les gouvernements se sont ralliés aux politiques de réduction des risques(...). Les résultats sont indéniables (...). La France fait exception (...). L'alternative entre incarcération ou obligation de désintoxication est une impasse. La responsabilité des pouvoirs publics est aujourd'hui engagée, comme elle le fut dans l'affaire du sang contaminé »[512].

Sans équivoque avons nous dit...En effet, le risque est bien là, présent partout. Les toxicomanes potentiellement malades « parce qu'une seule injection suffit pour devenir séropositif »[513], sont aussi est-il dit potentiellement « nos enfants, nos conjoints, nos amis, nos voisins »[514] . Dès lors, le toxicothérapeute apparaît d'une bien mince utilité, d'autant que potentiellement contaminés, contaminants, délinquants, violents (c'est bien ce que sous entend l'extrait ci-dessous), les toxicomanes sont aussi découvre t-on potentiellement responsables vis-à-vis des risques qu'ils encourent et qu'ils font encourir aux autres : « les toxicomanes réduisent les risques dès qu'on leur en donne les moyens : il y a moins de morts, moins de personnes contaminées, moins de maladie, moins de violence »[515].

Cet « appel à limiter la casse » n'est donc rien d'autre qu'un « appel à la responsabilité collective », qui intervient « doublement comme une invitation à ne pas se contenter des formes d'assistance classiques et comme un contrepoids relatif à l'affaiblissement de l'action politique »[516]. Il n'est bien sûr pas propre au domaine de la toxicomanie, bien que la jonction de celle-ci avec le sida et de fait « l'urgence à agir » ont certainement contribué, nouvelles technologies bien visibles à l'appui, à en faire valoir l'extrême nécessité. Mais que ce soit ici, ou dans d'autres domaines comme celui de la délinquance (car là encore, comme le montre O. Mongin « tout le monde » : parents, délinquants, policiers, politiques, professeurs, n'est-il pas « responsable » ?), le principe est bien partout le même : « limiter la casse » ou les dégâts collectifs plutôt que de réparer individuellement, en faisant « appel » à la solidarité et aux initiatives de tous et non plus à quelques politiques ou doctes spécialistes désormais impuissants. Mais de cette solidarité là aux constats d'une précarité sans cesse renouvelée qui allait encourager des réponses en terme de sécurité il n'y avait qu'un pas qui serait vite franchi (nous y reviendrons). Pour l'heure toutefois, le message était loin de paraître aussi

---

[512] « Appel pour Limiter la Casse » paru dans le Journal Le Monde du 19 octobre 1993.
[513] *Ibid.*
[514] *Ibid.*
[515] *Ibid.*
[516] MONGIN O., De la responsabilité à la sécurité, ou les avatars de la responsabilité. Esprit, Le pari de la réforme, mars-avril 1999, p. 231.

suspect. Peu organisé et somme toute relativement modeste du point de vue du nombre des participants, le collectif parvient à s'établir, fort de ses liens avec la presse et de ses appuis politiques, comme un véritable groupe de pression. Pour exemple, à la fin de l'année 1992 l'hebdomadaire « le Nouvel Observateur » consacre sa couverture à la question sous le titre, racoleur : « Drogue et sida : ce qu'on n'ose pas vous dire »[517] ? Un dossier de vingt pages, chiffres à l'appui, vient dénoncer le désastre français en matière de soins aux toxicomanes séropositifs. La ville de Liverpool y est citée en exemple : « les résultats sont là, extraordinaires : cette année, dans le comté du Merseyside, on n'a dénombré que 19 héroïnomanes séropositifs sur plus de 10 000 soit à peine 2 pour 1000, soit des milliers de vies sauvées, alors qu'à Paris l'estimation la plus basse est de 30 pour...100 »[518]. Les protagonistes français du nouveau modèle sont bien sûr cités à tour de page : « La plupart de mes copains ne fêteront pas leur trente ans mais tout le monde s'en fout » s'exclame l'un des fondateurs du groupe ASUD. « En France le débat sur la drogue est irrationnel et moralisateur. On se voile la face. On propose des cures et des psychothérapies au toxicomane. Victime d'un besoin immédiat, il n'en a bien souvent pas les moyens psychiques » souligne l'une des initiatrices du collectif « Limiter la Casse » ; un autre encore originaire de Médecin du Monde s'insurge : « Nous avons pris un retard criminel. Nous sommes coupables de non-assistance à personne en danger ».

Les réponses politiques ne tardent pas, dans le même temps à emboîter publiquement ce pas. Au mois d'octobre 1992, lors d'un discours à l'Assemblée Nationale B. Kouchner déclare : « le véritable danger vient de la progression de l'épidémie de sida parmi les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse. Tout ce qui sera fait auprès de ces jeunes pour leur montrer que leur santé nous importe et que le sida est plus grave que la drogue peut entraîner une diminution de l'épidémie. Or, sur ce point, nous sommes très en retard par rapport à nos voisins européens »[519]. Quelques semaines plus tard, lors de la Journée mondiale de la lutte contre le sida le Ministre annonce la création d'une dizaine de lieux d'échanges de seringues et donne son aval pour l'extension des programmes de substitution avec la mise à disponibilité de places supplémentaires de méthadone. Un nouveau pas est bien franchi, mais en douceur. Les élections législatives sont proches et le Ministre de la Santé ne peut se contenter de ne satisfaire que ses sympathiques et débrouillards auxiliaires de terrain. Les tenants du modèle traditionnel ont encore, même si de moins en moins, une certaine marge de

---

[517] Le Nouvel Observateur du 26 novembre au 2 décembre 1992, n°1464.
[518] *Ibid.*, p. 23.
[519] *Ibid.*

parole ; de plus, dans les rangs mêmes du Gouvernement, tout le monde, à commencer par le Ministère de l'Intérieur ne se rallie pas à la désormais noble cause des toxicomanes potentiellement séropositifs. Alors que la réduction des risques allait étendre ses attributions jusque dans les rangs des tenants du modèle traditionnel, ces enjeux, sous-jacents, ne tarderaient pas à exploser au grand jour.

3-3 : Des actions inspirées

Forts de leurs premières actions en matière de réduction des risques, initiées localement, les intervenants de l'Association Méditerranéenne de Prévention des Toxicomanie (AMPT), installée à Marseille vont à cette époque entreprendre une inscription plus concrète et plus durable de leur pratique « hors les murs » à travers la mise en place d'un dispositif d'accueil dit « bas seuil ». Le principe (que nous allons détailler ci-après) est d'ores et déjà dans les esprits puisque à peu près au même moment une entreprise du même type va être mise sur pied à Paris par l'association Charonne. L'exemple européen n'est pas non plus étranger à cette convergence d'intérêts. De façon générale, ce début d'une prolifération des versions du nouveau modèle, qui plus est initiée par les tenants des formes traditionnelles de prise en charge signalait bien la fin d'une domination de la clinique.

« C'est parti de plusieurs constats, relativement anciens en fait. C'est-à-dire qu'en 1989 on a fait une action qui était un peu innovante à la demande d'un organisme HLM dans les quartiers Nord de Marseille. On a mis en place des stratégies pour mobiliser les pharmaciens autour de l'échange de seringue (...). Y'avait un réseau avec des médecins et des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des gardiens d'immeuble, donc moi je menais ce travail là pendant deux ans sur ce quartier, un quartier un peu difficile on va dire, et on a, à ce moment là, on a vraiment touché du doigt qu'il y avait un certain nombre d'usagers de drogues sur ces sites qui étaient coupés des dispositifs, y'avait encore de nombreuses pharmacies qui étaient pour le moins pas prêtes à diffuser des seringues, que ça posait des problèmes évidents en terme de santé publique, et aussi que la seule option qui était offerte aux usagers de drogues c'était un travail autour du soin de la toxicomanie. (...) C'est un constat qui a suscité beaucoup de réflexion à l'intérieur du dispositif traditionnel. Et puis il y a eu des rencontres avec un certain nombre de collègues étrangers qu'on a commencé à contacter à ce moment là, pour savoir quelles étaient leurs pratiques, on est allé à Londres, on est allé à Zurich, on est allé en Espagne, on est allé un petit peu partout là où il y avait des choses innovantes qui se faisaient et puis on a essayé de voir comment on pourrait construire un dispositif qui réponde un peu aux exigences d'une part de la réduction des risques, même si à l'époque c'était pas tellement parlé en ces termes là, et puis d'un accueil qui soit plus facilité, on va dire bas seuil bien que ça soit un terme qui ne me plaise pas beaucoup. Donc voilà, le projet a été gratté et a abouti plus tard sur le projet Transit. Ca s'est fait assez vite en fait parce que à partir du moment où ça a germé et le moment où ça s'est créé il y a finalement eu peu de temps, probablement parce que...c'est un peu comme toutes les émanations si on peut

dire, ça germe souvent dans des endroits différents au même moment. (...) Moi j'ai l'impression comme ça de l'extérieur que ça correspondait quand même à une attente générale, même si c'était stipulé comme projet. Y'a quand même eu un assentiment général même si tout le monde n'y mettait pas la même chose, même si tout le monde en fait avait beaucoup de mal à s'imaginer au quotidien comment ça pouvait s'articuler. Et puis c'est vrai, en France l'idée de réduction des risques ou réduction des dommages était encore peu réfléchie, c'est arrivé relativement tard » (un éducateur spécialisé, coordinateur d'un dispositif bas-seuil - extrait d'entretien).

Ouverts à partir de janvier 1993, les « bas seuil » (dénommé ainsi en opposition au « haut seuil » que constituent dès lors les centres de soins spécialisés), sont déjà évoquées dans une circulaire datée de mars quatre-vingt-douze sous la dénomination « lieux de contact » pour toxicomanes les plus marginalisés. Preuve, si nécessaire que nombre d'agents de la réduction des risques ont depuis longtemps leur entrée dans les bureaux des Ministères. Selon cette circulaire, il s'agit de « lieux ouverts et chaleureux qui offrent des prestations diverses : petite restauration, soins infirmiers de première urgence, possibilité de se doucher; de laver son linge, voire de disposer de quelques places d'hébergement en urgence. Ces lieux doivent bien sûr être en liaison avec les maisons de quartier, clubs de prévention, services hospitaliers (en amont), les centres de dépistage anonymes et gratuits et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale ainsi que les services hospitaliers de suivi du VIH (en aval) »[520]. Ils s'insèrent donc d'emblée et à priori dans un vaste cordon sanitaire et social visant la prise en compte des questions de toxicomanie certes mais aussi du sida, et plus largement d'exclusion sociale (accès aux soins, au boire et au manger, etc). D'ailleurs, détail significatif, ces dispositifs sont au départ conjointement financés par la Division sida au sein de la Direction générale de la Santé et par la Direction de l'Action Sociale.

L'ouverture de ces deux dispositifs expérimentaux (l'un à Marseille, l'autre à Paris) n'est pas sans rappeler celle des premiers centres de soins spécialisés. A ce titre cette période peut être aussi dénommée celle des « jours heureux ». En dépit des changements intervenus depuis lors (en terme épidémiologique, économique, social etc) les intervenants retrouvent dans ce projet une des dimensions oubliée de leur activité.

« Ce projet lui tenait à cœur parce que c'était un peu remonter en arrière, là où on accueillait les usagers, sans vouloir entreprendre des psychothérapies, le passage avec les psy etc, etc, l'évaluation de la demande, et un petit peu après le système de soins a bifurqué quoi. Donc c'était un retour, enfin elle le vivait un peu comme ça,

[520] Circulaire DGS/2D n° 20 du 2 » mars 1992, relative aux orientations de la Direction Générale de la Santé dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie.

on le sentait bien au regard de l'investissement qu'elle a mis dans cette Boutique et du plaisir. Je me souviens très bien, c'était son bébé, elle était vraiment heureuse, elle venait non seulement pour nous aider parce qu'on était pas beaucoup, mais on sentait qu'elle retrouvait quelque chose qui avait été un peu dénaturé avec toutes les années » (une intervenante en toxicomanie, coordinatrice d'un dispositif bas-seuil - extrait d'entretien).

Mais puisque la toxicomanie elle-même dans ses fondements psychologiques n'est plus ici en cause, puisqu'on ne peut dès lors se prévaloir d'aucune clinique ni d'aucun sujet, puisque seule compte ici l'approche si possible prolongée des individus en question dans le seul but de leur apporter soutien moral et matériel, c'est vers le plus grand pragmatisme (qui n'est pas au demeurant bien sûr dépourvu de théorisation) qu'allait s'orienter l'action. L'emplacement (en centre ville), la mise en forme des lieux (salle d'accueil avec bar à l'entrée, coins repas, coins détente et repos, buanderie, douches et sanitaires à l'étage), les supports préventifs (distribution de seringues ou de fioles d'eau de javel, de tampons alcoolisés) revêtent à ce titre une grande importance. La relation, la mise en confiance passent d'abord ici par l'offre d'un certain nombre de services. Restait pourtant, une fois ce cadre posé, à en justifier l'existence. Comme à la belle époque c'est dans la rue, dans les quartiers de prédilection, que l'on irait se constituer une première clientèle. Le « bouche à oreille » ferait le reste.

« Ah c'était une époque bénie, c'était...c'était un accouchement agréable on va dire. C'était plein d'émotion, c'était...ça nous titillait, on avait très envie de le faire. Bon c'était un peu une énigme hein parce que comme on a monté le projet on a essayé d'imaginer à zéro. Alors moi j'avais vu un peu des trucs à l'étranger, les collègues qu'on avait recrutés c'était des gens qui étaient motivés sur un certain nombre de choses mais vraiment on s'imaginait pas quoi. Donc on a ouvert...et puis voilà.... On a attendu un jour, deux jours, trois jours en se disant « bon finalement on va cirer les chaises, on va monter le mobilier » et puis moi ça commençait à me...disons que je me disais bon c'est bien joli d'avoir mis un truc comme ça en place mais... Et puis bon, Bruno[521] a commencé à nous dire « bon c'est bien gentil, vous avez installé les chaises, les tables et tout, mais faudrait quand même un peu aller les chercher ». Et le 14 janvier 1993 très précisément, je me suis pris une colère, je suis sortit de Transit, je suis allé dans un quartier là où on est sûr de trouver des usagers de drogues, et les deux premiers sur lesquels je suis tombé c'était des gens que je connaissais depuis longtemps, c'était Abdel, Corinne et Rachid et j'ai dit « bon Abdel, faut que tu viennes, viens prendre une douche » et lui : « mais non j'attends le... » - « viens prendre une douche »...C'était vraiment...je l'ai prié à genou de venir faire l'ouverture, c'était rigolo d'ailleurs. Ils sont venus, ils avaient pas franchement envie, on leur a offert un café, le café était dégueulasse, on leur a dit de venir prendre une douche, y'avait pas d'eau chaude parce qu'on s'était planté pour ouvrir le truc, et finalement ben voilà le lendemain ils étaient cinq » (un éducateur spécialisé, coordinateur d'un dispositif bas-seuil - extrait d'entretien).

Les équipes seront au départ essentiellement composées d'éducateurs. Très vite toutefois en raison des problèmes repérés (notamment sanitaires) chez les consommateurs de drogues accueillis, en raison aussi parfois des difficultés de ces intervenants sociaux (qui plus est issus de centres de soins traditionnels) à manipuler « en toute bonne conscience » certaines technologies préventives (les seringues notamment), de nouveaux besoins vont se faire ressentir.

« Il fallait qu'on trouve nous la distance, fallait que les usagers de drogues trouvent aussi la leur, c'était pas simple. Y'avait pas de poste infirmier, on était pas très à l'aise avec l'échange de seringue parce que c'était quelque chose qu'on avait pas l'habitude de maîtriser. Je pense que les usagers de drogues de leur côté à eux, ceux qu'on rencontrait n'étaient pas du tout prêts non plus, le fait qu'on puisse donner des seringues dans un lieu ça leur paraissait...certains c'était...ils comprenaient pas hein, ils disaient « hou là ! Vous allez pas donner des seringues ! » C'était une folie, en fait ils étaient plus réac que ... Et puis est arrivée une infirmière F, qui du fait de son statut était beaucoup plus à l'aise avec cette population et on s'est rodé à ça» (ce même éducateurs spécialisé, coordinateur d'un dispositif « bas seuil » - extrait d'entretien).

« On ouvre la boutique, au début bon ben c'était dix personnes, puis très rapidement on est monté à vingt personnes, trente personnes, ça a été très rapide. Et alors ce que l'on proposait c'était douches, machines à laver, corn flakes, café puis grenadine. Alors très rapidement, au bout d'une semaine, on a été confronté à des besoins de soins de santé primaire, type abcès dus à des injections, parce que dans le projet il était bien stipulé que ce serait une structure sans vocation médicale. Le projet justement voulait se démarquer de tout ce qui pouvait exister, donc c'était uniquement la priorité de l'accueil et la prévention, on avait pas de seringues, on avait des fioles d'eau de javel. Et donc au bout d'une dizaine de jours on a été confronté à des personnes qui faisaient des abcès. Moi bon j'ai fait deux ans d'école d'infirmière avant, même si j'ai pas passé le diplôme et j'étais un peu enclin à répondre à la demande de soins. En fait j'ai dit à la personne « faut aller à l'hôpital » elle me dit que c'est pas possible, donc qu'est ce qu'on fait ? Est-ce qu'on s'en lave les mains en se disant « ben on lui a dit d'aller à l'hôpital », et ben non, j'ai commencé à soigner les abcès. Mais très rapidement au fil des mois, on a démontré la nécessité d'un poste infirmier » (une intervenante en toxicomanie, coordinatrice d'un dispositif « bas seuil » - extrait d'entretien).

Induite par l'état constaté de délabrement sanitaire de ces populations, non sans lien avec leur mode de vie souterrain et leur éloignement des institutions sanitaires de droit commun, lequel a lui-même à voir avec la propension, à une époque déterminée, à poser la toxicomanie comme étant du ressort d'institutions spécialisées, cette évolution allait marquer le point de départ d'une multiplication des modes d'intervention et par-là même des catégories d'intervenants (infirmiers, médecins, dentistes, coiffeurs, etc.). Dans le même

[521] Il s'agit du Directeur du centre de soin d'où est issu le dispositif.

temps, l'afflux d'une clientèle très marginalisée dans ces locaux somme toute assez exigus allait vite poser la nécessité d'un renforcement du cadre à partir d'un règlement affiché (interdiction notamment de consommer de la drogue ou de « dealer » dans l'enceinte des locaux, toute violence verbale ou physique étant également passible d'exclusion durant un voire plusieurs jours). Tout ceci ne serait pas sans conséquences, nous y reviendrons, sur la cohérence et l'avenir de ces dispositifs.

3-4 : Le temps des ripostes

Comme nous l'avons évoqué précédemment, cette extension du nouveau modèle était loin de se dérouler sur le cours d'un long fleuve tranquille. Ces mesures nouvelles qui s'accompagnent de nouveaux agents, vont considérablement empiéter sur le domaine réservé de la toxicomanie. Pour nombre de psychiatres, cette politique procède avant tout d'une hiérarchisation des risques qu'ils n'admettent pas. Celle ci apparaît clairement dans certaines campagnes de prévention telle celle, dans ces années, de l'association Act-Up qui affichait ce slogan : « la toxicomanie on s'en sort, le SIDA on en meurt »[522]. Dans le même ordre d'idée, une intervenante très tôt impliquée dans ces mouvements écrivait en 1993 : « la prévention du sida auprès des toxicomanes implique une hiérarchisation des risques : le sida, maladie mortelle est plus grave que la toxicomanie »[523]. Dans ce tournant, qui prend parfois l'apparence d'une attaque frontale, les spécialistes de la toxicomanie et leurs alliés administratifs sont aussi directement visés. Expériences étrangères à l'appui on démontre « le retard français » en la matière, indissociable de l'enfermement de la clinique. De plus « utilisé de façon polémique, le pragmatisme s'oppose ici à la déontologie et aux principes éthiques tournés en dérision »[524].

« A Zurich, des toxicomanes se shootent en public, à Amsterdam, la méthadone est livrée sur place par un bus, à Berne, les toxicomanes font eux-mêmes leur dosage quotidien de méthadone sur un ordinateur ; à Liverpool, les toxicomanes peuvent choisir entre seringue fournie par le dealer, méthadone ou héroïne injectable... Des changements qui affectent aujourd'hui la majorité des capitales européennes, l'opinion publique n'a retenu que la tolérance de l'usage de la drogue, interprété comme le renoncement à la lutte contre la drogue et contre la toxicomanie. (...) Lorsque au début des années 70, les premiers cliniciens sollicitent *la demande du patient*, ils se démarquent d'une position morale et judiciaire de l'usage de drogue. Le Dr Olievenstein entend soigner *ceux qui souffrent* et non pas répondre à l'inquiétude des familles ou de

---

[522] Cité par WIEVIORKA S., Les toxicomanes, Paris : Ed du Seuil, 1995, p. 100
[523] *Ibid.*
[524] WIEVIORKA S., *op. cit.*, 1996, p. 4.

l'environnement. Précarité, marginalité sociale et sida ont été vécus comme une fatalité qu'il importe d'affronter avec dignité, en maintenant coûte que coûte l'éthique du soin »[525].

« Déontologie ou pragmatisme ? Droits de l'Homme ou réalisme qui fait accepter le spectacle de la déchéance ? On comprend que les droits de l'homme n'aient suscité nul enthousiasme spontané, d'autant que les principes des centres spécialisés sont ceux qui fondent plus largement le consensus démocratique : pour les droits de l'homme contre la stigmatisation et les ghettos ; pour la liberté de choix, contre l'enfermement ; pour le sujet contre les peurs sociales, contre l'uniformité et le contrôle social...la France avait tout lieu de se satisfaire de spécialistes politiquement tout à fait corrects, soignants modestes qui, tout compte fait, n'exigeaient pas grand chose, à condition qu'ils puissent poursuivre leur travail dans le respect de la déontologie professionnelle »[526].

Après une période plus ou moins longue de silence, quelques ripostes se font entendre du côté des spécialistes. Eux-mêmes qui, il y a trente ans expérimentaient de nouvelles pratiques sous les yeux effarouchés de leurs pairs, semblent à ce moment consternés par de nouvelles tentatives de la part d'autres agents. A travers les mesures de réduction des risques centrées autour de ces « usagers » que l'on souhaite normaliser, c'est bel et bien le toxicomane lui-même que l'on assassine...et avec lui tout un champ de pratique.

« Ma pratique clinique de tous les jours (...) ne cesse de me rappeler, à chaque visage nouveau significatif de désir, que le toxicomane est une personne particulière, comme tout un chacun qui ne ressemble à personne, un citoyen menacé par la désorganisation de notre société occidentale, certes, mais aussi libre de bousculer la dite-société par les interrogations méta-physiques que son symptôme même suscite. (...) La seule aide non entachée d'instinct réducteur ou possessif qu'on puisse lui apporter est d'établir avec lui un rapport interpersonnel dans lequel la dimension spirituelle de l'Homme n'est point occultée. De ce point de vue, ou plutôt sous cet angle axiologique, l'idée psychanalytique, traverse sans cesse la vie même du centre Didro. Et Ronald D Laing, qui fait partie de la mouvance de pensée dont nous nous réclamons, après tout, du divan avait fait le tour ! Il nous encourage, post-mortem, à ne plus considérer l'Autre comme incompréhensible mais comme différent et nous rappelle que cette différence a un sens enfoui et caché à retrouver »[527].

Face au risque de devenir inutile[528] et sans renier pour autant leur modèle, certains centres spécialisées ont déjà développé en leur sein des modalités de prise en charge

---

[525] COPPEL A., Ingérences, revue bi-annuelle de Médecins Du Monde, n°2, janvier 1994, pp. 42-44.
[526] COPPEL A., les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France, Communications, 1996, n° 62, pp. 75-108, cité par WIEVIORKA S., *op. cit.*, 1996, p. 4.
[527] MAXENCE J-L., Vingt-cinq ans après...des vies auprès des toxicomanes. Agora, *op. cit.*, p. 48.
[528] C. Olievenstein écrivait ainsi dans un rapport interne daté de 1991 : « Après une diminution de nos consultations pendant 3 ans, on observe une remontée. Mais l'envers du décor est moins gai puisque le but de Marmottan était d'être un sas entre la marginalité et la société dite civile et nous ne sommes plus ce sas. Les

supplémentaires. C'est le cas notamment de Marmottan qui a ouvert en 1991 une consultation de médecine générale dans l'enceinte de son établissement[529]. Un chef de clinique a ainsi été délégué à l'institution par le Pr Kazatchkine spécialiste du sida à l'hôpital Broussais. Il a ainsi pris en charge le plateau technique et médicamenteux que nécessitait cette consultation. Pour autant, détail significatif, cette consultation a été installée dans une aile du bâtiment située à l'opposé du centre de soins spécialisé. Autant dire que son instauration ne s'est pas fait sans heurt ni sans débat au sein de l'équipe. Pour autant ce dispositif nouveau participait alors d'une nécessité première car il s'agissait bien de continuer à jouer un rôle dans le jeu social. Ainsi, C. Olievenstein déclarait-il en 1989 : « il se trouve que ma parole a encore une influence, de moins en moins grande, mais elle a encore une influence. Je suis donc comptable par le fait même, vis-à-vis de l'opinion publique, comme je l'ai été durant des années à propos du problème des toxicomanies, d'une certaine orientation. Pour le dire clairement, je pense que si nous ne donnons pas des propositions concrètes à la fois aux pouvoirs publics et à la population, d'autres le feront »[530]. Ainsi, près de vingt-cinq années après la mise en forme du modèle, on ne peut manquer de souligner, en empruntant ses termes à R. Castel parlant de l'épisode de la monomanie, que la tentation était-elle encore grande chez certains de raffiner la clinique pour répondre à la nouvelle « demande ». Somme toute, répétons-le « qu'il s'agisse de monomanes, de toxicomanes, ou d'autres anormaux, il se trouve toujours des experts pour penser comme Falret : si ce n'est pas nous qui nous en occupons, c'en sera d'autres, et il vaut mieux que ce soit nous car nous sommes les plus savants et les plus humains »[531].

Mais d'autres justement avaient avancé et avançaient encore à une vitesse supérieure et la réduction des risques continuait sa coulée y compris dans les rangs des spécialistes du champ. En 1991 encore, un centre spécialisé d'où étaient issus certains transfuges du modèle avait obtenu l'aval de la DGS pour monter en son sein une unité méthadone. Lors du changement de majorité en 1993, S. Veil et P. Douste-Blazy resteront sur cette voie. En terme sanitaire la lutte contre le sida reste bel et bien la priorité : « la lutte contre la toxicomanie, déclare S. Veil, sera la deuxième priorité du Ministère : elle n'est pas sans lien avec le Sida. La chargée du grand Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville et son délégué

---

nouvelles marges ne viennent plus ici. L'institution a tuée toute fantaisie, elle est difficilement novatrice et il m'arrive d'être déprimé quand je la vois fonctionner ».

[529] Consultation subventionnée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et l'hôpital Perray Vaucluse auquel Marmottan est administrativement rattaché.

[530] Cl. OLIEVENSTEIN, Autrement, *op. cit.*, n° 106, p. 36.

[531] CASTEL R., *op. cit.*, 1976, p. 184.

à la Santé resteront ainsi les alliés précieux des agents du nouveau modèle. Le plan de lutte contre la drogue de 1993 rappelle l'axe essentiel de la réduction des risques en ce domaine. Le deuxième axe vise l'amélioration et la diversification des modes de prise en charge des toxicomanes[532]. Il prévoit l'augmentation des capacités de prise en charge avec hébergement (création notamment de sections d'appartements thérapeutiques-relais), le développement de lieux de contacts avec les toxicomanes (« bas seuil » déjà annoncées dans une circulaire de mars 1992), la mise en place accrue d'unités méthadones dans les grandes villes françaises, et enfin la création de réseaux toxicomanie-ville-hôpital[533] (regroupement de médecins libéraux, coordinations hospitalières). Le lien sida-toxicomanie n'est plus à démontrer[534]. En 1993, 525 places de méthadone sont agréées (contre 52 auparavant, 12 places étant venues s'ajouter aux 40 agréées depuis 1973), 1000 sont prévues d'ici fin 1994. La distribution de méthadone est alors codifiée par un protocole élaboré sur avis d'une commission d'experts[535] auprès de la DGS. Ce protocole définit le cadre de la distribution de méthadone aux toxicomanes : son utilisation doit favoriser une stabilisation de la consommation de drogues issus du marché illicite et générer un moindre recours à la voie injectable, une insertion dans le système sanitaire et une insertion sociale. Les centres devront accompagner leurs prescriptions d'un suivi sur le plan médical, social et psychologique (équipes pluridisciplinaires). La méthadone s'adresse toujours aux toxicomanes anciens aux opiacés (plus de cinq ans de toxicomanie), ayant essayé en vain d'autres modes de traitement. Enfin le document stipule que : « l'objectif ultime est de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance à un quelconque produit, y compris à la Méthadone. Ce cadre exclut donc la possibilité à priori d'utiliser la méthadone comme produit de maintenance ». Cet « à priori » a sans doute son importance : la loi de 1970 demeure et l'abstinence reste, pour l'heure, le but affiché de toute prise en charge. De nouveaux projets de centres méthadone, vont alors être déposés de par et d'autres. Le

---

[532] Circulaire n° 72 du 9 novembre 1993 relative aux « orientation dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue »

[533] Ces réseaux viennent s'ajouter aux réseaux ville-hôpital annoncés dans une circulaire DGS de 1991 dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des malades du sida.

[534] Sauf à certains comme le montre cette réflexion du Premier Ministre E. Balladur interrogé cette même époque par un journaliste sur la place du sida dans le plan de lutte contre la toxicomanie : « sida-toxicomanie : quel est le rapport ? » s'étonnera alors le Premier Ministre. Cité par COPPEL A., Stratégies collectives et prévention de l'infection par le VIH chez les toxicomanes. Sida-toxicomanie, une lecture documentaire, Paris-Lyon : Ed Toxibase-CRIPS, Nov 1993, p. 80.

[535] Arrêté du 7 mars 1994 relatif à la création et à la composition de la commission consultative des traitements de substitution à la toxicomanie. Elle a pour mission de suivre l'évolution de l'utilisation de la méthadone pour la prise en charge des toxicomanes et d'étudier le cadre d'utilisation de tout autre produit de substitution. Sont nommés dans cette commission entre autres : Dr Aeberhardt (MDM), Dr Boissonnat (Cochin), Dr Dugarin (F Widal), F Facy (Inserm U 302), Pr Loo (St Anne), A Marty Lavauzelle (Aides), Pr Olievenstein (Marmottan), Dr Wieviorka (St Germain Pierre Nicole).

premier notamment à voir le jour, disjoint de toute structure de soin spécialisée, est issu de l'organisation Médecins du Monde.

« Rétrospectivement, je me rends compte que c'était assez habilement joué de la part du Ministère Veil-Douste Blazy, en nous autorisant, nous qui n'étions pas des spécialistes à ouvrir un programme méthadone, on donnait tout de même aux intervenants classiques un signal très fort, c'est-à-dire que, qu'ils le veuillent ou pas, les choses se feraient. Parce que les intervenants étaient quand même dans une position assez singulière puisque d'un côté ils disaient « nous ne voulons pas de méthadone » et de l'autre ils ajoutaient « et s'il doit y en avoir il n'y a que nous qui pourrions en faire » et troisièmement « justement on en fera pas ». On était dans une situation de blocage. Donc je pense que la décision du Ministère à nous autoriser à ouvrir un programme ça a été entendu par les intervenants comme un signal très fort » (un médecin généraliste, Directeur d'un centre de soin MDM pour usagers de drogues- extrait d'entretien).

Les spécialistes, C. Olievenstein en tête, s'insurgent publiquement devant de telles mesures. La question de la méthadone cristallise à ce moment un certain nombre d'enjeux, en terme d'intérêts que l'on peut dénommer « altruistes », mais aussi en terme d'intérêts plus proprement institutionnels. Si en effet, le retour de la substance magique que l'on avait réussi à enkyster compromet la cohérence du modèle lui-même, il est perçu également comme venant enfreindre la personnalité même du toxicomane, dernier îlot de sa liberté.

« Robotiser le toxicomane sous la camisole chimique des substitutions revient non pas à le guérir mais plutôt à tuer sa personnalité profonde et inviolable, ses potentialités de révolte, de remise en cause de lui-même et des autres »[536].

Mais plus que la méthadone elle-même c'est son utilisation à des fins systématiques et globales qui sont ici dénoncées. On ne croit guère à ce que ce nouveau cheval de bataille soit plus à même de faire « perdre (à la toxicomanie) son caractère mythique d'étrangeté »[537].

« Il y a un grand danger à faire croire que la substitution généralisée serait le vecteur prioritaire d'une politique de réduction des risques efficace notamment en matière de sida. Car cela détourne des vrais problèmes et recréé de nouveaux mythes »[538]...

---

[536] MAXENCE J-L., *op. cit.*, p. 48.
[537] Car telle est notamment l'une des volontés de la politique néerlandaise en la matière : « il faut selon le gouvernement néerlandais débarrasser la toxicomanie de toute signification « à sensation » et l'image du toxicomane doit perdre son caractère mythique d'étrangeté ». Cf MAIER R., DE GRAFF W., *op. cit.*, p. 34.
[538] Association Internationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT), cité par WIEVIORKA S., *op. cit.*, 1996, p. 12.

Ces années 1992-1993 seront réellement des années d'affrontement. Nous l'avons déjà vu, les attaques directes ne sont pas absentes des débats. Si du côté des spécialistes ce sont bien sûr les agents de la réduction des risques qui sont visés, C. Olievenstein ne manque pas de dénoncer également ceux de son champ qui se rallient progressivement au nouveau modèle.

« Substitution ! Substitution ! Je suis sidéré de voir qu'on en a fait un mot magique, annonçant la remédicalisation de la toxicomanie. On régresse de vingt ans ! (...) Et la boulimie de Médecins du Monde qui aurait mieux à faire au Rwanda ! De leur côté les structures ANIT tardivement ralliées à la politique de réduction des risques verraient dans cette démarche, à l'instar des établissements hospitaliers, des crédits supplémentaires à saisir, imaginant qu'elles pourront vivre en s'adjoignant la méthadone !»[539].

« C'était la guerre des tranchées à ce moment là ! Olievenstein dans les séminaires de Marmottan jetait l'anathème sur Arnaud et sur moi en disant « ces deux traîtres » qui je sais pas quoi, enfin bon... » (un psychiatre, directeur d'un centre de soutien psychologique pour personnes séropositives - extrait d'entretien).

« En mai 92, on avait organisé au Ministère de la Santé un débat sur la politique de drogues (...). Y'avait beaucoup de monde, le grand amphi du Ministère de la Santé était plein, on avait invité Isabelle Stingers et Olivier Rallet qui avaient écrit un bouquin absolument excellent qui s'appelle Drogues : le défi hollandais, on avait invité Thomas Zeltner qui était et qui est toujours le directeur de l'Office Fédéral de la Santé Publique Suisse, et on avait invité Olive qui s'est bien sûr empressé de saboter la réunion comme à son habitude » (un médecin généraliste, Directeur d'un centre de soin MDM pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

A cette même époque et au sujet de la Commission Consultative des Traitements de Substitution de la Toxicomanie à laquelle il est nommé pour trois ans, et de certains projets acceptés par la majorité des « experts » en place, C. Olievenstein déclare :

« N'importe quoi et en pleine confusion. Elle laisse s'installer une médecine au rabais et s'étouffer les structures d'accueil et de soins en place jugées trop onéreuses, leur préférant les « boutiques » où les toxicomanes qui n'ont pas vraiment envie de s'en sortir deviendront des squatters officiels (...) C'est la déroute. (...). Pour l'heure, ma présence évite le pire. Je prends date en dénonçant par exemple la levée de l'anonymat ou la présence de la justice et de la police dans les comités de pilotage de programmes méthadone »[540].

La confusion était et continuerait d'être des plus totale en effet. Une ou deux années plus tard, le ralliement au nouveau modèle allait, partout, entamer sa généralisation.

---

[539] OLIEVENSTEIN C., propos recueillis par Le Quotidien du Médecin du 14 juin 1994, n° 5433, p. 41.
[540] *Ibid.*

Chapitre III : Une mutation généralisée

1 -Des formes concrètes de despécialisation

1-2 : De nouvelles institutions spécialisées

Les années 1994-1995 vont voir apparaître de nouveaux centres de soins basés sur l'offre de produits de substitution pour les usagers de drogues. Issus des formes de despécialisation à l'œuvre chez les promoteurs de la réduction des risques en France, leur mise en place a, dans certains cas, donné lieu à l'élaboration de diagnostics locaux. Diagnostic : le terme, ici comme ailleurs[541] ne doit pas faire illusion. Plus que la prise en compte réelle des besoins de chaque citoyen sur le territoire[542], il « s'agit tout autant de favoriser une transformation des pratiques que de prendre la mesure de phénomènes plus ou moins objectivables. Il s'agit d'initier par cette démarche une représentation de la réalité qui permette aux acteurs de terrain d'adapter ou de transformer leurs pratiques »[543].

Le revirement de trajectoire, à ce titre, de l'un de nos « promoteurs » (converti) de la première heure est intéressante. Elle prend sa source dans un très polémique changement de direction du centre spécialisé dans lequel il travaillait depuis de nombreuses années, premier centre spécialisé à s'être par ailleurs (sous son impulsion) doté, dans le contexte du sida (soit en 1991), de l'outil méthadone. Fort de ses expériences auprès de cet outil et de sa participation antérieure dans des projets locaux « communautaires » (EGO notamment), le psychiatre s'impliquera dès lors plus en avant dans la réduction des risques.

« Moi je venais de St Anne et j'étais le seul qualifié à l'époque pour ouvrir un centre méthadone parce que j'étais le seul à avoir l'expérience. C'était pas seulement savoir prescrire c'était penser la méthadone dans un dispositif de soins. Et on a nommé X qui ne connaissait rien à la méthadone, comme ça c'était parfait, le programme avait toutes les chances de se casser la gueule (...). Donc moi je veux donner ma démission, je dis « moi je travaille pas avec quelqu'un d'incompétent, je veux bien travailler avec un chef de service mais

---

[541] On le retrouvera particulièrement dans la mise en œuvre des politiques de sécurité.

[542] Comme le souligne notamment F. Bailleau : « les habitants ne sont pas réellement interrogés sur leur propre vision de la sécurité, pas plus qu'ils ne sont consultés sur les démarches sensées répondre à leurs demandes ou associés à l'évaluation du fonctionnement des institutions dont la fonction difficile est de les protéger de cette insécurité qu'ils peuvent éprouver ou manifester ». Cf BAILLEAU F., Le diagnostic, un préalable à la co-production d'une politique locale de sécurité ? In BAILLEAU F., GORGEON C [Dir]., Prévention et sécurité : vers un nouvel ordre social, Paris : les Editions de la DIV, 2000, p. 159.

[543] BAILLEAU F., *Ibid.*, p. 160.

quelqu'un qui connaît la toxicomanie, pas quelqu'un qui connaît rien, c'est pas comme ça qu'on travaille, moi je m'en vais à ce moment là », et c'est ce qui se passe d'ailleurs, je pars et je dis au Ministère « écoutez, moi je vais travailler dans un autre domaine, la toxicomanie j'arrête ». Et panique à la DGS parce qu'on se rend compte que finalement il faut faire de la méthadone et on me dit « ah ben oui mais faudrait que tu fasses quelque chose quand même c'est embêtant, tu sais y'a de gros problèmes à Bagneux, tu connais les politiques locales ». Parce que Bagneux venait de brûler, y'a un centre social qui avait brûlé, les dealers avaient foutu le feu, enfin bon. L'atmosphère était chaude, ils organisent une visite avec le préfet, le préfet fait demi-tour, c'était assez chaud. Et c'est vrai que j'avais aussi cette expérience des politiques locales, je savais le faire ça. Et ils m'ont dit « oui avec tout le travail que t'as fait c'est pas normal, faudrait que t'ailles voir à Bagneux ». Bagneux c'est vrai que je connaissais, j'ai habité le coin étant gamin, ça me posait pas énormément de problèmes et on me dit « faut que tu montes quelque chose, etc ». Donc je me décide à aller voir les autorités politiques du coin et puis j'essaye de voir si ça les intéresse qu'on monte quelque chose d'un peu innovant et j'impose, je dis à la DDASS « sans méthadone je n'y vais pas, ça sera ça ou sinon je m'en vais » (un psychiatre, directeur d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Deux lignes d'énonciation vont désormais se joindre ici : l'une collective, axée sur les questions d'insécurité, enjeu politique sur un plan local et national, l'autre plus personnelle et plus sensible aux questions propres à la prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes dans une perspective de réduction des risques. L'outil méthadone allait permettre cette jonction après qu'aient été établies, sur le terrain, les nécessités, pour tous (élus locaux, professionnels - santé, social, justice, police, médias, etc-, habitants) d'une nouvelle orientation. Installé au plus près des conditions de vie des populations du quartier, le médecin-psychiatre et son équipe (une autre militante de « la cause » et une infirmière) allaient, dans un premier temps, à la fois ausculter le terrain et expliciter à tous les nouvelles priorités. D'emblée, le projet s'inscrit dans un réseau. On perçoit alors que ce montage est résolument éloigné de celui des centres de soins spécialisés, tel Marmottan, à l'aurore des années soixante-dix. Ces médecins là ont sans doute plus à voir avec leurs homologues hygiénistes de la fin du 19ème siècle.

« C'était une zone qui était en perpétuelle dégradation depuis les années soixante. Un des problèmes sur la ville c'est que la ville ne pouvait pas racheter par exemple la voirie qui appartient à la SIC qui est une grosse société d'HLM, ça aurait coûté trop cher, donc la ville n'avait pas les moyens, et en même temps la SIC ne faisait pas l'entretien de la voirie. C'était des immeubles qui avaient été construits au moment des rapatriés etc, qui étaient des immeubles qui se tenaient bien (...). On logeait les gens avec une vision assez communautaire des immeubles, y'avait des passerelles, des lieux de communication, c'était dans une optique finalement assez intéressante au départ et puis y'a eu une ascension sociale des différentes personnes qui habitaient ici, ils sont allés dans les quartiers pavillonnaires, ils ont émigré quoi et progressivement on avait logé des gens de plus en

plus en difficulté dans ce quartier. Et à partir de là ben tout ce qui était communautaire et qui fonctionnait bien est devenu en fait un système qui favorisait la marginalisation, le petit trafic et la délinquance. (...). Au début donc on a pris contact avec la SIC et je leur ai demandé un bureau. Pendant un an on a travaillé là, on écoutait ce qui se passait en bas, c'est-à-dire qu'on entendait les plaintes des habitants, les différent entre les gens, le quotidien du quartier. Un exemple qui nous a beaucoup frappé : un jour y'a une antenne télé qui tombe, le standard du truc à trois heures de l'après midi saute, tous les gens hurlent en disant « ben qu'est ce qui se passe, la télé est coupée », c'est-à-dire qu'en gros la moitié de la population était au chômage dans cet immeuble et ils étaient tous devant la télé. C'était assez impressionnant. C'est clair que pour comprendre ce qui se passe dans ce quartier il fallait y avoir un peu vécu quoi. On a fait ça pendant un an ce qui nous a permis de comprendre ce qui se passait et d'analyser assez finement. Ensuite ce qu'on a fait c'est qu'on a formé tous les gardiens d'immeuble, on a fait des cours aux gardiens d'immeuble sur la drogue, c'était un peu le prétexte pour les faire parler de ce qu'ils vivaient au quotidien. Ça nous a permis de comprendre ce qui se passait dans les immeubles et d'analyser un peu comment le trafic s'organisait ici ». (ce même psychiatre, directeur d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Une deuxième phase du projet visera la recherche d'un support hospitalier (un hôpital psychiatrique voisin) et d'un lieu d'implantation pour la nouvelle « clinique » (puisque tel est en partie son nom). Ce dernier point supposera encore une longue période d'enquête afin de se situer au plus juste, tant du point de vue des lieux de consommation que de celui du voisinage. Attirer les usagers de drogues, rassurer et sensibiliser les populations à la question, les amener à devenir partie prenante du projet (en ce sens les médias locaux joueront aussi un rôle efficace) sera un préalable à l'installation de la structure.

« Ca a été un an d'observation, un an de contact, un an de conviction, je ne sais pas combien de pavillons on a visité...Parce dans tout ça il fallait trouver l'endroit stratégique. Ici c'est un endroit stratégique, ça n'a pas l'air mais c'est un endroit stratégique entre le RER d'un côté et puis l'arrivée sur les plans, les plans sont à quelques mètres de là, au-dessus. On est exactement situé entre les deux, et le lieu a été conçu comme ça, entre les deux, volontairement. Quant aux voisins, je connais tout le monde, on a fait un travail, on a voisiné et deuxièmement on est propriétaires, l'hôpital a acheté le pavillon, moi j'ai insisté là-dessus, je voulais pas qu'on soit locataires, je voulais pas qu'on soit remis en cause. Et on soigne les enfants des voisins aussi hein, faut bien dire les choses aussi (...). Donc à partir de là si on fait bien le travail et qu'on commence à s'occuper des gens... Bon il s'agit pas d'afficher partout : je soigne le fils de machin, mais ça se sait parce qu'il y a le bouche-à-oreille qui fonctionne énormément et puis on a un élu qui habite en face. Y'a un travail de conviction préalable, c'est clair, qu'on a fait ici. Et puis après on a médiatisé l'expérience On a fait un énorme travail, en accord avec la mairie, ça faisait partie de ce qui avait été envisagé, qui visait à ce que Bagneux ne soit plus simplement le lieu de la vente des drogues mais aussi le lieu des soins aux toxicomanes. Et eux ça les intéressait en terme de politique locale » (ce même psychiatre, directeur d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Le lieu lui-même a de quoi étonner en effet : une grande maison blanche entourée de jardins, qui ne se distingue guère (hormis une discrète plaque apposée près de la boite aux lettres) des autres pavillons qui bordent cette petite rue d'apparence tranquille. Les médias, témoignages de « monsieur tout-le-monde » à l'appui, soutiennent le projet sans hésiter. Les titres de l'époque sont des plus significatifs : « lutte contre la toxicomanie, une première à Bagneux »[544] ; « La méthadone comme remède d'urgence »[545] ; « la méthadone ou l'enfer »[546] ; « Bagneux, lieu de soins »[547]. Un vent nouveau semble souffler sur la commune, qui rappelle le bon temps de la mise en place des premiers centres expérimentaux spécialisés, quelques technologies en plus. Un article du dernier Journal cité plus haut est à ce titre très évocateur :

« Ce matin là, Didier Touzeau et (...) Anne Coppel font les honneurs du centre au Député-maire de Bagneux, Janine Jambu accompagnée entre autres par Christian Fischer, Conseiller Général. A l'accueil, dans une pièce claire, comme toutes les pièces de la maison blanche aux volets bleus, on passe et on repasse. Qui est qui ? Pas de blouse blanche, patients et équipes thérapeutique sont ensemble. De sa place, la jeune femme qui assure l'accueil vidéo qui renseigne sur les visiteurs. « Au début nous avons pensé ces mesures de sécurité pour nous, équipe du centre. En fait, il s'avère que les toxicomanes ont très bien accepté ce matériel. Il les sécurise tout autant ». Il n'est pas rare qu'en quittant le centre, on fasse un petit coucou à la caméra (...). Sur le seuil du salon, le regard s'arrête sur le petit bureau où deux infirmières ont la charge de délivrer la méthadone. (...) « C'est très.net. Pour ceux qui ont un emploi, le travail est réinvesti. Pour ceux qui n'en ont pas, peut enfin s'entamer la recherche. Paradoxe : nous sommes contents de faire des demandeurs d'emploi » ironise Didier Touzeau avant de souligner, un peu plus tard la gravité du problème. (...) Les élus sont très attentifs. Bien sûr , ils n'ont pas la maîtrise, ni de l'emploi, ni du logement. Mais des actions se mènent au plan municipal (...) pour intégrer de jeunes balnéolais. (...) Le salon ouvre sur le jardin. Là, on reste une heure, une matinée. Ou en début de traitement, quand c'est dur, toute la journée. Auto-support. Ceux qui sont là s'entraident, s'accompagnent à l'hôpital, gèrent la salle, organise un dîner avec celui qui va mal. 50 % de réussite ici estiment Didier Touzeau et Anne Coppel. Moment du café avec les visiteurs. Des toxicomanes en cours de traitement s'installent aussi. L'un d'eux a 42 ans (...) ce n'est pas un inconnu pour les élus, ni eux pour lui. (...) Il raconte combien nombreux ont été ceux qui se sont dit : « Comment ? Lui ? ». Ceux qui l'ont connu tout petit. (...). Les réflexions convergent des quatre coins de la table (...). Le Maire de Bagneux renchérit : on ne peut pas laisser la place à la seule répression, même si celle-ci est nécessaire »[548].

---

[544] Le Journal des Hauts de Seine du 15 février 1994. Précisons que nous retirons ces informations d'une revue de presse qui nous a été gracieusement fournie par le centre en question lui-même.
[545] Journal Le Parisien du 15 mars 1994.
[546] Magazine l'Express du 10 mars 1994.
[547] Journal L'Aube Nouvelle du 13 mai 1994.

D'autres centres du même type vont voir le jour à quelques mois d'intervalle, tous initiés par les protagonistes du nouveau modèle : celui de Médecins du Monde en 1994 à Paris (puis à Bayonne, puis à Strasbourg) dirigé par le médecin dont nous avons retracé la trajectoire ; en octobre de la même année ouvre celui de notre autre médecin somaticien dans l'enceinte de l'hôpital Laennec. Les objectifs et les angles d'approche sont à peu près les mêmes partout : il s'agit globalement de « faciliter l'accès aux soins de toxicomanes gravement marginalisés et/ou malades. Les aider à sortir de la toxicomanie et à retrouver une insertion sociale »[549]. Si la pratique est largement centrée (tout au moins durant ces premières années) sur l'offre des produits de substitution et l'observation clinique des expérimentations, elle requiert également et obligatoirement (comme le précisent les circulaires) un soutien médico-psychosocial. A ce titre les équipes sont pluridisciplinaires, bien qu'à dominance médicale (psychiatre, infirmiers, psychologues et, en moins grand nombre, éducateurs, animateurs, chargés, le plus souvent de l'accueil). Concernant les indications prioritaires, l'heure n'est plus alors aux seules toxicomanies lourdes et anciennes. « Une plus grande disponibilité des traitements permet de développer les aspects cliniques des indications de la substitution »[550]. Compte tenu du nombre de places toutefois encore limité, certains types de patients restent toutefois, études belges à l'appui, désignés comme prioritaires : les femmes enceintes[551]; les personnes présentant des problèmes somatiques lourds et intercurrents[552] ; celles présentant des troubles psychiatriques graves[553] ; les personnes emprisonnées[554], et enfin les jeunes et très jeunes consommateurs[555]. Les contre-indications étant elles mêmes rares, la pratique pouvait largement se développer. Elle allait d'ailleurs s'accélérer. Un nouveau pas serait franchi en décembre 1994 avec l'Autorisation de Mise sur le Marché

---

[548] *Ibid.*

[549] Médecins Du Monde, la politique de réduction des risques, document interne.

[550] LOWENSTEIN W., GOURARIER L et al.., La méthadone et les traitements de substitution, Paris : Ed Doin, 1995, p. 50.

[551] « Les conditions de vie des femmes usagers enceintes, les impératifs d'hygiène ou d'alimentation et les nécessités du développement précoce de l'enfant incitent à considérer chacune de ces grossesses comme précieuses » *Ibid.*, p. 51.

[552] « Chacun connaît l'intérêt de la substitution en cas d'infection à VIH, qui fidélise le patient et facilite l'accès aux soins. Le gain en terme de qualité de vie apporté à ces personnes par la substitution paraît considérable ». *Ibid.*

[553] « La difficulté de trouver un cadre de soutien adapté à ces patients se trouve en partie résolue par le suivi régulier, voire quotidien, en cure de substitution sur le modèle, et parfois sur les lieux même de l'hôpital de jour spécialisé »*Ibid.*, p. 52.

[554]« La poursuite d'une cure de substitution dans cette période constitue souvent le seul lien avec le monde extérieur. Elle paraît spécialement indiquée pour prévenir les accidents de surdosage et pour optimiser les possibilités de réinsertion sociale ». *Ibid.*, p. 53.

[555]La prise en charge précoce des héroïnomanes par la substitution entraînerait une amélioration importante en terme de mortalité et de morbidité associées à l'usage d'héroïne. des premiers travaux montreraient même une tendance à la réduction totale de l'usage d'héroïne chez ces adolescents et post-adolescents ». *Ibid.*

UNIVERSITE DE METZ
S.C.D.

(AMM) du chlorhydrate de méthadone qui modifie les conditions de distribution. La méthadone peut alors, comme tout médicament faire l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale. Le début du traitement se fait toujours dans des centres prescripteurs, mais une fois le toxicomane « stabilisé » il peut, en accord avec son médecin prescripteur, poursuivre son traitement en médecine de ville. La méthadone lui sera alors délivrée (au moyen du carnet à souche) par un pharmacien de son choix et en relation avec le médecin traitant. Cette nouvelle étape a son importance. Elle permet notamment pour le centre d'origine de « libérer » une place et donc d'accueillir un plus grand nombre d'usagers de drogues. Elle signe également une plus forte implication des médecins généralistes et des pharmaciens qui travaillent dès lors en réseau avec les centres prescripteurs. Comme l'indiquent dans leur ouvrage sur la question, les protagonistes du modèle : « Avec le cadre légal qui se met en place, une autre période commence. (...) En matière de substitution, c'en est ainsi fini de « l'exception française ». Notre pays se met à l'heure de l'Europe »[556]

1-2 : Des compromis pratiques ou la folle ascension des dispositifs intermédiaires

Forcés de reconnaître effectivement que les choses se feraient de toutes façons, avec ou sans eux, une majorité de spécialistes se lancent aussi à cette époque dans de nouveaux projets. Parallèlement, d'autres agents plus issus de la lutte contre le sida et déjà implantés sur le terrain de la réduction des risques, développent d'autres modes d'approches pour pallier eux aussi aux insuffisances de leur pratique.

Certains projets ont de quoi étonner eu égard à ce que nous présentions plus haut : en février 1995 est fondée à Paris l'association Nova-Dona[557], lieu d'accueil et centre méthadone pour usagers de drogues qui regroupe trois personnalités de la lutte contre le sida et de la toxicomanie : le Pr Kazatchkine (hôpital Broussais), D. Jayle (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida - CRIPS) et... le Pr Olievenstein. Interrogé sur cette initiative pour le moins surprenante de sa part, C. Olievenstein répond : « il n'y a aucune contradiction. Le centre Marmottan subsiste pour ceux qui prennent du crack ou souhaitent lâcher la substitution. Le centre de Broussais, lui, offrira une palette élargie avec une garantie de choix pour les toxicomanes »[558]. Selon le Pr Kazatchkine : « cette idée est venue de la conjonction de Marmottan, avec ses ambiguïtés et son constat, d'une expérience d'un service sida comme le mien, où je constate l'incapacité d'accès aux soins pour ceux qui ne sont pas substitués et

---

[556] *Ibid.*, p. XIII.
[557] Attenante à l'hôpital Broussais.
[558] Impact Médecin Hebdo, octobre 1994, n° 253. .

de l'approche du Crips sur la prévention, le contact et l'accueil »[559]. Le maintien dans le jeu était dès lors subtilement assuré pour le spécialiste. Forte de cette nouvelle expériences hors de sa vue, Marmottan pouvait ainsi garder la tête haute et conserver pour une part de sa splendeur d'antan.

Nova-Dona se distingue à la fois des centres méthadone « classiques » dont nous avons parlé précédemment et des « bas seuil » dont le travail (que nous détaillerons par la suite) se situe plus en amont de la nouvelle chaîne thérapeutique. Le dispositif intègre en fait ces deux dimensions.

« Nova-Dona c'est un centre d'accueil pour les toxicomanes et un centre de soins. Un centre d'accueil parce que les gens peuvent arriver, boire un coup, discuter, laver leur linge, prendre une douche, se reposer... Discuter en dehors des lieux où on propose de la drogue, une espèce de lieu qui protège un peu. Ils peuvent aussi recevoir de l'information soit verbalement, soit par le biais de publications de diverses associations comme Asud, Marmottan, la Lettre d'Act-Up, etc. Y'a aussi un échange de matériel d'injection, du matériel propre contre du matériel sale. On le faisait nous même jusqu'à ce qu'on installe un distributeur-échangeur-récupérateur de seringues qui se trouve devant le bâtiment et qui se fait encore dans les locaux puisque des fois les gens ne veulent pas être vus en train de prendre des kits dans le distributeur. Ensuite Nova-Dona c'est un centre de soins, un centre médical. Y'a toujours un médecin qui est là pour les consultations, des médecins qui sont généralistes et qui sont qualifiés au niveau des maladies infectieuses. Il y a un suivi social c'est des demandes qui peuvent être adressées à l'assistante sociale, à l'éducateur et à X qui s'occupe de l'antenne locale d'insertion pour aider à la recherche d'emploi. (...) On fait aussi du travail de rue c'est-à-dire que moi et Y on va dans les squats du quartier, redistribuer des seringues parce qu'il y a des gens qui habitent tout près mais qui ne viendront jamais au centre parce qu'ils ne veulent pas ou bien ils ont peur ». (Un accueillant dans un dispositif d'accueil et de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

« Le travail de rue vers les usagers, vers les gens, on leur apporte des informations dans le cadre de la réduction des risques (...) et le travail de proximité c'est plutôt vers les habitants du quartier, qui ne sont pas toxicomanes mais qui peuvent être commerçants, des élus, etc, pour les sensibiliser au problème de la toxicomanie pour deux raisons : d'abord qu'ils comprennent que dans ce quartier c'est un problème important et que c'est avec leur participation que l'on arrivera à régler ce fléau et la deuxième c'est également qu'ils nous acceptent, pour qu'il y ait une tolérance vis-à-vis du centre. (...) Il y a eu des rencontres aussi, faites par mon prédécesseur avec le commissaire de l'arrondissement, ça s'est bien passé, à ma connaissance il n'y a eu ici aucun problème avec la police » (Un travailleurs social, directeur d'un centre d'accueil et de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

[559] *Ibid.*

Travailleur social au parcours diversifié (domaine de l'enfance, de la prison, puis de la lutte contre le sida), le directeur du centre[560] ne conçoit guère l'approche des toxicomanes comme différente de celle des multiples populations qu'il a antérieurement approchées. De là toute la spécificité de la réduction des risques mais aussi son ambiguïté : citoyen à part entière, l'usager de drogue n'en est pas moins confiné dans des dispositifs qui lui sont particulièrement réservés (nous reviendrons sur cette question).

« Moi je suis quand même venu ici avec une conviction très très forte que j'ai acquise avec mon expérience dans la lutte contre le sida et avec mon expérience antérieure qui était que avant tout, j'ai en face de moi une personne, qui n'est ni un patient, ni un toxicomane, et que j'ai un citoyen. C'est-à-dire que mon combat ici est de faire en sorte que les personnes qui sont les patients de ce centre soient des citoyens à part entière avec tout ce que cela implique en terme de responsabilité et en terme de droits » (ce même travailleurs social, directeur d'un centre d'accueil et de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Cette problématique va progressivement interpeller l'ensemble des spécialistes de la toxicomanie. On voit ressurgir du même coup dans le discours des « intervenants » tout ce que la clinique avait tendu à masquer sous une forme homogène. Sortie de son carcan psychanalytique, le consommateur de drogues, « usager », « ni totalement victime, donc irresponsable, ni définitivement malade, ni absolument délinquant »[561], rejoint la grande cohorte des populations menacées (et certes, quelque part, menaçantes) d'exclusion.

« J'avais travaillé dans le secteur de l'enfance inadaptée ou dite comme telle, auprès des adultes handicapés, auprès des cas sociaux en internat, ensuite avec des adolescents et au départ, moi c'est vrai j'avais pas du tout envie de me spécialiser dans ce domaine là, je pense en plus que c'est presque fou de se spécialiser dans ce domaine là. (...) Il y a eu c'est sûr une véritable remise en question et une interrogation de notre propre parcours personnel, au travers de la problématique des autres (...). Les produits de substitution, les boutiques etc, ont bouleversé les mentalités dans notre secteur, même moi hein, je me mets dedans à part entière, c'est sûr (...). Je crois en fait que notre travail c'est de travailler sur l'exclusion, c'est aussi de réfléchir sur comment nous on exclue les gens de nos propres systèmes et qu'est ce que deviennent ces gens ou éventuellement vers qui on peut les renvoyer. (...) Y'a des populations, il suffit d'adapter les systèmes » (Un éducateur, directeur d'un centre de soins spécialisé pour toxicomanes - extrait d'entretien).

« C'est une réalité que le sida a modifié la perception des choses, avec des choses qui ont été mises en

---

[560] Notons qu'il s'agit de celui de celui que nous avons interviewé en août 1996 qui était le deuxième depuis l'ouverture à occuper ce poste. Il ne serait pas non plus le dernier. Nous reviendrons dans la troisième partie sur ces mouvements de personnels dans ces dispositifs.

[561] WIEVIORKA S., *op. cit.*, 1995, p. 180.

place à partir du sida, l'association Aides par exemple, bon même si y'a pas que Aides, l'arrivée de nouveaux intervenants, des médecins hospitaliers qui ont pris en charge, qui ont posé d'autres questions, qui ont amené d'autres discours, qui ont eu d'autres types de réflexion. Donc c'est vrai que le sida y a été pour beaucoup dans cette prise de conscience, dans cette modification des données, à travers d'autres types d'intervenants avec des regards neufs, avec des pratiques différentes. Je crois que c'est une bonne chose, c'est important de ne pas être dans un système de pensée unique, d'avoir des approches différentes. Pour moi ça a été aussi une interrogation personnelle: j'avais toujours été frappé par la volonté que certains toxicomanes mettaient à vouloir décrocher, en se donnant les moyens de le faire, en faisant des cures, des postcures et en rechutant, et j'en ai entendu dire « mais je suis foutu! je suis plus bon à rien! J'y arriverai jamais, c'est l'enfer, je me rends compte que je suis vraiment bousillé », et c'est vrai que par rapport à ça je me suis dit : mais est ce qu'il n'y aurait pas possibilité d'envisager les choses différemment, plutôt que de penser par l'abstinence? Que l'abstinence soit un objectif qu'il ne faille pas complètement occulter pourquoi pas, mais peut-être y-a-t-il des moyens de pallier à proposer » (un éducateur, coordinateur d'un dispositif « bas seuil » pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Si certains questionnements se sont effectués sans trop de heurts parmi les équipes, d'autres ont donné lieu à de véritables débats au sein des institutions, certains professionnels restant fidèles aux orientations premières, d'autres préférant s'engager vers de nouvelles formes d'intervention.

« Jusqu'au début des années quatre-vingts-dix on a fait des choses sur un modèle assez traditionnel, c'est-à-dire qu'en gros ce qu'on proposait c'était des aides ou des soutiens sur différents versants à des gens qui souhaitaient s'engager dans une démarche de sortie de la toxicomanie et par ailleurs de réinscription sociale. Et puis ceux qui n'étaient pas prêts à tout ça on proposait pas grand chose si ce n'est au mieux qu'une écoute attentive quoi. Fin des années quatre-vingts, début des années quatre-vingt-dix arrive le grand débat : est ce qu'il faut envisager d'autres modes d'intervention en direction des usagers de drogues, réduction des risques ou pas, le grand débats qui a traversé le petit monde des pseudo experts en toxicomanie. Et ce qui s'est passé sur le plan national s'est un petit peu reproduit au sein de notre institution. Il y a une partie de l'équipe qui souhaitait rester sur la ligne traditionnelle et puis d'autres qui souhaitaient développer des initiatives qui s'inscrivaient dans des logiques de réduction des risques ou tout au moins qui souhaitaient élargir l'éventail des propositions. On a été deux voire trois particulièrement convaincus de cette orientation là, et j'ai été moi jusqu'à mettre en jeu ma démission. C'était soit on nous autorisait à élaborer des projets de réduction des risques ou s'inspirant de cette logique là, soit je dégageais et j'allais travailler ailleurs, ça a été jusque là, il y a eu un clivage extrêmement important, et un débat extrêmement houleux, vraiment hein! Et puis bon à un moment donné ça a été : ok, allez-y » (un éducateur, directeur d'un dispositif « bas seuil » pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Nombre d'institutions spécialisées vont à ce moment adjoindre à leur pratique une structure « bas seuil ». A côté des stratégies d'adaptation et de réajustement mises en œuvre par certains dispositifs spécialisés après une période plus ou moins longue de crise, d'autres

agents plus spécifiquement issus du champ du sida, déjà impliqués dans cet espace au travers de la politique de réduction des risques se remobilisent, tendant ainsi à élargir leur domaine de compétence mais aussi à investir plus profondément ce nouveau champ d'intervention créé par la rencontre du sida et de la toxicomanie. C'est le cas notamment de Médecins du Monde à Strasbourg. En avril 1993 un bus d'échange de seringues s'installe dans la ville. Ancienne intervenante en toxicomanie qui avait rejoint très tôt les rang de l'Organisation à Paris, la directrice du programme mobile ne se satisfait pas de cette forme minimale de réduction des risques créneau de l'ONG. Les usagers de drogues nécessitant des soins (somatiques ou psychologiques) sont orientés par l'équipe vers les autres professionnels de la ville, après un long travail de concertation avec ces derniers, mais en vain.

« Pour nous à Strasbourg, contrairement au discours qui a été tenu à l'époque peut-être par certaines équipes de MDM sur Paris, pour moi, il ne s'agissait pas de faire de la réduction des risques point, il ne s'agissait pas simplement de délivrer des seringues, c'était important de délivrer des messages de prévention, de pousser à ce que les CDAG[562] fonctionnent dans les meilleures conditions possibles, mais il s'agissait aussi d'emblée d'entendre quelque chose de la toxicomanie des personnes qui venaient nous voir. C'était prendre en compte les deux dimensions. Et c'est vrai qu'au bout de quelque temps ça commençait à poser question à l'équipe qui était là : qu'est ce qu'on fait de tout ce qu'on nous dépose là ? (...). Sachant que deux fois sur trois ils n'allaient pas là où on les adressait, donc c'est vrai que ça devenait de plus en plus difficile de laisser repartir ces gens avec tout ce qu'ils déposaient chez nous en terme de problèmes psychosomatiques et puis aussi les détresses psychologiques. On s'est dit « on ouvre un lieu d'accueil, on essaie à partir de ce qu'on nous montre là, de prouver qu'il y a peut-être encore des dispositifs intermédiaires qu'il faut monter, qu'il faut imaginer ». J'avais effectivement entendu parler de Charonne, je les connaissais un peu, donc je trouvais ça extrêmement intéressant, je m'étais dit : « pourquoi ne pas ouvrir un lieu comme ça (...). On pourrait proposer aux personnes qui fréquentent l'antenne et à d'autres bien entendu aussi, de pouvoir passer, et qu'on retravaille un petit peu dans une ambiance plus sereine avec une proximité du produit moindre aussi, de tout ce qui tourne autour du produit », parce que dans le bus c'est quand même omniprésent » (une éducatrice, directrice d'un dispositif « bas seuil » MDM - extrait d'entretien).

Ainsi commence à s'opérer de part et d'autre un double mouvement d'ouverture : les uns vers la prise en compte des problèmes sanitaires et sociaux des toxicomanes, les autres vers une attention plus soutenue des questions propres à la toxicomanie et à sa dimension individuelle voire psychologique.

[562] Il s'agit des Centres de Dépistages Anonymes et Gratuits.

2 - Repousser les limites

2-1 : « Des antibiotiques à spectre large »

L'expression nous vient de cet éducateur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, responsable de la classe-relais que nous avons présenté au début de cette seconde partie.

« J'ai envie de dire pour rire, pour faire une relation presque médicale que...je pense que le dispositif relais c'est un antibiotique à spectre large, voilà et il faut que ça le reste. Et il ne faudrait pas qu'à un moment donné ça devienne un truc de spécialistes. Pour l'instant on est dans la médecine générale, on est pas dans la spécialité. Je pense qu'il faut surtout des gens très pragmatiques, des gens qui vont répondre aux besoins, des gens qui connaissent parfaitement le terrain, qui connaissent parfaitement les réseaux, qui savent où vivent les gosses, comment ça se passe, etc. » (un éducateur de la PJJ - directeur d'une classe-relais - extrait d'entretien).

Elle nous semble appropriée pour désigner cet ensemble de dispositifs intermédiaires qui fusent de toute part tout au long de la décennie quatre-vingt-dix. L'occasion est tentante ; sans vouloir entrer dans un naturalisme à la Darwin, on ne peut manquer, en nous référant à une simple définition, de nous en servir comme porte d'entrée métaphorique : « antibiotique : toute substance chimique capable d'empêcher le développement des micro-organismes, quelle que soit son origine »[563] ; quant au « spectre large » sans doute en rajoute t-il en ce qui concerne ces origines multiples.

Le formidable engouement pour ces dispositifs chargés de combler une brèche entre la rue et les institutions existantes n'est ainsi pas propre au champ sida-toxicomanie. Sensiblement à la même époque les classes-relais connaissent exactement la même expansion. Issus d'une réflexion entamée du côté des professionnels de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, la thématique des classes-relais va aussi être investie par les agents de l'Education Nationale.

« En fait il y a eu un inversement des tendances. Au début c'était la PJJ, l'Education Surveillée à l'époque qui avait ce souhait d'aller travailler vers l'Education Nationale mais se trouvait face à une forteresse, on n'était pas très bien accueillis, sauf pour des trucs tout à fait ponctuels. Là on inverse la valeur, c'est l'Education Nationale qui dit « nous on n'en peut plus, on ne veut plus travailler tout seuls, venez nous aider », donc c'est un peu comme ça que ça s'est généralisé un peu partout » (une éducatrice de la PJJ, responsable d'une classe-relais - extrait d'entretien).

---

[563] Dictionnaire Le Petit Robert.

Tous ces dispositifs se retrouvent globalement dans un même « esprit », une même communauté de pratiques visant pour les uns à pallier aux mauvaises conditions de vie des usagers de drogues et pour les autres aux risques « d'errance » des jeunes adolescents ; à leur offrir les moyens de se protéger des risques de contamination des virus du sida et des hépatites ; à leur permettre de reprendre une scolarité « normale » ; finalement à rétablir et à maintenir un lien social visant, à plus ou moins long terme, leur réinsertion à tous dans la société. En dehors d'une base commune à tous, des différences existent, qui signalent l'adaptation constante à la population accueillie, ainsi qu'au contexte local. Les pratiques et modes de fonctionnement de ces dispositifs s'inscrivent dans un cadre défini et dans une aire indéterminée dont la gestion repose sur l'acuité et les possibilités d'actions de leurs intervenants.

Commençons par le plus visible : les contenants eux-même se ressemblent : sortes de maisons ou appartements qui s'ouvrent directement sur un espace de convivialité puis se prolongent à travers d'autres pièces aux fonctions implicitement désignées (cuisine, sanitaires etc.). Tel est sans aucun doute le point de départ de notre mise en comparaison. D'où qu'ils viennent, tous ces intervenants ont avant tout pensé et aménagé ces lieux de façon tout à fait spécifique.

« Je crois beaucoup moi à la vertu du lieu, un lieu qui est aménagé pour, et pas un endroit qu'on utilise pour (...). Moi c'est pour ça que mon idée de départ c'était bien de créer une maison quoi, d'ailleurs vous avez vu, c'est créé comme une maison, y'a des endroits où on mange, où on joue, des endroits où on travaille, où on se détend, où on déconne, parce que... c'est repérable, c'est un lieu de vie, c'est tout » (un éducateur de la PJJ - directeur d'une classe-relais - extrait d'entretien).

« Un lieu de vie », l'occasion est trop bonne, une nouvelle fois pour persévérer dans la comparaison, car de tels modes de désignations se retrouvent autant chez les uns que chez les autres. Il ne s'agit pas tant de mettre l'accent sur des fonctions particulières (rescolariser, réduire les risques, etc.) que sur la nécessité de restaurer certaines conditions de vies.

« Plutôt que de dire : quelle est votre demande ? à quelqu'un qui se noie, il faut le mettre sur la berge, qu'il se remette à respirer, c'est ce qu'on essaye de faire ici » (unéducateur spécialisé, directeur d'un dispositif « bas seuil » pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

« Ce que je mets en avant dans ce lieu c'est bien tout l'aspect du travail relationnel. Je crois que ce lieu n'est pas un lieu de rattrapage scolaire, c'est clair. Pour l'instant on recolle les morceaux (...). Ici, c'est le temps

qu'ils passent hors de la rue » (un éducateur de la PJJ, directeur d'une classe-relais - extrait d'entretien).

Accueillir, « prendre soin de » avant de vouloir soigner ou rescolariser, tels sont les fondamentaux de ces dispositifs. A ces prestations communes se réfère une même idée de l'engagement de chaque professionnel présent. Si certaines pratiques parce qu'elles demandent des connaissances ou une technicité particulière restent cantonnées à un type d'intervenants (ainsi par exemple, dans les « bas seuil »le soin des abcès, des plaies seront du ressort des médicaux), dans la plupart des cas les fonctions des uns et des autres sont censées s'entrecroiser. C'est au terme d'une certaine mise en confiance, d'un apprivoisement que la spécialité de chacun pourra être mise en pratique.

« Plutôt que de consultation médicale je parle de contact avec un médecin, qui leur permet d'être mieux orienté ou d'aborder leurs problèmes médicaux plus facilement ou de les approfondir. Les personnes vont utiliser leur spécialisation médicale par exemple, mais elles font avant tout partie de l'équipe, c'est-à-dire que si ça passe pas par l'accueil, boire un café, discuter avec, ça passe pas du tout. Aujourd'hui le médecin est de plus en plus sollicité, mais c'est parce qu'il y a eu tout un travail autour, ils sont habitués maintenant à le voir, mais cela a bien pris un mois, un mois et demi » (une intervenante en toxicomanie - responsable d'un dispositif « bas seuil » - extrait d'entretien).

« Faut être très lucide et très modeste. C'est pour ça que je mets en avant la prise en charge éducative de ce lieu dans lequel les enseignantes se sont tout à fait glissés d'ailleurs. Elles ont bien compris qu'il fallait qu'elles enseignent mais qu'elles avaient aussi un rôle éducatif au sens très large, comme tout le monde d'ailleurs. Moi je veux bien qu'il y ai des gens qui soient spécialisés mais ce que j'attends d'abord d'un enseignant c'est une véritable qualité humaine, des gens qui se sentent extrêmement engagés dans un projet comme ça et qui surtout vont avoir une faculté d'adaptation très importante, et puis un côté pétillant quoi parce que c'est ce qui fonctionne avec ces gosses c'est tout le côté de faire un peu frémir la vie quoi. (un éducateur de la PJJ - directeur d'une classe-relais - extrait d'entretien).

En dehors de certains fondamentaux et aux nécessités de pallier des problèmes précis que l'on retrouve dans tous les dispositifs, des différences ou variations de pratiques existent qui ont trait aux moyens engagés par les professionnels pour faire exister la relation. A ce titre, tous les espaces et moments de la vie quotidienne au sein du dispositif sont susceptibles d'être utilisés. Contrairement aux institutions traditionnelles il ne s'agit pas ici d'instaurer une relation d'ordre thérapeutique ou pédagogique. En ce sens, la distinction soignants-soignés, intervenants-usagers de drogues, enseignants-élèves, etc, doit pouvoir s'effacer au profit d'un échange social s'effectuant sur le mode de la conversation ou du jeu. Chaque prestation

offerte représente autant de moyens pour les professionnels d'engager un dialogue, d'entrer en relation : il en est ainsi de l'installation d'un vestiaire, l'intervention ponctuelle d'un acupuncteur, d'une esthéticienne, ou encore d'un coiffeur, mises en place dans certains bas-seuil ou encore des promenades, des jeux, de la formation de groupes de musiques ou de théâtre, pour le cas des classes-relais. Une des prestations mises en place dans nos deux types de dispositifs : le partage d'un repas (une fois par mois pour l'un des bas seuil rencontré, quotidiennement pour toutes les classes-relais) permet également de créer du lien, et de renouer avec une situation, des gestes, une habitude et un mode de vie oubliés ou perdus dans le contexte de la rue.

« Il y a des personnes qui ne nous dévoilent des choses qu'après les repas, comme si on faisait peut-être partie après de leur vie. Je pense à une personne notamment pour laquelle le repas a je crois symbolisé quelque part un peu un repas familial. Peut-être que ça l'a travaillé parce quelque temps après il a fait des démarches pour trouver une famille d'accueil, donc il est en famille d'accueil en ce moment. Est-ce que ça va durer, ça on ne sait pas, mais c'est quand même pas rien d'avoir fait ça » (une éducatrice spécialisée, responsable d'un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

« Le fait de vivre ensemble c'est aussi apprendre à vivre des choses, apprendre à se connaître, manger ensemble pour moi c'est un moment, alors c'est vrai que des fois ça dure plus d'une heure alors que vous avez des gosses chez eux ils sont jamais à table quoi. Ils n'ont jamais ce temps là, donc le temps du repas c'est un temps de discussion où on va discuter des choses de la classe et des choses hors de la classe, ce qu'ils ont fait le week-end etc. C'est important » (un éducateur de la PJJ, directeur d'une classe-relais - extrait d'entretien).

Bien qu'ils se distinguent ainsi des institutions traditionnelles, ces dispositifs n'en sont pas pour autant exempts d'un cadre. Outre le règlement (affiché pour les bas seuil, oralement explicité pour les classes-relais), qui permet aux « usagers » de se positionner, il s'agit globalement pour les professionnels d'évoluer et de manœuvrer dans un espace délimité mais non cependant rigidifié.

« On pose un cadre, on essaye d'être le plus clair possible, que les choses soient extrêmement repérées, les moments où ont fait ceci, etc, qui fait quoi, qui est qui, tout est d'une grande clarté et tout doucement ils rentrent dans ce cadre et pourtant je peux vous assurer que je pose moi des exigences très fortes au niveau du quotidien (...). Le basic c'est on arrive à l'heure, avec ses affaires, on s'organise, on agresse pas les copains, on se parle comme il faut, etc. (...) C'est des gamins qui ont mis le bouse là où ils étaient avant et à un moment donné il faut essayer de raccrocher à une vie normale. Alors un gamin ben ça doit dormir, manger, se laver les mains avant d'aller à table, être propre tous les jours, etc quoi . (...). Il faut aussi sortir de cette chose là dans

laquelle le gamin s'est enterré qui est « de toutes façons ça va planter ». Y'en a, dès le premier entretien qui nous disent « de toutes façons je me fais toujours renvoyer », moi je leur réponds « ça tombe bien, moi je ne renvoie jamais », et c'est vrai ! On a jamais renvoyé un élève ! On a eu des prises de bec, des remontées de bretelles, il m'est même arrivé d'en secouer par la peau des fesses, mais renvoyer pour renvoyer, non. Par contre négocier, travailler, trouver des solutions oui des fois, parce qu'il faut le dire y'a des gamins pour lesquels on est en train de préparer un départ en lieu d'accueil » (un éducateur de la PJJ, directeur d'une classe-relais - extrait d'entretien).

Il s'agit à la fois de poser un cadre, de s'y attacher sans s'y enfermer, sachant que des modifications peuvent s'avérer nécessaires au fil du temps et des diverses évolutions extérieures, tant du côté de la population accueillie que des professionnels présents ou encore des partenariats enclenchés (une nouvelle collaboration ; un changement dans les relations, etc). C'est au prix d'une grande clairvoyance de la part des intervenants (repérer les besoins) et d'une certaine plasticité ou élasticité, que ces dispositifs à vocation expérimentale se donnent les moyens de le demeurer.

Si cette plasticité du cadre permet la mise en place de nouvelles prestations jugées nécessaires au travers de divers constats (des problèmes d'ordre vestimentaires donnant lieu par exemple à la création d'un vestiaire pour le cas des bas seuil), elle permet également la révision ou l'ajustement de certaines prestations mises en place au départ, lorsque se révèlent des manques mais aussi que sont constatées certaines formes d'excès.

« Nous au début on s'est toujours dit par exemple : on va offrir des repas aux gens. On a eu plusieurs cas où le type vient un jour pour manger, il se fait à manger, le lendemain il revient et tous les jours il va revenir comme ça pour manger. Au bout d'un moment notre position ça a été de refuser. Ce qu'on dit à la personne c'est tu viens manger ici à un moment donné parce que tu es dans un moment particulier, tu es en difficulté, on va dire de besoin vital, de faim ou bon c'est quand même assez rare mais parce que c'est une façon de se poser aussi. Et ça ça peut être entendu. Si c'est de l'ordre d'un besoin chronique, c'est-à-dire quelqu'un qui crève de faim, là on dit c'est pas possible de subvenir à ça. A charge pour nous de trouver des solutions pour que dans sa vie de tous les jours il mange. C'est un peu pareil pour le sanitaire : quelqu'un qui vient se faire soigner tous les jours sans se poser la question de « je viens un peu dans une espèce de dispensaire du service public comme ça pour me faire soigner, et je me pose pas la question de mes droits à la Sécu », nous ça nous pose problème, c'est-à-dire qu'on va lui dire au bout d'un moment « attends, tu viens faire un soin à un moment donné parce que tu en as besoin c'est une chose, mais tu peux ouvrir des droits » et c'est d'ailleurs pour ça qu'on a maintenant une personne de la Sécu qui vient faire une permanence, et ça marche bien d'ailleurs » (un éducateur, coordinateur dans un dispositif bas-seuil - extrait d'entretien).

Du fait des nombreux problèmes de la population accueillie, une grande détresse vis-à-vis de laquelle il est parfois difficile de prendre du recul, ces dispositifs s'exposent constamment à des risques d'immobilisme. La souplesse du cadre permet alors de réenclencher un processus visant à mener les populations en question vers une modification de leur situation. Il s'agit de se positionner au mieux à partir des fonctions premières : offrir un certain nombre de prestations qui permettent de pallier l'inexistant, attirer et satisfaire ces « usagers » et se contenter dans le même temps de n'être qu'un relais, ne pas pour ainsi dire se donner la tâche de tout combler. Entre le « trop » ou le « trop peu », l'équilibre est parfois difficile à trouver. Tout est question disent-ils de « subtilité »... et de pragmatisme, sans doute.

« Moi je sais qu'à quatorze ans on aime bien courir après un ballon, qu'ils soient en classe-relais, en collège, chez les jésuites ou en école laïque il aura toujours, dans tous les établissements, besoin d'un ballon, ça je le sais, après le reste...moi je suis pragmatique, c'est le quotidien qui m'a appris et qui m'apprend tous les jours (...) Répondre au plus près du terrain, être le plus près possible des réalités ça, ça me semble incontournable. (...) Je me méfie des grandes solutions » (un éducateur de la PJJ, directeur d'une classe-relais - extrait d'entretien).

2-2 : « De nouveaux intervenants »

Ces mouvements enclenchés à la faveur d'un pragmatisme résolument affiché, tendent aussi à décaler le centre de gravité des pratiques, qui passe alors des institutions au sens traditionnel du terme à des réseaux « d'acteurs » voire à des « acteurs » tout court. Dans ce modèle centré sur l'approche collective des risques, chacun doit être en mesure d'évaluer les tâches qui lui incombent et la façon de les mettre à exécution. Comme le souligne P. Bouvier : « les individus et groupes tendent à se recentrer autour de « construits pratico-heuristiques » et « d'ensembles populationnels cohérents ». C'est en marge des institutions qu'une part importante des sociabilités contemporaines s'exprime soit de manière nouvelle, soit en reprenant et en refaçonnant des pratiques antérieures mises en sommeil par le poids des institutions »[564].

On le perçoit assez vite à travers un mode d'être particulier, de discourir...Ces dispositifs intermédiaires (et nous parlerons particulièrement ici des bas seuil, bien que la question se pose aussi dans le cas des classes-relais) mettent en scène quelques personnages, des « personnalités » pourraient-on dire, « hors du commun », qui investissent ce nouvel

espace des possibles comme si leur vie elle-même en dépendait, mais avec une aisance, une facilité qui force, après l'étonnement, l'admiration. Cet élan et cet « allant de soi » n'est bien sûr pas dû au hasard. Il y a derrière, comme toujours, toute une histoire, une trajectoire. Mais cette adhésion, au jeu, cette compétence (certes particulière), d'ordinaire construite dans le temps « à travers des lâchages, des lâchetés, des renoncements, des glissements progressifs, infinitésimaux ; on en rabat, on veut faire de la métaphysique et puis ont fait de l'histoire de la philo »[565], surgit ici de façon soudaine, tranchée, exacerbée. On est dès lors ailleurs, dans le monde de l'inspiration, du désir, de la passion, de la pulsion qui, comme nous le montre J-Y. Trépos « inscrit l'épreuve dans l'instant et non dans la durée »[566]. A l'image des « mystiques » décrites par J. Maître, ces personnages incarnent quelque part, dans leur dévouement radical, l'idéal de l'institution. Anciens toxicomanes, armés par des années de galères, peu ou pas diplômés, ils trouvent en ces dispositifs des moyens de socialisation, de la même manière que l'institution (au sens large ici) consentante puise en eux les moyens de faire valoir ce qu'elle ne peut, à elle seule, mettre en pratique. S'il ne pouvait se passer des discours savants de professionnels experts arrivés là au terme d'une longue carrière, le pragmatisme de la réduction des risques entre autre fondé sur « l'idée qu'il faut lever le voile qui masque la présence de savoirs et de savoir-faire empiriques mal ou pas reconnus »[567], devait aussi se prévaloir de ces « ex-pairs » ou « usagers protoprofessionnalisés »[568] qui allaient reprendre à leur propre compte les discours du moment et impulser, sur le terrain, les changements nécessaires.

« Moi je pense que j'ai toujours eu une conception de réduction des risques (...). J'ai pris des drogues pendant vingt ans, pendant dix-huit ans et pendant deux ans j'ai géré pour ne plus être dépendante. Et j'ai toujours eu des conceptions de réduction des risques, je n'ai jamais été dans le partage de seringue, j'ai toujours fait attention à ce que j'injectais, mais tout le temps. Les histoires de méthadone, de substitution à l'hôpital, vous savez, c'est comme le Bourgeois Gentilhomme qui fait de la prose sans le savoir, enfin moi, c'était évident pour moi, avant qu'on en parle. Ca faisait partie de ce que j'avais pu comprendre dans ma vie d'usagère. Je restais pas à l'hôpital, je me sauvais de l'hôpital parce qu'on me donnait rien, et puis j'ai eu une fois de la morphine à l'hôpital, j'étais tombée sur un médecin qui avait bien compris, c'était en 1972, et ben j'étais restée à l'hôpital. Il m'en avait pas donné beaucoup, il m'avait donné un minima pour pas que je sois en manque, donc j'étais pas en

---

[564] BOUVIER P., Institution, lectures, crises, vers une socio-anthropologie des institutions, In ABELES M., JEUDI H-P [Dir]., Anthropologie du politique, Paris : Ed Armand Colin, 1997, p. 207.
[565] BOURDIEU P., Avant propos dialogué, In MAITRE J., L'autobiographie d'un paranoïaque, Paris : Ed Anthropos, 1994, p. XI.
[566] TREPOS J-Y., *op. cit.*, 1992, p. 35.
[567] *Ibid.*, p. 8.
[568] *Ibid.*, p. 48.

pleine forme mais ça allait, et je suis restée à l'hôpital. En fait pour moi la réduction des risques ça m'est très facile parce que c'est un concept que j'avais inventé pour moi-même, j'ai essayé de réfléchir à comment adapter mon mode de vie à ma prise de drogues, ce qu'il faut faire, ce qu'il faut pas faire, et bien évidemment ça m'est aussi facile d'avoir une approche de réduction des risques avec les usagers, et puis même dans le cadre du militantisme » (une intervenante dans un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

Forts de leur expérience personnelle, de leurs contacts établis de part et d'autre au terme d'un long parcours institutionnel (le plus souvent côté patient), ces personnages vont occuper un rôle tout à fait central dans l'entraînement des formes d'innovations requises par la réduction des risques. Leur investissement dans des terrains intermédiaires tels les bas seuil, sans réels gardes-fous, particulièrement difficiles à vivre physiquement et moralement, n'est sans doute pas à ce titre une coïncidence ; leur intérêt s'y trouve inscrit, tout comme celui des institutionnels (auprès desquels certains ont pu trouver de véritables « maître à penser »), qui en sont à l'origine.

Nous l'avons vu, si la plasticité du cadre, la constitution des équipes et les ajustements entre les différents professionnels constituent autant d'éléments pour l'élaboration d'une nouvelle approche, la spécificité des bas seuil se construit également hors du cadre du dispositif, à partir du travail de rue auprès des « usagers » ou encore à partir de l'impulsion et l'entretien de réseaux extérieurs. C'est précisément là qu'allaient se déployer les compétences de ces intervenants particuliers, forçant par-là même tout le reste à bouger.

Le travail de rue va être un moyen pour eux de valoriser des connaissances pratiques transposables dans le contexte de la réduction des risques. Pour autant, ce savoir brut, pour être partageable (sans avoir notamment à se justifier sans cesse sur son passé) se voit ici traduit, objectivé, « idéalisé » dirait E Goffman[569], en une forme de savoir qui emprunte largement à la culture ethnographique, plus à même d'être reconnue et validée par le groupe qui l'entoure, par les partenaires éventuels, par la société. Placés au plus près des conditions de vie des « usagers », (qui plus est parfois dans des situations mixtes susceptibles de les mettre en difficulté), ces intervenants se requalifient alors dans une position privilégiée d'observateurs : observateurs des modes de vie, des usages, des pratiques des consommateurs.

« On voulait une structure qui puisse s'adapter à la mobilité, les usagers de drogues particulièrement ici fonctionnent beaucoup la nuit, marchent beaucoup, etc., donc ce qui nous intéressait, dans ce souci d'adaptation, c'est de coller aux modes de vie, aux lieux d'approvisionnement, et suivre ce qui se passait, donc à la fois

[569] Cf notamment à ce titre GOFFMAN E., La mise en scène de la vie quotidienne, la présentation de soi, Paris : Ed de Minuit, 1973, pp. 40-54.

fonctionner la journée et à la fois fonctionner la nuit. Les objectifs c'était d'aller à la rencontre des usagers de drogues, là où ils se trouvent, à leurs heures, pour maintenir un lien avec ceux qui ne connaissent pas notre dispositif ou avec ceux qui ont perdu le lien qui sont soit dans des périodes de consommation de crise et qui ne parviennent pas à venir à la boutique, soit parce qu'ils sont dans des squats ou soit même parce qu'ils sont malades. Cette structure mobile c'était donc lutter contre l'exclusion dont sont victimes les usagers, mais c'est aussi un laboratoire, un laboratoire des pratiques professionnelles parce qu'on doit inventer dans l'urgence des pratiques, des réponses, et c'est un lieu aussi où on peut récupérer du savoir pour en faire profiter nos collègues de la boutique et même les collègues des autres institutions. C'est un observatoire des modes d'usage de drogue, des différents modes d'approvisionnement, c'est un observatoire des modes de vie des usagers, comment ça se passe la vie dans un squat, comment s'organise un terrain vague, parce que en été souvent y'a des terrains vagues qui sont investis » (cette même intervenante dans un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

La comparaison aux méthodes ethnographiques s'accentue d'autant plus que ces intervenants disposent parfois, par le biais de certains usagers de drogues habitués du dispositif, de guides ou informateurs. Ils permettent à la fois aux intervenants de viser au plus juste du point de vue des sites de consommation, mais également de se faire accepter plus facilement, l'usager de drogue-accompagnateur étant en quelque sorte vis-à-vis de certains groupes le garant de bonnes relations possibles avec ces intervenants passés de l'autre côté.

L'attitude parfois intrusive (du genre « on ne me la fait pas à moi »), de ces intervenants qui, en prenant l'institution au pied de la lettre (notamment à travers ses visées pragmatiques) en dénoncent involontairement toute la violence (qui n'a plus alors rien de symbolique), n'est pas sans provoquer quelques troubles auprès de leurs coéquipiers professionnellement qualifiés (travailleurs sociaux notamment). C'est dans ces situations (nous reviendrons sur d'autres cas plus « extrêmes » dans notre troisième partie) que se dévoile la légitimité tout à fait paradoxale, selon les termes de P. Bourdieu de ces individus. Alors qu'ils « se soumettent à l'autorité de l'institution », ils ne manquent pas dans le même temps d'en « subvertir les enjeux parce ce (qu'ils) ne jouent pas le jeu auquel se livrent les autres dans l'institution »[570]. Dans ce contexte mouvementé, dans cette urgence à agir qui ne se suffit guère de savoirs conventionnels, les autres membres se rendent compte assez vite qu'ils ont tout intérêt à suivre cette voie qui en d'autres temps aurait probablement été taxée, éthiquement parlant notamment, de peu recommandable. C'est que l'on est ici pleinement dans ces formes de « situations où la question de la compétence professionnelle n'est pas posée : situations de violence, dans lesquelles il n'y a point de justification parce qu'aucun

[570] BOURDIEU P., *op. cit.*, 1994, p. VII.

principe supérieur commun n'est engagé et que les forces s'imposent aux gens »[571].

« Au début on faisait ça un peu à la travailleur social, style : j'observe etc., bon un peu école quoi. Alors on allait sur les lieux, on observait, on tournait autour du pot, c'était pas vraiment détendu quoi. On avait des contacts mais c'était assez frileux on va dire. Et puis L a été embauché, il est issu du quartier, et il a tout de suite amené une façon de prendre contact avec les gens qui était...qui a pu nous paraître choquante presque, qui était une intrusion, du style « Bonjour Monsieur, vous êtes toxicomane, je suis éducateur ». Moi quelquefois au début où j'ai tourné avec lui je me suis dit : mais c'est d'une violence intégrale ça ! Et en fait on s'est rendu compte que c'était la manière la plus simple d'entrer en contact avec les gens, que c'était toujours bien pris, on a jamais eu d'incidents là-dessus. On s'est très très rarement trompé, et puis ça a comme grand avantage que si on s'approche d'un groupe, qu'on est pas usager de drogues, qu'on est pas policier, de suite il peut y avoir beaucoup de parano, les gens se disent : « mais qui c'est ? Qu'est ce qu'ils font ? ». Donc il vaut mieux se présenter de suite, ça évite les malentendus ».(un éducateur spécialisé, coordinateur dans un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

Du reste, lorsque cela arrive, ces intervenants singuliers n'ont que faire des critiques qui sont parfois adressées au modèle qu'ils mettent en œuvre et qu'ils n'ont de cesse, en leur nom, de justifier et de légitimer.

« J'ai plusieurs fois eu des discussions à ce sujet parce que j'amenais de l'eau, du lait aux usagers. On me disait « c'est de l'assistanat » . Ca me fait rire parce que c'est très théorique, c'est école d'éducateur, mais quand vous êtes confrontés, vous êtes pragmatiques et vous pensez en terme de besoin, comme l'urgence humanitaire. (...) Moi je fais totalement abstraction des notions d'ingérence, d'assistanat ou d'hygiénisme. C'est pas mon problème, j'ai pas envie de me prendre la tête là-dessus. C'est vrai, on peut avoir une réflexion et dire « oui, on s'ingère, on fait de l'ingérence dans la vie de l'usager de drogue », au nom de sa liberté, de sa vie de rebelle ou de marginal, mais on ne peut pas me le faire à moi, et ça c'est mon expérience, ma propre vie qui m'autorise à dire « non mais arrêtez vos discours sur l'hygiénisme ! » Parce que des fois on va vous dire « l'usager il va toujours prendre des risques, etc », et je m'en fou ! J'ai pas envie de me prendre la tête avec ce genre de notion, moi mon boulot c'est de faire en sorte que autant que faire se peut je donne les moyens à l'usager de ne pas prendre de risques... S'il veut en prendre et bien il le fera en connaissance de cause (...). Je lui aurai apporté les éléments, à lui de prendre ses responsabilités et s'il a envie de se péter la tête ou de prendre le risque de mourir ou de se faire une poussière ou une septicémie, il le sait ! Et le jour où il viendra me voir je dirai « eh, ça va hein ! Je t'avais averti ». et ça m'est facile à moi de me balader entre ma pratique professionnelle et mon expérience personnelle, moi j'ai envie d'aller droit au but, et toujours dans le respect de l'usager, faire en sorte qu'il ait les moyens de se protéger, après c'est sa liberté » (une intervenante dans un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

---

[571] TREPOS J-Y., *op. cit.*, 1992, p. 21.

Positionnés en amont d'une multiplicité de structures ces dispositifs ont aussi un rôle à jouer en terme de relais, de mise en réseau, de partenariat. Forts de leurs savoirs accumulés, ces intervenants se voient donc forcés de tenir un rôle de déclencheurs d'actions pour des prises en charges coordonnées avec les institutions et autres centres de soins. Créer des liens, négocier, être le garant, le médiateur, sont des termes que l'on retrouve dans de nombreux discours. Il s'agit à la fois de permettre un suivi extérieur de certains usagers et de jouer le « tampon » entre des professionnels et des types de patients généralement mal acceptés par les institutions de droit commun. C'est aussi dans cette tâche relativement difficile, si ce n'est tout à fait ingrate, que se déploient toutes les compétences particulières de ces intervenants hors du commun, précieux et fidèles alliés, pour ne pas dire « petits guerriers » d'administrateurs en panne de pouvoir ou encore de volonté politique.

« On a été confronté très vite à des problèmes où les gens étaient malades : fièvres, pathologies liées au sida ou autres hein, et donc on était obligé de les accompagner à l'hôpital, et là on s'est aperçu que pour faire accepter un usager à l'hôpital, à l'époque c'était excessivement dur, c'était un chantage, moi c'était un combat que je faisais. Et la boutique ici ayant été très médiatisée, on avait reçu des ministres, les conseillers de Simone Veil, et je me souviens une fois à ces deux conseillers je leur expliquais les galères à l'hôpital, et ils m'ont dit « ben c'est pas compliqué, quand vous y allez, vous expliquez bien à l'interne, au service, que s'ils n'acceptent pas la personne et ben vous en référez au ministère de la santé ». Alors imaginez que j'ai utilisé cet argument, et il marchait ! (...) Je me souviens aussi d'une personne qui avait un sida vraisemblablement déclaré, qui était excessivement maigre, qui avait fait plusieurs hospitalisations et qui ce jour là avait trente neuf de fièvre, SDF, etc, normalement en traitement de Bactrim, il en prenait pas, bon. Je l'emmène aux urgences, et l'interne me dit « non non c'est un état de cachexie », je lui dis « oui mais il a de la fièvre depuis plusieurs jours», il me dit « oui ben il a du se faire une injection et il a attrapé une poussière ». Alors là je lui ai sorti les arguments que m'avait donné le conseiller, je lui ai laissé l'usager, je lui ai dit « ben écoutez vous me téléphonez hein pour savoir ce que vous faites, et moi j'aviserai ». J'étais à peine revenue ici, l'interne m'a téléphoné et m'a dit « on le garde », et c'était que ça, c'était un chantage. Il m'arrivait de rester cinq, six heures pour faire hospitaliser quelqu'un, de faire un scandale, et on arrivait hein à les faire hospitaliser mais par la pression, par la menace. Bon ça c'était au début, et puis on a commencé donc, on voulait aussi être constructifs et ne pas faire que de la menace, c'est-à-dire que quand les gens étaient hospitalisés, on allait les voir parfois tous les jours, à chaque visite on allait voir l'équipe soignante, on laissait nos coordonnés, on travaillait sur la préparation de la sortie, on voyait l'infirmière, on essayait d'être le médiateur, de temporiser les choses (...) Et ça marchait, mais je vous dis avec un énorme investissement de mon temps d'autant qu'à l'époque on était que deux temps plein plus un demi » (une intervenante dans un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

De là cette expression de « nouveaux intervenants », agents polyvalents, adaptables à toute situation ou forcés de chercher ailleurs les supports qui leurs font défaut. Mais s'il est

aisé et confortable pour ceux-là de parler d'un « nouveau métier » on ne peut manquer d'y voir, pour les autres surtout et comme le montre M. Tachon, la recherche « d'une spécificité de l'intervention et de ses modalités », qui puisse surseoir aux limites d'un pragmatisme sans fond (sur lequel nous reviendrons).

« Je pense qu'il est aussi nécessaire que les intervenants puissent acquérir, être dans une perpétuelle auto formation, un apprentissage, un accroissement du savoir parce que le travail à la boutique est très dur au niveau physique, au niveau de ce que vous vous prenez dans la figure, la mort, ma misère des gens, les gens qui se détruisent, et c'est dur quand même. Et s'il n'y a pas de compensation au niveau du travail, du type de la qualité, qu'il y ai pas cette possibilité de dire aujourd'hui je commence, je suis salarié ici, dans un an ou deux je serai différent, j'aurai appris plein de choses, c'est pas possible ! Moi j'arrive à trouver parce que... enfin moi c'est ma préoccupation parce que je me débrouille(...). Les intervenants doivent être à même de répondre à toutes les demandes d'ordre social, et même d'ordre médical sauf pour les cas compliqués (...). Moi je parle d'intervenants, et le côté intéressant de ce travail d'intervenant c'est que vous devez connaître plein de choses, vous devez bien connaître la question de la toxicomanie, la réduction des risques, les soins, la relation. Moi ça me semble intéressant, et ce métier d'intervenant c'est un nouveau métier, je dis que ce sont des nouveaux soignants. C'est le côté intéressant de ce boulot qui est encore à inventer, qui est en création et qui demande beaucoup beaucoup de compétences maintenant on s'en rend compte, et j'ose espérer que les collègues d'autres institutions disons plus classiques le reconnaissent et en sont convaincus, parce que je pense qu'au début ils n'en étaient pas convaincus » (cette même intervenante dans un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

Troisième partie

Vers un nouvel ordre social

Chapitre I : A la recherche d'une nouvelle unité

1 - Vers une structuration transversale

1-1 : - De nouvelles institutions spécialisées

La généralisation entamée vers le début des années quatre-vingt-dix allait se poursuivre par la suite, laissant apparaître des domaines de pratiques de moins en moins différenciés, espaces de traverse entre des champs auparavant disjoints, entre des formules de prise en charge jusque-là circonscrites à des institutions isolées. Cela est particulièrement net dans le secteur du traitement des consommateurs de drogues, de plus en plus poussé par une facilité d'utilisation des produits de substitution comme nouveaux supports technologiques, et par la découverte progressive, dans ce cadre, de nouvelles perspectives d'approche. Si la « réduction des risques » a tendu à appuyer les nécessités d'ouverture de la médecine d'une part et de la clinique du toxicomane d'autre part, la période qui s'amorce ici est celle d'une refonte globale des modes de prise en charge en un tout d'apparence unifiée.

Pour autant, cette « refonte » n'est pas encore partout visible ; dans les centres de soins spécialisés notamment, nous l'avons vu à travers l'exemple de Marmottan (et nous y reviendrons), le modèle de la clinique et celui de la réduction des risques cohabitent sans réellement se confondre. L'évolution par contre des centres d'accueil et de soins centrés sur l'offre de produits de substitution tend à la laisser transparaître. Le centre Monté-Cristo notamment, ouvert à la fin de l'année 1994 par le médecin somaticien que nous avons déjà présenté antérieurement, témoigne de telles avancées. Résolument centré dès le départ sur la mise en place de programmes de substitution dans une visée sanitaire, il va tendre, au bout de quelques années, à élargir son intervention vers d'autres formes de pratiques (la psychanalyse, la psychiatrie, la psychologie). Mais ne nous y trompons pas : la clinique n'occupe que peu de place ici. Juste ce qu'il faut pour offrir au client cette « prise en charge différenciée, flexible et fonctionnellement intégrée »[572] préconisée par le nouveau modèle. Si donc comme l'analyse R. Castel « un certain purisme inspiré de la psychanalyse (avait) fait admettre comme allant de soi que des approches théoriquement opposées sont pratiquement inconciliables, l'expérience montre plutôt que « l'éclectisme thérapeutique » comme disait déjà Jean-Paul

---

[572] Cf sur ce point deuxième partie, chapitre II ; 3 ; 3-1.

Falret au milieu du XIXè siècle, l'emporte presque toujours dans un métier où il faut faire feu de tout bois »[573]. De fait, si ce modèle se pose comme radicalement « nouveau » et à l'opposé de toute autre forme antérieure de pratique, on ne peut que souligner, à la lumière de l'histoire que les choses, finalement, pourraient n'être pas si différentes. D'ailleurs, en dépit de ces nouvelles pratiques et nouveaux discours, le fait même, comme le souligne E. Jacob[574], que la loi du 31 décembre 1970 (construite sur la lutte contre la toxicomanie) support du modèle antérieur n'ait pas été transformée, laisse présumer que « les usagers de drogues », à l'image des « toxicomanes » d'antan, demeurent une population non pas tant en danger que dangereuse pour l'ordre établi. Somme toute : « de mêmes fonctions peuvent trouver à se réaliser à travers des pratiques totalement renouvelées, des monopoles du même type se perpétuer, des intérêts identiques se glisser »[575].

La première période du centre Monté-Cristo (qui correspond grosso-modo à ses quatre premières années d'existence) laisse déjà le doute s'immiscer. Certes, de prime abord, tout, dans la pratique semble s'être décalé par rapport au modèle précédent : ce n'est plus tant effectivement l'institution qui est au centre mais l'usager, le client ; ce n'est plus tant par-là même, la relation du spécialiste au sujet qui importe, que la capacité propre de l'individu à « exprimer ses potentialités afin de se réaliser »[576] ; la technique, pour reprendre une analyse de J. Ion[577] n'est plus « un moyen ou un instrument au service d'un projet pédagogique », elle n'est plus non plus « pensée comme moyen d'un travail sur les groupes (...), la technique est pensée, sinon pour elle-même, du moins comme moyen d'expression individuelle, de révélation et d'accomplissement de la personne » ; quant au professionnel il se voit volontairement placé au second plan ; son savoir lui-même « n'est pas (n'est plus) compris comme ce qui doit précéder l'action et en déterminer le cours (...). Le savoir rationnel de l'action valide (généralement détenu par des experts) est une illusion. Les savoirs d'experts comme les savoirs des acteurs (des usagers) sont, les uns comme les autres, des ressources cognitives qui nourrissent le processus de l'action et évoluent avec lui »[578]. Pourtant, si ce

---

[573] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 112.
[574] JACOB E., Les structures à « bas seuil » : Nouvelle appréhension des phénomènes de toxicomanie ou gestion à minima des « populations à risques »,. Prévenir, *op. cit.*, n° 32, p. 112.
[575] CASTEL R., *op. cit.*, 1976, p. 14.
[576] ION J., Evolution des rapports entre la société civile et l'Etat, In D'ARCY., ION J., SAEZ G., Du citoyen à la citoyenneté. Quelle culture politique ? Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 1981, p. 105 . L'analyse de J. Ion concernant l'évolution de l'éducation populaire montre bien que ce qui se passe dans le champ de la toxicomanie n'est pas un phénomène isolé.
[577] *Ibid.*, pp. 104-105.
[578] PETIT O., DERENNE C., A la recherche de nouvelles formes de citoyenneté (Autour de quelques expériences belges récentes). Revue du MAUSS : Qu'est ce que l'utilitarisme ? Une énigme dans l'histoire des idées, second semestre 1995, n° 6, p. 223.

n'est entre ces lignes, d'autres choses, furtives, dont cet air de détachement, cette humble attitude de ceux qui assurent « qu'ils n'y connaissent pas grand chose » et « qu'il faut partir de zéro », nous ramènent à des trajectoires « d'innovations » historiquement éprouvées.

Généralement peu accoutumés à l'utilisation de la « substance magique » qu'ils ont néanmoins contribué à porter, au nom de l'urgence à agir, sur le devant de la scène, ces médecins se sont majoritairement cantonnés, dans un premier temps, à un rôle d'observation : observation précisément des effets d'un tel produit sur ses usagers.

« Pour l'instant on observe... et on réapprend tout ! Je ne pense pas pouvoir faire des leçons à partir de mon expérience. Je dis ce que j'observe, c'est tout. (...) En général, pour les patients séropositifs il y a une amélioration sur cinq paramètres : d'abord celui de l'état général, l'état médical : prise de poids (...), une meilleure qualité du suivi médical, remise en place par exemple du suivi d'infections qui ont été négligées ou méconnues jusqu'à l'entrée dans le programme, mise en place d'une information sur les modèles précis de prévention (...), amélioration de la qualité de l'alimentation. Les toxicos sous méthadone n'ont pas un profil, une « tête de toxico », ils le disent eux-mêmes, ils se « refont une santé ». Deuxième paramètre : ils améliorent leur situation « socio-juridico-financière » : ils payent leurs dettes, après en avoir fait un bilan qui est assez souvent pénible pour eux, il y a mise en place de tout un dispositif pour sortir de la clandestinité. Troisièmement : il y a l'amélioration de l'usage de drogues ; la méthadone fait toujours réduire significativement l'usage d'opiacés, quand ça ne la fait pas disparaître complètement pour ceux qui le désirent et qui le peuvent. Alors vous me direz : « ils continuent à se shooter ! ? », dans l'absolu oui, mais ce n'est pas du tout la même chose de s'injecter sa drogue trois fois par jour, et de se l'injecter une fois par mois ou même tous les quinze jours, ça n'a rien à voir ! (...). Le quatrième point d'amélioration est le point de vue psychiatrique, grâce à la méthadone (...), enfin, l'amélioration du point de vue familial et social : ces gens trouvent en général un toit sur leur tête, ils renouent des relations avec des enfants qui ont été placés ou qui ne sont plus sous leur garde, c'est extrêmement important pour eux, dans l'affirmation d'eux-mêmes ; ils peuvent aussi, ça arrive très souvent, reprendre des activités professionnelles, les maintenir » (un psychiatre, intervenant dans un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Principalement centrée sur l'aspect sanitaire du problème, l'équipe préfèrera dans un premier temps déléguer vers l'extérieur tout ce qui ressort du domaine des prises en charge proprement sociales. Quelques intervenants dits de liaison (infirmiers, accueillants) sont à ce titre chargés des prises de contact avec des organismes extérieurs.

Cette délimitation proprement sanitaire d'un territoire d'intervention censément calquée sur « le réel », le « concret », point de vue on ne peut plus objectiviste renforcé par le fait même du retrait de l'agent professionnel derrière l'usager « porte-voix » et la technologie,

« accoucheuse (par elle-même) des potentialités expressives de l'individu »[579], allait cependant être bousculée par l'intrusion inopinée, non prévue dans ce cadre, d'une certaine psyché.

« Autour du troisième mois environ, alors que ces personnes sont déjà stabilisées, il y a une phase un peu compliquée, dépressive, où cohabitent plein de choses : d'abord, la prise de conscience que le fait de sortir de la poudre ne résout pas tous les problèmes au sens où ils le croyaient eux-mêmes en entrant dans le programme. Beaucoup de gens qui sont abstinents depuis longtemps me disent : « mais enfin je ne comprends pas, je ne fais pas du tout ce que je pourrais faire ». Ils sont complètement accaparés par des problèmes de type social, administratifs, à n'en plus finir (...). A ça s'ajoute le fait que, même avec un emploi, sans drogue etc, le monde n'est pas un monde idéal, au contraire même ! C'est un effet de réalité assez dépressogène en fait ; et ils ne sont pas contents de ça. Ils se posent même la question de savoir s'ils ne vont pas reprendre des produits, si ce n'est pas leur destin, leur rôle normal. Avec ça apparaissent d'autres phénomènes type émergence des rêves. J'ai été très surpris de ça, ils me disent : « Docteur, faites quelque chose pour moi, je dors mal, je rêve », moi au début je pensais : « oui, ils rêvent de la poudre » mais non ! Dans la plupart des cas, ce sont des rêves qui évoquent des situations angoissantes qui font intervenir des proches d'avant la période de la drogue. Tout cela participe à l'émergence ou la réémergence d'une pensée de type social, et elle ne se fait pas sans heurts en fait. Parce que, certes la substitution quand elle marche, quand la méthadone a remplacé l'héro, quand il n'y a plus la quête frénétique, etc, il y a quelque chose qui doit faire bouger tout un chacun et qui nous fait tous bouger d'ailleurs (...). On cherche un objet idéal dont on sait par avance qu'il est introuvable, et que la possession de l'objet désiré amène immédiatement à son remplacement par autre chose qui nous permet précisément d'avancer, de circuler dans l'existence. Et donc cette quête, pour se remettre en action chez un sujet qui est resté au repos dans une espèce d'aménagement autosuffisant, pour se remettre en mouvement, cette chose là met du temps et elle ne se fait pas sans heurt » (ce même psychiatre, intervenant dans un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Ainsi donc, les effets observés de la méthadone et la parole de ses usagers justifiaient-ils un redéploiement de l'intervention. Contrairement aux précédents expérimentateurs celle-ci ne requiert guère de discours savants, de fondements théoriques complexes qui permettent de saisir la spécificité du sujet ainsi dominé et tenu à l'écart des mécanismes de sa propre transformation. Autrefois assujetti, le toxicomane renaît sous les traits de l'usager lequel, participant aujourd'hui activement à sa propre métamorphose (tout comme à son propre contrôle) vient légitimer la présence et la place essentielle de ces nouveaux professionnels, humbles serviteurs de sa santé, de son bien-être. Il ne s'agit plus, en effet, comme le montre J. Chevalier dans son analyse socio-historique de l'administré, de dominer mais de servir ; de la même façon dans cette évolution la prescription fait-elle place à la prestation :

---

[579] ION J., *op. cit.*, 1981, p. 104.

« l'administration n'est plus là pour dominer mais pour *servir* : à l'écoute permanente des administrés, elle est censée être seulement préoccupée de leur bien-être, de leur épanouissement, de leur bonheur. D'autre part, l'administration est invitée, au nom de l'impératif de satisfaction des besoins sociaux, à modifier ses modes d'intervention sociale : la prescription fait place à la *prestation* ; le commandement juridique s'efface au profit de la gestion d'activités sociales concrètes »[580]. Dans cette optique résolument pragmatique, l'intervention peut en effet, se multiplier à l'infini, légitimée par les nécessités exprimées par les usagers eux-mêmes. Mais ce rapport censément égalitaire à l'usager qui participe activement à l'élaboration de sa prise en charge ne doit pas faire illusion. Comme le souligne B. Jobert à qui nous avons précédemment emprunté ce terme « d'usager porte-voix », l'usager représente aussi un enjeu pour les professionnels : « dans le conflit permanent qui les oppose aux financiers et aux administrateurs, les usagers peuvent représenter une masse à mobiliser pour obtenir plus rapidement l'expansion de leurs services. Le bon usager est alors l'usager respectueux des professionnels dont il ne soupçonne jamais la compétence. C'est un usager porte-voix des professionnels qui sait mobiliser l'opinion et étendre ainsi leur champ d'action »[581].

Quatre années après son ouverture, fort de ces premières observations, le centre Monté-Cristo s'ouvre donc à d'autres formes d'approche : sociales, psychologiques et psychiatriques. Mais ce mouvement ne signale en rien, nous l'avons dit, un alignement à la formule de la clinique du toxicomane; l'objectivisme médical est bien là cette fois, déployant son emprise sur tout ce qui s'offre à son regard.

« Un des buts du centre c'est d'arriver sur place pour pouvoir proposer aussi bien un suivi VIH qu'un suivi d'hépatite C, qu'un suivi analytique, qu'un suivi social, qu'un suivi de substitution (...). Au début on était sept, huit, on doit être maintenant une vingtaine de personnes. J'ai augmenté l'équipe par la présence d'un analyste, j'ai également demandé à un psychiatre ancien interne des hôpitaux et également maintenant analyste de venir au centre et d'essayer de proposer un suivi d'inspiration analytique à un certain nombre de patients mais aussi d'avoir un œil très psychiatrique pour un certain nombre d'approches diagnostiques chez des patients (...). Ce sont absolument pas des gens qui viennent de la toxicomanie. Je pensais qu'il fallait deux choses importantes c'est-à-dire un œil neuf sur le sujet, qu'il fallait un œil professionnel aussi d'un point de vue psychiatrique. (...) Ce sont plutôt des psychiatres ou des analystes qui sont dans une position d'observation sans à priori de ce qui se passe avec les traitements de substitution et qui sont donc parfaitement intégrés à l'équipe...Parce qu'il n'y a pas

---

[580] CHEVALIER J., Regards sur l'administré, In CHAUVIERE M., T GODBOUT J [Dir]., Les usagers entre marché et citoyenneté, Paris : L'Harmattan (coll « Logiques sociales »), 1992, p. 29.
[581] JOBERT B., Usagers et agents du service public : proposition pour l'approche d'un système complexe, In CHAUVIERE M., T GODBOUT J [Dir]., *op. cit.*, p. 49.

ce qu'on a longtemps vécu en France, les choses sont peut-être en train de changer, mais une sorte de mépris pour la molécule par rapport à la très grande profondeur, à la très grande psychologie des profondeurs qui a donné les résultats que l'on connaît. (...). Au niveau social on a vu aussi l'importance des problèmes sociaux. Initialement, on avait préféré s'appuyer sur un certain nombre d'organisations qui ont les budgets pour ça (...) et ne pas trop insister pour que nous ayons nous-mêmes ici un pôle social très développé (...) On voit maintenant que, avec le nombre, c'est devenu insuffisant, parce que les démarches sociales sont extrêmement chronophages (...). Donc on va essayer quand même d'élargir l'équipe sur ce volet là quoi. Du point de vue médical, l'équipe tient la route, on est cinq, six médecins susceptibles de s'occuper, je dirai à la fois de médecine interne et de médecine générale pour parler simple : d'HIV, d'hépatite chronique. Sur le plan psychiatrique je trouve que l'équipe tient la route aussi avec à peu près la même proportion de médecins. Sur le plan toxico-pathologique, on va le dire comme ça ou substitution, tout le monde maintenant a une habitude par rapport à ça, d'un certain nombre de situations, de connaissances non seulement sur l'héroïne mais aussi sur le crack, sur les benzodiazépines, pas encore vraiment sur l'alcool du point de vue réflexion mais cela viendra peut-être. Donc il nous reste l'histoire sociale...c'est là maintenant qu'il faut réfléchir du point de vue efficacité quoi ». (un médecin somaticien, directeur d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Ce système de soins sur mesures, désenclavé de toute spécificité d'un caractère ou d'une « personnalité » toxicomaniaque et qui se voit restituer son autonomie d'action à l'usager n'est pas tant éloigné, nous l'avons déjà mentionné, de la formule originelle du secteur issue de l'antipsychiatrie. Ces agents eux-mêmes tendent d'ailleurs à le mettre en avant, à la manière d'un juste repositionnement des choses.

« Pour moi, ce parcours de la création du secteur spécialisé en toxicomanie, j'ai l'impression qu'il s'est fait un petit peu effectivement dans cette dynamique de l'antipsychiatrie mais à côté de l'antipsychiatrie. Au fond, si on réfléchit à la création des institutions spécialisées en toxicomanie, elles sont en opposition sur le plan éthique à ce qu'était l'antipsychiatrie puisque l'antipsychiatrie était très farouchement anti-institutionnelle, au départ. Or, il s'est quand même créé des institutions spécialisées, certes des institutions chaleureuses, sans camisoles chimiques sans neuroleptiques, etc, mais quand même un champ institutionnel. Alors que le mouvement de l'antipsychiatrie aurait plutôt été au fond, ce qu'on voit maintenant c'est-à-dire la citoyenneté du toxicomane, son intégration dan la cité et le refus de toute étiquette en ce qui le concerne » (un psychiatre, directeur d'un centre de soutien psychologique pour personnes séropositives - extrait d'entretien).

Mais ne nous méprenons pas, encore une fois. Pour reprendre une image de E-A. Tiryakian : « un rhinocéros né sans corne constitue une mutation, mais il est quand même reconnaissable en tant que rhinocéros »[582] ; derrière cette totalité nouvelle se profile un nouvel assujettissement dont la force de frappe, l'efficacité, résident justement dans la mise en avant

de cet usager « érigé en référent suprême de l'action »[583]. Car « la visibilité est un piège »[584] écrivait M Foucault. Otés de leur place de « sujets », sortis de leur carcan psychiatrique, ces individus n'en demeurent pas moins observés, jaugés, mesurés, analysés et ce, cette fois, dans tous les sens du terme. C'est désormais l'esprit, le corps et la société que la médecine se charge, en toute bonne conscience, de réguler.

« Une des analyses que l'on peut faire c'est que la santé avait été complètement exclue de la première approche post-soixante-huitarde, ce que j'appelle la diabolisation de la médicalisation. Qu'on avait fait des têtes sans corps, que la crainte était de faire des corps sans tête. On a bien vu que la médicalisation telle qu'elle avait évolué prenait en considération les aspects psychologiques et psychiatriques mieux que lorsqu'on disait qu'on prenait ça en cause. C'est-à-dire que les traitements de substitution permettaient de faire ce qui n'avait jamais été fait avant et que ça pouvait être fait par des gens de qualité dans des endroits de qualité. Donc fini les malades sans corps ou les malades sans tête, y'a une sorte de globalité satisfaisante qui maintenant doit s'étendre aux réflexions sociales, aux réflexions politiques, aux réflexions micro et macro économiques, etc, juridiques et policières, donc stratégiques. (...) Et la médecine à mon avis est un des angles de présentation les plus efficaces pour faire avancer un ensemble ». (un médecin somaticien, directeur d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

1-2 : Des techniciens négociateurs

Dans cette conjoncture, les techniques d'intervention qui permettent d'orienter et d'assigner sans réellement prendre en charge, jouent un rôle particulièrement important. Telle est précisément le rôle des structures intermédiaires (et principalement ici celle des bas-seuil) dont la vocation est avant tout d'accueillir (sur la base, nous l'avons vu, de toute une série de pratiques) puis de réorienter (vers les centres méthadone, les hôpitaux, etc). En fait, si les fondamentaux et le travail autour de la relation effectués en interne (ou à partir aussi du travail de rue), sont susceptibles d'enclencher un certain nombre de démarches de la part de l'usager, la cohérence du dispositif suppose aussi que cet accueil et ce suivi ultérieur soient portés à l'extérieur par toute une série d'agents, des plus « anodins » à priori (l'environnement proche au dispositif, les voisins) aux plus nécessaires (les professionnels du soin -spécialisés ou non- du social)etc. En effet, comme le souligne E. Jacob : « si les habitants, les travailleurs sociaux, les commerçants, les intervenants spécialisés, ne souscrivent pas au projet, le lieu risque de se marginaliser lui-même, de devenir un « abcès de fixation » sur le quartier

---

[582] TIRYKAIAN E. A., Remarques sur une sociologie du changement qualitatif, In BALANDIER G [Dir]., Sociologie des mutations, Paris : Ed Anthropos, 1970, p. 89.
[583] CHEVALLIER J., *op. cit.*, p. 31.
[584] FOUCAULT M., Surveiller et punir, Paris : Gallimard (coll « Tel »), 1975, p. 234.

conduisant à des effets pervers contraires à l'objectif de resocialisation et de rétablissement des personnes au sein de l'espace public »[585]. Ainsi, outre le travail auprès des usagers, ces intervenants se voient-ils dans la nécessité d'intervenir au-dehors, auprès de tous ceux reliés, de près ou de loin, au dispositif, qui ne sont pas forcément avisés ni inscrits dans la problématique nouvelle qui sous-tend ce type d'intervention. Pour que les changements en la matière deviennent effectifs il va donc falloir négocier. « A quoi sert la négociation ? » se demande A. Strauss ; « la négociation est un des moyens pour obtenir que les choses se fassent. Elle est utilisée pour que se fasse ce qu'un acteur (personne, groupe, organisation, nation, etc.) souhaite voir accompli. Ce qui signifie faire marcher les choses ou les faire continuer à marcher »[586]. Dans la mesure où, nous dit encore l'auteur, toute forme de négociation intervient dans un « contexte structurel » lié « à la nature de l'ordre social particulier à l'intérieur duquel les acteurs choisissent de négocier »[587], l'intervenant va devoir jouer à la fois contre les réticences que provoquent communément ces populations marginalisées (réticences propices au « sentiment d'insécurité ») et sur l'ouverture des autres professionnels et institutions pour l'enclenchement d'une dynamique partenariale.

Ce travail, louable d'un certain point de vue, au regard notamment de l'effort ainsi déployé pour parvenir à faire admettre ces populations au sein de la cité, n'est cependant pas sans dévoiler un type d'action qui « conduit (aussi) à placer les populations démunies sous une supervision (...) étroite et tatillonne »[588]. La volonté « à tout prix », d'intégrer « pour leur bien » ces populations dans les traditionnels rouages communautaires (la rue, le quartier...) et institutionnels (les institutions de droit commun), peut aussi bien être compris comme un moyen de minimiser les risques qu'ils font courir à leur entourage (et plus globalement à la société) et de quadriller leur parcours afin de les rendre compatibles avec d'autres impératifs d'ordre et de sécurité publique. Dès lors l'efficacité de ce type de dispositif, et de l'action de leurs intervenants est aussi à voir dans un souci de maintenir ces populations hors d'état de nuire. La négociation avec l'environnement proche et avec l'environnement institutionnel que nous allons décrire ici n'est pas dénuée de tels paradoxes.

---

[585] JACOB E., Les structures à « bas seuil » : nouvelle appréhension des phénomènes de toxicomanie ou gestion à minima des « populations à risques », in Prévenir : Réseaux et nouvelles pratiques, n° 32, 1997, p 107. Citons aussi sur ce même thème et du même auteur : JACOB E., Capter les usagers de drogues dures. Analyse des transformations des modes d'intervention en matière de toxicomanie au travers de l'expérience de quatre dispositifs dits à bas seuil, DEA de sociologie, Université Paris VIII, 1996.
[586] STRAUSS A., La trame de la négociation, Paris : Ed L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »), 1992, p. 252.
[587] *Ibid.*, p. 253.
[588] WACQUANT L., *op. cit.*, p. 117.

La mise en place des dispositifs au cœur de la ville, leur visibilité, qui contribuent à faciliter leur accès pour les usagers de drogues et à les sortir d'un mode de vie « souterrain », impliquent en premier lieu leur acceptation de la part de l'environnement proche à savoir la rue, le quartier et les voisins immédiats. D'emblée, les relations sont ici généralement décrites comme étant difficiles.

« Oh au début ça s'est passé évidemment mal. Tout le monde était d'accord pour qu'on crée un dispositif comme ça mais surtout loin de chez soi. Alors évidemment les gens n'étaient pas du tout contents. On a trouvé ce site qui nous paraissait bien parce qu'il est à la croisée d'un certain nombre de lieux qui sont des lieux identifiés depuis très longtemps comme des lieux, pas de trafic mais disons de mouvance des usagers de drogues. On voulait ces deux choses là, on voulait que ça ne soit pas trop loin et que ça ne soit pas non plus au milieu de la scène. Donc y'a eu évidemment une pétition des voisins, beaucoup de peur, bon que je pense légitime aussi, mais...c'est vrai les gens ont peur » (une éducatrice, directrice d'un dispositif bas seuil MDM - extrait d'entretien)

Il s'agira alors de se faire connaître, d'instaurer une mise en confiance en impliquant si possible dans le projet, la population environnante.

« On a fait tout un travail d'information en direction de l'équipe municipale et des gens du quartier. Alors c'est clair pour l'équipe municipale, on les a informés de notre ouverture, ils savent très bien ce qu'on fait, comment on le fait, et on reste en contact avec eux. Par ailleurs, en direction des gens du quartier, peu après l'ouverture, on a décidé de jouer la transparence, c'est-à-dire informer clairement de ce qu'était le dispositif, de la population accueillie et de ce qui se faisait, pour éviter tout simplement les rumeurs parce que bon, autour des structures toxicomanie c'est vrai qu'il y en a pas mal. Donc, ce qu'on a fait c'est qu'on a travaillé un texte dans un langage très clair où on précisait tout ça, ce document a été diffusé dans les boites aux lettres à cinq cent mètres à la ronde, et sur ce papier on invitait les gens à une soirée porte ouverte. Bon l'équipe municipale est venue, ce qui était bien parce que ça nous légitimait aussi vis-à-vis des gens du quartier ; y'a quelques personnes autrement qui sont venues visiter, à qui on a réexpliqué précisément ce qu'on faisait, et je pense que ces gens là ont colporté l'information. Alors je crois que tout ce travail d'information et puis la vigilance qu'on a ça nous permet, ça nous a permis jusqu'à présent de maintenir de bonnes relations avec l'environnement » (un éducateur spécialisé, directeur d'un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

Mais il est de fait que l'instauration d'une certaine confiance vis-à-vis de l'entourage va de paire avec un travail de négociation avec les usagers eux-mêmes. Il suppose en préalable la définition d'un cadre et l'établissement d'un règlement à partir desquels les usagers du dispositif devront se positionner. Ceci n'est pas sans remettre en cause la vocation première de ces « bas seuil » destinés à établir de nouveaux liens durables (si possible), avec

les usagers de drogues les plus marginalisés. L'attention dont doivent faire preuve ces intervenants tant vis-à-vis de ce qui se passe à l'intérieur qu'à l'extérieur du dispositif (qui se voit facilitée dans certains cas par la présence de caméras), jusqu'à leur intrusion parfois dans des événements externes susceptibles de porter atteinte à « l'image » du lieu d'accueil, révèle ouvertement l'ambiguïté dont nous venons de parler.

« Nous on a toujours tenu une position qui quelquefois peut poser problème dans l'accueil bas seuil : c'est de tenir fort les rênes sur un certain nombre de règles intérieures. C'est vrai, ça nous a été reproché d'ailleurs par d'autres associations, le fait qu'on soit raide sur le règlement, c'est-à-dire qu'il y a des choses sur lesquelles on ne tergiverse pas, par exemple le fait, c'est arrivé une fois ou deux, que quelqu'un puisse s'injecter entre deux voitures dans la rue, ça c'est un truc qu'on ne tolère pas, sur lequel on est plutôt sévère. Et les gens se sont rendu compte qu'on était quand même là, qu'on assumait la part de responsabilité qu'on avait dans tout ce qui pouvait se passer dans la rue, et puis les gens qui venaient nous voir sont restés quand même on va dire pratiquement toujours d'une extrême correction, même si y'a eu des incidents. Même quand il y a des bagarres dans la rue ou je ne sais quoi, qui ne concernait pas directement notre dispositif on est intervenu parce que pour nous c'est la garantie qu'on met pas de troubles dans le voisinage, et puis c'est la garantie aussi pour les usagers de pouvoir continuer à venir ici, c'est ce qu'on leur dit d'ailleurs ». (Un éducateur spécialisé, coordinateur dans un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

C'est probablement dans la relation avec les institutions de droit commun (hôpitaux, services psychiatriques, centres spécialisés en toxicomanie) que le travail de négociation entamé par les intervenants prend tout son sens. Là encore (et peut-être plus qu'ailleurs), il s'agit de parvenir à faire dépasser certaines réticences profondément ancrées dans les représentations. La tâche là encore (nous l'avons déjà partiellement abordé) peut s'avérer difficile, mais elle demeure la garantie d'une réelle ouverture. Il n'est pas rare à ce titre, pour le cas des dispositifs bas seuil issus de centres de soins spécialisés, que les intervenants fassent valoir une habitude de travail instaurée de longue date entre « la structure mère » et par exemple certains hôpitaux environnants. Reste par ailleurs , en ce qui concerne les soins orientés vers la toxicomanie, la possibilité d'adresser la personne au centre spécialisé en question. Bien qu'elle soit dite limitée, cette pratique, qui évite au demeurant, (et à juste titre pour ces intervenants le plus souvent « débordés ») un surcroît de travail dans l'instauration de nouvelles collaborations, pose de manière très claire la fonction de « rabattage » de ces dispositifs : portes d'entrées supplémentaires à l'institution spécialisée dont le seuil s'était jusque-là pour le moins élevé.

« Pour tout ce qui concerne les questions de sevrage ou de méthadone on s'appuie beaucoup sur le centre de soins pour des raisons de proximité institutionnelle et parce que c'est plus facile de travailler avec des gens qu'on connaît. Bon on travaille aussi avec d'autres institutions parce que le centre n'a pas la capacité d'absorber toutes les demandes, et puis on ne tient pas non plus à être un dispositif qui rabat pour le centre, mais bon c'est plus facile. Autrement on a la chance de ne pas être loin de deux hôpitaux qui ont ouvert des services associés aux services des urgences, des services d'accueil pour les personnes qui n'avaient pas forcément de couverture sociale et tout ça, et c'est vrai qu'on a de bonnes relations avec eux, le centre a de bonnes relations avec eux et on profite aussi de cette bonne relation. Donc ça s'est plutôt bien passé jusqu'à présent » (un éducateur, directeur d'un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

Plus généralement, dans le cas de relations qui sont à élaborer, la négociation va consister à construire un contexte partagé avec les autres professionnels. Concernant les centres de soins spécialisés, ces relations peuvent passer par l'échange de savoirs. L'intervenant du bas seuil est alors celui qui révèle aux spécialistes « la réalité » (qui n'en demeure pas moins une représentation parmi d'autres), qu'ils s'étaient au bout du compte, au fil des années, empêchés de voir.

« Au départ il y a eu quelques difficultés avec les centres spécialisés, parce qu'en fait ils ne comprenaient pas le fonctionnement et les conditions de vie des usagers, donc on leur a expliqué, et c'est vrai que depuis ils ont mis un assouplissant dans leur fonctionnement, ils ont compris le truc. Donc il faut prendre le temps. J'ai toujours pensé qu'on était un peu une vitrine, et il fallait qu'ils comprennent que c'est à partir des informations que nous on pouvait leur donner sur la situation réelle, sur la marginalisation, sur l'état sanitaire des usagers, sur les produits consommés, qu'ils pouvaient eux voir aussi leur fonctionnement ; c'est aussi à eux de savoir quelle est leur mission parce que sinon nous on va être asphyxié, on va être obligé de fonctionner en vase clos ou en circuit fermé, et c'est aussi de leur mission de s'occuper des gens. Donc maintenant les choses sont complètement différentes, y'a tout un matériau sur lequel on peut travailler, à partir de ce travail d'information, à partir de nos observations, de nos pratiques, pour faire en sorte que les gens dans les institutions soient sensibilisés et puis évoluent dans leurs pratiques, arrêtent d'être dans leur forteresse » (une intervenante dans un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

Des points de vue théoriques et pratiques différents sont parfois à la base de nombreuses réticences de la part des professionnels des centres spécialisés en toxicomanie. Elles s'avèrent d'autant plus fortes lorsque le dispositif bas seuil n'est pas originellement lié à une structure spécialisée, et qu'il applique des techniques de prise en charge (les programmes de substitution) peu ou pas implantées jusque là sur le plan local. Dans ce cas la négociation s'avère plus difficile car se surajoute aux difficultés premières de collaborations, la nécessité

pour le dispositif de faire preuve de sa légitimité, sa complémentarité, et d'éviter surtout d'être perçu comme un concurrent (éviter notamment les « doublons », par exemple un suivi social d'un usager dans les deux structures différentes). C'est aussi au travers de la construction de projets communs, un partage des compétences que ce travail de négociation va pouvoir s'opérer.

« La culture médicale ici dans la ville est une culture très orientée sur le sevrage, l'abstinence. Donc on voulait procéder prudemment, par étapes : d'abord le centre d'accueil puis le centre méthadone. Les choses ont fait que l'on a finalement ouvert les deux en même temps. Finalement on s'est dit pourquoi pas sachant qu'il nous paraissait quand même urgent aussi de poser ce type d'alternatives, à fortiori dans une ville où il paraissait difficile que le dispositif traditionnel s'empare des traitements de substitution. Donc voilà ça s'est fait comme ça. Alors nos relations avec les centres spécialisés sont complexes, je crois qu'il y a une grande période d'observation. L'équipe du centre spécialisé a vraiment clivé réduction des risques et prise en charge psycho-sociale, alors que pour nous il peut y avoir une cohérence entre tout ça, quel que soit le moment de la trajectoire de la personne. Les équipes se sont rencontrées, on a présenté notre travail, donc l'information a circulé, et là à quelques années d'existence pour nous, on commence à avoir des projets d'intervention commune. En fait cette structure spécialisée avait déjà créé un lieu d'accueil et d'écoute dans un quartier périphérique, c'était un point d'accueil mais sans mise à disposition de préservatifs, de seringues, on venait là de nouveau avec cette philosophie du soin qui est orientée vers une démarche de soins. Bon ils ont fait un boulot intéressant mais au niveau de la fréquentation du lieu, tel que c'est pensé, ça ne fonctionne pas leur truc. Donc on va essayer par le biais de l'ouverture d'un accueil collectif avec échange de seringues, qui serait géré en partie par notre équipe et celle du centre spécialisé, d'un accueil comme ça de groupe, avec une introduction vers la notion de la réduction des risques. Bon on en est à un début, un début de quelque chose. On a quand même l'impression que de part et d'autre les équipes évoluent aussi dans leur manière d'appréhender eux la réduction des risques, la substitution, et nous d'appréhender leur travail. Mais c'est vrai que c'est pas acquis, c'est très fragile encore ici (une éducatrice, directrice d'un dispositif bas seuil MDM - extrait d'entretien).

Des perspectives dissemblables en matière de prise en charge : différée (par le biais de la fameuse « demande ») et déployée sur un long terme pour les spécialistes demeurés fidèles au modèle traditionnel de la clinique; urgente, spontanée et sur un moyen et court terme pour le cas des partisans de la réduction des risques, peuvent être à l'origine de difficultés de relations avec les structures spécialisées ; sans compter que nombre de post-cure refusent purement et simplement les usagers de drogues sous substitution. Mais la venue dans les centres de soins d'une clientèle très marginalisée et précarisée qui demande une concentration particulière sur des plans autres que celui de la « psyché » (le sanitaire, le social...) n'est pas à exclure non plus, loin de là, dans l'analyse de ces résistances. On comprend alors que ces

intervenants, pour ceux qui en ont la possibilité, se rabattent sur la « structure mère » de leur dispositif.

Historiquement peu impliqués dans le suivi de ces populations, les hôpitaux témoignent également, nous l'avons déjà vu en partie, de fortes résistances à les recevoir. La représentation ici (probablement à juste titre) des toxicomanes comme « mauvais malades », « mauvais patients », incapables de s'engager dans un suivi se conjugue à une forte réticence de la part des toxicomanes qui hésitent (de fait, à juste titre également) à franchir le seuil de ces institutions. Il n'est alors guère possible pour ces intervenants d'orienter sans accompagnement ou tout au moins sans avoir au préalable « préparé le terrain ». Ce type de négociation s'effectuant dans le temps, la mise en place d'un rapport de confiance, elle suppose une forte disponibilité de la part des intervenants ce qui n'est guère aisé lorsque le bas seuil est lui-même « surchargé ». Il convient dans ce cas de faire jouer ses relations (notamment ne ce qui concerne les intervenants infirmiers ou médecins) ; à ce titre la participation à des réseaux-ville-hôpital peut être un atout. Il arrive également qu'un intervenant du dispositif ait une partie de son temps spécifiquement consacrée à l'établissement de ces relations ; cela suppose en outre de pouvoir bénéficier de financements supplémentaires.

« Moi je travaille dix heures en plus par semaine, c'est une mission Sidaction, budgétée par Sidaction, c'est un projet qu'on avait présenté nous, après un constat comme quoi y'avait énormément de problèmes durant les hospitalisations, que les infirmières n'avaient pas le temps de s'en occuper, qu'il était nécessaire de créer des liens avec les services auparavant pour pouvoir faire hospitaliser, qu'il était nécessaire qu'il y ait un suivi quand il y a hospitalisation, que le médecin ou l'infirmier puisse se déplacer, puisse aussi bien aller voir l'équipe que les patients ; qu'il y ait aussi la mise en place de prises en charge communes entre le bas seuil et l'hôpital, qu'il y ait un relais qui soit passé à l'hôpital mais que le bas seuil puisse établir des objectifs pour après la sortie. Ce projet a été accepté et donc je travaille là-dessus avec une stratégie bien définie autour de « créer du lien » avec les services hospitaliers. Alors je rencontre les surveillantes du service etc. Au départ, on a ciblé des services avec lesquels on a déjà travaillé et petit à petit on a élargi à d'autres hôpitaux et c'est vrai qu'on a été très bien accueillis. De toutes façons on s'est dit que plus on avait de marge d'action et de lieux à cibler, mieux ça se passerait puisque vu que tous les individus sont différents, y'a des façons d'accueillir les malades dans les hôpitaux qui conviennent mieux à certains. Y'a tout un tas de choses qui font que après, en connaissant les individus et en connaissant les services on va dire « oh ben telle personne je la vois mieux dans ce service là », parce qu'on connaît les gens des services, parce qu'on voit à peu près comment elles peuvent réagir si quelqu'un est agressif » (une infirmière, intervenante dans un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

On pourrait sans doute multiplier à l'infini les exemples visant à montrer le

déploiement progressif d'un vaste réseau qui permet (tout au moins théoriquement) à ces dispositifs de s'inscrire en amont non plus tant d'une « chaîne thérapeutique » (qui paraît soudainement bien désuète) mais d'un plus vaste « espace homogénéisé fait de circuits dessinés à l'avance et que les individus sont invités ou incités à emprunter »[589]. Dans cette perspective on voit aussi que le travail de ces intervenants « tient moins à la possibilité d'agir sur des causes objectives qu'à leur capacité de produire (des) espaces de sociabilité » ou de « rendre possible des attachements affectifs (...), d'éveiller des intérêts »[590] qui puissent surseoir aux limites de pratiques sectorielles mal adaptées aux situations complexes ainsi révélées et donc, par ricochet aux limites de ces dispositifs de réduction des risques que sont les bas seuil. Mais ce travail d'équilibriste qui en appelle, comme le montrent I. Théry et S. Tasserit[591] à la responsabilité et à la rationalité de tout un chacun, si besoin en l'informant et en se faisant le « garant » (terme qui revient souvent dans les propos de ces intervenants) d'une « bonne conduite » de l'usager, est aussi lui-même extrêmement risqué. Rien n'affirme d'une part que les processus engagés par voie de négociation ne puissent être, à tout moment, remis en question (l'arrivée d'un nouveau médecin dans un service hospitalier, un contact particulièrement difficile entre un usager de drogue et un membre du personnel, un changement de voisinage, etc.) ; la « rationalité » de l'action a forcément ses limites dans la mesure où, comme nous le signale B. Jobert : « les usagers pas plus que les agents professionnels ne sont un groupe unifié et homogène »[592]. Rien n'assure d'autre part, dans la mesure où « les attitudes de tolérance et de solidarité restent fragiles et ambivalentes, les équilibres précaires »[593], du non-retour de sentiments de menace et de peur, terreaux de politiques plus sécuritaires.

2 - La refonte d'une ligne de force

2-1- Des politiques aigres-douces

Ainsi développées depuis plusieurs années, ces initiatives locales innovantes, destinées à subvenir aux besoins de toutes sortes que semblent requérir certaines populations (et l'on

---

[589] CASTEL R., *op. cit.*, 1983, p. 127.
[590] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 197.
[591] THERY I., TASSERIT S., *op. cit.*, p. 367.
[592] JOBERT B., Usagers et agents du service public : proposition pour l'approche d'un système complexe, *op. cit.*, p. 41.

s'intéressera principalement ici de nouveau aux classes-relais pour jeunes mineurs en voie de descolarisation), vont devenir partir intégrante d'un certain nombre de projets politiques destinés, par le truchement de la politique de la ville, à réaffirmer la place de l'Etat dans les interstices institutionnels auparavant investis localement sur un mode « d'auto-développement ou de développement communautaire »[594]. Cette accentuation du rôle de l'Etat, n'est pas sans lien avec la place grandissante d'une thématique de la sécurité (pendant de « l'insécurité »), largement mise en avant lors de la campagne présidentielle de 1995. En fait, si « la fracture sociale » domine encore dans les discours, elle se verra dans les faits, de plus en plus dirigée contre la menace qu'elle est supposée porter à l'ordre public et de moins en moins orientée vers une lutte contre l'exclusion et la pauvreté. Ce glissement vers une ligne sécuritaire n'est pas nouveau ; nous l'avons déjà vu surgir dix ans auparavant dans le cadre de la prise en charge des toxicomanes[595]. Mais la ligne forte avait été ici mise en échec, stoppée, par la légitimation (de ce fait) croissante du modèle « soft » de la réduction des risques. Celui-ci maintenait depuis lors son évolution dans un registre humanitaire, compassionnel, soutenu par des technologies médicales et des initiatives professionnelles relativement efficaces qui ne requéraient finalement pas, pour l'heure, la mise en avant d'autres modalités de traitement. C'est aussi que, a y regarder de plus près, en effet, les choses là encore pourraient n'être pas si différentes : ce que la ligne dure envisageait à partir de l'enfermement et sous la contrainte, la « camisole chimique » le réalise sans que quiconque (ou si peu) s'en effraie vraiment. Les programmes méthadone, comme le souligne P. Lascoumes[596] combinent en effet de la manière la plus subtile qui soit ces trois dimensions auparavant (et tout au long de l'histoire) disjointes de la sûreté publique (policière et judiciaire) et de la santé publique.

Ainsi ce type de réponse « préventive » face aux risques n'est-il qu'un choix (sans doute le plus « politiquement correct ») parmi d'autres dans l'éventail désormais très large des possibilités de gestion des populations. C'est d'ailleurs là tout le paradoxe de la société du risque qui ne s'embarrasse guère (bien au contraire puisque les politiques tendent de plus en plus à poser la nécessité de les « dépasser »), des frontières « mono-sectorielles », selon les termes de P. Lascoumes[597] (la santé, l'éducation, la justice, etc) au principe de l'action publique traditionnelle. Dans ce contexte d'un moindre écart entre ce qui pouvait relever

---

[593] THERY I., TASSERIT S., *op. cit.*, p. 363.
[594] JAILLET M-C., La politique de la ville, une politique incertaine. Regards sur l'actualité : La ville en question, Ed : La Documentation Française, n° 260, avril 2000, p. 42.
[595] Cf notamment deuxième partie, chapitre II, 1 ; 1-1.
[596] LASCOUMES P., Rendre gouvernable : de la « traduction » au « transcodage ». L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique, In La gouvernabilité, CURAP, Paris : PUF, 1996, p. 331.

auparavant de l'une ou de l'autre, on ne s'étonnera pas, dès lors que de nouvelles failles sont relevées, qu'une incertitude est à nouveau posée, de voir le balancier de l'action osciller à nouveau entre les divers choix possibles, pour finir par se fixer sur une nouvelle formule hybride dont les composantes ou plus exactement leurs proportions ont changé (plus de central-moins de local ; plus de sanction-moins de prévention..., ou inversement). De fait, comme le fait remarquer D. Garland, la compassion envers les toxicomanes, envers les délinquants peut très bien être vite « supplantée par une préoccupation plus exclusive pour les victimes, les politiciens de tous partis étant encouragés à prendre des mesures fermes, non dénuées de connotations populistes (...). De là un schéma de développement politique remarquablement ambivalent : d'un côté, le souci de faire face au problème et de développer de nouvelles stratégies qui lui sont rationnellement adaptées ; mais de l'autre, à côté de ces nouvelles et parfois douloureuses adaptations, une tendance récurrente à une sorte de déni hystérique et à la réaffirmation emphatique du vieux mythe de la souveraineté de l'Etat »[598].

En ce milieu des années quatre-vingt dix, le spectre effrayant du sida et de ses désignés « colporteurs » semble, sur un plan général[599] relativement maîtrisé. Paradoxalement, comme le montre I. Théry et « à cause des mouvements qu'il a suscités et des prises de consciences qu'il a fait naître, le sida peut être considéré comme ayant été un facteur (...) de remise en cause de la politique du tout répressif à l'égard de la toxicomanie »[600]. Toutefois, rien n'interdit (la Santé Publique a ceci de commode qu'elle peut être autant un argument utilisé pour soigner que pour réprimer), un retour vers des solutions plus radicales ; si l'avortement thérapeutique des femmes enceintes séropositives n'a pas eu de succès en France, la stérilisation des femmes toxicomanes (contre la somme de 200 dollars cash) est aujourd'hui largement préconisé aux Etats-Unis.

Mais pour l'heure, le regard en réalité s'est détourné ailleurs, sur une autre scène[601] : vers cette récurrente et soit-disant croissante « violence urbaine » que l'on sait de moins en moins par quel bout juguler. Ici en effet, plus qu'ailleurs et comme l'exprime M-C. Jaillet, bien que « sur le terrain, les actions se poursuivent (...), une certaine exaspération se manifeste, ravivée par l'implosion, ici ou là, d'un quartier, qui vient justifier la montée des peurs et d'un sentiment d'insécurité, construisant une image des quartiers qui met l'accent

---

[597] *Ibid.*, p. 329.
[598] GARLAND D., Les contradictions de la « société punitive » : le cas britannique. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, septembre 1998, n° 124, p. 51-53.
[599] On verra effectivement plus loin que « au cas par cas », cette affirmation est loin de se vérifier.
[600] THERY I., TASSERIT S., *op. cit.*, p. 363.
[601] Scène sur laquelle la question « drogue » n'est pas absente mais n'apparaît plus non plus comme centrale.

non plus sur la pauvreté mais bien sur la menace qu'ils feraient peser sur la ville. C'est une nouvelle dramaturgie des quartiers qui s'organise par le truchement des médias, mettant en scène caillassages, incivilités, détériorations infligées aux lieux publics, attaques que subissent les représentants des institutions publiques, justifiant l'appel au retour à la sécurité et à l'ordre public »[602]. Les titres des quotidiens et hebdomadaires de l'époque, répertoriés par A. Collovald[603] sont sur ce point éloquents : « les desperados de la banlieue est », « la côte d'alerte dépassée », « les banlieues ont cassé dans Paris », « la série noire », « les gosses de la violence », etc. C'est désormais « la violence qui créé la jeunesse, la violence est la caractéristique et le mode d'existence essentiel d'une jeunesse défavorisée notamment immigrée. Elle devient « la » catégorie nécessaire pour penser les jeunes des banlieues »[604].

Dans ce contexte, la balance allait à nouveau pencher vers un registre de réponses plus directement punitif, la manière forte, symbole du pouvoir d'Etat, déjà en marche Outre Atlantique et Outre Manche[605]. Mais elle allait (contrairement au « coup de force » tenté en 1986 dans un autre domaine) avancer fardée ; la « manœuvre » en effet allait s'avérer (cette fois) relativement subtile, opérant en fait sur plusieurs registres à la fois, rigoureuse économie qui, selon les termes de M Foucault « a pour effet de rendre aussi discret que possible le singulier pouvoir de punir »[606].

Comme le montre encore M-C. Jaillet : « au fur et à mesure que les indices d'évolution montrent une aggravation des situations et qu'un glissement s'opère de la question de la pauvreté ou de l'exclusion vers celle de la montée des risques sociaux, l'idée selon laquelle il convient d'envisager pour les banlieues l'équivalent d'un plan Marshall prend corps »[607]. Un « pacte de relance pour la ville » est ainsi annoncé début 1996 par le nouveau Premier Ministre A. Juppé. L'objectif est double : remobiliser l'action et renforcer la présence de l'Etat dans les périphéries. Dans ce cadre, les démarches préexistantes ne sont pas remises en cause mais complétées. De fait, les actions de prévention jusque-là mise en place se voient-elles (lorsqu'elles ne sont pas purement et simplement récupérées et présentées comme des nouveautés) « améliorées » par les axes forts de « la sécurité, de la tranquillité

---

[602] JAILLET M-C., *op. cit.*, p. 39.
[603] COLLOVALD A., Violence et délinquance dans la presse : politisation d'un malaise social et technicisation de son traitement, in BAILLEAU F et GORGEON C (Dir)., *op. cit.*, p. 42.
[604] *Ibid.*
[605] Le processus d'importation de « la nouvelle raison pénale » notamment décrit par L. Wacquant est au demeurant tout à fait similaire à celui que nous avons présenté plus haut concernant la réduction des risques.
[606] FOUCAULT M., *op. cit.*, 1975, p. 354.
[607] JAILLET M-C., *op. cit.*, p. 38.

publique, de la paix publique »[608]. F. Idrac délégué interministériel à la ville et au développement social urbain résume ainsi les nouvelles volontés politiques :

« Jusqu'à maintenant, la politique de la ville n'assumait que la prévention de la délinquance, avec des dispositifs qui existent depuis une dizaine d'années : ce sont les conseils communaux de prévention de la délinquance, dont chacun sait que leur utilité et leur fonctionnement dépendent fondamentalement de la motivation des hommes qui les anime ; cette institution peut aussi bien être un outil remarquable de synergie locale qu'une coquille vide si personne ne s'y intéresse localement. La nouveauté, c'est que le gouvernement a voulu assumer, dans le cadre de la politique de la ville, non seulement cet aspect classique, mais aussi, d'une part, la fonction de sécurité, et, d'autre part, la réponse judiciaire avec des éléments nouveaux qui la complètent et qui diversifient ses moyens de réponse à la délinquance des mineurs[609].

C'est dans cette optique résolument gestionnaire et pragmatique centrée sur cette généreuse idée (sans fin) qu'il manque encore des éléments de réponses entre les mesures préventives (ou éducatives) d'une part et celles plus « radicales » de la répression voire de l'enfermement d'autre part, que va être reprise, dans une lettre de cadrage daté du mois de mars de la même année la thématique des classes-relais. Elle apparaît cette fois, non plus sous le registre de la « réduction des inégalités sociales », ou de la prévention de l'exclusion scolaire des jeunes bénéficiant de protection judiciaire, comme le prévoyait la circulaire conjointe (Education Surveillée-Education Nationale) de 1985, mais sous celui de la «prévention de la violence à l'école»[610], rhétorique sans doute plus commode qui comme le montre A. Collovald, décale la problématique vers des causes « moins directement politiques »[611], justifie en même temps la prise en compte simultanée des victimes et des « agresseurs » ainsi que la nécessaire prise en main du problème par ceux-là seuls (bien que soutenus par leurs « partenaires ») qui en font les frais, soit l'Education Nationale elle-même. Ainsi : « l'action de lutte contre la violence à l'école, que le gouvernement veut conduire de manière résolue, est celle du corps social tout entier. Elle doit associer, au bénéfice de l'ensemble des écoles et des établissements du pays, les personnels de l'éducation nationale, les familles, les élèves eux-mêmes qui sont aussi les premières victimes, les collectivités locales, les responsables des politiques interministérielles, les associations ». Les mesures décidées dans ce cadre visent trois objectifs principaux dont la « banalité » tranche quelque

---

[608] IDRAC F., Le pacte de relance pour la ville, in Regards sur l'actualité, Ed : La Documentation Française, n° 222, juin 1996, p. 30.
[609] *Ibid.*
[610] Bulletin officiel n° 13 du 28 mars 1996.
[611] COLLOVALD A., *op. cit.*, p. 39.

peu avec la soi disant urgence de la situation : le renforcement et l'amélioration de l'encadrement des élèves ; l'aide des élèves et des parents et enfin la protection des établissements et l'amélioration de leur environnement. C'est dans le premier point qu'apparaissent (sans être ainsi dénommées) les classes-relais. Précisons qu'aucune note particulière ne fait état des dispositifs déjà en place, ce tout de même (pour le premier), depuis 1986, soit dix années plus tôt. Sans doute un tel « oubli » peut-il laisser croire que l'on se préoccupe « enfin » de la question. Ainsi : « des structures expérimentales permettront d'accueillir et de scolariser des adolescents en très grande difficulté ou exclus d'un établissement, en voie de déscolarisation ou de marginalisation, le temps de les aider à trouver une solution scolaire ou préprofessionnelle ».

Dans ce mouvement, ce qui pouvait encore ressortir des spécificités de l'une et l'autre de ces institutions que sont la Protection Judiciaire de la Jeunesse et l'Education Nationale[612] tend officiellement[613] à s'estomper. Un front nouveau se dessine clairement lequel, comme le souligne V. Peyre[614], ne sépare désormais plus les jeunes délinquants des « jeunes en difficulté ». De toute évidence il ne s'agit plus tant ici, de reprendre la scolarisation de quelques adolescents antérieurement repérés par l'institution judiciaire que de surseoir à un sentiment d'insécurité croissant, mal défini, sur lequel le traitement judiciaire n'a, pour l'heure, que peu de prise. Dans cette nouvelle représentation d'une violence « toujours plus diffuse, mobile, incertaine »[615], sans même bien souvent de délits répertoriés, il revient désormais à l'école d'assumer ses responsabilités en s'efforçant de porter les dispositifs susceptibles de subvenir aux difficultés présentes sur son territoire et de suggérer, par elle-même les liens qui lui font défaut pour une résolution globale des problèmes. La sécurité n'est plus dès lors l'apanage des seules institutions judiciaires et policières, elle est comme le montrent M. Marcus et C. Vourc'h un « bien commun » à tous[616], et donc à chacun.

Ce processus de redistribution (on généralise l'action tout en la resserrant par la voie de la responsabilité qui incombe à tout un chacun) autour d'une cause nouvelle, qui n'est pas sans contribuer à accroître le brouillage (déjà certes largement entamé) entre les actions dites de prévention et celle destinées à maintenir l'ordre public, est particulièrement lisible dans

---

[612] Spécificités que l'on peut désigner comme étant l'éducation-initiation pour ce qui est de la PJJ et l'éducation-instruction en ce qui concerne l'Education Nationale.
[613] Car effectivement nous avons vu précédemment que les classes-relais jusque-là en place prenaient officieusement en charge des mineurs hors et sous mandat judiciaire.
[614] PEYRE V., *op. cit.*, p. 170.
[615] LAGRANGE H., MONGIN O., SALAS D., Violences par temps de paix, vers une dépacification des mœurs ? Esprit, Violences par temps de pais, décembre 1998, p. 7.
[616] MARCUS M., VOURC'H C., La sécurité comme bien commun, Esprit, *op. cit.*, 1998, pp. 76-99.

une circulaire qui paraît quelques mois plus tard, soit en mai 1996, relative à la coopération entre les services de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de la Justice, de la Défense et de l'Intérieur dans le cadre toujours de la « prévention de la violence en milieu scolaire »[617] : « les établissements scolaires sont confrontés à des actes de violence qui tendent à revêtir des formes nouvelles, souvent graves, parfois répétitives, et à toucher des enfants de plus en plus jeunes. La violence en milieu scolaire prend une acuité particulière dans les quartiers difficiles (...). Le renforcement de la coopération de l'ensemble des services de l'Etat permettra d'assurer la sécurité des établissements et de leurs abords, des élèves et des personnels, et de restaurer le climat de sérénité indispensable au travail et aux apprentissages scolaires.(...). La prévention et la lutte contre la violence nécessitent en effet une mobilisation et une prise en charge concertée et coordonnée des responsables des services de l'Etat et des acteurs de terrain. L'Education Nationale, l'Autorité judiciaire, la Police nationale et la Gendarmerie nationale ont vocation, chacune dans son champ de compétence, à intervenir en ce domaine (...). Améliorer la sécurité suppose à la fois de prévenir, de traiter la violence et la délinquance, et d'aider les élèves en difficultés ou en danger ainsi que les adultes de la communauté éducative. La prévention, dans l'établissement et ses abords passe par la solidarité et la responsabilité de tous les acteurs (...). Elle suppose une approche éducative, mais aussi normative » (à savoir explicitation du règlement, des règles de la vie collective, « la formation des élèves à la compréhension de la loi et du droit »). En ce qui concerne spécifiquement le traitement de la violence et de la délinquance : « des réponses rapides doivent être apportées à l'égard des mineurs, comme des jeunes majeurs ayant commis des actes délictueux en milieu scolaire pour éviter que ne se développe un sentiment d'impunité qui favorise un climat d'insécurité ». A ce titre également « une approche plus concertée de l'éducation entre les parents et l'école permet de rappeler la responsabilité de chacun à l'égard des enfants. Il incombe à l'école de prendre l'initiative de cette concertation ». Quant à la prise en compte pédagogique des « situations difficiles » on y recommande à nouveau « l'accueil et la scolarisation, au sein de structures expérimentales, d'adolescents en voie de déscolarisation ou de marginalisation ». Enfin « les chefs d'établissement ou les inspecteurs d'académie adresseront au procureur de la république de leur département un signalement systématique, directement et en temps réel, de toute situation d'enfant en danger, d'absentéisme scolaire répété et de tout incident grave ou pénalement répréhensible commis dans un établissement scolaire ».

---

[617] Circulaire n° 96-135 du 14 mai 1996.

Reste que les frontières certes brouillées, ne sont jamais que décalées et les rôles et fonctions, nous l'avons dit, redistribués. S'il revient désormais à l'école (aidée de tous) de se charger indistinctement des jeunes fauteurs de troubles qui sévissent sur son territoire, il n'y a qu'un pas, vite franchi, à ce que la Protection Judiciaire de la Jeunesse se voit saisie (non sans débats, nous y reviendrons) de tous ceux qui, ne bénéficiant pas des actions « préventives » ainsi mises en place, tombent sous le coup de la répression. Cette gestion généraliste et « douce » des faits (des risques) trouve alors son pendant dans la « gestion pénale de l'urgence sociale (...) qui évacue la durée pour succomber à la visibilité de la réponse »[618]. La mise en place d'une justice accélérée et d'une répression accrue pour les « cas lourds » autrement nommés récidivistes, pour lesquels les solutions viennent à manquer. La loi du 1er juillet 1996 portant modification de l'ordonnance du 2 février 1945 et instaurant la comparution à délai rapproché pour les mineurs délinquants (par ailleurs de plus en plus fréquemment mis en détention[619]) ainsi que la mise en place hâtive[620] des UEER (Unités d'Encadrement Educatif Renforcé) témoignent d'une telle réorientation. Dans ce contexte la vocation essentiellement éducative de la Protection Judiciaire de la Jeunesse semble remise en cause. En fin de compte, comme le montrent O. Mongin et D. Salas, « le reclassement social par la réadaptation individuelle conduite par un éducateur avisé paraît (bien) secondaire au regard des causes territoriales de la délinquance »[621].

2-2 : L'art du maillage organisé

Les années qui vont suivre, en dépit de la nouvelle majorité politique, vont emboîter le pas à cet ordonnancement des choses. La thématique du colloque de Villepinte (les 24 et 25 octobre 1997) : « des villes sûres pour des citoyens libres », laisse d'emblée présager de l'orientation du nouveau gouvernement dirigé par L. Jospin. « Assurer la sécurité des citoyens est un devoir pour l'Etat. L'insécurité est donc un échec pour l'Etat. En effet, malgré tous les efforts déployés sur le terrain par les magistrats, les policiers, les gendarmes, de nombreux services publics, mais aussi par les collectivités locales et les associations, l'insécurité n'a pas

---

[618] LE PENNEC Y., Des factieux de l'Etat, irréguliers, inadaptées et autres défavorisés, multirécidivistes éventuels...., Journal du Droit des Jeunes, décembre 1998, n° 180, p. 18..

[619] « Le recours à la détention est de plus en plus fréquent. Après une forte baisse à la fin des années 80, le nombre de mineurs en prison a augmenté de près de 20% entre 1996 et 1998. Au 1er janvier de l'année 1998, ils étaient 699 derrière les barreaux, soit 1, 25 % de la population détenue. Parmi eux, 76 étaient âgés de moins de 16 ans. Le nombre annuel d'incarcérations s'est accru de 57% depuis 1993 ». TRESENTAUX J., Mineurs : l'impasse de la répression. Dedans-Dehors, novembre 1998, cité par MONGIN O et SALAS D., *op. cit.*, p. 200.

[620] C'est notamment ce que soulignent O Mongin et D Salas : « Tous les rapports d'évaluation ont souligné la précipitation du démarrage de l'opération, les réticences de la profession, les projets pédagogiques hâtivement élaborés et l'insuffisante préparation des équipes ». Cf MONGIN O., SALAS D., *op. cit.*, p. 194.

reculé, bien au contraire (...). Face à cette situation, il faut réviser nos priorité et reconsidérer nos méthodes. C'est là l'ambition du nouveau gouvernement »[622]. J-P. Chevènement est quant à lui on ne peut plus clair quant aux méthodes en questions : « il faut reconnaître ce qu'a de juste le slogan des travaillistes britanniques : « Dur avec le crime, dur avec les causes du crime » »[623]. Les Contrats Locaux de Sécurité (CLS) instaurés par voie de circulaire quelques jours plus tard[624] et censés redonner corps aux anciens Conseils Communaux de Prévention de la Délinquance (CCPD) à partir d'un partenariat élargi[625], témoignent, ne serait-ce qu'à travers la substitution du terme de sécurité à celui de prévention dans ce qui est censé participer d'une même « philosophie », de cet engagement.

En décembre de la même année L. Jospin confie à C. Lazerges députée de l'Hérault et à J-P. Balduyck, député-maire de Tourcoing, la conduite d'une réflexion sur le thème de la délinquance des mineurs et sur les réponses et adaptations qui peuvent lui être apportées. Si les mesures préconisées dans leur rapport présenté quelques mois plus tard ne semblent pas encore prendre le grand « virage répressif » constaté chez les voisins européens et surtout américains (que l'on a pris soin au demeurant de consulter et de visiter), elles participent, par une volonté extrême de combiner au plus près les mesures générales de prévention (responsabilisation, éducation, soin, etc.) et celles relatives à la sécurité et à l'ordre public (visibilité accrue de la police, répression, sanction, etc), d'un même mouvement accéléré d'une gestion généralisée-banalisée des risques (tous les risques) sociaux. Il convient à ce titre, en premier lieu d « agir auprès des acteurs de la socialisation des mineurs » : les parents notamment en les responsabilisant voire en les sanctionnant ; l'école bien sûr qui doit être soutenue (pour les établissements les plus exposés) financièrement et renforcée par des réseaux de médiateurs, une présence accrue de médecins scolaires, de psychologues, d'infirmiers, d'assistants sociaux et autres personnels inqualifiables dont les désormais indispensables, partout, emplois-jeunes. Les classes-relais qui ne le sont pas moins car elles

---

[621] MONGIN O., SALAS D., *op. cit.*, p. 199.
[622] Discours de clôture de L. Jospin, Les Actes du colloque de Villepinte, Ministère de l'Intérieur, pp 89-90.
[623] Discours d'ouverture de J-P Chevènement, *Ibid.*, p. 5.
[624] Circulaire du 28 octobre 1997, NOR : INTK0700174C.
[625] Comme le stipule la circulaire « Les contrats locaux de sécurité sont élaborés conjointement par le préfet à Paris, le préfet de police, le procureur de la république et les maires. Les recteurs, ou leurs représentants sont également associés à cette démarche (...). Le préfet veillera à associer aux réflexions préparatoires à la négociation des contrats tous les acteurs institutionnels et sociaux dont la participation, aux côté des procureurs de la République et des autorités municipales est nécessaire à la conduite d'une vaste et réelle concertation : l'inspecteur d'académie et les directeurs d'établissements scolaires, les services de police et de gendarmerie, les responsables des services sociaux et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse. De même pourront être associé à la réflexion le monde associatif et sportif, les représentants des bailleurs sociaux, les sociétés de transport en commun, les responsables des principaux établissements commerciaux, etc. ».

« répondent à la double finalité de resocialiser et de rescolariser des jeunes que l'institution ne sait plus ou ne peut plus gérer »[626] et « sont particulièrement peu coûteuses - au regard de leurs résultats- en moyens humains et financiers »[627], doivent quant à elles être généralisées (les auteurs proposent de passer d'une soixantaine de structures à quatre cent). Toutefois, retour en partie aux principes originels (exemple réussi de la classe-relais de Montpellier à l'appui) : « ces classes ne doivent pas être exclusivement encadrées par des agents de l'Education Nationale : les éducateurs de la Protection Judiciaire de la jeunesse doivent y intervenir, mais également des psychologues et des psychiatres »[628]. Largement requise (nous y reviendrons) pour cette grande aventure la psychiatrie publique occupe une large part dans ce chapitre et le secteur (mais on ne s'en étonnera pas outre mesure) y trouve une possibilité de recyclage intéressante qui mérite que l'on s'y attarde quelque peu : « par son ouverture sur les sciences humaines, par sa volonté de privilégier la plus large compréhension des troubles mentaux, par son organisation en secteurs géographiques ayant pour mission la prévention et le traitement mais aussi la coordination des équipements, la psychiatrie publique française devrait être un outil de prévention et de traitement de la délinquance des mineurs (...). Le centre médico-psychologique, implanté au cœur de la ville, est situé au plus près de l'émergence des troubles. La politique de secteur depuis les années 60 a en effet inversé le mouvement qui visait à éloigner les patients de leurs espaces de vie ordinaires pour les traiter dans des lieux spéciaux, à l'écart »[629]. Pour autant le rapport ne manque pas de souligner que « ce mouvement a trouvé des résistances à tous niveaux, y compris dans la conception même du soin »[630]. Sont ainsi dénoncées certains facteurs dits culturels tels que la nécessité de la « demande » formulée par le patient : « obligation (qui) a souvent justifié une certaine passivité et l'abandon de populations dont la détresse et la souffrance psychique pourtant indéniables, ne se formulaient pas dans les termes attendus par l'institution »[631] ; une trop grande attention vis-à-vis de la cure, au détriment de la prévention ; l'approche individuelle « spécialité française » ; le secret professionnel lequel s'il « doit être absolument préservé »[632] ne doit pas entraver les possibilités de prises en charge coordonnées. Des facteurs structurels sont également évoqués comme limites à ce mouvement : « le seuil des 16 ans, sépare, dans

---

[626] LAZERGES C., BALDUYCK J-P., Réponses à la délinquance des mineurs, rapport au Premier Ministre, Paris : la Documentation Française, 1998, p. 44.
[627] *Ibid.*, p. 188.
[628] *Ibid.*, p. 44.
[629] *Ibid.*, p. 58.
[630] *Ibid.*
[631] *Ibid.*, p. 59.
[632] *Ibid.*

les textes, la psychiatrie infanto-juvénile de la psychiatrie générale. Or, il y a une cohérence théorique et pratique à considérer les adolescents et jeunes adultes entre 13 et 20 ans comme une population exigeant des modalités d'approche, de prévention et de soins, voisines »[633]. L'échec d'un service unifié de l'enfance, l'inadaptation et le manque de souplesse de l'hôpital vis-à-vis d'une telle question montrent ainsi qu' « une véritable psychiatrie de l'adolescent reste à construire (...) permettant de répondre non seulement aux manifestations psychiatriques avérées touchant les adolescents, mais aussi, de manière préventive, aux troubles psychologiques graves de plus en plus nombreux qui affectent les jeunes »[634]. Ainsi la recommandation « d'un réseau intersectoriel de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte » poursuit-elle le découpage pragmatique et opportun des populations, entamé par le secteur « deuxième formule »[635]. L'hospitalisation n'étant pas quant à elle indiquée, les centres thérapeutiques à temps partiel pour adolescents (CATTP), composés d'équipes pluridisciplinaires « offrant un service spécifique à des partenaires des structures sociales ou thérapeutiques, dans une zone élargie »[636] doivent être développés. Dans cette optique « une logique de réseau doit être recherchée. Réseaux de soins et réseaux sociaux doivent être conçus comme un véritable maillage interinstitutionnel de réponses, et non comme l'organisation de filières »[637]. La psychiatrie qui permet de « donner du contenu psychique à des symptômes » a, à ce titre vocation à intervenir partout où le besoin s'en fait sentir et notamment auprès des professionnels.

« Placer la *socialisation* au cœur de la politique de la ville »[638] constitue le second chapitre de ce vaste rapport. Si le terme ne fait pas ici l'objet d'une véritable définition, les mesures préconisées donnent un aperçu du sens qui lui est accordé. Ainsi, dans la mesure où « la politique de la ville peut, plus que jamais, être le lieu privilégié d'une grande politique de prévention par la socialisation des jeunes, corrélée à de nouvelles pratiques policières et judiciaires »[639], elle passe par « toutes les formes de médiation (qui) ont pour objet la restauration du lien social ou son « retricotage » »[640] ; le développement d'emplois spécifiques aux jeunes, principalement donc des emplois-jeunes.

---

[633] *Ibid.*, p. 60.
[634] *Ibid.*, p. 61.
[635] Cf sur ce point première partie, chapitre I, 3 ; 3-2.
[636] LAZERGES C., BALDUICK J-P., *op. cit.*, p. 63.
[637] *Ibid.*
[638] *Ibid.*, p. 77.
[639] *Ibid.*, p. 78.
[640] *Ibid.*, p. 82.

Mais le renouvellement des réponses de la police et de la Justice, est aussi requis pour cette vaste remobilisation. C'est sans doute d'ailleurs dans ce dernier chapitre que l'ambivalence de cette « politique » est la mieux (si tant est qu'on peut le dire ainsi) « affirmée ». Ainsi « si la finalité avant tout éducative de la réponse des institutions doit apparaître clairement, cette finalité (peut) parfaitement emprunter les voies de la sévérité et de la sanction »[641]. De fait, si les rapporteurs déplorent une « sous-utilisation des mesures éducatives ou alternatives à l'incarcération » au profit de l'emprisonnement[642], si les centres fermés à l'ancienne sont pour le moins décriés, on ne manque pas ici de recommander, dans la mesure où « il est difficile pour les éducateurs et les mineurs de mener un projet si ces derniers sont « poursuivis » par leur bande ou leur quartier »[643], le développement de solutions prétendument nouvelles d'éloignement ; à ce titre est-il recommandé d'élargir les UEER « dont l'intérêt tient aux projets éducatifs forts et diversifiés qu'elles offrent »[644]. De fait s'efforce t-on ici, à l'adresse manifestement des éducateurs (et de façon quelque peu condescendante), d'opérer une distinction entre ces dispositifs et les anciens centres fermés : « certains en effet ne voyaient pas l'utilité d'établissement à vocation plus « contenante » voire contraignante, croyant revoir dans les UEER les centres que l'on avait fermés 20 ans plus tôt »[645]. « L'encadrement et l'éducation renforcée » deviennent ainsi les nouveaux vernis de solutions extrêmes que l'on s'efforce tant bien que mal de démarquer du passé comme du présent à travers une échelle de plus en plus subtile des modalités de l'enfermement : « dans les pays voisins que la mission a visité des centres fermés existent. Bien qu'appelés par exemple « centres d'accueil » comme aux Pays-Bas, ils sont en fait de véritables centres de détention pour mineurs, hébergés dans des conditions très proches de celle d'une prison. La mission estime donc que la solution consistant à créer des centres fermés ne constitue pas une réponse adaptée aux problèmes posés par les mineurs délinquants. En effet, dans notre pays, l'enfermement des mineurs délinquants se réalise par la prison, dans les quartiers prévus à cet effet »[646]. L'éducateur se faisant gardien de la paix, il n'y a qu'un pas, vite franchi, à ce que le policier se voit à son tour chargé d'éduquer. Ainsi est-il demandé de « valoriser, auprès des

---

[641] *Ibid.*, p. 96.
[642] « En 1996, 1050 mineurs ont bénéficié d'une décision d'hébergement au titre de l'ordonance du 2 février 1945 dans un foyer de la Protection Judiciaire de la Jeunesse alors que, pour la même année, 3660 mineurs entraient en prison ». *Ibid.*, p. 174.
[643] *Ibid.*, p. 183.
[644] *Ibid.*, p. 189.
[645] *Ibid.*, p. 183.
[646] *Ibid.*, p. 190.

futurs agents, les fonctions de prise en charge des mineurs délinquants »[647]. Les opérations anti-été-chaud successivement requalifiées « prévention-été » (OPE) puis opérations Ville-Vie-Vacances (VVV) qui se sont vues localement redéveloppées à un niveau plus quotidien (hors vacances scolaires) dans les quartiers dits sensibles, sont ici mises à l'honneur. Ainsi est-il recommandé[648], d' « encourager l'expérience consistant à créer, dans les quartiers sensibles et avec le soutien des forces de l'ordre, une structure multipartenariale de prise en charge, sur décision judiciaire, le soir, les mercredis et les fins de semaine, de mineurs primo-délinquants dans un but de resocialisation »[649].

2-3 : Des implications visibles

Un certain nombre de textes officiels vont paraître les années suivantes, visiblement très inspirés par ce rapport. La thématique des classes-relais, déjà relevée dans le gouvernement précédent quoique de façon relativement floue, arrive ici à point nommé. Une circulaire de l'Education Nationale daté du 12 juin 1998[650], qui leur est toute entière dédiée, officialise ainsi ces structures. En introduction, un hommage est alors rendu (douze années plus tard) à leurs précurseurs : « Certains jeunes collégiens sont entrés pour diverses raisons dans un processus évident de rejet de l'institution scolaire. En créant sous diverses appellations, des classes-relais en collège, des équipes de terrain motivées et dynamiques, auxquelles nous tenons à rendre hommage, ont apporté la preuve que des solutions étaient possibles (...) C'est en nous référant à ces expériences réussies que nous invitons les recteurs, les inspecteurs d'académie et les principaux de collège à prendre l'initiative de créer de nouvelles classes relais en collège, lorsque le besoin s'en fait clairement sentir ».

Pour la première fois, un cadre interne est posé qui délimite, (bien que de façon relativement floue et qui ne rajoute rien surtout aux structures déjà existantes), les principes de ces dispositifs : « le public concerné par les classes relais est constitué d'élèves de collège, faisant parfois l'objet d'une mesure judiciaire d'assistance éducative, qui sont entrés dans un processus évident de rejet de l'institution scolaire ». Si « la plupart du temps ce rejet prend la forme de manquements graves et répétés au règlement intérieur, d'un comportement marqué par une forte agressivité (...), d'un absentéisme chronique non justifié », il est toutefois

---

[647] *Ibid.*, p. 211.
[648] Outre le déploiement d'une « véritables police de proximité » et la « revalorisation du métier d'îlotier », *Ibid*, p. 211.
[649] *Ibid.*, p. 210.
[650] Circulaire relative à l'organisation pédagogique des établissements du 12 juin 1998, NOR MENE 9801 504C.

précisé que « ce désintérêt profond vis-à-vis du travail scolaire peut également se manifester par une extrême passivité, une attitude de replis et d'auto-dépréciation systématique».

Cette imprécision en terme de population qui donne au demeurant aux enseignants de collèges et aux intervenants des dispositifs une certaine marge de manœuvre (en permettant de « ratisser large » et au besoin « sur mesure », nous y reviendrons), trouve un autre écho dans la description des objectifs de ces classes-relais, censées aboutir (selon les dires de nos interviewés) à la rescolarisation de l'enfant dans son collège antérieur. Ainsi « la finalité essentielle des classes-relais consiste à favoriser, par un accueil spécifique temporaire, une réinsertion effective des élèves concernés dans une classe ordinaire de formation, sous statut scolaire ou, le cas échéant, sous contrat de travail (apprentissage, contrat de qualification, etc.). Dans cette perspective, l'organisation d'une classe-relais vise un double objectif de resocialisation et de rescolarisation (...). Une telle ambition impose que les classes-relais ne soient pas organisées, ni même perçues comme des filières de relégation. Leur légitimité tient au respect d'un principe sur lequel tous les acteurs doivent s'accorder : recréer pour tous les élèves concernés, grâce à un accueil temporaire spécifique, les conditions d'une réinsertion effective, et la plus rapide possible, dans une classe ordinaire de formation ».

Enfin, l'organisation pédagogique et éducative, semble laissée, elle aussi, à l'appréciation de chacun : « il convient d'apprécier, en fonction du contexte, l'intérêt d'implanter ce dispositif au sein d'un collège ou dans des locaux distincts. L'implantation au sein d'un établissement peut éviter chez les élèves un sentiment de relégation. Dans des locaux distincts, elle peut répondre à une nécessité de rupture temporaire, et favoriser chez les élèves une prise de conscience du caractère inacceptable de leur comportement ». Le séjour dans une classe relais ne devra pas excéder une année. « L'emploi du temps des élèves, établi au cas par cas, est évolutif et adapté selon leur situation ». Quant à l'équipe « il apparaît souhaitable (...) qu'elle soit fondée sur le volontariat, qu'elle soit mixte, constituée d'enseignants et d'éducateurs ».

Un cadre externe est également posé, qui en définit le pilotage : l'inspecteur d'académie constitue un groupe départemental de pilotage qui peut comprendre les équipes d'encadrement des classes-relais, les équipes de direction des collèges supports des classes-relais, un directeur de CIO, des personnels enseignants, d'éducation, sociaux et de santé ». Ce même inspecteur d'académie « définit l'encadrement de la classe-relais (...), décide de l'admission d'un élève « sous réserve de son accord et du consentement de la famille », sachant que « toute admission qui se présenterait comme le résultat d'une sanction de type

disciplinaire s'imposant à un élève contre son gré compromettrait la réussite du projet ». Pour autant : « le signalement auprès de l'inspecteur d'académie d'un élève pour lequel un accueil dans une classe-relais paraît constituer une solution adaptée relève de l'initiative du principal de collège où cet élève est inscrit. Un tel signalement suppose que le chef d'établissement concerné ait étayé son pronostic auprès des équipes pédagogiques et éducatives et notamment auprès des conseillers d'orientation psychologues et des personnels d'éducation, sociaux et de santé affectés au collège ». Quant aux propositions de sortie, elles « sont élaborées selon des modalités identiques à celles valant pour les propositions d'admission ». En ce qui concerne la formation des équipes : « les dispositifs académiques de formation des personnels de l'éducation nationale doivent organiser des formations continues spécifiques à l'intention des personnels de l'éducation nationale intervenant dans les classes-relais (didactiques des disciplines, connaissance de l'adolescent, gestion des conflits...). Il est en outre conseillé « qu'un spécialiste des questions d'adolescence accompagne les équipes en charge des classes-relais ». Enfin, ultime principe de précaution : « une évaluation permanente doit permettre les ajustements dans l'organisation, le fonctionnement, voire la suppression des classes relais qu'entraîne nécessairement la maturation des projets initiaux ».

Jusque-là majoritairement rattachées, dans les textes officiels, au domaine de l'éducation, ces classes-relais vont par la suite devenir partie intégrante des modalités générales de la lutte contre la délinquance. Une circulaire datée du 6 novembre 1998 relative à la délinquance des mineurs et à la mise en œuvre des décisions du Conseil de sécurité intérieure du 8 juin 1998[651], les placent ainsi dans le chapitre « actions prioritaires » du gouvernement, après qu'aient été précisées les modalités d'une mobilisation des services de l'Etat et des instances partenariales autour de cette question perçue comme « l'une des plus préoccupantes pour la société d'aujourd'hui » : Il convient de mettre en place « une coordination plus étroite entre le préfet, le parquet et les autorité académiques en vue d'élaborer rapidement un plan d'action spécifique dans les départements les plus sensibles. Le principe devra être généralisé à l'ensemble du territoire. En effet, le conseil de sécurité intérieure a considéré que si l'acuité des difficultés était telle dans certains départements qu'il était urgent d'y mobiliser toutes les énergies dans les plus brefs délais, il n'en restait pas moins que la délinquance des mineurs devait, partout, faire l'objet d'une attention particulière ». Dans cette optique : « la Justice des mineurs sera réorganisée par le renforcement de la spécialisation des parquets et des juges d'instruction (...). Les parquets

[651] NOR : PRMX9803249C

traiteront en temps réel les procédures impliquant des mineurs ». Le « dispositif de prise en charge éducative des mineurs » sera lui aussi remanié par le développement notamment de la mesure de réparation et des « dispositifs d'insertion scolaire et professionnelle ». Les conditions d'incarcération seront quant à elles « améliorées » : allègement des effectifs des mineurs notamment dans les plus grandes agglomérations, création de nouveaux quartiers constitué « d'unités de 15 à 20 places qui devra faciliter la prise en charge individuelle de ces jeunes détenus », et un renforcement de l'encadrement par des « enseignants, psychologues, personnels de surveillance formés à ce mode d'intervention, animateurs culturels et sportifs ». Concernant la police nationale « il a été décidé de doter les départements très sensibles d'au moins une brigade des mineurs et d'accroître la compétence de celle-ci en leur confiant le contentieux lié à la violence en milieu scolaire ». Pour autant « au-delà des renforcements des moyens propres à l'Etat et compte-tenu de la multiplicité et de la diversité des mesures préconisées, l'efficacité de la lutte contre la délinquance des mineurs suppose de mobiliser les collectivités locales, les associations et les citoyens autour de la prise en charge des mineurs. Il conviendra pour ce faire de s'appuyer sur les structures existantes ». A ce titre un « plan d'action relatif à la délinquance des mineurs sera décliné localement » au sein du conseil communal de prévention de la délinquance ou du contrat local de sécurité. Des « formations locales communes » seront programmées pour les différents professionnels confrontés à la délinquance, ceci afin de leur permettre « l'acquisition ou l'actualisation des connaissances sur les causes de la délinquance des mineurs rencontrée localement » et de « développer les savoir-faire professionnels en les adaptant à la spécificité de ces publics et à la nature des problèmes ». Les « actions prioritaires (...) déclinées selon les priorités du gouvernement » seront quant à elles centrées sur un dispositif de soutien aux parents et de lien avec l'école : « les pouvoirs publics doivent s'efforcer de remobiliser les parents et inciter les familles à exercer toutes leurs responsabilités » ; les actions de prévention en faveur des jeunes à l'école et les actions postscolaires et périscolaires (classes-relais, accompagnement scolaire, etc) ; le développement d'un réseau de bénévoles contribuant à la prise en charge des jeunes « l'ensemble des catégories professionnelles et des classes d'âge devra être sollicité » ; la prise en charge psychiatrique des adolescents qui le nécessitent « en veillant à ce que les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile disposent d'une capacité d'accueil suffisante et développent notamment des consultations à destination des adolescents ».

Une seconde circulaire de février 1999[652] relative cette fois à la Protection Judiciaire de la Jeunesse dont on redéfinit ici les conditions d'intervention en matière éducative, posera l'extension des classes-relais : « parmi les élèves soumis à l'obligation scolaire, certains ont cessé toute fréquentation du collège et d'autres manifestent des comportements incompatibles avec les règles susceptibles de permettre leur présence dans les établissements. Des modalités pédagogiques et éducatives particulières doivent être proposées à ces élèves : une priorité sera accordée aux classes-relais en collège, avec la participation éventuelle de personnels de la protection judiciaire de la jeunesse. Sur ce point le conseil de sécurité intérieure du 27 janvier 1999 a accéléré le plan de développement des classes-relais pour que 250 puissent fonctionner d'ici l'année 2000 ».

Une telle extension n'est pas sans interroger les professionnels impliqués de longue date dans ces dispositifs (nous y reviendrons). Du côté de l'Administration en question, elle-même, on semble quelque peu perplexe quant au sens à accorder à de telles mesures.

« Il y a eu un fort développement des classes-relais parce qu'il y a un objectif politique. Le Conseil de Sécurité Intérieur a fixé un objectif de 250 classes-relais qui devraient fonctionner d'ici janvier 2000. (...) Donc on est parti de quelques arrangements, de bricolages au sens noble du terme, purement locaux, à une circulaire et puis après à une injonction politique : il faut développer les classes-relais. Est-ce que c'était bien nécessaire de dire absolument qu'il en fallait 250 ? Pourquoi 250 plus que 300 ou 200 ? On en a pas vraiment idée. On sait quand même qu'après le colloque de Villepinte il fallait que les politiques fassent des déclarations disant « on fait des choses pour ces jeunes là », etc. Alors les classes-relais c'est tombé à pique, mais ils auraient pu aussi bien trouver autre chose » (une responsable administrative de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse - extrait d'entretien).

Pour autant, ces mesures se couplent par ailleurs de l'extension d'autres modalités de traitement des jeunes « incivils » qui ne sont pas non plus sans soulever de nombreux débats (nous allons y revenir). Le même conseil de sécurité intérieure prévoit ainsi, outre la création de mille postes supplémentaires d'éducateurs, l'ouverture de cinquante centres de placements immédiats autre « chaînon manquant entre l'arrestation du petit délinquant à répétition et son jugement »[653], ainsi que le développement massif des UEER qui passeront de treize à cent à la fin de l'année 2000.

Un maillage donc, s'organise au sein duquel « la santé » occupe également une place de choix. La définition du terme (rappelée dans ce texte) par l'Organisation Mondiale de la

---

[652] Circulaire du 24 février 1999 NOR JUS F 99 500 35 C
[653] Cf Le Journal Libération du 28 janvier 1999, p. 2.

Santé : « un état de bien-être physique, psychique et social » justifie, il est vrai toute forme d'incursion en ce domaine. Ainsi en appelle t-on à « un maillage avec l'ensemble des acteurs de santé s'occupant des adolescents » ; « une meilleure articulation doit être trouvée entre les services qui prennent en charge directement les mineurs ; elle est à rechercher en priorité avec les services de l'éducation nationale (...), avec les services de santé (...) et avec les missions locales ».

Ainsi les implications pratiques des intervenants de terrain se prolongent-elles et se renforcent-elles en implications politiques destinés, dans un nouveau mouvement de balancier[654], à contrer ces « phénomènes » (« violences », « délinquance », « insécurité »,etc.) dont l'indéfinition n'a d'égal que le grand écart effectué pour y pallier. Les intervenants certes ne manquent pas (on le verra) de s'en offusquer. Comme tant de leurs homologues dans une histoire passée qui au demeurant se répète à époques régulières « ils crient à la trahison, à la dénaturation de leurs intentions humanistes au profit d'exigences purement bureaucratiques, voire répressives »[655]. Mais dans ce nouveau jeu, réglé par une chaîne d'innombrables intermédiaires (entre les populations en question et les professionnels et institutionnels ; entre les différents professionnels ; entre la rue et le quartier ; entre le quartier et la ville ; entre la ville et le département, etc), le rapport (même complexe) que certains avaient pu (comme le montre R. Castel et comme nous l'avons également illustré précédemment) entretenir avec les décideurs de l'Etat s'est brisé, tout comme d'ailleurs celui « qui liait directement le fait de posséder un savoir sur un sujet et la possibilité d'intervenir sur lui (...). Les efforts de programmation qui sont tentés se portent sur les équipements plutôt que sur les hommes (...) quitte à ce que le personnel s'adapte tant bien que mal, et plutôt mal que bien, à ces exigences objectives »[656].

---

[654] Qu'une certaine presse au demeurant ne manque pas de dénoncer : « une fois de plus, Jospin s'est montré fidèle à sa stratégie de balancement : un pas à droite, un autre à gauche et le regard droit devant. D'un côté, le plus grand train de mesures éducatives jamais annoncées d'un seul coup ; de l'autre, des mesures d'enfermement des mineurs les plus repérés, c'est-à-dire une sorte de détention préventive à l'encontre des jeunes pour lesquels la loi l'excluait jusqu'à présent ». Cf Journal Libération du 28 janvier 1999, p. 3.

[655] CASTEL R., *op. cit.*, 1983, p. 125.

[656] *Ibid.*, p. 125-126.

Chapitre II : Mythes et réalités du changement

1 - Des intervenants en perte de légitimité

1-1 : Un positionnement ambigu

Destinés à faire valoir, à partir de besoins repérés localement, et sur la base de volontés partenariales toutes spécifiques, des modes originaux de prise en charge de certaines « populations limites », ces dispositifs intermédiaires (nous continueront ici à nous intéresser aux classes-relais) se voient ainsi massivement mis à contribution dans le vaste mouvement d'une gestion des troubles sociaux, impulsé de haut lieu. Cette généralisation n'est pas sans susciter de nombreuses critiques parmi les professionnels concernés (principalement ceux de la Protection judiciaire de la Jeunesse). Sortis des contextes spécifiques qui les ont vus naître, marqués par une histoire locale, des trajectoires singulières d'agents, des partenariats précisément construits, ces dispositifs se meuvent désormais dans une aire indéterminée qui interroge grandement quant à leur finalité. Tel est précisément la question posée dans un article sur la question paru en 1998 dans le Bulletin SNPES-FSU de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Reprenant en détail la circulaire du mois de juin de la même année, l'auteur en extrait quelques-unes des ambiguïtés. Les interrogations se portent en premier lieu sur le cadre interne sur lequel reposent désormais ces dispositifs. On y dénonce notamment le manque de réflexion préalable tant dans une vision d'ensemble que du côté des deux administrations censément concernées, ainsi que l'isolement, de fait, des intervenants impliqués.

« Quant à la philosophie générale, il nous paraît difficile de l'aborder plus avant en dehors d'un dialogue avec les principaux intéressés : les enseignants et autres catégories de personnels travaillant à l'école. (...). Cela ne nous empêche pas néanmoins de poursuivre à la PJJ la réflexion entamée. D'ailleurs à ce propos, qu'en est-il de la réflexion au sein de la PJJ ? Le moins que l'on puisse dire est qu'elle est plutôt embryonnaire... Nous ne connaissons aucun département ou région où un travail sur cette question ait été initié par les directions. Cela laisse les éducateurs et éducatrices de la PJJ qui sont impliqués dans de tels projets totalement seuls. Ils sont coupés du service auquel ils sont rattachés, ils n'échangent sur cette question qu'avec l'enseignant avec lequel ils travaillent dans la classe. C'est insuffisant évidemment. L'AC a nommé « une madame classe-relais ». Elle aurait pu suggérer qu'un groupe de travail soit constitué afin que des échanges de pratiques et de la réflexion puissent traverser l'expérience des uns et des autres. Cela pouvait notamment permettre de commencer à

apporter des réponses à des questions cruciales comme : la PJJ doit-elle fournir des éducateurs pour les classes-relais, quand dans le même temps, nombre de services souffrent de la pénurie en personnels et ont des listes d'attente ? L'éducateur PJJ est-il le mieux placé pour travailler à cette place ? La PJJ doit-elle œuvrer à la mise en place des classes-relais, en dehors d'une réflexion sur l'échec scolaire ? »[657].

Le cadre externe, ne manque pas, lui aussi d'être sévèrement critiqué. Le mode de pilotage des dispositifs, limité aux parties impliquées est ici jugé insuffisant et l'on déplore fortement que des options originellement prévues, comme le suivi à long terme des élèves pris en charge, aient littéralement disparues du texte final tandis que d'autres comme la généralisation des dispositifs, rejetées dès le départ et par-là même non retenues dans le texte, ont finalement ressurgies sous d'autres auspices.

« La circulaire présente un grave écueil : la faiblesse du texte quant au suivi et à l'évaluation des dispositifs. (...). Le groupe de pilotage rassemblant l'inspecteur d'académie, les chefs d'établissement où sont implantées (ou prévues) les classes-relais, les personnels d'éducation, de santé ou sociaux et les encadrants de la classe, n'est pas indépendant. Au contraire, il est totalement partie prenante. (...). Le texte est insuffisant car il stipule seulement : « une évaluation permanente doit permettre les ajustements dans l'organisation, le fonctionnement voire la suppression des classes-relais qu'entraîne nécessairement la maturation des projets initiaux ». Soit ! Le problème est qu'aucune instance indépendante n'est prévue pour appliquer cela. (...). Le suivi et l'évaluation concernaient aussi les élèves dans le projet de circulaire. Il était notamment question de suivre tous les élèves passés par une classe-relais « sur une période suffisamment longue » de sorte à analyser le phénomène, et alimenter la réflexion pédagogique et éducative. Tout cela a disparu de la circulaire. Le problème reste entier : il y a et il y aura des lieux qui permettront la rescolarisation de jeunes sortis prématurément du circuit scolaire et il y a et il y aura des lieux qui fonctionneront comme antichambre de l'exclusion définitive. Sans exigence forte de la part de l'Etat quant au suivi et à l'évaluation de ces classes, nous pouvons affirmer que les dispositifs de « parcage » et d'exclusion des élèves continueront de couler des jours heureux. A cela s'ajoute ce que les organisations syndicales et de parents d'élèves avaient fait retirer du projet initial : la généralisation. Celle-ci a disparu de la circulaire mais elle est réintroduite par le Conseil de Sécurité Intérieure puisqu'il est question d'avoir 100 de ces classes pour 98 et 250 en 99. Et en l'an 2000 ?»[658].

De telles critiques se retrouvent également du côté des initiateurs de ces dispositifs. On craint ici à la fois leur uniformisation ainsi que leur instrumentalisation au service de cibles toutes trouvées (les jeunes écoliers fauteurs de troubles ou non adaptés au système scolaire), qui évitent par-là même de porter les débats sur les causes plus profondes du dérèglement du système scolaire lui-même. Comme le souligne en effet F. Dubet : « l'exclusion des fauteurs

---

[657] FRANCISCO J., L'occasion de se ré-interroger ? Le Bulletin SNPES-FSU de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, décembre 1998, n° 147, p. 6.

de troubles rassure les enseignants, mais elle ne règle en rien quant aux mécanismes qui engendrent cette violence »[659].

« La grosse machinerie est partie là.... On multiplie à tour de bras les dispositifs relais et bon les gens se rencontrent, y'a des réunions etc., des états généraux, etc., très bien ! Moi je trouve ça très bien. Mais j'ai quand même quelques bémols. Première chose, c'est que quand on a eu la commission parlementaire pour le rapport annuel du Premier Ministre, Madame Lazerges dépend de lui, ils nous avaient rencontrés, y'a eu des gens qui étaient tombés en extase devant le travail qu'on fait, je dis ça avec humour évidemment, et qui voulaient absolument refaire 200 classes ouvertes. Moi j'étais contre parce que je pense aussi, la crainte que j'ai c'est pas uniquement le fait de modéliser, c'est à un moment donné d'accepter qu'il y ait des enfants qui soient marginalisés mais sans se poser la question de savoir pourquoi ils sont marginalisés. C'est-à-dire faire une Education Nationale bis et ça ça serait la pire des choses qu'on puisse faire. C'est-à-dire que finalement on va gérer la crise mais sans se poser la question de ce pourquoi il y a crise. (...) Moi ce que j'aimerai pas c'est qu'on commence à nous sortir les manuels pour classes-relais, les enseignements pour classes-relais, les locaux pour classes-relais, les programmes pour classes-relais, ça j'en ai très peur parce que je commence déjà à voir poindre des choses qui personnellement ne me conviennent pas» (un éducateur de la PJJ, directeur d'une classe-relais - extrait d'entretien).

Il est de fait que l'inscription massive de ces dispositifs dans l'agenda politique change considérablement le jeu. Contrairement à la période précédente marquée par la production, dans une espèce d'ivresse militante, de nouvelles formes d'approches locales et consensuelles sous-tendues par cette idée que face à l'obsolescence des modèles traditionnels et l'émergence de nouveaux besoins constatés, il convenait d'innover, il s'agit aujourd'hui de s'attacher à résoudre tant bien que mal et dans l'urgence des problèmes diffus, à savoir de plus en plus mal cernés sur un plan théorique et de moins en moins repérés comme ressortissant, pratiquement, d'un domaine spécifique. Si l'avènement « spontané » de nouvelles formes de prise en charge sous la bannière d'un pragmatisme avéré visaient elles-mêmes à répondre empiriquement à un certain nombre d'incertitudes (quant au sort notamment de ce que l'on a appelé alors les populations limites), on peut penser, à la lumière de l'analyse de P. Duran et J-C. Thoenig, que celles-ci étaient encore relativement structurées. C'est en effet dans un certain cadre partenarial désiré et adapté au local, soit « à l'intérieur d'un programme d'action déjà constitué »[660] que les premiers dispositifs de ce type ont été mis en œuvre. Ce n'est

---

[658] *Ibid.*

[659] DUBET F., les mutations du système scolaire et les violences à l'école, in Les Cahiers de la Sécurité Intérieure, , n°15, 1er trimestre 1994, p. 25.

[660] DURAN P., THOENIG J-C., L'Etat et la gestion publique territoriale. Revue Française de Science Politique, août 1996, vol. 46, n°4, p. 597.

vraisemblablement plus le cas dès lors qu'ils sont impulsés (si ce n'est commandés) « par le haut », sous des prétextes divers et appliqués, de fait, sur des contextes où « la formulation des problèmes, c'est-à-dire la théorie d'un programme général est absente »[661] ; on est alors dans une situation d'incertitudes non structurées qui donnent à voir des dispositifs dont les contours s'avèrent de moins en moins précis et dont « les conditions d'opérationnalisation restent à définir »[662]. Somme toute d'un modèle traditionnel dominé par l'Etat et légitimé par l'émergence d'un certain savoir, voire même d'un savoir certain, propriété exclusive de professionnels, on est ainsi passé à des dispositifs ajustés localement sur un certain nombre d'objectifs (la lutte contre l'exclusion scolaire des jeunes sous main de justice) par des intervenants qui avaient encore la maîtrise des problèmes qu'ils s'attachaient à traiter, pour aboutir enfin à des formes d'actions orientées vers la gestion de problèmes indéfinis qui restent totalement à construire. Dans ce cadre, la négociation devient, sur le terrain, de plus en plus informelle. L'enjeu n'est plus tant dans le partage et la communication d'un certain nombre de valeurs que dans la construction de réseaux, contenants qui à eux seuls viendront (peut-être) définir les contenus de l'action. Comme le soulignent P Duran et J-C Thoenig on est ici dans la formulation d'« enjeux simples et la débrouillardise locale. Le muddling through offre quelques avantages pour gérer un problème public qu'on ne maîtrise pas »[663]. Il s'agit dès lors pour les intervenants à la tête de ces dispositifs de trouver coûte que coûte des partenaires qui acceptent de s'engager avec eux dans la formulation des « problèmes ». « Recherche problème - ou élève à problèmes - désespérément » : ainsi pourraient être résumés les prémisses de leur engagement. L'attente de la « demande » de la part du « client » apparaît dès lors bien désuète. L'ingérence est de mise, y compris chez ceux qui affirment « n'avoir besoin de rien ». Telle est désormais la mission de ces techniciens négociateurs, en l'occurrence ici éducateurs : traquer le danger là où selon les dires et les apparences il n'est pas, partir en quête de ceux qui acceptent, pour la vie même du dispositif, de « jouer le jeu ».

« Les établissements au début nous disaient « non non chez nous tout va bien » et en fait, à force de discuter avec eux et de leur montrer qu'on était pas non plus... on ne savait pas plus qu'eux comment il fallait faire mais qu'on allait essayer de faire ensemble, bon ils ont accepté petit à petit de baisser un peu la garde et de dire « ben oui effectivement on a des problèmes, on ne sait pas comment les résoudre » (...). Il a fallu après trouver un collège qui accepterait de jouer le jeu. (...). Parce qu'en fait dès le début on était rattaché à un collège

[661] *Ibid.*, p. 597.
[662] *Ibid.*, p. 598.

mais qui avait été un peu forcé par l'Inspection Académique, pas un peu d'ailleurs, qui avait été complètement forcé par l'inspection Académique (...). Ils ne nous donnaient aucun gamin en fait. C'est un collège sur lequel il y a énormément de difficultés mais bon le principal n'était pas du tout intéressé par le projet, ça lui faisait une charge de travail en plus, c'était pas...Alors que l'autre collège qu'on a trouvé est devenu lui un pourvoyeur important d'enfants. Y'a un principal qui est arrivé sur ce collège X qui était tout à fait séduit par cette expérience (...). On a toujours tenu à constituer un groupe viable dans la classe. (...). En fait, le secret, bon maintenant depuis quelques années que ça fonctionne, on sait que c'est un groupe mixte, ça c'est évident, avec un écart d'âge pas trop important, des enfants de douze-quatorze ans ou des enfants de quatorze-seize ans (...). C'est une idée qu'il faut garder et j'insiste là-dessus, cet écart d'âge donc, la mixité fille-garçon et la mixité aussi dans les problématiques c'est-à-dire qu'il nous faut des absentéistes, des perturbateurs et des gamins en échec scolaires, des trois en même temps. La mixité fille-garçon...c'est vrai qu'on a plus de demandes de garçons mais en insistant auprès des collèges, en leur demandant « mais vous êtes sûrs que vous n'avez pas de filles, etc », bon ils ont commencé à avoir l'idée que les filles aussi pouvaient avoir des difficultés » (une éducatrice de la PJJ, responsable d'une classe-relais - extrait d'entretien).

Dans la mesure même où le sens précis de l'action semble échapper à plus d'un intervenant, cette généralisation se laisse surtout à voir comme un mode de gestion minimale des troubles sociaux et des perturbations institutionnelles. Somme toute, tant qu'elles demeuraient en nombre limité, les classes-relais pouvaient apparaître comme des modes de réponses ponctuelles à des problèmes identifiés. Dès lors qu'elles sont amenées, de manière incitative et de façon relativement peu « cadrée », à massivement se développer, elles se meuvent en support pratiques de politiques en mal de solutions plus approfondies. En fait, comme le soulignent encore P. Duran et J-C. Thoenig « dans une situation de faible guidage central, l'Etat ne semble pas pouvoir faire autre chose que de laisser jouer la base afin que les solutions apparaissent d'elles-mêmes»[664], et s'il se garde malgré tout « la solution de l'arbitrage »[665] et une certaine « fixation des règles du jeu »[666] c'est plus, de toute évidence, pour réaffirmer sa présence dans les modalités d'une gestion sécuritaire des risques sociaux que pour construire et garantir les tenants et les aboutissants de telles formes d'interventions.

Dans un tel contexte, le traitement des jeunes intraitables apparaît d'autant plus insidieux qu'il échappe à ceux là même qui en ont, sur le terrain et dans ces dispositifs, la charge et qu'il ne repose plus guère sur un savoir stable, préalablement construit. C'est somme toute cette fois sous des dehors totalement anodins que l'individu se met à transiter sur un circuit spécial sans que personne n'en maîtrise réellement ni les tenants, ni les

---

[663] *Ibid.*, p. 598.
[664] *Ibid.*, p. 621.
[665] *Ibid.*, p. 621.

aboutissants. Pour autant, bien qu'elle n'apparaisse pas (et pour cause) comme telle, la manœuvre d'aiguillage n'en est pas moins efficace. La question du retour de ces jeunes écoliers dans leur établissement d'origine est à ce titre instructive. Selon une étude réalisée durant l'année scolaire 1998-1999 par le Centre d'étude A. Savary[667] sur un échantillon de 190 élèves passés en classe-relais : 37 % étaient rescolarisés en collège (dans des proportions allant de 74 % en 6ème, 5ème, 4ème et 3ème ; 7% en SEGPA - Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté - et 19 % en 4ème d'aide et de soutien ou en 3ème d'insertion). Quant aux 63 % restants : 26% d'entre eux étaient envoyés en apprentissage ; 21% en établissement spécialisé, internat ou de retour en classe-relais ; 12% étaient à nouveau déscolarisés. Pour 4% d'entre eux aucune information n'a pu être recueillie. Force est de constater que le mythe du retour au collège d'origine apparaît bel et bien ici quelque peu entamé. La question d'ailleurs ne manque pas d'être relevée y compris dans les rangs des administrations concernées.

« Le retour en collège c'est vrai que ça reste quand même un des points délicats de la classe-relais. C'est vrai que quand un collège a réussi à se débarrasser un peu d'un élément perturbateur ils sont toujours inquiets de le voir revenir » (une responsable administrative de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse - Extrait d'entretien).

Les classes-relais pourvoyeuses d'enfants pour les services judiciaires spécialisés ? La question n'est sans nul doute pas à écarter.

« Je travaille depuis janvier sur ce service en milieu ouvert qui couvre le secteur de quatre communes et en fait je retrouve beaucoup d'enfants qui sont passés dans la classe-relais qui ont maintenant des mesures éducatives chez nous, alors qu'au départ ils n'étaient pas forcément...ils avaient pas de mesures éducatives, judiciaires ou autres hein. Ils avaient seulement été repérés dans les collèges comme étant perturbateurs » (une éducatrice de la PJJ - ancienne directrice d'une classe-relais - extrait d'entretien).

Ce nouveau « circuitage » est d'autant plus intéressant qu'il ne se voit plus en effet ni devancé ni relayé par des mesures et des classements scientifiques qui viendraient « indiscutablement » le porter et le légitimer. Au contraire ce qui s'affiche ici relève plutôt de

---

[666] *Ibid.*, p. 621.

[667] Données extraites de Les classes-relais : un dispositif d'accueil des élèves en voie de marginalisation scolaire, Actes des réunions inter-académiques des acteurs des classes-relais, novembre 1998-janvier 1999, Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche - Ministère de la Justice, p. 18.

la prudence et de la nécessité de ne pas « pathologiser »[668]. Pour autant, le savoir spécialisé n'est pas exclu de la scène et les savants de tous bords (psychiatres, psychologues, sociologues, épidémiologistes etc), partant des données que leur fournissent les intervenants de ces dispositifs, observateurs patentés de ces petits sujets, s'attachent déjà, après coup, au repérage et au croisement, à distance, des éléments explicatifs de la conduite de ces adolescents. Somme toute, ce qui était autrefois justifié, légitimé par l'émergence d'un savoir l'est aujourd'hui dans l'affirmation de certaines limites, la nécessité d'un dépassement des schémas anciens et des pratiques hégémoniques (psychiatriques, psychanalytiques etc), et « le souci d'offrir une prise concrète sur la réalité pratique »[669]. C'est désormais sous cette humble apparence du « non savoir » et au nom de risques potentiels de plus en plus diffus, flous, que se légitime l'élargissement du cercle des populations à prendre en charge ; en ces temps mouvementés et incertains, on ne saurait sans doute prendre trop de précautions.

1-2 - Le partenariat en question

Dans la première circulaire datée de 1991, la pratique en réseau est définie comme suit : « la notion de réseau traduit le fonctionnement d'une organisation collaborative entre plusieurs partenaires, professionnels ou volontaires, juridiquement indépendants et aptes à apporter sur les plans préventifs, médicaux, sociaux et psychologiques, les ressources complémentaires requises par le patient. (...) Le fonctionnement d'un réseau ne se substitue pas aux échanges déjà existants. Il a simplement pour vertu de les organiser, d'en faciliter l'exercice et d'offrir ainsi à plusieurs acteurs séparés la possibilité de devenir partenaires »[670]. Sans entrer ici dans une analyse des réseaux en tant que tels, formalisés, c'est surtout ce partenariat et l'aptitude de chacun à y adhérer dans le domaine sida-toxicomanie-périnatalité, que nous souhaitons ici interroger. En quelques années, partenariat, pratiques de réseaux, sont devenus les maîtres mots de politiques en quête de sens, destinées à favoriser, sur le terrain,

---

[668] « Si nous sommes à la recherche de ce qui particularise ces adolescents (...) (il) est également opportun de résister à la tentation de les absolutiser par des analyses qui feraient de leur fonctionnement psychique un « en soi » autorisant une mise à distance qui n'aboutirait qu'à prolonger sur un autre plan la stigmatisation dont ils sont les victimes au sein de l'institutions scolaire. (...). On comprend dès lors notre préoccupation de ne pas les caractériser réductivement par leur inscription éventuelle dans l'une des catégories de la nosographie psychopathologique, de se refuser par conséquent à un étiquetage qui localiserait commodément l'origine des « troubles » au sein même du sujet san s que soit remis en cause l'espace et les circonstances de leur apparition ». GINET D., Profils, parcours et accompagnement : quels élèves pour les dispositifs-relais ? Quels accompagnement pour les équipes ? Les classes-relais : un dispositif d'accueil des élèves en voie de marginalisation scolaire, *Ibid.*, pp. 30-31.

[669] CASTEL R., *op. cit.*, 1981, p. 205.

[670] Circulaire DH/DGS n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

les implications du plus grand nombre possibles « d'acteurs » en vue de résoudre un problème « partagé ». Reprenant à son compte des actions souvent préexistantes bien que non formalisées (c'est le cas des dispositifs que nous avons appelés intermédiaires, mais aussi des réseaux dans le domaine de la santé), « l'Etat mobilise autrui en nommant une mesure, mais sans trop la définir, en construisant des lieux et des opportunités spécifiques d'échanges, mais sans remettre en cause les anciennes institutions, en sollicitant l'implication d'acteurs tiers, mais sans imposer sa manière comme dénominateur commun obligé »[671]. Dans ce contexte, si l'on tend à signifier comme l'indiquent P. Hassenteufel et C. Martin que « la division technique du travail qui prévalait entre différents corps professionnels devient obsolète »[672], les procédures d'une réorganisation globale des tâches n'en sont pas pour autant posées, clarifiées. Elles sont d'autant plus difficiles à mettre en place que l'on se situe dans des prises en charges extrêmement complexes (comme celle précisément des femmes enceintes toxicomanes et - parfois- séropositives), au croisement de différents domaines d'intervention traditionnels (ceux de la toxicomanie, de l'enfance, de la maternité, de la justice aussi parfois), fonctionnant sur une base sectorielle, relativement hiérarchisés.

Ce brouillage entraîne de multiples interrogations quant aux modalités d'adaptation et d'ajustement des professionnels à cette nouvelle donne. Elle interroge aussi sur le rôle que chacun doit jouer dans ce jeu, au regard de ses aptitudes, de ses compétences.

Dans ce croisement sida-toxicomanie et périnatalité, les règles ne sont pas clairement établies, et ne sont pas non plus les mêmes pour tous. D'une part en raison de savoirs incomplets (notamment en ce qui concerne les effets de la substitution sur le fœtus), d'autre part en raison de la place que chacun est en mesure d'occuper (ou se sent légitime d'occuper) au regard de sa trajectoire professionnelle mais aussi de la définition préalable de la mission qui lui est confiée. La raison d'être des réseaux tels qu'ils ont pu se formaliser, sur l'initiative de certain médecins hospitaliers, visait bien à pallier ces difficultés. Pour autant nos observations en ce domaine révèlent que si de nouveaux modes de relations inter-professionnels ont ainsi pu être mis en place, valorisés (par des actions de formation notamment vis-à-vis de certains personnels), ils n'ont pas pleinement réussi à dépasser les logiques sectorielles qu'ils s'attachaient à contrer. La nomination notamment en leur sein de personnels « référents » (en toxicomanie en l'occurrence), destinés à favoriser la prise en

---

[671] DURAN P., THOENIG J-C., *op. cit.*, p. 602.
[672] HASSENTEUFEL P., MARTIN C., Santé, dépendance : le rôle des associations. Esprit : A quoi sert le travail social ? Mars-avril 1998, p. 190.

charge coordonnée des femmes enceintes toxicomanes dans l'enceinte des hôpitaux, témoigne de la persistance d'un certain nombre de cloisonnements.

«Au début c'est vrai je me disais : il faut que les gens rentrent dans le droit commun, qu'ils soient soignés comme tout le monde et je me rends compte qu'on est un peu obligé d'avoir des personnes référentes dans le service c'est-à-dire que maintenant y'a des sages-femmes référentes toxicomanie, y'a un médecin référent et deux pédiatres référents, y'a un obstétricien référent, et c'est ce système là qui fait que ça marche. Mais finalement c'est recréer ce qui se passe à l'extérieur. S'il y a eu des centres de soins spécialisés avec une loi particulière pour ces patients, c'est bien parce qu'il y avait nécessité et on est en train de refaire ça un petit peu à l'hôpital. On recrée comme ça un parcours particulier de prise en charge de ces patients avec des gens référents. Parce qu'on se rend bien compte que le système général n'est pas adapté dans le sens où pour l'instant tout le monde n'est pas formé à la prise en charge de ces patients » (un médecin somaticien hospitalier, coordinatrice d'un réseau hospitalier)- extrait d'entretien).

« Alors moi on m'a nommé référente, mais c'est pas vraiment un choix de ma part, bon même si j'avais rien contre, c'est parce que j'avais le profil selon ma surveillante, elle a trouvé que je correspondais tout à fait à ce poste, j'ai rien contre donc j'ai dit ok (...). C'est-à-dire que moi en plus des consultations de femmes tout venant, je m'occupe plus spécialement de ces femmes usagères de drogues, c'est-à-dire que je suis leur point de repère en fait (...). Mais bon il faudrait que ce soit cohérent aussi. Maintenant, y'a des collègues sages-femmes qui me disent « moi je suis pas formée, je peux pas m'en occuper, est ce que tu pourrais pas... ? » Je sais pas mais je me vois pas étiquetée spécialiste des femmes enceintes toxicomanes quoi, je trouve ça un peu stupide parce que bon, c'est... je sais pas, on se forme pas à la femme enceinte diabétique, c'est des femmes comme les autres qui prennent des produits (...). Y'a vraiment du boulot à faire au niveau des personnels et c'est pas forcément au diplôme, un médecin il peut être aussi stupide. Tout à l'heure y'a une patiente que je suis qui n'est pas toxicomane, mais on a cru, comme je la suivais que c'était une patiente toxicomane. Bon cette patiente, on reçoit un résultat pour elle, mauvais, sur le HT 21, c'est le dépistage de la trisomie 21. Le médecin reçoit ça et... donc c'était mercredi et moi je ne suis revenue que lundi. On m'a cherché partout pour que moi j'appelle la femme pour que je lui annonce des résultats qui étaient mauvais. Quand je suis arrivée ce matin j'ai dit « mais pourquoi vous vous prenez la tête, bon déjà y'a une erreur, elle est pas toxicomane cette femme» on me dit « ah bon elle est pas toxicomane ? Oh ben si tu veux je l'appelle alors ». C'était vraiment tout d'emblée ! Alors j'ai dit « ben non je vais l'appeler, c'est ma patiente »... Les gens ont vraiment une attitude très particulière. Elle est toxicomane on vient me voir quoi, c'est ça » (une sage-femme hospitalière- extrait d'entretien).

De fait, tendent à se reproduire ici des formes de « spécialisations » qui vont à l'encontre de l'espace global que ces réseaux visaient à créer et qui pèsent fortement sur les agents ainsi désignés, d'autant plus, d'ailleurs, que ceux-ci ne sont pas « politiquement » engagés autour d'une telle cause (ce qui n'est pas le cas généralement des initiateurs de tels

réseaux comme l'a souligné par ailleurs D. Fassin[673]).

Le centre Horizons, de par l'objet même qui l'intéresse, va construire une grande part de sa pratique sur la base d'un travail en réseau et en partenariat. Très vite un certain nombre de constats vont apparaître sous-entendant que dans ce jeu d'équipe, la donne est effectivement inégalement répartie[674]. Si les professionnels du sida se sont d'emblée placés dans une logique qui pouvait ici sembler « naturelle » d'articulation entre le sanitaire et le social (voire le psychiatrique), ailleurs, et par le poids qu'elle fait porter sur les professionnels eux-mêmes, cette obligation au partenariat qui semble croire comme le montre G. Baillon « qu'il n'y a qu'à » : « il n'y a qu'à dire qu'il y a un réseau pour que celui-ci existe vraiment »[675], peut être (même inconsciemment), vécue comme coercitif.

« Au niveau des professionnels du sida, les choses sont un peu différentes parce que déjà y'a pas de modèle au préalable. Y'a eu très tôt des associations qui se sont créées et qui ont milité pour l'aide aux enfants contaminés par le sida (...). Ils proposent des réponses et on peut articuler des réponses pour les gens, avec ce qu'ils proposent. Et ce sont des gens avec qui on travaille depuis le début (...). Du côté des services hospitaliers ça s'est plus joué du côté de l'interface toxicomanie-sida que du côté de l'interface sida-parentalité, mais là aussi, je pense au service de X, y'a eu très tôt et très facilement des contacts, on a d'ailleurs souvent défendu les mêmes positions (...). Les intervenants en toxicomanie sont restés dans la logique de fonctionnement qu'ils ont toujours eu. Moi je suis parti de cette logique dans le projet Horizons, mais eux ont continué à fonctionner comme ça, donc ils nous ont adressés très peu de personnes au début, et encore maintenant hein je vous l'ai dit. Y'a d'autres types de professionnels, parce que ce sont des gens qui travaillent seuls, qui se retrouvent à porter des situations très lourdes et disons qu'il y a des décision qui doivent être prises parfois...Je pense aux assistantes sociales de secteur par exemple qui sont...ça c'est...on a un gros boulot. Je dirais presque, de façon caricaturale, les gens ils sont en mission. Ils sont enfermés souvent dans des pratiques et dans des responsabilités qui sont parfois un peu contradictoires, avec l'intérêt des personnes, parce que... quand ce sont des situations difficiles on est responsable de ce qui va se passer, on prend de moins en moins de risques pour soi-même, alors que les personnes dont on s'occupe ont besoin que quelque chose reste vivant et ne soit pas... c'est pas simple. C'est très compliqué. Donc y'a les assistantes sociales, les PMI aussi c'est clair » (J. Ebert, pédopsychiatre, Directeur du centre Horizons- extrait d'entretien).

La difficulté à distinguer, face à une situation complexe, la demande réelle de la personne et l'adéquation de cette demande éventuelle vis-à-vis de ses propres compétences,

---

[673] FASSIN D., Les réseaux ville-hôpital, agitateurs depuis 1985, une approche localiste de la prise en charge des malades du sida. Prévenir, 2ème semestre 1994,n° 27, pp. 117-124.
[674] Nous reprenons à ce titre une partie d'un extrait d'entretien précédemment cité. Cf deuxième partie, chapitre II, 2 ; 2-1.
[675] BAILLON G., Le réseau, mot magique ou piège ? L'information psychiatrique, février 1999, n°2, pp. 133-139.

conduit un certain nombre de professionnels à se réfugier derrière leurs missions, même si celles ci ne cadrent pas avec la situation présente. Rempart contre un douloureux sentiment d'incompétence, la mission permet d'échapper à l'incertitude, à l'indéfinition d'outils d'intervention, et donne l'apparence d'avoir effectué son travail. Parce que leurs fonctions ne sont pas toujours clairement délimitées et qu'ils ne disposent guère, hormis la relation, de techniques appropriées, ce refuge vers la mission est surtout le fait des travailleurs sociaux. De surcroît lorsqu'ils évoluent dans un cadre traditionnel, c'est-à-dire relativement hiérarchisé et « structuré à partir d'une logique sectorielle basée sur les différents risques sociaux (...), de politiques cloisonnées qui ne savent prendre en charge qu'un problème à la fois »[676]. C'est bien le cas ici de ces assistantes sociales ou éducateurs dont les pratiques se rattachent à des domaines d'intervention spécifique et déterminée (protection de l'enfance...) et qui ne savent plus guère à quel modèle se référer dans le contexte du dévoilement de problématiques multidimensionnelles (sida, toxicomanie, maternité, problèmes psychiques, précarité...). Ces situations profondément difficiles et angoissantes pour les professionnels de l'enfance trouvent, dans les discours, leur justification dans les manquements d'autres professionnels, y compris lorsque est admis le fait qu'ils ont eux aussi leurs limites.

« Avec la psychiatrie ça peut être une fin de non-recevoir, un refus total de discuter (...) et du coup c'est très difficile de mettre sur pied un projet pour l'enfant en ne sachant absolument pas sur quoi on peut compter par rapport aux parents quoi, ça c'est vrai. Alors y'a sans doute aussi tout un travail de notre part à faire aussi par rapport à...s'interroger sur dans quelle place on met l'équipe qui s'occupe des parents malades-mentaux par exemple, comme s'ils détenaient eux tous savoirs sur...Y'a une espèce de chose où on se dit la psychiatrie, vraiment on y comprend rien, c'est un domaine très particulier, on sait pas faire et du coup on aurait vraisemblablement tendance à dire...que c'est aux équipes qui suivent les parents dans ce contexte là de nous dire un peu comment il faut faire, c'est-à-dire qu'on est très démunis. Du coup on a aussi envie de placer les autres dans une position de savoir parce qu'eux au moins ils pourront nous en dire quelque chose, du coup bon on attend d'eux qu'ils puissent nous dire dans quelles limites on peut leur confier leurs enfants par exemple, est ce qu'ils sont dangereux pour l'enfant ? Est ce qu'ils le sont pas ? ...Concrètement qu'est ce qu'on fait quand ils sont là et que...bon ». (une assistante sociale dans une pouponnière - extrait d'entretien).

Les spécialistes en toxicomanie sont également parfois mis en cause dans cette «rétention d'information » jugée insupportable par le professionnel de l'enfance qui estime ne pas pouvoir élaborer de projet « efficace » en l'absence de certains indices.

---

[676] HASSENTEFEUL P., MARTIN C., *op. cit.*, p. 189

« Un mode de garde c'est pas simplement un endroit où l'enfant arrive par un guichet le matin et repart par le même guichet le soir, y'a un travail avec l'enfant et un travail avec la famille et donc ça ça ne peut se faire que si les enjeux sont clairement nommés, si les choses sont clairement citées par tout le monde (...) Et ces spécialistes nous disent « on a pas à stigmatiser les gens », je regrette on est professionnel de la petite enfance, on travaille sans arrêt sur la non stigmatisation des gens, mais on ne stigmatise pas les gens quand on comprend ce qui se passe » (un médecin de PMI - extrait d'entretien).

Bien que leur position ne soit pas tout à fait identique (en regard notamment d'une forte légitimité du champ que l'on peut qualifier d'historique), les intervenants en toxicomanie sont susceptibles de se trouver dans une situation similaire. Si nombre d'entre eux se sont attachés à diversifier leurs modes de prises en charge à partir de nouvelles pratiques (travail en réseau, partenariat...) et de nouveaux outils (substitution...), la jonction de leur objet (la clinique du toxicomane) avec d'autres phénomènes auparavant perçus comme périphériques (maladie somatique, formes diverses de précarité...) a longtemps semé le trouble au sein des équipes. Aujourd'hui encore, dans quelques structures apparaît parfois le sentiment d'être en décalage par rapport à une mission qui ne colle plus très bien avec la réalité. Il est également surtout le fait des intervenants sociaux ou paramédicaux dont l'activité autrefois « marginale » se trouve placée aujourd'hui au cœur des problématiques.

« Il y a quelque chose ici c'est que bon y'a une prise en charge de l'individu dans sa démarche par rapport à la défonce mais y'a un peu abstraction du reste, de l'extérieur. C'était peut-être possible avant, y'a quinze ou dix ans, mais ça l'est plus du tout maintenant, ça l'est plus du tout parce que les gens sont de plus en plus à la rue, sont de plus en plus démunis, ils sont malades (...). Y'a des révisions qui se font, mais qui se font et se défont parce que on est quand même encore dans un grand désarroi et qu'on sait pas toujours comment travailler avec ce qui se passe. On sait pas si on fait bien, on sait pas... je crois que le projet thérapeutique est à redéfinir et la clinique du toxicomane aussi et ça peut se faire peut-être qu'au bout de quelques années » (une infirmière dans un centre de soins spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

De fait, le travail en partenariat, en dehors de relations anciennes et privilégiées, s'enclenche souvent difficilement, car trop éloigné d'une culture professionnelle spécifique construite autour du sujet et d'une demande particulière. Bien que tout à fait légitime en soi, un tel modèle ne cadre plus lorsque la norme enjoint (comme le stipulait la circulaire précédemment citée) de « compléter les différentes ressources requises par le patient ». Ce décalage mal perçu de l'extérieur (certains parleront alors d'enfermement dans une véritable « idéologie ») engendre également parfois du côté de l'intervenant de profondes frustrations.

« On a des contacts avec personne en fait. Pour prendre l'exemple des enfants, c'est pas parce qu'on s'occupe pas des enfants, c'est carrément plus encore, c'est-à-dire qu'on travaille avec la parole des gens et je dirai qu'avec la parole des gens, dite par eux-mêmes en face à face. C'est-à-dire que nous refusons de parler de quelqu'un avec quelqu'un d'autre. C'est une position très extrémiste. (...) On a des institutions avec qui on travaille mais c'est des gens qui travaillent un peu dans le même esprit que nous (...). C'est un peu triste de dire ça mais les gens ne travaillent tellement pas comme nous qu'il faudrait que nous on change notre manière de bosser aussi. Par exemple nous quelqu'un qui va ailleurs, on s'occupe pas de savoir comment il va, comment il va pas, enfin je veux dire, on le laisse libre de pouvoir échouer ou réussir avec d'autres. Ce qui est très frustrant hein, moi des fois je craque, mais ce qui permet aux personnes de jouer un jeu différent avec les différentes institutions et qui lui permet de revenir et de dire ce qu'il veut » (une assistante sociale dans un centre de soins spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

Ces formes de frustrations peuvent être compensées lorsqu'un véritable travail d'équipe existe au sein de l'institution. Lorsqu'un temps de réflexion est aménagé, permettant à chacun de communiquer, voire d'épancher ses angoisses. C'est le cas des centres de soins spécialisés en toxicomanie. Cela est plus rare dans d'autres types d'institutions traditionnelles, notamment celles centrées autour de la question de l'enfance, assez fortement hiérarchisées. Ces moments collectifs ou de face à face ont ici une grande importance. Comme le souligne A. Chauvenet «dès lors les seules garanties actuelles qui leur permettent de préserver leur identité et celle de leurs institutions, comme de préserver les droits des usagers, sont de l'ordre de l'auto-réflexion éthique et de la réflexion collective en tant qu'elles guident le niveau où se définit le compromis au cas par cas entre deux missions contradictoires et institue des garde-fous contre l'erreur de jugement, les passages à l'acte, les projections et l'inconscience »[677].

1-3 - Un étrange éclectisme

En se positionnant dans les failles ou les creux des systèmes classiques de prise en charge, en situant leur intervention hors des espaces professionnels spécialisés, ces dispositifs manœuvrent dans une zone floue et incertaine également tiraillée par diverses logiques contradictoires. Cela est particulièrement visible en ce qui concerne les bas seuil pour usagers de drogues.

Les renversements opérés par ces agents permettent de visualiser un ensemble de

---

[677] CHAUVENET A., La protection de l'enfance, une pratique ambiguë, Paris : Ed L'Harmattan (coll « Logiques Sociales »), 1992, p. 52.

trajectoires non plus linéaires (de la toxicomanie à l'abstinence, de la rechute à un retour vers la toxicomanie), mais de forme kaléidoscopique, c'est-à-dire formées de différents états successifs et changeants. Leur intervention vise à repérer les différentes phases de ce processus et, dans la mesure du possible à y pallier. Axée sur la personne tout entière et non plus uniquement sur sa pratique ou sur sa « psyché », cette nouvelle mise en forme et prise en charge des phénomènes se rattachant à la toxicomanie (désinsertion sociale...) comprend toutefois de nombreuses limites. Elles ne sont plus inhérentes (comme par le passé) à une trop forte circonscription du problème, mais à un ensemble d'imprécisions, à un flou ou vide théorique et conceptuel. Le quotidien de ces intervenants en est profondément marqué...

« Il nous arrive de recevoir des gens qui ne sont pas à proprement parler des toxicomanes, mais ça constitue une frange minoritaire. Et puis on a une frange qui sont alcoolos, qui ont été toxicos, qui le sont peut-être un peu moins mais bon, faudrait savoir ce qu'on entend par toxicos aussi. On a aussi reçu des mineurs de manière extrêmement ponctuelle, moi je ne le souhaite pas et l'équipe non plus. On les incite à s'appuyer sur d'autres structures, d'autant plus qu'ils ne sont pas usagers de drogues avérés, et c'est vrai que tout ça ça pose problème » (un éducateur spécialisé, directeur d'un dispositif bas seuil pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Si une nouvelle représentation du toxicomane émerge peu à peu, à partir de nouveaux modes d'approche, elle semble plus, pour l'heure être basée sur la déconstruction d'une vision précédente visant à abolir les limites d'une « pathologie », que sur une nouvelle construction. Le terme d'usagers de drogues lui-même qui s'applique à différentes populations (des très jeunes aux plus anciens, en âge ou en durée de consommation), reste flou. Apparaissent aujourd'hui au sein de ces dispositifs des situations sociales diverses, qui tendent à légitimer les nécessités d'une nouvelle vision des choses, mais dont le traitement ne fait plus guère l'objet d'un consensus général et repose sur un ensemble mouvant de singularités, parmi lesquelles interviennent les origines différentes de ces agents, leurs convictions personnelles, l'origine institutionnelle de ces dispositifs, leur localisation, ainsi que leurs possibilités ou non de collaboration avec d'autres institutions ou structures. Malgré l'esprit d'initiative et les capacités de négociation dont fait preuve une grande majorité de ces intervenants, force est de reconnaître que tout ceci « n'a plus la solidité apparente des règles éternelles venues d'en haut »[678]. Si la plasticité du cadre de ces dispositifs (à travers laquelle ils se retrouvent) sous tend en effet des possibilités d'actions et d'adaptations, elle comporte également certaines

[678] DUBET F., *op. cit.*, p. 20.

limites au-delà desquelles l'usure et la tension prennent place et où ne se pratique plus guère qu'une forme de gestion ou de contrôle de populations. Ouverts sur la rue, sur les évolutions du monde social en matière de conditions de vie (les phénomènes de marginalisation des usagers de drogues, leur dénuement sanitaire et social), sur ses évolutions institutionnelles (qui ne sont pas sans comporter de nombreuses lacunes) et/ou techniques (l'utilisation des produits de substitution), en somme les différents moyens que se donne une société pour faire face au danger, ces dispositifs se voient parfois chargés de résoudre tant bien que mal de nombreuses contradictions.

« Nos relations avec les hôpitaux se sont améliorées mais bon, c'est toujours difficile. Aux urgences quand il n'y a pas d'ECIUMD c'est catastrophique. Envoyer quelqu'un pour un problème psy qui est accro on vous dit qu'il faut qu'il fasse un sevrage donc c'est la toxicomanie qu'ils voient mais pas le délire, et la personne reste sept jours, elle peut être très mal, ça reste sept jours, parce qu'ils n'hospitalisent plus que sept jours. On a autrement beaucoup de personnes qui sont sous Subutex ou sous prescription de méthadone, et c'est un petit peu un désastre hein, parce que ce sont des personnes qui continuent à se défoncer, on leur a parlé des opiacés, mais ils n'ont eu aucune information sur les prises de risques à continuer par exemple avec la méthadone. On a déjà eu des overdoses liées à ça. Et ils se baladent avec leurs flacons de méthadone dans le sac à dos comme des robots. A un moment on a listé, on avait vingt personnes qui étaient sous méthadone et qui ne pouvaient absolument pas gérer leur méthadone, et il n'y avait pas de suivi, les centres sont déjà dépassés, on refait la souche tous les huit jours point final ! Alors on a mis en place un truc avec le pharmacien du coin, on a fait en sorte que les usagers donnent leur méthadone et qu'ils la boivent devant le pharmacien mais on ne peut pas faire ça pour tout le monde! Et puis quel sens ça a? Pour certains effectivement ils arrivent à mieux gérer, encore faudrait-il les mettre sous accompagnement social. Quand la personne dort dans la rue avec ses flacons de méthadone vraiment je trouve ça...Sans compter qu'il y en a qui revendent leurs flacons, y'a tout un trafic. Non vraiment je trouve que c'est mal fait, il faudrait revoir tout ça. Et nous on a pas le temps de les suivre, en même temps c'est un petit peu ce qui se passe, mais on a pas toujours le temps ». (une éducatrice spécialisée, directrice d'un dispositif bas seuil pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Chargés dans de nombreuses circonstances de « gérer l'ingérable » (expression qui revient fréquemment dans leurs propos), ces intervenants se voient placés, en l'absence d'alternatives, dans la nécessité de ne faire que du bricolage.

« Dans ce domaine là on est en permanence en train de bricoler des trucs parce qu'il y a un sous équipement flagrant. C'est vrai tant en matière d'alternative aux drogues de rue que en matière d'alternatives à la galère, il y a une insuffisance des propositions existantes, c'est clair » (un éducateur spécialisé, directeur d'un dispositif bas seuil pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Si elle dépend en partie de la capacité des intervenants à repérer les manques ou les failles du dispositif et à y pallier, la plasticité doit également se jouer au niveau des instances supérieures. De toute évidence la rigidité des possibilité décisionnelles se heurte ici à la souplesse que requièrent ces dispositifs.

« Il n'y a pas assez de souplesse, pas assez de volant budgétaire possible, il y a vraiment toute une lourdeur au niveau de la prise de conscience, toute une argumentation qu'il faut développer, des écrits, des machins, des trucs, alors que sur des lieux comme ça, il faut être, c'est mon point de vue, assez souple et expérimental, dire « ben voilà vous avez besoin d'un gynéco ? Ben pendant trois mois on va vous filer un gynéco le vendredi matin, et puis on verra », parce que la pertinence des choses c'est très difficile à évaluer et puis c'est tellement lourd, tellement lent qu'on se décourage nous aussi, on fait une demande et puis une fois qu'elle arrive, trois ans après, on a plus la demande » (un infirmier dans un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

Le bricolage permet de faire face à un manque de perspectives et d'outrepasser temporairement certaines tensions et contradictions. Celles-ci sont de plusieurs ordres mais trouvent leur source dans le même enchevêtrement de logiques différentes : une logique de prévention qui suppose un travail au cas par cas sur une base relationnelle, une confiance qui ne s'instaure que sur du long terme et une logique de « réduction des risques » ou de santé publique qui implique d'évaluer l'urgence et de savoir se situer sur un court terme. On perçoit également dans cet ensemble, une logique sociale et sanitaire, visant à accueillir sans aucune demande de leur part des usagers de drogues actifs dans le but de leur offrir un moment de répit, leur proposer douches, habillement, petite restauration, coin repos, soins de première urgence et distribution de seringues neuves, conjuguée à une logique politique qui implique de réprimer tout usage et vente de drogue à l'intérieur des locaux, et de favoriser, malgré tout, l'entrée des toxicomanes dans un processus de sevrage ou dans un programme de substitution.

A terme, cet ensemble de logiques contradictoires qui supposent de la part des intervenants une certaine attention, une grande clairvoyance, le maintien d'un juste équilibre et des ajustements perpétuels, peut mener à de fortes tensions et à une importante usure des équipes. De fait, la récurrence des crises est-elle ici partout évoquée.

« Tout le monde dans cette équipe a craqué. Je sais pas si c'est spécifique aux Boutiques mais...ce qui est très très dur et qui j'ai l'impression n'est pas encore bien entendu c'est quand il y a du monde, à des moments on a jamais deux minutes pour penser, on est tout le temps dedans. Au bout d'un moment ça a des effets hein. Et puis digérer l'angoisse des gens toute la journée... Et puis je crois que progressivement des choses sur lesquelles on a l'impression d'être fort, cette angoisse, cette misère là, ça fini tout doucement par faire mal à l'âme, ça

ronge. Malgré tout, nous, on est quand même je pense dans un dispositif privilégié pour tout ça, en gros ça tient la route. Mais quand j'en vois d'autres qui ouvrent, avec le peu de moyens dont ils disposent, ça fait penser un peu au tirailleur sénégalais qu'on envoyait au front » (un éducateur, coordinateur d'un dispositif bas seuil pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

Nombre de ces intervenants s'interrogent aujourd'hui, après quelques années de pratiques, sur leur rôle réel et les moyens engagés pour faire face aux diverses évolutions de notre société. Si l'arrivée du sida a pu contribuer à ouvrir un débat sur la prise en charge des usagers de drogues, une autre perception des choses permet tout aussi bien de penser qu'il n'a contribué, par le biais de la mise en place de ce type de dispositifs qu'à le fermer.

« Je pense qu'il y a des choses vis-à-vis desquelles il faudrait être clair : est ce que l'objectif de ces lieux là c'est du contrôle social, ça va être le couvercle sur la poubelle, et la prévention c'est un petit peu le confort moral qu'on laisse aux travailleurs sociaux qui sont là-dedans pour qu'ils tiennent le coup ? Ou alors est ce qu'on veut vraiment faire les choses ? C'est une question, j'en ai pas la réponse » (un infirmier dans un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

« Moi j'ai l'impression que les Boutiques aujourd'hui ont pour fonction de réduire un petit peu les problèmes sociaux, les problèmes quotidiens de la population des toxicomanes en galère, comme d'autres initiatives au même titre que les restos du cœur, les soupes populaires du secours catho, au même titre que le dispositif du RMI qui sert absolument pas à l'insertion. J'ai l'impression que la création des Boutiques s'inscrit dans cette politique qui vise à créer des structures qui pallient, qui réduisent, qui contiennent un peu la misère du monde, mais sans qu'il y ait de perspectives, de propositions alternatives à cette situation de misère, et puis je pense que c'est vrai aussi que d'une certaine manière on concourt à camoufler aussi le problème. En camouflant la population des toxicos en galère on camoufle le problème, c'est clair. Favoriser des initiatives de contact comme ça, en sachant pertinemment que ce qui est présenté comme un tremplin à des changements de conditions n'est qu'en fait une structure d'aide à la survie, là pour moi il y a mensonge » (un éducateur, coordinateur d'un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

Porteurs de nombreux espoirs visant à réintégrer les usagers de drogues dans la cité, témoins au travers de leurs résultats d'une autre approche possible des phénomènes de toxicomanie, ces dispositifs soulèvent, après plusieurs années d'existence, de nombreux problèmes qui ont trait au contexte structurel en matière sanitaire, sociale, économique et politique dans lequel ils évoluent. Des multiples contradictions que tentent de résoudre par leurs moyens ces intervenants, des multiples failles qu'ils s'efforcent de combler, découle une certaine vision de l'avenir de ces dispositifs. C'est aussi à partir de certains constats

concernant les usagers de drogues qu'ils côtoient au quotidien, qu'émergent certaines réflexions.

« Il y a depuis quelques temps une tension chez les usagers qui est très grande. Je pense pas d'ailleurs que ça soit le fait que d'usagers de drogues parce que quand on discute avec les gens qui travaillent dans les hôpitaux, avec les gens qui travaillent dans les dispensaires, qui s'occupent pas forcément d'usagers de drogues, on retrouve les mêmes choses, une tension très très importante, quelques problèmes de violence aussi, des gens qui sont peut-être plus face au néant qu'avant. Des gens qui ont eu une vision qu'en prenant un certain nombre de produits, en abandonnant l'héroïne, qu'il y avait quelque chose de possible et puis qui se retrouvent confrontés quand même à une société qui n'est pas facile, qui est de plus en plus dure, des difficultés énormes d'insertion, de la désespérance (...) On a des gens qui ont avancé sur un certain nombre de choses, qui se sont on va dire stabilisés du côté de leur dépendance, ou qui ont trouvé une autre relation aux autres, mais qui sont dans l'attente, voilà, ils sont dans l'attente. Quand on est ici au bout d'une heure, moi ça m'a toujours frappé, on oublie que les gens sont usagers de drogues, c'est tout à fait étonnant, on en parle pas, jamais pratiquement. Ce à quoi on est confronté c'est l'exclusion, la misère, la dépression... je sais pas comment dire mais...on est au-delà de la drogue dans ces dispositifs ». (un éducateur, coordinateur d'un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

De fait, si les bas seuil (notamment les plus anciens qui disposent en la matière de plus de recul) ont rempli les objectifs qu'ils s'étaient fixés, à savoir atteindre, accueillir et s'efforcer d'accompagner les usagers de drogues les plus marginalisés, reste qu'ils sont aujourd'hui menacés d'immobilisme, du fait de trop peu d'alternatives extérieures.

Concernant leurs perspectives d'avenir dans ce contexte structurel difficile, ces dispositifs se voient en réalité placés dans une situation de double contrainte : rester en l'état ou se réorienter, dans les deux cas ils prennent le risque de perdre ce qui fonde leur originalité.

Demeurer en l'état, se contenter d'un travail minimaliste d'accueil et d'orientation apparaît délicat et proche d'une certaine forme de contrôle social, sans compter l'usure physique et psychologique croissante des équipes.

« Je pense que sans changement du côté des politiques, sans relais aussi, ça va vivoter. Celles qui existent vont continuer à vivre, mais je pense que cette situation là va provoquer de l'épuisement du côté des équipes. Y'a un phénomène d'épuisement parce que les gens sont submergés de demandes et qu'ils n'ont pas grand chose de décent à proposer et que ça c'est psychiquement fatigant, physiquement ça créé des situations de tension. C'est soit on se met en colère, on s'agite dans tous les sens, ou bien...ben on s'épuise » (un infirmier dans un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

Se réorienter à partir d'un réaménagement de certains éléments internes, risque d'altérer leur rôle de relais et de les amener à fonctionner en circuit fermé.

« Il y a une option vers laquelle je penche c'est de renforcer un certain nombre de choses du côté du sanitaire, parce qu'on s'est rendu compte que même en développant énormément de moyens sur l'accès au droit commun, l'accès au droit commun est limité qu'on le veuille ou pas par le fait de la toxicomanie, par l'errance et tout ça. Je pense que dans ces dispositifs on a su créer une relation avec les usagers de drogues qui est très particulière et on commence aussi à savoir bien faire du sanitaire. Ici il y a un cadre qui soutient les praticiens dans leur position, ailleurs ça dérape très vite. Alors peut-être qu'il faut renforcer ces prestations là, même s'il faut faire le deuil de certaines choses, même si on renonce à... une utopie » (un éducateur, coordinateur d'un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

Créer un système propre (sanitaire notamment) à destination d'une population spécifique contribuerait à un retour vers des formes de professionnalisation susceptibles d'une part de ne servir qu'à une frange particulière d'usagers de drogues et, d'autre part, d'enraciner le problème. Le détournement de ces populations des autres structures sanitaires, viendrait élargir les failles entre les différents systèmes de prise en charge, et participerait à la légitimation de certaines formes anciennes de représentations. De la même façon, multiplier à l'infini de nouvelles prestations au fur et à mesure des besoins repérés, se donner les moyens, à travers la mise en place de nouvelles activités (souvent demandées par les usagers eux-mêmes, nous allons y revenir), de pallier l'ennui, de gérer le non-emploi, reviendrait à mettre en forme une sous-société, à justifier et à entériner la mise à l'écart du monde social de certaines populations.

2 - Des populations limitées

2-1 : Un tournant dans le trajectoire

L'accès au dispositif bas seuil opère indéniablement, à court terme, un tournant dans la trajectoire de l'usager. La personne y acquiert progressivement une nouvelle image d'elle-même à laquelle elle s'ajuste peu à peu. Plusieurs éléments participent à cela à commencer sans doute par la découverte de nouveaux rapports possibles avec d'autres professionnels, le début d'un dialogue, d'une rencontre, l'instauration d'un rapport de confiance qui les amène peu à peu à une plus grande fréquentation du dispositif. La grande majorité des personnes

rencontrées ont déjà derrière elle un long parcours institutionnel. On perçoit bien dans le récit qu'elles en font, toute la spécificité et les limites aussi d'un « modèle » (en l'occurrence, traditionnel). Pour autant, et la reprise fréquente, à leur propre compte, des discours en terme de réduction des risques en témoigne, sans doute convient-il, dans une telle lecture, de garder à l'esprit que ce jugement sur leur situation passée est indissociable d'une certaine conformité à un autre modèle, lequel apparaît d'autant moins comme tel qu'il semble adapté pour l'heure à « la réalité ».

La conviction, au terme d'un parcours chaotique marqué par des tentatives échouées d'approche des structures spécialisées, d'avoir enfin trouvé ici un nouvel équilibre, laisse place à un discours qui tend à remettre en cause les méthodes et la compétence même de ces professionnels.

« Une fois j'ai demandé de l'aide à un centre. J'ai jamais trouvé d'appui. C'était des rendez-vous tous les quinze jours. J'y suis allé plusieurs fois. Si j'étais toujours après eux je serais toujours pareil. Je sais pas trop comment ça marchait. Moi je connais d'autres personnes qui y sont allées et au bout de deux rendez-vous on les a acceptées. Moi je suis allé à plusieurs rendez-vous et ils m'ont jamais accepté. Alors on y va pour discuter, à chaque fois on te demande la même chose, ce que t'as vécu et tout ça ; ils regardent je pense si y'a vraiment l'envie de décrocher, ils vous demandent votre passé, le pourquoi, le comment. Bon ça va qu'on te demande depuis combien de temps t'es accroché, à combien tu tournes par jour, mais quand quelqu'un est malade il faut le prendre le jour même, quand il vous dit « voilà, j'en ai ras le bol » c'est là qu'il faut le prendre et l'orienter ; et pas lui dire « bon vous revenez la semaine prochaine », attendre des mois et des mois. Parce que pendant des mois la personne elle va continuer, c'est évident. Moi j'ai pas compris, et je leur ai dit. Le dernier rendez-vous s'est mal passé, bon verbalement sans plus, mais ça s'est mal passé parce que je leur ai dit leurs quatre vérités en face. J'avais vraiment l'impression qu'ils voulaient pas de moi, qu'ils se foutaient de moi. Et ils me disaient toujours la même chose : « y'a pas de place, vous comprenez, y'a des listes d'attente », alors que moi je connaissais d'autres personnes qui allaient les voir et la semaine qui suivait, ils étaient en postcure. J'ai jamais rien compris, j'ai jamais rien compris... » (Julio, 26 ans - extrait d'entretien).

« De toute façon ces gens là ils connaissent pas vraiment le truc, déjà ils font pas de terrain, alors avec la bonne volonté du monde ils sont à côté de la plaque quoi. C'est pas méchant hein, c'est simplement que ça manque de formation. Si tu veux comprendre la personne faut aller voir où elle est, faut regarder rien que pour pouvoir se dire « putain oui, c'est quand même quelque chose », et faut le voir ! Il faut voir les conditions de tous les jours. Je suis désolé mais quand le type est pas bien dans sa tête et qu'il pique du nez, faut le voir ! Là bas, dans toutes ces structures t'avais pas le droit d'arriver défoncé, le mec était pas bien il venait pas quoi, et on lui coupait tout. C'était la carotte et le bâton. J'veux dire, t'as le droit d'avoir tes faiblesses, tu te casses la gueule à un moment t'as le droit ! C'est pas en mettant la carotte au bout du bâton qu'on fait avancer les gens, enfin je crois pas. C'est plutôt en parlant avec eux, et petit à petit y'a des trucs qui se développent parce que t'as une

confiance qui s'installe, y'a des problèmes qui peuvent être réglés et d'autres qui seront réglés dans dix ans par la personne quand elle le voudra, et c'est tout » (Sébastien, 27 ans - extrait d'entretien).

A l'opposé de ces formes de prise en charge, le dispositif bas seuil est de fait perçu, dès le premier abord, comme un lieu ouvert, chaleureux, « humain ».

« Moi j'étais arrivée là, j'étais complètement perdue et j'ai trouvé quelqu'un à qui parler quoi. Je me rappelle la première fois que B m'a reçue, j'étais allée prendre une douche et sous la douche je pleurais parce que... J'avais jamais entendu parler de ce dispositif et je trouvais que ce qu'il me donnait là ça me paraissait vraiment...Ca me touchait beaucoup quoi. ... Et ça me choquait presque d'une certaine façon parce que bon je m'y attendais pas. Parce que bon on se sent un peu perdu, on est déjà seul au niveau familial, au niveau de la société c'est pas mieux, alors être reçu comme ça...forcément ça te touche » (Ingrid, 37 ans - extrait d'entretien).

Pour une bonne partie des usagers de drogues rencontrés, la connaissance du dispositif s'est faite par le « bouche-à-oreille ». On y vient dans un premier temps accompagné (par une autre personne qui connaît déjà le dispositif), dans le but notamment de se procurer gratuitement du matériel stérile d'injection.

« Moi c'est avec d'autres toxicos que j'ai connu le dispositif, parce qu'au début je prenais mes seringues à la pharmacie, et après on m'a parlé du lieu ici qui existait et qui les donnait gratuitement donc je suis venu là » (Abel, 25 ans - extrait d'entretien).

« C'est un collègue à moi qui m'a amené ici, qui m'avait dit qu'ils faisaient une distribution de seringues, donc au début je venais pour ça, et après bon j'ai connu presque tous les intervenants qui travaillent ici, ça s'est bien passé donc je restais plus longtemps » (Emilio, 44 ans - extrait d'entretien).

C'est parfois aussi l'entrée dans un programme méthadone (dans une autre structure ou dans la « structure mère » auquel est rattaché le dispositif) qui amène les usagers de drogues à fréquenter le bas seuil. On y vient alors pour « se poser » et pour passer le temps.

« C'est un copain qui m'a amené ici. Comme on se connaissait, un jour il m'a dit « pourquoi tu fais pas un programme méthadone, tu laisse tomber la came ». Il m'a dit ça une ou deux fois, et bon, un jour je suis venu au centre avec lui, et je suis entré dans le programme méthadone. Après il m'a expliqué qu'il y avait le dispositif là à côté pour rester un peu si t'as pas où aller, tu viens boire un café, tranquille, tu parles un peu de tout, et donc je suis venu ici, et à partir de là je suis venu tous les jours »(Gildas, 34 ans - extrait d'entretien).

Les premières impressions du dispositif sont primordiales pour la suite. En ce sens le mode d'accueil par les intervenants joue ici un rôle essentiel. A une certaine distance posée par les lois de la clinique s'oppose ici une proximité immédiate qui favorise, outre l'adoption d'une certaine hygiène de vie, (notamment en terme de pratiques de réduction des risques) l'incorporation, par l'usager, d'une nouvelle image de lui-même. Pour autant, tout ceci ne s'effectue pas de façon linéaire et ces intervenants l'ont bien saisi. Etre là, ouvert et disponible quoiqu'il arrive fait aussi des pré requis de ces dispositifs. C'est ainsi qu'ils constituent le support, le point d'attache de ces trajectoires difficiles (marquées par des temps de rechute, d'emprisonnement aussi parfois) et qu'ils permettent à ces personnes de trouver, par elles-mêmes, les moyens de se reconstruire.

« A un moment donné j'allais beaucoup mieux, et je suis partie en post-cure, c'est les intervenants de la Boutique qui me l'avait trouvée. Ca durait un mois et demi, j'y suis allée un mois, là bas d'ailleurs ils m'ont téléphoné, ils demandaient des nouvelles, c'était bien, j'avais quelqu'un ici qui pensait à moi quoi, ça faisait drôle d'ailleurs.... et à un moment je suis revenue dans la ville ici. Je pensais retourner à la postcure juste après, mais vu tous les problèmes qui me sont retombés dessus en fait j'ai replongé, je me croyais plus forte mais... Et je suis plus revenue à la Boutique, par honte de dire « ben j'ai replongé quoi ». Et après, un jour par hasard j'ai rencontré C en ville qui travaille à la Boutique, il m'a serré la main, il m'a pas du tout jugé, il m'a rien demandé, il m'a juste serré la main, ça a été...J'étais une fille normale, j'étais pas...Il m'a pas regardé comme certaines personnes, il m'a pas dit « t'as des petites pupilles, t'as ci, t'as ça », non, j'étais une personne, ce qu'on est plus pour certaines personnes quoi. Pour beaucoup on est plus considéré comme une personne hein, on se came, en plus on se prostitue, alors c'est carrément qu'on a plus rien quoi. Chaque fois que vous allez vous promener, chaque fois que vous allez quelque part y'a cet écriteau qui revient. Et puis donc ce jour là C m'a juste dit « tu sais tu peux revenir, y'a pas de problèmes, la porte est ouverte pour toi, toujours », et puis voilà j'suis revenue quoi » (Myriam, 26 ans - extrait d'entretien).

Si la présence et l'attention des intervenants est indispensable, cette nouvelle image de soi se construit également dans le rapport aux autres usagers qui fréquentent le dispositif.

« C'est un truc, ça peut paraître stupide mais...tout en ayant besoin d'écoute, moi je suis aussi quelqu'un qui aime bien écouter les autres quoi, et j'aime bien voir le parcours des autres aussi un peu. Et puis ça me permet, même des fois sans en parler, tout simplement en écoutant les autres des fois ça me permet de faire le point sur moi-même, parce que malgré tout, si j'écoute l'autre, je fais toujours un rapprochement par rapport à moi, systématiquement, je vois le chemin que j'ai parcouru par rapport au mec quoi. Y'a un mec qui est là par exemple, lui ça fait deux mois qu'il est à la méthadone, moi, où il en est maintenant, j'y étais y'a un an en arrière. Moi y'a des périodes où j'ai l'impression de pas avancer et en fin de compte, par rapport à des situations comme ça, je vois que j'ai avancé quoi » (Jules, 30 ans - extrait d'entretien).

La vision de « l'autre semblable », qui en est à un autre moment de son parcours, est un support pour soit, et peut être également un moteur pour l'autre. Pour les personnes qui ont le plus avancées dans le sens d'une certaine réinsertion (recouvrement de droits, d'une meilleur santé, arrêt total ou partiel (par la substitution surtout) de la consommation de drogues, hébergement, etc), revenir de temps en temps au dispositif est un moyen de « mesurer » leur évolution, et en ce sens a une fonction « d'assurance », même si la plupart avoue ne revenir que par « reconnaissance » (et il s'agit bien de cela sans doute: se reconnaître « autre » à travers le regard d'autrui) ou pour « dire bonjour ».

« C'est sûr que je reviens ici de temps en temps, que je côtoie d'autres gens qui sont encore dedans, mais ça me dit plus rien, parce que justement, j'ai quand même un avantage sur eux, c'est qu'en fait, c'est eux qui m'envient quoi, c'est pas le contraire, donc je suis forte de ça quand même, parce que pour rien au monde je voudrais retomber là où je suis passée, non, ça jamais. Et puis c'est important de revenir parce que bon, déjà les personnes qui travaillent ici je leur dois beaucoup et puis je sais que ça leur fait plaisir de voir comment je suis maintenant quoi. C'est un milieu où y'a tellement pas beaucoup de réussites que ça doit quand même leur faire plaisir de voir qu'il y a un petit taux de personnes qui arrivent à s'en sortir. Mais bon c'est sûr que...je ne veux pas non plus que ça devienne...que ça fasse partie de ma vie éternellement quoi, je finirai bien par ne plus venir c'est sûr » (Ingrid, 37 ans - extrait d'entretien).

De la même façon la vision quotidienne de l'autre qui s'en est « sorti » (dans une certaine mesure), peut entraîner certaines évolutions. C'est ici de façon tout à fait informelle que se font certaines « prises de conscience ».

« Moi c'est ici que j'ai connu des gens qui prenaient du Subutex, je voyais bien comment ils étaient, j'ai pu en parler avec eux et ça m'a donné envie d'y goûter aussi, et heureusement d'ailleurs. Et puis de toutes façons ici que ça soit avec les intervenants ou avec tout le monde, on peut parler, se confier. Sans qu'ils le sachent ces gens là peuvent faire notre psychothérapie, quelque part pour moi ça c'est une psychothérapie pour tout le monde, chacun peut y prendre quelque chose, savoir qu'il y a des voies différentes à la toxicomanie » (Rachid, 23 ans - extrait d'entretien).

Les bénéfices apportés par ces dispositifs sont divers. Ils ont pour corollaire, à plus ou moins long terme selon chacun l'instauration d'un mode de vie de moins en moins centré sur la recherche du produit. C'est généralement dans un deuxième temps, après une phase « d'apprivoisement », de mise en confiance qu'émergent des demandes d'aide précises. Sur

place ou ailleurs, chacun trouve les moyens de se soigner, d'être hébergé, de retrouver certains droits fondamentaux.

« Je venais ici au début pour chercher des seringues et des préservatifs, après ils m'ont aidé pour trouver un studio, parce qu'avec mon copain on cherchait mais on se faisait jeter par les propriétaires parce qu'on était RMistes, donc on a laissé tomber, et on s'est retourné sur ici. L'éducateur ici il nous a pas lâchés. J'ai eu la chance un jour de tomber sur quelqu'un qui louait un petit studio, tout de suite je l'ai présenté à l'éducateur, ils se sont rencontrés et puis bon grâce à l'éducateur, j'ai eu mon studio » (Marie, 27 ans - extrait d'entretien).

« Depuis pas mal de temps je suis suivi par le médecin d'ici pour mes problèmes d'hépatite. Autrement je viens voir l'assistante sociale, et puis une fois qu'elle m'a renseignée, je fais les démarches tout seul. Là justement je me suis renseigné, je dois faire un dossier pour préparer un stage de remise à niveau concernant le travail que je faisais avant » (Emilio, 44 ans - extrait d'entretien).

« C'est moi qui ai fait les démarches pour le RMI, mais c'est ici qu'on m'a renseigné, on m'a dit ce qu'il fallait comme papier, j'ai ramené les papiers, et j'ai fait la demande. Là j'ai eu un appartement, et j'avais demandé justement comment ça marchait, après j'ai fait une demande d'alloc, et c'est ici qu'on m'a dit comment faire, si je sais pas y'a quelqu'un qui m'aide » (Martin, 41 ans - extrait d'entretien).

La reprise en main de sa vie va de paire avec l'instauration d'une certaine assurance de soi. Il devient possible alors d'entamer seul certaines démarches, ce qui renforce l'autonomie de la personne.

Tantôt support lorsque le moral prend le dessus, le dispositif sert également, pour les moments de déprime, lorsque « tout va mal », de refuge. La relation engagée, la disponibilité des intervenants, mais aussi le fait qu'ici aucune parole, ni aucun « compte » ne soient exigés, permet à chacun, malgré tout, de préserver un lien.

« Moi je reviens toujours ici, même quand ça va pas et que je sens que je retombe un peu. Ailleurs on vous demande des explications, comment voulez-vous qu'on leur donne des explications ? Eux ici, les explications ils les voient, toute la journée, alors vous venez là, vous prenez votre kit, merci, au revoir, on vous pose pas de questions, ils savent vraiment comment ça fonctionne » (Julio, 26 ans - extrait d'entretien).

« Je viens me soulager quand j'ai une boule au cœur ou un truc comme ça, je viens me soulager et me destresser quoi. Et puis si t'as besoin les éduc sont de bon conseil en plus » (Martin, 41 ans - extrait d'entretien).

« Moi quand je viens ici ça me permet de faire une pause, j'suis pas en train de faire des bêtises ou essayer de trouver de l'argent parce que je dois manger, des trucs comme ça. Moi depuis que je viens ici ben ça

va quoi, je me calme, je reste tranquille » (Denis, 22 ans - extrait d'entretien).

« Moi ici ça m'apporte un souffle, comme si j'allais ailleurs hop et puis après je repars dans ma vie, comme si je prenais le temps de vivre un peu, comme si je venais prendre l'air quoi » (Jules, 30 ans - extrait d'entretien).

« C'est le seul endroit où je puisse être encore accueilli normalement quoi, en étant bien reçu (...) J'ai vécu durant des années comme un marginal à droite à gauche. J'étais dans ma société et je vivais dans ma société à moi, je vivais dans un monde que je m'étais fait, un monde à une image que je me suis faite à moi-même. Je faisais attention à personne, j'étais rancunier envers tout le monde, j'envoyais péter tout le monde, j'en avais marre. J'ai fait quelques tentatives de suicide parce que j'en avais marre de vivre comme ça, et je pense qu'ici je finirai par trouver la solution » (Bernard, 28 ans - extrait d'entretien).

2-2 : Une égalité de façade

Placés au cœur de la « politique de réduction des risques », les usagers de drogues ont sans nul doute bénéficié des nouveaux modes de liens sociaux dont celle-ci se voulait génératrice. Positionnés sur le devant de la scène (on pense notamment ici à l'association Asud) aux côtés des professionnels protagonistes de « la cause », un certain nombre d'entre eux ont ainsi pu témoigner ouvertement des méfaits d'une existence souterraine et marginalisée conditionnée par une politique principalement répressive présentée dès lors comme en voie d'obsolescence. « Qui aurait imaginé il y a seulement quelques années en France une association de toxicomanes ayant pignon sur rue ? »[679], s'exclamait un journaliste du Nouvel Observateur à l'époque du lancement en grande pompe de la nouvelle « politique ». L'ouverture de ce dossier « drogue et sida » sur les membres fondateurs du groupe présentait il est vrai tous les ingrédients du « sensationnel » : « pour la première fois ils disent leurs noms. Leur vrais noms. (...). Jusqu'ici, ils se sont toujours cachés. Car depuis des années ils sont toxicomanes. Pas des « gentils » fumeurs de hasch. Non, des camés, des junkies, des drogués, des accrocs à l'héroïne, des piqués de la seringue. Des gens qui font peur, qu'on méprise, qu'on fuit (...). Impossible de leur faire confiance, dit-on. Leur parole ne vaut rien. Pourtant, aujourd'hui (ils) se font photographier pour le Nouvel Observateur. Ils ont décidé de parler au grand jour, ils demandent qu'on les écoute. (...) ils ont un bureau, un téléphone, un fax. Ils distribuent un journal. (...). Mais la police ne les arrêtera pas. Ils ont l'aval du ministère de la Santé ! Et ils sont subventionnés par l'Association française de Lutte contre le Sida ». Quant aux intéressés eux-mêmes ils semblaient à l'époque plus dubitatifs

[679] Le Nouvel Observateur du 26 novembre 1992.

quant aux raisons de leur « succès » : « sans ce foutu virus, on serait déjà tous en taule. On nous tolère parce qu'on a aussi besoin de nous pour lutter contre l'épidémie »[680]. Quelques années plus tard (cinq tout au plus), c'est un fait, la formidable épopée vécue par les militants du groupe Limiter la Casse, professionnels et usagers confondus, touche à sa fin ; le mouvement général s'essouffle. De toute évidence les enjeux pour les uns et pour les autres ne sont plus les mêmes. Après une période active de militantisme, les professionnels désormais à la tête d'importantes structures sont de moins en moins disponibles et n'assistent plus guère aux réunions du groupe. Leurs discours laissent alors entrevoir ce qu'une précédente période de lune de miel tendait à masquer à savoir une certaine illusion de la communauté.

« C'est vrai que...pour le dire comme ça, les médecins ont quand même quitté Limiter la casse assez rapidement. Y'avait une ambiance drogues, pour le dire vite qui était très lourde pour des gens qui n'étaient pas usagers ou ex-usagers, et qui a fait que les médecins se sont quand même assez vite retirés de Limiter La casse, et qu'ensuite y'a eu des...des choses compliquées disons entre les usagers, ceux qui se revendiquaient comme usagers dans l'auto-support, et ceux qui étaient intervenant ou militants de la lutte contre le sida...Bon les gens d'Asud étaient extrêmement parano, ils étaient obsédés par l'idée qu'on les manipule, ce qui n'était pas le cas d'ailleurs, mais enfin bon, peu importe, ça a été compliqué, y'a eu des disputes, y'a eu, enfin bon. (...). Mais déjà à partir de la rentrée quatre-vingts-quatorze les choses ont été plus compliquées, bon encore une fois y'a deux choses, y'a le fait qu'on était de moins en moins disponibles parce qu'on avait de plus en plus de boulot à créer nos propres structures et puis y'a eu ces...ces disputes, ce climat un peu lourd qui a fait que les choses se sont progressivement délitées quoi... ça signait certainement la fin d'un combat...qu'on peut appeler un combat pour le minimum vital ou le combat pour l'aide à la survie pour utiliser l'expression des suisses, et d'une certaine manière bon y'a aussi probablement de l'amertume dans tout ça, parce que pendant une période très courte on a, usagers ou pas usagers, vécu dans l'illusion d'une vraie communauté, dans une fusion profonde, un groupe fusionnel. Et puis ensuite ben les choses se sont un peu décantées...je dirai que chacun a retrouvé sa place, les usagers ont retrouvé leur place d'usagers et les professionnels leur place de professionnels avec toutes les paranos que ça pouvait susciter, par ex les usagers disant : « ben finalement voilà vous faites votre carrière quoi, ça va pour vous, vous montez des structures, vous êtes directeurs », ce qui n'était pas faux d'ailleurs, ce qui n'était pas faux...Mais de fait cette période qui a été une période d'intense exaltation a aussi été une période de grande illusion». (un médecin, ancien membre du groupe Limiter La Casse - extrait d'entretien).

On s'interroge dès lors sur la nature de cette « citoyenneté » qui occupait tous les discours quelques années auparavant. Passée la période de la ferveur militante, du « tous unis » pour la grande cause, des grands enjeux, une autre réalité se profile qui laisse se

---

[680] *Ibid.*

dévoiler la persistance de catégories antérieures. L'égalité que l'on croyait possible n'était « qu'une égalité de façade, une fiction qui dissimulait des inégalités bien réelles »[681]. On pense ici à cette citation de E. Goffman selon lequel « de l'intérieur comme de l'extérieur de son groupe, l'individu stigmatisé se voit donc présenter une identité pour soi, en termes essentiellement politiques dans la premier cas, psychiatrique dans le second. Il s'entend dire que s'il adopte la ligne juste (laquelle dépend de qui parle), il se réconciliera avec lui-même et deviendra un homme complet : un adulte digne et conscient de sa valeur. Et certes, il aura accepté un moi ; mais un moi qui n'est, et ne peut être qu'un immigrant, l'une des voix du groupe qui parle pour et à travers lui. Il est vrai, et la sociologie l'affirme à ses moments, que nous exprimons tous le point de vue d'un groupe. Mais ce qu'il y a de particulier dans la situation de l'individu stigmatisé, c'est que la société lui dit qu'il est un être humain normal, mais qu'en même temps il est dans une certaine mesure « différent », et qu'il serait vain de nier cette différence. Différence qui, cela va sans dire, a d'ordinaire son origine dans cette même société, car elle n'importerait guère si elle n'avait d'abord été collectivement conceptualisée»[682].

« Les usagers ont retrouvé leur place d'usagers et les professionnels leur place de professionnels » nous disait l'interlocuteur précédemment cité. On comprend ici que cette « citoyenneté » de « l'usager » ne saurait avoir les mêmes fondements que celle des « professionnels » qu'ils ont été amenés à côtoyer dans un semblant d'égalité. Mais qu'est ce au juste que cette « place d'usager » ? A quoi réfère t-elle sinon à une distinction entre ceux que ces « rites d'institution » pour employer l'expression de P. Bourdieu, ont concernés (et concernent toujours) et ceux qu'ils ne concernent et ne concerneront en aucune façon ? Il va de soi aujourd'hui que cette « politique » ne pouvait être validée sans le concours actif et la mise sur le devant de la scène de ceux-là mêmes qu'elle visait. Les nombreuses déclamations quant à leur « citoyenneté » visait sans doute alors à attirer l'attention sur cette indispensable sortie de la marginalité ; mais à se focaliser ainsi sur ce passage obligé (lequel au demeurant ne semble s'être réalisé qu'en partie - nous y reviendrons), on masquait aussi l'élément le plus important d'un tel processus qui est la ligne même, la frontière qui sépare ces individus de tous les autres. En fait, si l'usager de drogue est parvenu à détrôner la figure du toxicomane enserré dans son carcan psychiatrique, il n'en est pas moins demeuré « autre » assigné à une place tout aussi spécifique. « Cette contradiction, cette farce, c'est son sort et son destin. Elle

---

[681] CHEVALLIER J., Regards sur l'administré, *op. cit.*, p. 37.
[682] GOFFMAN E., Stigmates, les usages sociaux des handicaps, Paris : Les Editions de Minuit (coll « Le sens commun »), 1975, p. 146.

constitue pour chacun de ceux qui font profession de représenter les stigmatisés un défi permanent, qui l'exhorte à élaborer une politique de l'identité cohérente et le rend prompt à déceler les aspects « inauthentiques » des programmes concurrents, quoique bien lent à comprendre qu'il n'existe peut-être aucune solution « authentique »[683].

Dès lors, comme le souligne M. Calvez « la seule conduite socialement possible pour éviter l'isolement est alors pour la personne (...) de partager son destin avec d'autres personnes dans la même séquence liminaire »[684] ; continuer à militer, à écrire et discourir pour aider et soutenir ceux qui sont au-dessous d'eux, les usagers de base en somme qui n'ont pas eu la chance de pouvoir accéder à la parole. Tel est encore le rôle que se donnent à jouer certains de ces personnages particuliers dont nous avons précédemment parlé, seuls en mesure de se placer au plus près des conditions de vie de ces usagers.

« Y'a une chose aussi dont il faut parler, c'est des salles d'injection[685], ça en France, il va bien falloir qu'on en parle (...) Puisqu'on donne des seringues, puisqu'on fait de la réduction des risques, il nous manque cet outil des salles d'injection. parce que ça veut dire quoi de donner des seringues dans un lieu et de faire la chasse aux usagers pour qu'ils ne shootent pas dans les douches ou dans les toilettes et que si jamais ils l'ont fait, de leur mettre une interdiction de Boutique pendant plusieurs jours ? On est dans un bricolage...Et c'est profondément dévalorisant pour le personnel, vous soupçonnez, vous faites la chasse, vous surveillez, vous êtes maton, alors qu'au fond vous êtes profondément convaincus de l'incohérence de la politique. On donne des seringues et bien faut qu'ils aillent se shooter dans la rue, ce qui provoque des nuisances pour les riverains qui vont faire des pétitions pour que la Boutique ferme (...°). C'est absurde, absurde parce que c'est pas logique, la législation quelque part n'est pas logique, et puis absurde parce que la politique de santé publique est incohérente puisque les usagers vont se shooter dans des lieux sales. Vous, vous leur donnez une seringue, un petit tampon d'alcool et tout, et eux ils vont avoir les mains toutes noires, ils vont mettre la seringue par terre, la cuillère sera toute sale, le citron sera moisi...Et voilà ! J'aimerai bien ouvrir une salle d'injection (...) Mais ça pose problème...C'est vrai que c'est très facile pour moi, je suis pas gênée quand je vois des gens qui se shootent, mais je sais que ça peut être très violent pour des intervenants, des gens qui n'arrivent pas par exemple à se shooter, le sang qui coule, qu'est ce qu'on fait quand on est intervenant ? C'est vachement dur ça. L'usage de drogue est très violent ! Je vous parlais tout à l'heure de l'usure des personnels dans les boutiques, mais imaginez une salle d'injection ? Je comprends qu'il y ai plein d'intervenants qui soient contre mais je pense qu'on ne devrait pas faire l'économie de se lancer là-dedans, il faut se lancer là-dedans, enfin moi je serai prête.» (une intervenante dans un dispositif bas seuil - extrait d'entretien).

---

[683] *Ibid.*, p. 147.
[684] CALVEZ M., *op. cit.*, p. 111.
[685] Une première salle d'injection (« shooting room ») avait été mise en place en 1994 à Montpellier par l'association Asud. Depuis sa fermeture en raison de deux overdoses survenues sur les lieux quelques mois plus tard, la question ne semble guère être d'actualité.

Bien que ces solutions ne soient pas exclusives l'une de l'autre, les professionnels se positionnent quant à eux dans une optique largement moins subversive. La réduction des risques nouvelle formule devrait désormais s'allier à d'autres causes... un peu moins humanitaires, un peu plus sécuritaires. Les usagers là encore devraient sans doute y retrouver leur place...

« En ce qui concerne les stratégies de réduction des risques je leur ai dit qu'il me paraissait nécessaire de les dissocier de la discussion sur la dépénalisation ou la légalisation du cannabis, que c'était à chaque fois s'adjoindre un boulet à des mesures pratiques de réduction des risques, et que le deuxième point, mais on était pas tous d'accord y'a eu des frictions, c'était de conjuguer les actions de santé publique et d'ordre public. Que tant qu'on aurait un discours uniquement protection des usagers de drogues il serait insuffisant, que si on expliquait que c'était protection des usagers de drogues et arrêt des nuisances entraînées par les usagers de drogues laissés à l'abandon ça passerait mieux en France, que c'était peut-être aussi stratégique mais que si on expliquait qu'il fallait tout faire, tout changer, tout donner pour les usagers de drogues, à expliquer uniquement que c'était tous nos frères, nos fils, nos filles, ça passerait pas auprès de tout le monde, qu'il fallait expliquer que la réduction des risques ça marchait non seulement pour l'individu mais aussi pour la collectivité. Que c'était une politique saine pour l'individu mais qui était aussi saine pour la collectivité en terme de sécurité, en terme d'arrêt des nuisances de cette marginalisation. Que si on voulait convaincre un certain nombre de quartiers fallait leur dire que le boulot qu'on allait faire allait leur être utile, qu'ils avaient le droit d'haïr les usagers de drogues, et que ça tombait bien, parce que ce qu'on leur proposait allait leur épargner un certain nombre de nuisances entraînées par les usagers. Là aussi y'a eu un certain nombre de frictions (...). La seconde stratégie de Limiter la Casse si on y arrive ça serait de coller plus à cette complémentarité de l'ordre public et de la santé publique » (un médecin somaticien - directeur d'un centre de soins pour usagers de drogues - extrait d'entretien).

2-3 : Sur le seuil

Le bilan, pour ce que nous en savons, apparaît à moyen terme pour le moins mitigé. Construits dans un formidable élan de générosité destiné à mettre « hors de l'eau » certaines populations, à les réconcilier avec un monde (et des institutions) duquel elles semblaient (devoir être) écartées, « exclues », ces dispositifs intermédiaires se sont également, de toute évidence et involontairement fourvoyés dans la longue lignée de ce que M Foucault désignait comme ces « systèmes d'insertion, de distribution, de surveillance, d'observation, supports (...) du pouvoir normalisateur »[686]. Comme le montrent G. Berlioz et L. Dubouchet, et leur propos est aussi valable pour les actions en terme de réduction des risques à destination des usagers de drogues, « faire de la prévention de la délinquance, c'est identifier ce risque et anticiper sur le développement de celui-ci à devenir événement par la mise en œuvre d'actions

[686] FOUCAULT M., *op. cit.*, 1975, p. 356.

directement destinées à empêcher l'apparition de comportements délictueux. On crée à cette fin des dispositifs spécifiques avec le paradoxe inhérent au fait qu'ils risquent de renforcer la position des personnes en les stigmatisant davantage »[687]. Cette perspective, nous l'avons vu se mettre en forme autour de ces jeunes écoliers sensément extraits pour un temps (et pour des raisons parfois très floues) de leur établissement d'origine, qu'une très infime proportion seulement réintègre finalement (reste à savoir si cela est définitif). On la voit aussi se jouer, et depuis plus longtemps, en ce qui concerne les consommateurs de drogues tant bien que mal pris en charge sous l'effet de quelques substances magiques et autres supports savants. Tant bien que mal en effet, car il semble que la filière ici s'épuise, que l'on soit déjà arrivé à la fin d'un cycle. Pour les plus âgés d'entre eux en tous les cas, bien qu'ils ne soient pas très vieux, il semble que le parcours s'arrête là, il n'y a guère somme toute d'autres circuits possibles.

« Petite pièce étanche entre deux milieux différents qui permet le passage »[688], telle est la définition communément admise d'un sas. Sensés être à l'origine un sas entre la marginalité et la société dite civile, ces dispositifs (nous parlerons ici des bas seuil) semblent au demeurant avoir rempli leur rôle. Mais le mot le plus important de cette définition reste sans doute celui de « passage ». Nous avons vu précédemment que la notion de rites de passage (ou rites d'institution chez P. Bourdieu) caractérise le passage d'un individu d'un statut à un autre statut dans la société. Tout passage d'un état à un autre comportant des incertitudes, les rites sont là pour assurer un ordre, ainsi qu'un certain contrôle. Dans son ouvrage sur la question, A. Van Gennep explique que ces moments d'incertitude sont des situations de seuil ou de marge : « le seuil n'est qu'un élément de la porte et la plupart des rites doivent être pris au sens direct et matériel de rites d'entrée, d'attente, de sortie, c'est-à-dire de passage (...). Quiconque passe d'un territoire à l'autre se trouve matériellement et magico-religieusement, pendant un temps plus ou moins long, dans une situation spéciale : il flotte entre deux mondes, c'est cette situation que je désigne du nom de seuil ou de marge »[689]. Outre leur nom, ces dispositifs s'appliquent parfaitement à ce type de situation. L'individu est partiellement sorti de son statut antérieur (le « toxicomane » malade ou délinquant), mais il n'est pas tout à fait entré dans son nouveau statut. En effet, si le terme « d'usager » utilisé aujourd'hui couramment pour désigner ces individus participe de la mise en relief d'une citoyenneté nouvelle fondée sur des droits auxquels ils n'avaient jusque-là pas accès (celui de pouvoir accéder aux soins, de pouvoir bénéficier d'un hébergement, d'un emploi, etc), elle ne se

---

[687] BERLIOZ G., DUBOUCHET L., *op. cit.*, p. 93.
[688] Dictionnaire le Petit Robert
[689] VAN GENNEP A., *op. cit.*, pp. 24-25.

départ pas d'un grand nombre de devoirs (celui d'être « responsable », de vouloir s'en sortir », de « vouloir aller mieux » dirait T. Parsons ; de se plier aux diverses analyses que requièrent les programmes de substitution, sous peine d'en être exclus, aux enquêtes de toutes sortes destinées à mieux connaître leur « mode de vie ») lesquels, en vue de leur situation (sur laquelle nous allons revenir) ne sont pas sans laisser voir qu'ils ne participent là, finalement et activement, qu'à leur propre contrôle.

Certes nous l'avons vu, pour beaucoup, même s'ils continuent à consommer, le quotidien n'est plus vraiment axé sur la drogue. Nombre d'entre eux suivent un programme de substitution, ont entamé de leur propre chef des démarches visant à trouver un hébergement, à obtenir une carte d'assuré social, à faire une demande de RMI, à trouver un stage d'insertion professionnelle. La possibilité ici de se poser, de discuter, se restaurer, se laver, se soigner a rendu possible une réflexion sur soi, sur sa place dans le monde. Il n'est pas rare non plus que certains renouent des contacts avec une famille, des enfants dont ils s'étaient éloignés. Nombre de récits mettent ainsi en évidence un « avant » et un « après », qui permet de visualiser ce tournant dans leur trajectoire. C'est parfois à travers de petits constats que se mesure le chemin parcouru. Il n'est pas sans révéler non plus un certain paradoxe.

« Avant je faisais la manche, mais là ça fait plusieurs mois que j'en fais plus, depuis en fait que j'ai commencé le traitement à la méthadone. Je sais pas pourquoi, je peux plus, c'est la fierté, je sais pas. Alors je vais aux Restos du cœur, là je peux manger » (Gildas, 34 ans - extrait d'entretien).

Piètre consolation, piètre avancée...en effet. Et elles sont hélas légion dans les discours de ces « usagers ».

« J'ai arrêté la came y'a pas longtemps, la prostitution aussi mais bon, j'ai recommencé. Encore maintenant quand j'ai pas d'argent je me dis « bon ben j'ai pas le choix, j'y vais quoi », et puis tu penses à certains clients, tu te dis « oh ben celui là il était pas con, il était pas chiant et tout, il donnait l'argent, c'est facile après tout ». Bon j'espère ne pas y aller demain quoi, mais je sais que si j'ai pas le RMI j'aurai pas le choix, je serai obligé de le faire. Je serai obligé parce que là hier, je suis allée demander deux cent, trois cent francs dans une association, qu'est ce qu'il faut ? Il faut ça, il faut ça, il faut ça, il faut tel papier, le temps de faire tous ces papiers t'as le temps de crever la dalle, alors bon ben, je me démerde comme je peux, alors je me prostitue, voilà. Et puis même si on me donne de l'argent autrement, je peux pas non plus toujours venir pour ça, ils peuvent pas non plus, ils ont un budget. Par contre je bosse plus la nuit, fini la nuit. La nuit c'est trop dur quoi, enfin pour moi, chacun son truc. Moi la journée c'est des gens normaux, c'est pas des gens qui sont bourrés, des cons qui me font chier. Non là je les connais, ils savent que je suis à la journée, je les connais et je me sens mieux quoi. Je

vais plus avec quelqu'un que je connais pas » (Myriam, 26 ans - extrait d'entretien).

Ce type de constat qui tend à souligner, comme nous le faisait remarquer un psychiatre précédemment cité[690] que le fait de sortir de la drogue ne résout pas tous les problèmes au sens où ils le croyaient, peut chez certains avoir un effet inverse susceptible d'enclencher un retour vers la consommation, somme toute la remise en route vers un « destin ». Le monde « nouveau » n'est pas un monde idéal, et nombre d'entre eux se révoltent contre cet état de fait.

« Depuis que je prends la métha, je sais pas, j'ai plus la santé comme avant. Bien que je sois négative au niveau du sida, bon j'ai les hépatites mais j'ai pas... j'ai pas la pêche quoi. J'suis pas malade mais l'envie est toujours là quoi. C'est pour ça que c'est important qu'il y ait aussi autre chose à côté quoi. C'est quand même assez lamentable. Vous allez donner de la métha aux gens mais en dehors ils font quoi ? Ils ont pas à bouffer, ils ont pas où dormir. Malheureusement avec la métha on a pas la possibilité de remplacer vraiment tout ce qu'il y a autour. Moi ça m'arrive maintenant de voler, mais je vole plus pour acheter ma came, je vole pour bouffer maintenant. Combien de fois je me suis fait choper dans les supermarchés. Une fois j'ai craqué tellement, je me suis mise à pleurer, le mec il est retourné dans le magasin, il a pris la bouffe, il me l'a donnée, il m'a dit « allez hop, partez ». C'est pas normal qu'on soit obligé d'aller taxer à bouffer dans les magasins ! Pour avoir l'allocation handicapé, il faut être séro. Y'a 6 mois au moins d'attente pour avoir l'allocation. Les gens qui sont vraiment malades vous croyez qu'ils ont envie de se faire chier à faire les démarches ? On a un copain qui a fait la démarche, le jour où il a touché son allocation, la semaine d'après il est mort ! » (Christine, 30 ans - extrait d'entretien).

Trouver un emploi ou un stage de formation, recommencer des études, n'est guère aisé pour ces personnes souvent peu qualifiées, longtemps demeurées à l'écart des circuits professionnels. Certains y parviennent, mais le chemin est long et ne se fait pas sans heurts. Des phases critiques demeurent qui sont autant de moments qualifiés par les intervenants de moments « à risques ».

C'est aussi lors de ces phases de découragement que se formulent certains regrets, qui laissent entendre qu'ailleurs, protégée et isolée du monde, la personne aurait eu une vie meilleure, parce que le monde dans lequel elle vit aujourd'hui ne sait ou ne peut constituer, pour l'heure, le support tangible de sa nouvelle identité.

« Des fois quand je pense à tout ça, quand je me vois maintenant sans un rond, sans rien, je regrette un peu parce que... si j'étais resté au Patriarche en fait j'aurai eu la belle vie » (Christine, 30 ans - extrait

d'entretien).

Ce genre de propos laisse à penser, comme le font remarquer O. Mongin et D. Salas que le modèle traditionnel duquel s'efforcent de se démarquer les nouvelles formes d'interventions, pouvait avoir ceci de meilleur qu'il offrait au moins, certes sous un mode paternaliste, les contours d'une identité saisissable : « « tu es toxicomane », « tu es délinquant », plus reposante qu'une quête angoissante et aléatoire »[691].

« Sur le seuil » d'une nouvelle vie, ces personnes n'envisagent guère l'avenir que sur un court terme. Seule compte, pour l'heure, la vie au jour le jour centrée bien souvent sur ces dispositifs. Certaines propositions émergent alors, visant à pallier au « non-faire », à l'ennui et à certaines carences de tous ordres Dans l'attente d'une ouverture, une alternative qui viserait à consolider et à porter, de manière effective, un nouveau statut, dans l'attente somme toute d'un véritable passage, se déversent sur ces dispositifs des manques et des désirs qu'ils n'ont sans doute pas vocation à combler.

« Ca serai bien qu'ici ils nous donnent des colis alimentaires, qu'ils nous donnent un petit coup de pouce parce que moi quand j'ai payé mon loyer et mon électricité, ben il reste plus rien quoi » (Martin, 41 ans - extrait d'entretien).

« La seule chose qui me plaît pas c'est que ça soit fermé le samedi et le dimanche. Moi les week-end je les passe à la maison, à rien faire. C'est dommage aussi que ça soit pas ouvert toute la journée. Ce qu'il faudrait aussi c'est qu'ils organisent des sorties entre nous, le resto, la mer l'été, des pique-niques, n'importe quoi, ça ça serait bien » (Ali, 31 ans - extrait d'entretien).

D'aucun leur disent bien sûr (et pas forcément pour s'en décharger) qu'il faut aussi qu'ils se prennent en main, qu'ils « se bougent », misant ainsi sur leur capacité théorique et pragmatique à gérer à présent leur propre conduite, en oubliant toutefois des inégalités de sort bien réelles, inhérentes à la fois au parcours antérieur de ces individus mais aussi à la place qui leur est réellement faite au sein de cette société dans laquelle ils sont désormais censés « agir » bien souvent en un minimum de temps. Comme le signale en effet J-F. Noël « on en arrive à exiger des exclus des démarches dont les couches supérieures de la population sont bien incapables : « construire un itinéraire cohérent, « avoir un projet professionnel»[692] ; et ce

---

[690] Cf dans cette partie, Chapitre I, 1, 1-1.
[691] MONGIN O., SALAS D., *op. cit.*, p. 192.
[692] NOEL J-F., L'insertion en attente d'une politique, In DONZELOT J [Dir]., Face à l'exclusion, le modèle français, Paris : Ed Esprit, mai 1991, p. 196.

même auteur d'ajouter en note, à juste titre : « personnellement, j'ai une formation initiale à bac + 4, vingt ans de vie professionnelle, un parcours totalement chaotique et pas de projet à plus d'un an. Et vous ? »[693]. Il n'y a pas lieu pour autant d'incriminer ces dispositifs et leurs intervenants ; cantonnés dans un rôle d'exécutants ; ils font semblent-ils, malheureusement, ce qui localement est en leur possible. Mais, et c'est ce que montre bien P. Hassenteufel, créer des liens, travailler sur la relation, favoriser une insertion sociale « n'est pas ipso facto synonyme d'activation de l'identité citoyenne (...). L'insertion sociale diffère de l'insertion professionnelle, condition décisive de l'intégration à la société »[694]. En fait, ce que l'on peut reprocher à ces types d'interventions et aux diverses orientations qu'elles proposent (vers des programmes de substitution, vers des pis-aller d'insertion : RMI, stages de formation, etc), c'est qu'elles font le plus souvent abstraction, en se centrant sur les prestations à offrir à l'usager (dans l'urgence, « le nez dans le guidon » si l'on peut dire et sans doute faute de mieux), du fait que la réponse au problème se situe à un autre niveau, à commencer par celui des instances devant lesquelles ces intervenants s'efforcent, quand ils en ont la possibilité et autant dire rarement, de porter leurs revendications. A moins d'une refonte globale de ce côté là ces bas seuils, supports et refuges pour les usagers, n'auront d'autre choix que de multiplier à l'infini des prestations minimales afin de contribuer à la maîtrise et au contrôle de cette situation sociale, liminaire.

---

[693] *Ibid.*

[694] HASSENTEUFEL P., L'Etat Providence ou les métamorphoses de la citoyenneté. L'année sociologique, 1996, vol 46, p. 147.

Chapitre III : Trouver de nouveaux véhicules

1 - Des experts providentiels

1-1 : De nouveaux dispositifs

Il ne suffit pas, de toute évidence de célébrer la transversalité, les réseaux, le partenariat pour que d'emblée se fondent et s'organisent de nouveaux modes professionnels et institutionnels de résolution des problèmes sociaux. Il ne suffit pas non plus, manifestement de développer de nouvelles technologies, de nouveaux supports intermédiaires de sociabilité pour que d'emblée les populations « à problèmes » ainsi visées y trouvent leur compte. Si la « nouveauté » voire l'originalité s'imposent partout depuis quelques années, elles résident plus semble t-il dans la mise en évidence des limites du modèle traditionnel à répondre à une « globalité » que dans la constitution d'un projet cohérent susceptible de faire face à l'enchevêtrement et le caractère multidimensionnel des problématiques ainsi dévoilées. Des déplacements, des glissements, des adaptations ont bien eu lieu au demeurant qui ont permis la réalisation d'un certain nombre d'actions, mais comme le soulignent P. Hassenteufel et C. Martin « ces actions finalisées dans le temps achoppent sur de multiples difficultés : lenteur de la constitution des réseaux (...), difficulté de décloisonnement et inertie des services, problème de la durée des opérations et de la fluctuation des politiques sur le long terme, déficit des savoir-faire, incompréhensions et obstacles à l'émergence d'un sens partagé par l'ensemble des acteurs »[695].

Ces difficultés sont d'autant plus cruciales qu'elles ne peuvent guère s'en remettre à des modalités « classiques » ou disons directes de résolution telles qu'elles prévalaient par exemple entre les spécialistes de la toxicomanie et leurs précieux alliés administratifs ou encore, plus en aval dans le cadre institutionnel et relativement consensuel de la clinique. A la complexité des problématiques a répondu un effilochage des circuits traditionnels de décision, une hétérogénéité accrue des acteurs (et par-là même des logiques et des représentations) en présence, un brouillage de leurs missions respectives qui ont plus contribué finalement à accroître l'isolement d'un certain nombre de professionnels (à commencer par les moins légitimés d'entre eux comme les travailleurs sociaux) qu'à servir de supports effectifs pour une refonte globale et un tant soit peu cohérente de leurs activités. Ne sachant plus trop à quel

saint se vouer, ces agents (et institutions) n'ont, il est vrai, dans le même temps, plus guère le temps d'y penser. « Le nez dans le guidon » si l'on peut dire (expression qui revient d'ailleurs souvent dans leurs propos), ils s'efforcent dès lors de pallier, dans l'urgence et la plus grande contingence, les difficultés qui s'imposent à eux ; ils se chargent de mobiliser par eux-mêmes, sur leur propre terrain d'intervention les ressources théoriques et pratiques qui leur font aujourd'hui défaut. Nul doute alors qu'en cas de problématiques mal maîtrisées (tout au moins perçues comme telle), en cas « d'échec », ils en portent également, compte tenu de leur isolement, toute la culpabilité.

Le champ potentiel est immense avons-nous maintes fois relevé...En effet, parce « le traitement concret du risque suppose que des modes de coopération soient activés qui mettent en compatibilité les diverses parties prenantes »[696], parce qu'il importe coûte que coûte d'instaurer entre tous une « mise en compatibilité (qui) signifie qu'au minimum chacun prend en compte l'existence des intérêts de l'autre, ce qui se traduit par la reconnaissance de la position du partenaire »[697], de nouveaux chaînons manquants se doivent d'être à nouveau institués. Dans la mesure même où comme le soulignent encore P. Duran et J-C. Thoenig, l'apport des compétences internes n'est pas suffisant, c'est au-dehors, partant d'un regard décentré que doivent être traitées ces problématiques multidimensionnelles. L'apport de l'expert, de surcroît s'il dispose (à partir notamment du savoir analytique) des outils propres à la mise à distance, à l'écoute, à la réflexivité et au transcodage, pour reprendre les termes de P. Lascoumes, devient ici essentiel.

Arriver à constituer des valeurs communes autour de la prise en charge des femmes enceintes et/ou mères toxicomanes et séropositives ainsi que leurs enfants, deviendra l'objectif de J. Ebert, notre « passager clandestin » depuis lors Directeur de Horizons, après quelques années de pratiques. Telle sera la fonction de la dénommée Unité de Coordination, structure de médiation inter-institutionnelle et inter-professionnelle.

« Cette idée est partie de Jean Ebert, à partir de la pratique qu'il avait eue à Horizons, donc de la nécessité de contacts avec les maternités, avec... Et du fait que effectivement on ne pouvait pas travailler sur cette question là sans travailler avec les autres, et que...y'avait un travail à faire, les regards que les gens avaient là-dessus étaient tellement différents qu'effectivement, c'était le grand écart en permanence et que ce travail exigeait énormément de temps. Comme Horizons était encore une structure très petite, tout le temps passé à contacter ou à voir, à rencontrer physiquement les gens qui s'occupent de ces femmes là, était un temps qui

---

[695] HASSENTEFEUL P., MARTIN C., *op. cit.*, p. 190.
[696] DURAN J-P., THOENIG J-C., *op. cit.*, p. 600
[697] *Ibid.*

déshabillait l'institution de l'intérieur, donc y'avait une sorte de paradoxe. Je pense que c'est de là que ça vient ce projet, de cette constatation du travail à Horizons.». (Une psychiatre dans une unité de coordination inter-institutionnelle - extrait d'entretien).

« Aller au-delà de la spécialisation des équipes, aider les partenaires concernés par la périnatalité à travailler ensemble : la vocation de l'Unité de Coordination est de créer le lien qui leur permette d'articuler leur travail dans le respect réciproque des missions et des compétences de chacun (...). Le dispositif médical et social est relativement complet en France. Néanmoins, on s'aperçoit assez vite que les équipes font part de leurs inquiétudes lorsque les problèmes s'imbriquent.(...). Evidemment, il est toujours possible d'imaginer des institutions de plus en plus spécialisées, de plus en plus ségrégatives. Pourtant, l'Unité de coordination part de l'hypothèse que les différents professionnels ont certainement les compétences nécessaires, mais qu'ils se trouvent trop fréquemment seuls confrontés à de multiples problématiques auxquelles ils ne peuvent répondre que par l'articulation avec d'autres professionnels, d'autres institutions.»[698]. Il s'agit en ce sens d'un lieu tiers auquel les professionnels peuvent faire appel aussi bien pour s'enquérir de quelques informations (informations quant aux structures existantes, informations médicales, etc) que pour tenter de résoudre, en profondeur, une situation (une prise en charge) qui leur pose problème. Ils seront dans ce dernier cas reçus (seuls ou avec d'autres collègues) par une équipe « experte » en la matière qui décortiquera avec eux le cas en question et s'efforcera d'y trouver, dans une mise en réseau coordonnée (au terme parfois de plusieurs rencontres, élargies le plus souvent à d'autres partenaires concernés, de près ou de loin, par le cas en question), les solutions appropriées.

Issu des constats établis après plusieurs années de pratiques au centre Horizons, un tel projet n'en est pas pour autant entièrement nouveau. D'autres dispositifs du même type ont vu le jour au cours de cette dernière décennie en France, dans des domaines relativement divers (certains sont ainsi particulièrement orientés dans l'aide aux professionnels travaillant dans le champ du sida, d'autres visent à servir de support aux enseignants massivement confrontés à l'échec scolaire ou encore à « la violence à l'école »)[699]. L'un d'entre-eux, au demeurant, a particulièrement inspiré le Docteur Ebert. Il s'agit d'un dispositif expert mis en place en 1994

[698] La lettre des réseaux périnatalité, éditée par l'Unité de Coordination -Horizons, n°1, avril 1997.
[699] Soulignons que cette liste est certainement loin d'être exhaustive. Il ne s'agit au demeurant pas ici d'opérer un recensement complet de telles structures mais plutôt de montrer à partir d'un ou deux exemples choisis l'évolution qu'elle tendent à signifier, dans le cadre de notre problématique.

dans le domaine de l'adolescence difficile. Le principe, tel que nous l'a exposé son initiateur est diamétralement le même.

« Le but est de promouvoir des actions innovantes pour les adolescents incasables. C'est un dispositif qui reçoit pour l'essentiel les professionnels, qu'ils soient éducateurs, assistantes sociales, médecins ou psychologues, quel que soit le registre, de l'Education Nationale, des CMPP, de l'ASE, de la PJJ, de l'habilité ou pas, etc, qui sont en situation d'impasse avec un jeune. Ils téléphonent et sont reçus conjointement par un éducateur de la PJJ et par un psy, de formation analytique, et on écoute les gens de façon à ce qu'ils nous disent de quoi il ressort (...). Quand on a épuisé toutes les ressources locales on vient parler ici de l'histoire de la prise en charge » (Un pédo-psychiatre - directeur d'un dispositif expert pour adolescents en difficulté - extrait d'entretien).

« Actions innovantes » ... l'expression prête à réflexion. De telles méthodes semblent participer plutôt d'une adaptation, d'un recyclage de pratiques anciennes que d'une nouveauté pure et simple. L'idée en effet se rapproche assez nettement[700] de ces groupes dénommés « groupes Balint » instaurés par le psychiatre britannique (d'origine hongroise) du même nom considéré comme le continuateur de l'œuvre de Ferenczi dont il fut l'élève. Un détour vers l'histoire d'une telle pratique nous permettra peut-être de saisir la valeur qu'elle est susceptible de prendre dans le contexte d'aujourd'hui.

Si Ferenczi, partant d'une remise en cause du cadre de la cure analytique s'est par la suite longtemps attaché (nous l'avons vu en partie)[701] à l'analyse des effets de la psychologie des médecins eux-mêmes sur leurs patients, M Balint va y répondre de façon pragmatique en proposant aux praticiens (généralistes) qui le désirent (aux alentours de 1950) de participer à des réunions hebdomadaires au sein desquelles l'un d'entre eux serait amené à exposer au groupe et au « leader » psychanalyste[702] un « cas » qui le préoccupe et qu'il ne parvient pas, seul, à élucider. « Ses collègues essaient de trouver avec lui des solutions en l'aidant à comprendre les raisons des blocages survenus dans sa relation avec ce malade, qui l'ont empêché d'être un médecin efficace. Pour dégager ce qui se passe entre ce médecin là et ce malade là, chacun donne son avis, ses impressions, ses interrogations. Le leader ponctue les phases de la compréhension de l'évolution de cette relation-médecin-malade et éclaire des points que le rapporteur du cas n'a pas vus ; il débusque aussi les comportements

[700] Sans que jamais au demeurant un tel lien, une telle filiation ait été explicitement énoncée au cours des entretiens effectués avec ces agents.
[701] Cf deuxième partie, chapitre I, 2 ; 2-2.

automatiques que le médecin répète à son insu »[703]. M Balint s'est lui-même inspiré pour ce faire de pratiques groupales dénommées « case-work » (« travail de cas ») en vogue aux Etats-Unis au début du vingtième siècle, importées en France après la deuxième Guerre Mondiale et utilisées notamment (jusqu'aux années soixante) dans la formation des assistantes sociales. L'une des définitions du case-work rapportée par M. Moreau-Ricaud est celle-ci : « le case-work peut-être défini comme l'art de faire différentes choses pour et avec différentes personnes, en coopérant avec elles pour réaliser à la fois l'amélioration de leur propre état et celui de la société »[704]. Le contexte qui a vu l'émergence et l'expansion de telles méthodes a son importance ici. Nous l'avons vu aux prémisses de cette thèse, si l'après-Seconde Guerre Mondiale a vu apparaître de nouvelles expérimentations en matière de prise en charge des populations (d'un modèle fermé à un modèle plus ouvert, plus collectif), il faut préciser que l'intérêt fut également porté alors vers le soutien de ceux, professionnels cette fois qui, en raison des traumatismes et bouleversements sociaux laissés par la Guerre, se sont vus acculés aux limites de certaines de leurs pratiques. De là, dans un tel contexte, le développement des case-work: « désemparés devant la dislocation des couples et des familles qui a suivi les années de guerre, les assistants sociaux trouvent, dans les séminaires, un lieu et des moyens pour appréhender les problèmes, c'est-à-dire pour réfléchir aux échecs familiaux et tenter une approche thérapeutique »[705]. L'intérêt de Balint envers les difficultés des médecins généralistes participe, comme le montre encore M. Moreau-Ricaud, d'une même réalité : « la médecine générale, en crise depuis l'après-guerre, est au moins en partie redevable à Balint des mutations qui l'ont tiré d'un grave état de « dépression ». Certains l'ont reconnu : « in the early 1950's general practice in Britain was in state of depression (...) Then came along garian psychoanalyst called M. Balint »[706]. Plus qu'une simple formation des médecins à la psychothérapie, le souci de Balint était, selon le même auteur de « (le)maintenir dans le cadre de son métier »[707], en l'aidant à maîtriser, après qu'il les eut « révélées » au cours du récit de la « situation », ses propres émotions. L'auteur donne ainsi un exemple assez significatif des situations « travaillées » lors des séances de groupe : le cas relaté est celui « d'une femme célibataire de 34 ans souffrant d'un prurit vulvaire. Après avoir incité les médecins à réfléchir

---

[702] Tel est le terme employé par M. Moreau-Ricaud dont l'ouvrage sur l'œuvre de M. Balint nous sert ici d'appui. Cf MOREAU-RICAUD M., Michael Balint, le renouveau de l'Ecole de Budapest, Paris : Ed Erès (coll. « Actes »), 2000.
[703] *Ibid.*, p. 166.
[704] *Ibid.*, p. 167.
[705] *Ibid.*, p. 171.
[706] « Au début des années cinquante, la médecine générale en Grande-Bretagne était en état de dépression (...). Alors arriva un psychanalyste hongrois appelé Michael Balint ». *Ibid.*, p. 185.

sur l'aide que la patiente semble avoir tiré de la réassurance par son médecin, une évidence s'impose : le médecin ne sait pas pourquoi il l'a ainsi rassurée. Interrogé sur ce qu'il lui a dit, il ne retrouve d'abord pas sa formule de réassurance, et, quand il la communique enfin, le doute persiste sur sa force roborative. En fait, il apparaît progressivement aux yeux du groupe que « lorsqu'au lieu de l'aider il la rassura », il l'avait rejetée inconsciemment car elle n'avait rien de féminin à ses yeux. Mieux valait donc fermer les yeux (ne pas l'examiner et surtout ne pas faire d'examen gynécologique !), refermer vite ce corps et ce dossier au risque d'être désespéré devant le no man's land de cette vie »[708].

C'est semble t-il en France, en raison même de la pénétration de la psychanalyse à partir des mouvements de l'antipsychiatrie que la méthode Balint fut le plus favorablement accueillie[709]. Les mouvements étudiants de mai 68 et la remise en cause notamment, à cette époque, d'une médecine technique et mandarinale peu encline à s'ouvrir sur la « relation » et la compréhension des malades, verront s'accroître l'intérêt pour une telle méthode[710]. « L'envolée » au demeurant restera relative. Si des critiques se font entendre vers le milieu des années soixante-dix vis-à-vis de ce que certains perçoivent alors comme une « psychiatrisation du médecin » et une méthode aux visées douteuses et aléatoires, dénuée de fondements scientifiques, elles apparaissent sans commune mesure avec la minorité de médecins initiés à « la cause » (moins de 1% selon l'auteur). Si des groupes ainsi dénommés continuent depuis lors à s'organiser en France sous la houlette d'un « comité des sages » qui se donne pour tâche d'en vérifier la conformité, il semble que la « tradition » se soit quelque peu diluée au grand dam par ailleurs de M. Moreau-Ricaud elle-même : « une des tendances américaines va jusqu'à mettre en doute la nécessité pour le leader d'une expérience analytique ! Il nous semble que le seuil d'exigences s'est dramatiquement abaissé, jusqu'à ne plus garder aucun lien avec la psychanalyse »[711].

S'ils n'en portent pas la dénomination officielle, les dispositifs qui nous intéressent ici peuvent indéniablement être présentés comme une émanation de ces « groupes Balint » et plus généralement des « case-work ». Certes, la méthode a changé, la psychanalyse notamment, bien que toujours présente (nous le verrons), y est moins affichée comme tenant

---

[707] *Ibid.*, p. 185.
[708] *Ibid.*, p. 189.
[709] Ginette Raimbault médecin psychiatre et psychanalyste fut une des premières importatrice de la méthode Balint en France. Elle fut aussi directrice de l'Unité 158 de l'Inserm, dénommée « recherches psychanalytiques et sociologiques en santé publique » dissoute en 1998.
[710] Notre propos n'étant pas ici de retracer toute l'histoire du mouvement Balint en France, nous référons à l'ouvrage sus-cité pour une analyse détaillée. Cf notamment pp. 193-204.
[711] MOREAU-RICAUD M., *op. cit.*, p. 211.

un rôle « leader » (pour autant, pour reprendre une expression de R. Castel ne s'enfle t-elle pas de demeurer ainsi cachée ?). Mais le contexte, en dépit d'une période de « crise » à peu près similaire eu égard aux limites qu'elle pose à certaines pratiques professionnelles, n'est plus le même non plus : le caractère multidimensionnel des risques n'impose plus tant que le professionnel réfléchisse sur un long terme à l'influence de sa propre psyché sur son client qu'aux possibilités de gérer au mieux (et au plus vite), partant de la prise de conscience de ses propres limites et de ce qu'il a ainsi à gagner dans le partenariat, les situations qui le perturbent. En ce sens, la définition (telle qu'elle est donnée plus haut) du case-work est-elle encore aujourd'hui (peut-être même plus qu'auparavant) d'actualité. Outre le caractère éminemment plus collectif des situations ainsi gérées, les récits de ces nouveaux « leaders » présentent une grande ressemblance avec les études de cas rapportées (tel celui rapporté plus haut) par M Balint.

« L'une des conclusions à laquelle on arrive nous ici c'est que la situation du jeune est tellement difficile, tellement lourde, tellement pathologique qu'elle empêche les gens de travailler normalement. Ils sont délogés de leur place professionnelle parce que ce qu'on vient leur demander est strictement impossible et que personne ne peut répondre. Dans ces situations le médecin devient éducateur, l'éducateur devient médecin, le juge devient assistante sociale, personne ne fait son boulot. Tout le monde s'est déplacé de sa place professionnelle. Les gens ne s'en aperçoivent pas, ils s'en aperçoivent quand ils viennent ici. Mais pour eux c'est le jeune qui est incasable. Il est incasable parce que toutes les institutions dans lesquelles on a placé le jeune craquent : la famille d'accueil a sauté, le foyer a sauté, l'hospitalisation a été grillée, enfin tout a été grillé. Bon alors on regarde avec les gens et d'un seul coup on s'aperçoit que ben cette jeune fille qui aujourd'hui est violente, qui est agressive, qui se suicide, qui est à moitié délirante, ben elle était rentrée dans le système y'a quatre ans parce qu'elle avait été violentée par je ne sais plus trop qui de son histoire familiale. Et on s'aperçoit que pendant quatre ans personne ne s'est préoccupé du père de l'enfant ni le juge, ni les assises, ni l'ASE, ni le psy ni personne. Alors quand on remonte l'histoire familiale on comprend pourquoi les choses sont comme ça et que simplement les institutions qui avaient à s'occuper de l'enfant, au lieu d'être le garant de quelque chose de l'ordre du changement, venaient dupliquer l'histoire familiale. Parce que aucun de ces services ne s'est occupé du père, et non seulement du père mais aussi du grand-père, la mère qui avait un nouveau compagnon et avait des enfants sous un faux nom, une espèce comme ça de...Tout le système qui vient garantir que quelque chose pouvait être réparé se mettait à dysfonctionner depuis quatre ans. Alors, c'est pas nous qui avons un savoir, simplement les gens d'un seul coup, au moment où ils sont en train d'exposer leur dossier, s'aperçoivent que, en effet, ils n'ont pas demandé les fiches d'état civil comme ils le font d'habitude, ils ont pas convoqué le...ils ont pas fait le travail qu'ils font d'habitude, normalement. (...) Mais qu'est ce qu'on leur demande aujourd'hui à ces gens ? On peut pas demander...quand on travaille à l'ASE et qu'on s'occupe d'enfant on se demande si la prohibition de l'inceste ça existe hein ! Quand on voit les familles défiler les unes après les autres, les filles violées, les garçons violés, etc, mais on se dit mais est ce que ça existe la prohibition de l'inceste ? Ca existe une

généalogie qui tient debout ? C'est quand même la poubelle : On leur demande de travailler dans la poubelle, on leur demande de travailler dans la merde ! Et y'a rien au niveau de leur formation professionnelle qui va les prémunir de ça (...). Alors comment voulez-vous ne pas être blessé, traumatisé ? Le seul moyen c'est de se couvrir la tête avec une capuche, de travailler dans la routine, voire arrêter de travailler intelligemment » (un pédopsychiatre - directeur d'un dispositif expert pour adolescents difficiles - extrait d'entretien).

1-2 : Les manifestations d'une compétence

Ce dispositif expert (nous parlerons ici de l'Unité de Coordination : UDC) requérait bien sûr qu'un ou plusieurs agents du même nom s'y impliquent afin d'en constituer l'équipe. Aux prémisses de celle-ci, un agent furtivement croisé à mi-parcours de cette analyse, au moment de la constitution d'un groupe de pilotage mis en place par la Direction de l'Action Sociale vers le milieu des années quatre-vingt[712]. Psychiatre et psychanalyste de formation, intervenante dans le champ de la toxicomanie durant une vingtaine d'années, cette « professionnelle repérée » a parallèlement occupé différents postes dans différents domaines que ce soit en tant que clinicienne (en milieu hospitalier, pénitentiaire ou auprès des mineurs délinquants) ou en tant qu'administratif (dans les administrations de la Santé ou encore de la Justice des mineurs). Si la psychiatrie et la psychanalyse (sa formation de départ), de même que la toxicomanie (le domaine où elle a le plus longtemps exercé ses compétences), constituent en quelque sorte la toile de fond de sa trajectoire, le récit qu'elle en donne laisse à voir des décalages incessants, quasi-systématiques, qui nous semblent devoir tenir une place importante, là où nous en sommes. Il apparaît que c'est principalement dans les brèches, dans les entre-deux, dans les creux, dans les vides, aux confins des limites institutionnelles et professionnelles que ce personnage donne le plus à voir de ses compétences, de son sens pratique. De là, sans nul doute sa capacité « naturelle » à occuper une position d'expert dans cette Unité et surtout à être reconnue comme tel dans une période dominée par des tentatives de reconstruction ou de consolidation de pratiques professionnelles et institutionnelles. Si, comme le souligne P. Lascoumes il est, dans ces situations, des agents plus avantagés que d'autres, dans la mesure où ils témoignent « d'une forte capacité d'intégration de l'hétérogène, de recyclage des pratiques discursives et matérielles routinisées, de développement d'alliances stabilisantes et de production de principes de jugements des actions entreprises »[713], elle est vraisemblablement de ceux-là.

---

[712] Cf deuxième partie, chapitre I, 2 ; 2-3.
[713] LASCOUMES P., *op. cit.*, p. 338.

Emanation de quelques circonstances particulières (auxquelles nous allons par la suite nous intéresser) dans lesquelles elle a été amenée à exercer son activité, ces dispositions à « jouer » sur les marges sont dans le même temps indissociables d'une certaine position sociale. En ce sens ces circonstances doivent aussi leur caractère « particulier » au point de vue de cet agent « particulièrement » à l'écoute des dissonances.

«Ca fait plusieurs années que je choisis mes vues en fonction des gens qui sont autour. Parce que les thèmes finalement, je peux m'intéresser à n'importe quoi donc ça m'est... je vais pas dire que ça m'est égal mais bon je peux changer de lieux. J'ai d'ailleurs pas mal changé de lieux d'exercice (...) donc ça fait partie de la même démarche. Oui y'a des gens qui vous permettent... y'a des gens qui vous rendent plus intelligents, qui vous permettent d'exercer et d'expérimenter les choses sans vous casser avant. Et puis j'ai toujours trouvé amusant de travailler avec des gens qui ne sont pas dans ma logique. Je trouve très intéressant l'interprétariat, c'est-à-dire que... je ne suis pas une fanatique du consensus, j'ai toujours détesté les pensées totalitaires quelles qu'elles soient, et j'aime beaucoup la différence et l'acculturation. Alors ça c'est pour des raisons historiques hein, je suis moi-même d'une famille étrangère donc comment on articule des logiques, des pensées, des langages, ça m'excite parce que ça me parle, j'ai deux langues donc deux pensées, je ne pense pas forcément la même chose dans les deux langues, etc, donc dans tout ce que je fais je m'échine à maintenir cette tension permanente dans ce qui est différent (...). Finalement je me rends bien compte qu'en vingt ans je me suis toujours organisée pour être toujours dans deux endroits en même temps et dans deux endroits différents. J'ai eu une formation psychanalytique donc j'ai toujours travaillé de façon très individuelle avec mes clients, en tête-à-tête, et d'être en même temps dans un ministère par exemple, donc dans une réflexion plutôt politique, organisationnelle...oui je ne me sens bien que dans ces trucs là » (une psychiatre, intervenante dans une unité de coordination - extrait d'entretien)

Mais commençons peut-être par le commencement (certes arbitraire) : le choix de la médecine et plus précisément de la psychiatrie à la fin des années soixante. Le terme de choix au demeurant n'est probablement pas le bon ici, ou tout au moins devons nous parler d'un choix tactique suggéré par un père politiquement attaché à la « cause féminine » et soucieux à cet égard d'assurer à sa fille déjà férue de psychanalyse et plus portée à « faire » psychologie, un avenir sans trop de soucis (« c'est pour ça que j'ai fait médecine, enfin que je suis devenue psy et non pas psycho. Si j'avais été un garçon j'aurai pu faire psycho »).

Peu passionnée par ses premières années de médecine (qu'elle effectuera d'ailleurs toujours en deux temps : une année pour le certificat théorique et une année pour les stages d'externat), la jeune étudiante s'attachera à mener de front plusieurs autres activités (de même que d'autres études puisqu'elle se lancera également dans une maîtrise d'ethnologie). Suivront notamment un court remplacement d'institutrice dans un foyer pour mineurs

délinquants (son premier travail salarié) ainsi qu'un emploi de psycho-sociologue dans un bureau d'étude (elle y demeurera deux années et demi), dirigé par un homme (ingénieur agronome) auquel elle attribue aujourd'hui une grande partie de son devenir (« je pense que si je n'avais pas rencontré cet homme là je serais caissière à Franprix, enfin, pas grand chose en tous cas. Effectivement, il m'a appris à penser à partir d'un questionnement, je lui dois beaucoup »). Cette période au demeurant s'origine aussi dans un certain militantisme politique, ferment et signe de reconnaissance, nous l'avons vu précédemment, de toute une génération (« Tout ça s'origine un peu dans les comités Libé, les premiers comités Libé au moment du lancement du Journal de Libération. C'est dans toute cette mouvance là que les choses se sont passées, où les gens se sont rencontrés et...Y 'avait des tas de lieux de rencontre, de pensée. Et évidemment ça ne se perd pas comme ça »).

C'est à l'hôpital parisien Fernand Vidal (dans lequel elle retournera par la suite et pour longtemps) qu'elle effectuera son dernier stage d'externat, fin de ses études de médecine. C'est là, dans un service « post-coma » dirigé par un autre personnage phare de sa trajectoire, qu'elle apprendra, selon ses dires, à « faire de la psychiatrie » au point même de s'y consacrer sept jours sur sept. L'approche des limites, limites extrêmes ici puisqu'il s'agissait de patients entre la vie et la mort, n'est pas sans lien avec cet engouement particulier.

« C'était un service de suicidant. Il y avait vingt et un lits à l'époque qui étaient accolés à la réa et on accueillait que des suicidants, vingt et un suicidants. C'est un service qui m'a beaucoup plu et j'y suis d'ailleurs restée l'année d'après en faisant fonction d'interne. A Fernand Vidal existait déjà Murger et des toxicomanes étaient hospitalisés dans ce service où j'étais. Je m'intéresse beaucoup aux suicidants, je m'y sens très très bien, je prenais pas de vacances, je venais même là tous les jours, les dimanches même. J'ai pris un pied fantastique dans ce service. (...). Ce que je trouve intéressant dans le suicide c'est de me rendre compte, en parlant avec des personnes qui avaient fait des tentatives de suicide à quel point le niveau de culture ou le niveau de langage voire même le niveau d'intelligence si tant est que l'intelligence existe, enfin de me rendre compte que tout le monde était intelligent et que tout le monde avait une pensée complexe quelles que soient les apparences. Je trouvais ça extrêmement...heureux comme découverte. Donc paradoxalement j'étais pas déprimée, ça ne m'attristait pas ces histoires là. (...) Je pense que s'il était resté, puisque ce service a été démantelé, je serais restée plutôt du côté du suicide que de la toxicomanie. Mais à l'époque y'avait pas de lieux pour ça. J'étais pas particulièrement intéressée par la drogue, ça ne me passionnait pas vraiment » (cette même psychiatre, intervenante dans une unité de coordination - extrait d'entretien).

Nommée ensuite au grand hôpital de Clermont-de-l'Oise (« un univers qui était ignoble, très médiéval, vraiment asilaire, mais que j'ai beaucoup aimé »), c'est en plein

mouvement de grève des personnels (qui revendiquent, comme un peu partout en France à la même époque de meilleures conditions de vie pour les internés) qu'elle entamera sa première année d'internat en n'omettant pas de se faire élire dès son arrivée, culture politique oblige, à la présidence de la section locale du syndicat des psychiatres. L'année suivante, elle intègre Ville-Evrard où, à l'encontre d'une grande partie de ses collègues, à commencer par le syndicat des infirmiers, elle entame la psychothérapie d'un jeune débile (« je le trouvais moi très intelligent »). Cet épisode (elle apprendra bien après son départ le suicide du jeune garçon) allait entamer sa réflexion sur le fonctionnement pervers des institutions totalitaires mais aussi accentuer, après-coup sa conviction quant à la richesse et la complexité du psychisme humain (« quand j'ai su qu'il s'était pendu je ne sais pas si j'ai été triste, mais je me suis dit qu'il avait fait un acte humain, un acte d'homme »).

Devenue médecin, au terme de ces années d'internat, la période qui suit lui verra s'ouvrir une voie qu'elle ne quittera véritablement plus jamais. Demeurée en lien avec l'hôpital Fernand Vidal du fait de sa participation à un groupe de travail sur la psychopathie (monté par son ancien chef de clinique), c'est avec regret (ce service, en passe d'ailleurs d'être dissout n'accueillant pas de médecins vacataires), qu'elle se voit dans la nécessité d'opter pour un autre lieu d'exercice que les « post-coma ». Murger, service de soins hospitalier pour toxicomanes dont elle connaît déjà partiellement l'équipe, fief du spécialiste J. Dugarin l'un des tous premiers expérimentateurs de la méthadone en France, lui ouvre alors ses portes. Peu sensibilisée à la question et aucunement au fait des mouvements de ce champ alors en pleine construction, c'est dans ces circonstances tout à fait fortuites qu'elle intègre le domaine qui occupera une large part de sa vie.

Mais ce serait passer à côté du personnage que de ne pas s'attacher aux mouvements incessants, aux décalages qu'il s'efforce d'opérer et qui confèrent justement à sa trajectoire toute sa singularité et sa richesse. Si son poste de thérapeute à Murger lui confère une certaine assise et nous permet par là-même de la situer désormais dans un certain domaine, son occupation à mi-temps laisse se dégager de nombreuses autres voies d'expérimentations dans lesquelles elle ne manquera pas de se frayer chemin. A ce titre, dans le souci de mieux connaître le milieu carcéral où séjournent nombre de ses patients toxicomanes elle décide d'employer la seconde moitié de son temps à faire (durant six mois) de la psychiatrie en milieu pénitencier. Son choix pour Fleury-Mérogis est encore une fois déterminé par la présence en ces murs d'un psychiatre, chef de service, qu'elle estime tout particulièrement. Les choses, pourtant n'iront guère de soi : la veille de son arrivée ce psychiatre décède

prématurément, et elle n'aura de cesse, en raison de différents théoriques et pratiques de « se bagarrer » (terme qui revient souvent dans ses propos) avec son remplaçant. De surcroît durant cette période, se prépare une mutinerie qui éclatera deux mois après son départ. Cette expérience en milieu clos, dans une atmosphère particulièrement anxiogène (« j'ai eu un tout petit peu la trouille. Bon il ne s'est rien passé hein, mais on sent de jour en jour cette tension, un agacement, un énervement, c'est vraiment palpable »), alimentera une nouvelle fois sa réflexion quant à la contrainte exercée par ce type d'institution.

Suivront encore une expérience de six mois auprès d'enfants autistes (dont elle ne garde visiblement pas un très bon souvenir), puis une approche de la psychiatrie de secteur auprès d'un grand héritier du modèle. Cette expérience qu'elle juge au demeurant intéressante ne convient toutefois guère à son désir de mobilité (« on a un poste d'assistant, ça peut durer quatre, cinq, dix ans, ça voulait dire que je restais longtemps là-dedans »). Et puis il est de fait que son travail auprès des toxicomanes commence à la « titiller » sérieusement (« ça commençait à m'intéresser beaucoup cette histoire de toxicomane, ça commençait à bien me plaire. Je les trouvais extraordinairement vivants »). C'est à ce moment d'ailleurs que s'opère sa réelle intronisation dans le champ : des rencontres avec C. Olievenstein et l'équipe de Marmottan ; avec les « alliés » de la DGS (F Petit notamment chef du bureau SP3, « cellule toxicomanie »), puisqu'elle devient le porte-parole et négociateur efficace de son supérieur de Murger (« j'avais une certaine facilité dans la question du débat, ça l'arrangeait puisqu'il n'aime pas ça du tout »). Cette aisance « naturelle » dans la négociation et cette quasi-habitude d'arpenter les couloirs de l'administration ne seront pas d'ailleurs sans conséquence sur la suite de son parcours.

Puis se mettent en place les Journées de Reims ; commencent alors les grands débats théoriques dont elle garde un souvenir plutôt critique. Immanquablement liée à ce champ elle s'en démarque aussi par une certaine distanciation théorique.

> « Je pense qu'un certain niveau de débat théorique sur la grande psychanalyse me fait chier très profondément. Je pense être profondément psychanalyste mais alors y'a un type de débat qui me broute... Bon peut-être qu'à l'époque je ne me le disais pas comme ça, mais y'a un moment où je me suis dit que probablement les discussions théoriques et dogmatiques en psychanalyse c'est quand même un système de défense par rapport à l'autre. Et le fait qu'on s'enveloppe dans la théorie comme on s'enveloppe dans un manteau ça ne m'a jamais passionné » (Cette même psychiatre - extrait d'entretien).

A partir de 1982, sa trajectoire bifurque encore (quoique...). Suite à une annonce, elle

se voit dans la possibilité de consacrer son autre mi-temps au suivi et à la supervision d'une équipe d'éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Ce poste de psychanalyste qu'elle occupera durant huit années n'est concrètement pas sans rapport avec son travail ultérieur à l'Unité de Coordination. Elle y trouvera vraisemblablement un grand intérêt et ne le quittera d'ailleurs qu'en raison d'une « trop grande entente ».

« C'était la même équipe pendant huit ans, y'a eu très peu de changements et on était devenu trop copains quoi, c'était trop sympa. Donc je pense que ça ne rendait plus service et donc d'un commun accord on a décidé que je partais. Alors y'avait plusieurs façons de travailler. Y'avait soit effectivement essayer de voir quelles étaient les pistes qu'on pouvait travailler avec une famille particulière par exemple. Et puis y'avait aussi parfois, quand c'était des suivis très longs, de retrouver l'historicité du suivi qui parfois avait été très éclaté et en en parlant on pouvait retrouver l'histoire du déroulement, de la prise en charge et puis de les aider à préparer le rapport pour le juge, qu'est ce qu'on met, qu'est ce qu'on met pas, qu'est ce qu'on demande qu'est ce qu'on demande pas, etc. Pour eux c'était un temps de pensée en fait » (cette même psychiatre - extrait d'entretien).

C'est dans le même temps, au fur et à mesure de son repérage par l'administration (DGS, DAS, MILT) soucieuse, du fait du sida, d'apporter de nouveaux modes de réponses à la question de la toxicomanie, qu'elle se voit consacrée (à son grand étonnement d'ailleurs) « expert »en ce domaine ; (« je ne sais pas pourquoi et je ne sais pas qui leur a parlé de moi... je ne l'ai jamais su »). De là sa rencontre avec son futur collaborateur J. Ebert autre « décalé » du champ : une première fois lors d'un groupe de travail sur la toxicomanie féminine (qui donnera lieu en 1988 à des rencontres Européennes, autres ferments de connaissances), organisé par la MILT dirigé alors par D Charvet (« un type d'une intelligence remarquable ») qu'elle aura l'occasion de retrouver par la suite ; une deuxième fois lors du groupe de pilotage monté par la DAS au sein duquel elle suivra de très près tous les mouvements et débats du champ. C'est dans ce travail de collaboration, fort dans son souvenir, qu'elle puise aujourd'hui l'un des secrets de réussite de l'Unité de Coordination.

« Ce groupe était destiné à créer des stratégies de collaboration, c'est pour ça que je m'en réfère un peu, parce qu'en réalité l'objectif n'étais pas très différent de l'objectif ici, parce qu'il visait aussi à faciliter le travail de gens qui ne venaient pas des mêmes horizons et qui n'avaient pas forcément les mêmes objectifs. (...) C'était un lieu où ça phosphorait pas mal intellectuellement. Il s'est créé des liens particuliers avec les gens qui étaient dans le groupe, très très particuliers. C'est vrai que dans ce groupe on a dit des choses de nous... Je me souviens très bien des premières réunions, on a absolument pas travaillé. Le travail a consisté à dire ce que chacun personnellement vivait avec le sida par rapport à sa clientèle pour les autres, les copains, y compris pour les administratifs. C'est vrai que ça permet de déblayer pas mal de choses. A partir du moment où c'était dit, après

on a pu travailler (...). Et je crois que dans ces petits groupes qu'on arrive à faire avec des parties d'institutions ça repose sur la même idée c'est qu'il y a confidentialité du débat. Y'a les gens qui y assistent, qui sont au courant de ce qui se dit, parce qu'il peut y avoir des critiques par exemple sur la Direction, la hiérarchie, et que ça ne peut marcher que s'il y a cette confiance, que si on est persuadé qu'il va y avoir cette confiance » (cette même psychiatre - extrait d'entretien).

Libérée de son poste à la PJJ elle occupe alors également (à la demande de F Petit devenu secrétaire à la MILT) un poste de médecin spécialiste des questions de sida-toxicomanie dans cette même administration. C'est là notamment qu'elle participe, en collaboration avec le Directeur de l'AMPT de Marseille, au projet d'un nouveau type de dispositif pour toxicomanes. Ce projet qu'elle contribue fortement à défendre et à « porter » auprès de l'administration de la DGS signe l'acte de naissance des bas-seuil dont elle devient la marraine officielle.

Mais l'époque est trouble en raison de la jonction opérée à ce moment entre la MILT et la DGLDT[714]. Rattachée à la question de l'accessibilité des seringues (le décret Barzach est paru deux années plus tôt), elle se verra aussi, de fait et dans la plus grande modestie de sa part (« c'était un peu le boxon, très honnêtement mis à part la question des seringues pour laquelle il y a eu je ne sais pas combien de réunions (...) je ne sais pas ce que j'y ai fait »), plongée dans les méandres de cette réorganisation qui lui vaudra, plus tard, une habileté reconnue en matière précisément de « fusion ». Cet épisode est aussi au demeurant l'occasion d'élargir son déjà très important réseau de connaissance du côté notamment de la DGS ou de l'AFLS (dont D. Charvet est alors le président). Ce dernier justement est devenu entre temps Directeur de la PJJ et souhaite intégrer à son administration un médecin. La psychiatre quitte en 1992 la DGLDT pour la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Ses compétences multiples lui vaudront là encore une place de choix dans cette administration également à la recherche de nouvelles bases de travail.

« J'étais dans un bureau qui s'appelait le bureau des méthodes éducatives(...). Ca a été super, j'ai passé un an et demi absolument super. (...). Donc y'avait des infirmiers départementaux, je travaillais avec eux pour définir comment ils pouvaient agir puisque c'était... La PJJ avait subi d'énormes bouleversements et notamment ils étaient passés des grands internats où il y avait un infirmier qui faisait office d'infirmier c'est-à-dire le sparadrap pour le bobo etc, à des infirmiers de santé publique qui étaient plus donc pour définir des politiques de

[714] Outre le fait que nous estimons que le récit détaillé (et particulièrement complexe) de ces bouleversements administratifs dépassent le cadre de notre analyse, nous avouons aussi ne pas avoir les outils nécessaires pour les démêler. Nous en resterons donc au récit que nous en fait ce témoin. Pour plus de développement sur la question

santé c'est-à-dire : couverture sociale, le lien avec les médecins qui pouvaient faire les consultations quand elles étaient nécessaires, qu'est ce que l'hygiène corporelle, l'alimentation, l'esthétique, on abordait toutes ces questions là, la dépression, etc. Donc c'était plutôt... vraiment une vision éducative. C'était tout à fait intéressant. Je faisais de tout parce qu'il n'y avait rien, j'allais beaucoup dans les départements, je faisais des enquêtes dans les départements, je partais une journée entière dans un département, avec des configurations extrêmement diversifiées, puisque je les laissais libres d'organiser ça comme ils voulaient. Donc j'ai du visiter 52 départements » (cette même psychiatre - extrait d'entretien).

La proposition d'une amie de la DGS (« c'était un soir comme ça on discutait et X me dit : pourquoi tu viens pas à la DGS ? Et j'ai dis : top là »), l'amène à quitter, un an et demi plus tard (« je l'ai toujours regretté ») la Direction de la PJJ (« Charvet a tiré un peu l'oreille et puis finalement, les élections étaient déjà proches et il pensait qu'il allait sauter. A ce moment il a laissé les gens partir comme ils voulaient »). Dans le même mouvement elle réduit son temps de travail à Murger, qu'elle finira finalement par quitter véritablement malgré l'obtention d'un poste de praticien hospitalier qu'elle n'occupera en fait jamais.

Le rôle qu'elle joue à la DGS présente si l'on peut dire deux faces : une face visible et une face cachée. Pour la première, elle se voit confier le dossier « réduction des risques » (actions de prévention au niveau régional, mise en place aussi au niveau national du « Stéribox »), qu'elle « lâche » au bout d'un an pour le secrétariat du comité interministériel de lutte contre le sida qui lui vaudra encore une fois (malgré le constat d'échec qu'elle en tire en terme politique : « c'est un échec pour moi parce que j'aurai voulu que l'interministérialité devienne locale »), d'exercer ses talents de conciliateur.

« L'interministériel je m'y sens bien puisqu'effectivement discuter avec un représentant du Ministère de l'Intérieur ou de la Justice c'est amusant, à partir du moment où on comprend la logique, la mission...Et c'est intéressant de comprendre que bon on ne fera jamais qu'un flic ne soit pas un flic par exemple. Et à mon avis il faut surtout qu'il ne change pas parce que si le flic n'est plus flic, ça veut dire que le médecin peut ne plus être médecin, ça veut dire que le flic se met à faire un boulot d'assistante sociale, le médecin pourra se mettre à faire le boulot d'un indic et à ce moment là c'est vrai qu'on perd les pédales » (cette même psychiatre -extrait d'entretien).

Cette compétence au demeurant, et nous entrons là dans la « face cachée », est depuis son arrivée (laquelle n'est à ce titre certainement pas due au hasard) largement mise à contribution dans le cadre d'une nouvelle « fusion ». Quelques jours avant son arrivée en effet

---

(bien qu'il ne l'analyse aussi que partiellement) nous en référons à la thèse de H. Bergeron et particulièrement à sa quatrième partie.

l'AFLS est dissoute et une large partie de son personnel (une quarantaine de personnes) visiblement meurtri par « l'affaire »[715], intègre (non sans mal) l'administration sanitaire. Le rôle qu'elle y joue en tant que « panseur de troubles » n'y est pas vraiment anodin. C'est là-dessus, avant d'entamer le prochain tournant, que nous arrêterons le récit (forcément partiel) de cette trajectoire.

« L'une de mes tâches secrètes à la DGS ça a été la fusion DGSD-AFLS parce que je suis arrivée la veille de la fusion comme d'habitude et que j'avais déjà une pratique des fusions et que comme je n'appartenais en fait ni à l'une ni à l'autre puisque je venais d'arriver et que je ne suis pas fonctionnaire, je suis contractuelle (...) je pouvais être entre les deux. Essayer un peu que ces deux corps arrivent à fonctionner ensemble, sachant que l'atmosphère dans laquelle la fusion s'est passée a été extrêmement douloureuse pour tout le monde. Ca m'a pris...c'était pas dans ma fiche de poste mais ça m'a pris des heures de travailler ça avec les uns et les autres. Je passais mon temps dans les bureaux pour discuter avec tout le monde. Ca faisait partie des missions que X m'avait donné hein, mais les gens n'étaient pas dupes. Tout le monde savait, même les instances de la DGS savaient qu'une partie de mon travail était ailleurs que ce qui peut se décrire. Mais y'avait pas d'embrouille. c'était pas dit en tous les cas mais je ne pense pas qu'il y en avait » (cette même psychiatre - extrait d'entretien).

1-3 : Le montage d'une équipe

Sa décision de collaborer avec J. Ebert dans la toute nouvelle Unité de Coordination émane, outre bien sûr l'intérêt qu'elle porte au projet, d'un concours de circonstances. Parvenue, à cette même époque à un certain tournant dans sa vie professionnelle et personnelle, notre psychiatre va trouver là les modalités d'une reconversion tout en demeurant fidèle à ses aspirations premières.

« A cette époque je voulais quitter la DGS pour faire autre chose...et puis ça commençait à être moins... J'avais l'impression que je n'avais plus grand chose à y faire moi là-dedans...Y'avait un truc qui ne collait plus, je sais pas quoi. Donc j'étais partagée entre l'idée de ne pas travailler du tout et celle de trouver un boulot... Il se trouve qu'à ce moment là mes deux parents étaient morts, j'avais un peu d'argent...j'avais l'idée de ne pas travailler du tout pendant un an et d'écrire...de la littérature, pas de la psy...En fait ça a tenu trois jours, ça n'a pas marché du tout (...), c'était trop mauvais [rires]. (...) A ce moment là je commence à faire des démarches pour partir à l'Observatoire Européen des drogues. Le jour où je suis en train de remplir mon dossier, je croise Jean Ebert dans le couloir. Il était venu proposer son projet à la Division sida, j'y étais donc à l'époque et il m'a dit « est ce que tu veux le monter avec moi », donc je jette le dossier et je vais à Horizons. (...). C'est une rencontre de hasard on va dire...Enfin...« de hasard » [rires]. (...) Comment dire ça...je suis venue parce que j'avais envie de travailler avec lui...oui...y'avait de ça. Sur le projet lui-même y'avait des tas de raisons

[715] N'ayant pas précisément investis ce domaine institutionnel, nous posons encore ici les limites de notre recherche. Nous nous en tiendrons sur ce point encore, au discours de cet interlocuteur, lequel n'a pas d'ailleurs

pour que je vienne, parce que la question de la périnatalité et de la petite enfance m'intéressent, mais c'était le fait de travailler avec Jean Ebert qui me séduisait, je trouvais intéressant de travailler avec lui » (cette même psychiatre - extrait d'entretien).

J. Ebert au demeurant n'a rien du premier venu. S'ils se sont officiellement rencontrés au cours de leur participation à des groupes de travail organisés par les administrations, « ces deux-là » si l'on nous permet l'expression, se sont aussi forgé des liens tout à fait originaux notamment dans la mise en place d'un « contrat » moral conférant à l'un une tâche de « surveillance » des potentiels « débordements » de l'autre. Ils étaient en réalité deux ; deux personnes auxquelles notre psychiatre avait fait appel, alors qu'elle accédait à des postes de pouvoir, pour être les garants du maintien de sa « bonne conduite ».

Leur « entente clinique » que l'on peut signifier à travers des dispositions communes pour le décloisonnement, le « métissage » intellectuel, la confrontation, le débat, y compris avec ceux-là mêmes (les toxicomanes) dont ils ont eu la charge, n'est pas non plus sans lien avec une telle complicité.

-« Quand je suis arrivée à la DGLDT j'avais pas mal de copains qui avaient été dans les cabinets interministériels et...j'avais été un peu troublé par les effets du pouvoir sur des gens à priori bien portants. J'ai un copain Maurice B, qui a été dans les cabinets pendant quatorze ans à Matignon et à l'Elysée et lui n'a pas décroché, d'une certaine façon ça n'a pas eu d'effets sur lui. Ca ne lui a pas donné la grosse tête. Et je me suis demandé pourquoi Maurice n'avait pas la grosse tête alors que les autres l'avaient, alors que c'était un homme comme les autres...Et bien le seul avantage de Maurice c'est qu'il a une femme qui s'appelle Camille B et que chaque fois que Maurice était pris dans les ors de la république, Camille lui envoyait un aller-retour qui le faisait redescendre sur terre assez-vite. Et je me suis dit que ce qui avait permis à Maurice de rester normal c'est qu'il a une femme qui n'a jamais accepté...Qui ne l'aimait pas comme ça j'ai envie de dire presque. Elle a toujours refusé et donc elle lui a permis de... elle l'a toujours ramené les pieds dans la glaise. Donc je me suis dit mais finalement, pour pouvoir garder les pieds dans la glaise il faut avoir des gens qui vous maintiennent les pieds dans la glaise. Quand je suis arrivée à la DGLDT qui était donc un lieu de pouvoir j'ai demandé à Jean Ebert et à C de me voir régulièrement pour éviter de déconner. Donc pendant tout le temps que j'étais à la DGLDT je dînais régulièrement avec C et Jean Ebert...pour que je ne décolle pas, que je reste normale, donc ils étaient mes surveillants...Parce que je m'étais rendu compte que personne n'est capable de résister à ça sauf à avoir des gens qui vous retiennent. Et donc j'avais monté mon petit système qui était Jean et C et on dînait ensemble tous les deux mois par exemple et donc ça me permettait de ne pas prendre la grosse tête et de ne pas y croire en fait. (...).Ce qui est marrant c'est que c'était pas des copains à l'époque, ils étaient beaucoup plus éloignés de moi que les copains de mon cercle, mais sur le plan clinique on a beaucoup de points communs, c'est-à-dire sur la clinique du toxicomane, on a une entente presque implicite. Y'a quelque chose qui s'est passé sur le plan de la

---

été en mesure de nous apporter des éléments supplémentaires sur cette question.

clinique avec eux deux, quelque chose d'une communauté de pensée, comme ça, magique, magiquement et on ne sait pas pourquoi. Et donc y'avait une sorte de confiance aussi c'est-à-dire que je savais que je pouvais leur dire des choses qui... que je ne me serais pas disqualifiée pour autant, j'avais le droit de déconner devant eux » (Cette même psychiatre - extrait d'entretien).

Restait, sur ces bases communes, à constituer une équipe. Concepteur du projet, directeur de l'ensemble de Horizons, J. Ebert en effet y demeurera uniquement attaché en tant que, si l'on peut dire, garant, et interlocuteur privilégié (ce qui l'amènera à ne participer que de temps en temps aux réunions internes et parfois externes de l'UDC).

Si le rattachement de cet espace au centre Horizons (en quelque sorte sa structure-mère), peut lui conférer d'emblée par filiation, une légitimité institutionnelle, c'est en fait surtout (à plus long terme) dans l'identité et l'identification de ses membres et leur capacité à former une équipe experte en ce domaine, que ce dispositif doit (ou tout au moins souhaite) trouver sa légitimité. « Caractère de ce qui est un ou caractère de ce qui n'a pas de partie, ne peut être divisé »[716], telle est la définition commune d'une unité ; « Agencement des parties d'un tout selon un plan logique, pour une fin déterminée »[717], telle est également la définition première d'une coordination. Si ces définitions se rapportent aux liens susceptibles d'être créés (par l'équipe) entre des professionnels extérieurs en vue de résoudre un problème partagé, elles sont tout autant valables en ce qui concerne la mise en forme de l'équipe elle-même, l'ajustement entre eux de ses membres dans le but de donner sens et corps à un tel dispositif. Sa cohérence en fait suppose que cette unité et cette coordination se manifestent aussi du point de vue de son organisation interne. Cela suppose, comme le soulignaient P. Pinell et M. Zafiropoulos à propos des équipes de secteur dans le domaine de l'enfance inadaptée « une relative homogénéisation des points de vue entre les différents acteurs sociaux engagés »[718]. Pour autant, et en écho aux principes qui prévaudront dans l'efficacité du travail extérieur (ce qui justement tend aujourd'hui à « faire problème »), il ne s'agit pas là comme l'écrivait R. Diatkine cité par les mêmes auteurs « de confondre, d'assimiler les rôles des uns et des autres »[719]. Si le dialogue et la communication entre tous restent indispensable, « chacun reste à sa place »[720].

Cette homogénéité dans le maintien des spécificités sera donc au principe même du

---

[716] Dictionnaire Le Petit Robert 1
[717] Dictionnaire Le Petit Robert 1
[718] PINELL P., ZAFIROPOULOS., *op. cit.*, 1983, p. 123.
[719] DIATKINE R., in L'Equipe de psychiatrie infantile et son psychiatre, Paris : Privat, 1967, p 40, cité par PINELL P et ZAFIROPOULOS M., *Ibid.*.
[720] *Ibid.*

fonctionnement de cette Unité. On les voit se jouer d'ailleurs durant la période (et même au-delà, nous le verrons) de constitution de cette équipe, qui va s'étendre sur plusieurs mois. Si la capacité à se décentrer de sa propre activité va être un critère de sélection lors de la phase de recrutement, la spécificité de chaque rôle n'en demeure pas moins également marquée. D'emblée d'ailleurs si le Dr Ebert a trouvé en notre psychiatre « multicarte » l'élément idéal pour porter son projet, en tant que docteur celle-ci doit être amenée à tenir un rôle bien précis et particulier.

« Compte-tenu déjà de l'importance de la comorbidité médicale, il fallait qu'il y ait un docteur, et si possible un docteur déjà averti de ces questions autour de la dépendance, autour des produits, autour des problèmes psycho-pathologique. Enfin, ça devait être un docteur en psychiatrie et ça parce que les liens avec les hôpitaux, les liens avec les médecins, ça ne peut pas se faire sans médecin, ça c'est clair » (Dr Ebert - extrait d'entretien)

Ces principes prévaudront aussi au recrutement de l'assistante sociale et de la secrétaire coordinatrice que J. Ebert souhaite voir s'investir dans ce projet. De fait si le rôle de l'une (« chargée du dossier social elle assurera la liaison avec ses collègues, les organismes d'aide et de soutien à la vie quotidienne »[721]), comme de l'autre (« incarnation de la fonction de carrefour de cette Unité de coordination, elle permettra la meilleure communication entre les différents intervenants, à la fois par sa permanence, et par sa capacité à orienter les demandes sur les différentes compétences de l'équipe. Outre les tâches habituelles d'organisation d'un secrétariat, elle assurera la gestion administrative de l'unité, et la saisie des données pour l'évaluation de l'action »[722]) s'avère être dès le départ relativement bien circonscrit, leurs capacités respectives à « se décentrer » de leur propre pratique demeure l'autre critère essentiel.

Partant donc de tels principes deux personnes viendront intégrer cette Coordination six mois après la toute première formation (qui date d'octobre 1996), à commencer par l'assistante sociale. Bien qu'elle n'ait guère de connaissance approfondie dans le domaine de la toxicomanie (hormis une courte expérience de bénévolat au cours des années soixante-dix dans un centre du Patriarche), son expérience du travail social dans des domaines que vise précisément l'UDC (elle a notamment travaillé dans un service de psychiatrie adulte, de psychiatrie infantile, dans le champ de la Protection de l'Enfance), sera perçue comme un atout pour « toucher » des partenaires et des institutions jusque-là (dans le cadre de Horizons

[721] Projet de l'Unité de Coordination, avril 1995 (document interne).

notamment) perçues comme difficilement saisissables. Outre ce profil, ses dispositions à « jouer » des cadres établis font partie intégrante de sa sélection.

« Je pense qu'elle a aussi cette attitude molle de bricolage théorique, alors dans un autre champ hein parce qu'elle ne connaissait pas du tout le champ de la toxicomanie quand elle est arrivée. Mais dans son champ à elle y'avait aussi du bricolage théorique et donc je pense qu'on était en accord là-dessus » (la psychiatre de l'UDC - extrait d'entretien).

Son temps de travail sera néanmoins divisé en deux : un mi-temps à l'Unité de Coordination et un autre mi-temps au centre d'accueil de Horizons. Ce dernier poste lui permettra sans nul doute d'élargir ses connaissances dans le domaine de la toxicomanie. Il ne sera pas cependant sans conséquence, nous le verrons, sur son positionnement (difficile en l'occurrence) vis-à-vis de l'Unité de Coordination.

La seconde personne recrutée à la même période ne restera que quelques mois à l'Unité de Coordination. Recrutée sur la base d'une candidature spontanée pour un poste de secrétariat adressé au centre Horizons, sa formation de base (en secrétariat donc) de même que ses dispositions à « aller vers » notamment mises à profit dans une implication associative dans le domaine du sida, seront à l'origine de son engagement à l'UDC.

« Je ne connaissais pas le domaine de la toxicomanie, mais j'avais travaillé pour des raisons personnelles, dans le milieu du sida et de l'accompagnement en fin de vie, notamment dans une association où j'étais salariée et dans l'unité de soins palliatifs d'un hôpital en tant que bénévole. En fait l'envoi de ma candidature spontanée à Horizons pour un poste de secrétariat a correspondue à l'octroi d'une subvention pour le poste de coordinatrice. J'ai donc été recrutée surtout pour ce poste là » (ancienne secrétaire-coordinatrice de l'UDC) [723].

C'est donc à partir d'un tel concours de circonstances que cette personne occupera le poste de coordinatrice, ce pendant sept-huit mois. Son départ sera lié à la fois à son intégration d'un poste de secrétariat vacant au centre d'accueil Horizons (pour lequel elle témoigne plus d'intérêts), et à l'émergence d'un certain nombre de difficultés durant la phase d'expérimentation de l'Unité de Coordination (nous y reviendrons également).

Le recrutement (en juillet 1997) d'une animatrice, nouvelle secrétaire-coordinatrice,

---

[722] *Ibid.*

[723] Les propos de cette personne ayant été recueillis lors d'un entretien téléphonique avec prise de notes, ils ne sont pas sur un plan syntaxique la retranscription exacte de ce qui a été dit.

achèvera la mise en place de l'équipe actuelle. Malgré son jeune âge (elle a vingt-quatre ans), son expérience professionnelle dans le domaine de l'animation (et dans le secteur de l'enfance, du handicap mental, du handicap physique, direction d'équipe d'animateurs) tout autant que ses grandes qualités relationnelles, son ouverture et sa « souplesse » d'esprit seront déterminantes ici.

« Comment dire...Moi j'ai été séduite par sa jeunesse. Je trouvais très fort que quelqu'un d'aussi jeune puisse justement avoir déjà une position souple, pas défensive. C'est ça qui m'avait plu chez elle. Je trouve que c'est pas des choses faciles à faire et que la coordination, le travail avec les institutions est très difficile, pour justement ne pas avoir un regard trop dur vis-à-vis des... j'allais dire des failles mais c'est pas forcément des failles justement... des options que les institutions peuvent prendre. Donc de pouvoir accepter avant de critiquer. Et je trouve intéressant que quelqu'un d'aussi jeune soit capable d'avoir cette position d'acceptation de l'autre...de maîtrise aussi de sa...de sa colère parfois. Oui parce qu'on peut estimer de loin que c'est affreux ce qui se passe et ne pas être en colère, essayer de comprendre pourquoi ça s'est passé comme ça, ou plutôt comment ça s'est passé... Moi j'avais l'impression que c'était pas inné ça...Et en la voyant elle qui n'avait que vingt quatre ans je me suis dit : tiens, peut-être qu'il y a des gens qui sont plus tôt plus vifs que d'autres tout simplement. Donc c'est ça qui me plaisait » (la psychiatre de l'UDC - extrait d'entretien).

Son poste comportera 20% de temps de secrétariat pour le centre Horizons, le temps restant étant consacré à la Coordination. Si, là encore cet emploi supplémentaire est censé la « former » à l'informatique, on verra que, comme pour le cas de sa collègue assistante sociale, ce double emploi (du fait d'un travail de secrétariat dans les faits largement plus accaparant que prévu) sera un frein à son insertion en tant que membre à part entière de l'équipe de l'Unité de Coordination. Somme toute l'intégration et l'ajustement de ces deux professionnelles au dispositif comportera un certain temps d'épreuve que l'on ne peut au demeurant analyser comme étant sans rapport avec leur position initiale dans l'espace des professions. Si leurs compétences ne sont absolument pas ici à mettre en cause, pas même que la Direction qui a porté leurs candidatures respectives, on peut penser que leur recrutement (lequel nous le rappelons s'est fait on peut dire pour moitié à partir de leur formation initiale et pour moitié à partir de leur capacité implicite à se décentrer), se fonde semble t-il sur une méconnaissance (un oubli voire même une volonté inconsciente de « ne pas voir ») de tout ce qui préside à l'acquisition d'une position d'expert en ce domaine, telle celle tenue par la psychiatre objectivement légitimée, elle, par ce que J-Y. Trépos analyse comme un « langage de vérité » (fondé sur son savoir scientifique), des « équipements d'authentification » (des cautions étatiques et un réseau relationnel extrêmement développé dans le domaine qui nous

intéresse) et enfin son « sens de la mesure » (que lui fournissent précisément le savoir psychiatrique et le langage psychanalytique). S'il s'avère que, objectivement leur position distanciée dans cette Unité ne va d'emblée « pas de soi », le fait qu'elles soient de surcroît rattachées à d'autres tâches routinières et parfois purement instrumentales (lesquelles effectivement les positionnent aussi « à leur place »), pèse certainement d'un poids supplémentaire (même si cette dénonciation de leur part peut aussi jouer, inconsciemment, comme « alibi » à la manifestation) sur leur difficile ajustement. Paradoxalement, et si de tels écarts ne parviennent pas à être explicités, l'Unité de Coordination en viendrait à reproduire en son sein les antagonismes qu'elle s'efforce à l'extérieur de dépasser. On perçoit alors que le montage interne de cette Unité présuppose déjà en lui-même un travail de coordination.

2 La phase d'expérimentation

2-1 : Des ajustements difficiles

Connaître, se faire connaître et s'ajuster (vis-à-vis cette fois de l'extérieur), dans la constance mais aussi dans une certaine part de virtualité, constituent les principales étapes de la période d'expérimentation de l'Unité de Coordination. Elle s'étend environ sur un an (d'octobre 1996 à octobre 1997) entre le montage de la première équipe, la mise en place de ses moyens matériels (lignes téléphoniques, outils télématiques) et l'enclenchement de la seconde (équipe actuelle).

Tous ces agents insistent en premier lieu sur la difficulté à se situer dans ce qu'ils appelleront cet « objet virtuel ». Ce sentiment de flou découle tout autant de l'indétermination « spatiale » de l'UDC (même si elle s'avère être une volonté de départ), que des incertitudes quant au travail de liaison qu'elle va pouvoir effectuer.

« C'est vrai que j'ai eu, enfin nous avons eu beaucoup de mal à... Nous avons appelé ça pendant longtemps un objet virtuel, parce qu'il n'y a pas d'institution, y'a pas de murs, y'a que ceux qu'on voit dedans, y'a des mots qui finalement ont une essence variée donc... c'est assez difficile de travailler dans la virtualité en permanence. (...)Mais je pense qu'il faut pas qu'elle en ait des murs, il faut que ça reste du virtuel, parce que l'UDC ne peut fonctionner que s'il n'y a pas d'enjeux, qu'elle ne soit pas sur un territoire de rivalité avec les autres institutions, il faut qu'elle n'ait rien à proposer d'autre qu'elle-même » (La psychiatre de l'UDC - extrait d'entretien).

Pour reprendre l'expression de cette même psychiatre, l'Unité de Coordination est à ce moment un « squelette » qu'il va falloir au propre comme au figuré incarner.

La première étape consistera à « aller vers » les différentes structures susceptibles d'entrer dans le domaine de prédilection de l'UDC. Ceci afin de définir des axes possibles de travail après repérage des agents environnants, de leur mission et de leurs difficultés et demandes potentielles. En somme « l'unité de Coordination doit ainsi se trouver au nœud d'un mouvement centripète et centrifuge. Les informations recueillies doivent servir en premier lieu, ou plutôt ne servent que si elles sont mises à disposition de l'ensemble des interlocuteurs. La mission essentielle de l'Unité de Coordination est celle d'un « interprétariat » au sens noble ; faire que chacun comprenne la logique de l'autre sans pour autant perdre la sienne »[724]. A partir d'une première perspective généraliste, un certain nombre de structures et institutions pouvant être liées au domaine d'inscription de l'Unité : pouponnières, PMI... ou associations diverses centrées autour de population spécifiques (migrants, prostituées...), seront contactées (par téléphone ou courrier). A l'issue de ces premières rencontres (lesquelles visent surtout à présenter l'Unité de Coordination), le cadre d'intervention sera resserré en raison d'une part de difficultés intrinsèques au mode de fonctionnement de certaines institutions : enfermement sur elles-mêmes, protectionnisme, forte hiérarchie ; de problèmes apparents de légitimité : l'UDC pouvant être perçue comme trop éloignée du champ d'intervention de certains professionnels (c'est le cas notamment de l'Enfance), et d'autre part d'un problème de repérage de ses intentions et de ses possibilités d'action (que veut-elle et que propose t-elle réellement ?).

« On a commencé très large hein, puisqu'on était parti sur l'idée d'abord de ce qu'on connaissait pas, d'explorer ce qu'on connaissait pas (...) et on s'est rendu compte que c'était beaucoup de contacts et très peu... de résultats. En dehors de cas précis, ce sont des gens qui n'existent pas, enfin ils existent mais on arrive pas du tout à les identifier, à les repérer, à connaître leur trajectoire et leurs besoins. Et les personnes qui les aident sont aussi difficiles à identifier. (...) Je pense aussi que notre démarche est intrusive, même si on prend des précautions. L'institution voit débarquer des gens et se demande ce qu'ils veulent faire, y'a forcément un petit côté... un syndrome de persécution... Et c'est légitime, c'est un mécanisme qu'on trouve dans tous les groupes constitués, dès qu'un étranger débarque on le regarde un peu... Et le problème c'est que là, y'a la hiérarchie qui fait barrage, avec l'idée de tout contrôler mais aussi peut-être de protéger son équipe, y'a des logiques de fonctionnements » (Dr Ebert - extrait d'entretien).

De ce fait, il faudra attendre un certain temps après ces premières rencontres, pour

qu'un réel « retour » s'opère. C'est précisément cela qui posera problème à la première coordinatrice.

« On ne peut pas obliger les gens à collaborer donc on ne peut qu'à un moment donné attendre le retour, et ça c'est vrai que c'est très difficile. C'est probablement de ça dont a souffert D parce qu'elle a fait le début (...) . C'est vrai que c'est très frustrant d'attendre un retour qui ne vient pas, où on ne peut que se demander si on a mal présenté, s'il faut resolliciter ou pas, on est jamais sûr de ce qu'on fait ». (psychiatre de l'UDC - extrait d'entretien).

« Elle y croyait pas assez et... ça la nourrissait pas assez, enfin au niveau de son travail et donc elle a décidé de changer. Parfois on a eu des discussions sympathiques hein, où je lui disais : « bon écoute maintenant tu arrêtes de me parler de ça » parce qu'elle disait « mais bon ça peut pas marcher », enfin elle était dans quelque chose d'assez pessimiste par rapport à ça, et moi je lui disais « mais écoute, ça vaut le coup d'essayer, on verra bien, ça prendra le temps que ça prendra », parce que je pense que la dimension du temps c'est très important ». (assistante sociale de l'UDC - extrait d'entretien).

Comme le souligne A. Chauvenet, « le rapport au temps est aussi le temps propre de l'éthique (...) Le temps est nécessaire à la réflexion, il permet d'éviter les « passages à l'acte » et d'instaurer une distance de raison face aux situations. (...) Le temps comme les autres notions est un outil de travail (...). Il signifie aussi pour le professionnel, le chemin qu'une parole doit parcourir pour favoriser la formulation d'une demande »[725]. Cette question du temps et de l'élaboration de la demande dont nous avons déjà souligné l'importance dans le cadre de la clinique du toxicomane, trouve ici une nouvelle dimension. Destinée à surseoir à l'urgence dans laquelle est généralement placé le client (en l'occurrence ici le professionnel - nous y reviendrons), elle joue aussi comme outil, pour l'équipe elle-même, de mise à distance par rapport à son objet. C'est en s'interrogeant sur ce « non-retour » parfois désespérant que l'équipe de l'UDC sera amenée à se réinterroger sur son action.

« Les difficultés c'est que justement pour pouvoir faciliter la réflexion des gens par rapport à la collaboration par exemple, il faut qu'ils puissent être assurés sur les moyens de soins ou d'accompagnement qu'on peut offrir aux clients. Or là y'a de tels manques que c'est vrai que ça peut apparaître comme la cerise sur le gâteau, à ceci près qu'il manque le gâteau quoi. C'est vrai que par rapport aux difficultés que les équipes ont avec des femmes elles-mêmes en très grande difficulté c'est vrai qu'on peut soutenir, aider etc., mais qu'on les soulage pas de quelque chose qui est très compliqué pour eux. Ca je pense que c'est dur, ce qui n'est pas une défaillance de l'UDC d'ailleurs. C'est parce qu'il y a cette défaillance à l'extérieur que l'UDC aura sûrement du

---

[724] Ecrits internes, bilan des six premiers mois.
[725] CHAUVENET A, *op. cit.*, p. 148

mal à rendre tous les services qu'elle pourrait rendre (...) Y'a un moment où solliciter les gens en disant « est ce que vous voulez qu'on vienne? », y'a quelque chose d'un peu malsain quoi, de leur imposer quelque chose dont ils n'ont pas forcément... Une fois qu'on leur a téléphoné trois fois et qu'on leur a envoyé le papier, est ce qu'il faut aller plus loin ou pas, moi là je sais pas. Alors peut-être qu'il faut attendre une occasion qui est par exemple quand on fait une demande pour une patiente et dire : « à propos... », est ce que ça serait pas l'occasion pour. Mais sinon à froid comme ça, on a l'impression de donner à manger à des gens qui n'ont pas faim (...). Et il n'est pas sûr non plus que certains ne se débrouillent pas finalement très bien sans nous, ça on ne peut pas préjuger » (psychiatre de l'UDC - extrait d'entretien).

« Révision déchirante », telle est la note unique inscrite à cette époque par la première coordinatrice dans le journal interne de l'UDC. Il ressortira de tels constats la nécessité de trouver de nouvelles bases à partir desquelles des demandes pourront aboutir, des supports tangibles susceptibles de représenter le bien-fondé de cette Unité, tout en admettant aussi qu'il y a des lieux où l'on n'est pas forcément utile ou indispensable. Un recadrage sera opéré à partir des partenaires « naturels » de la Coordination notamment les institutions de soins pour toxicomanes, les réseaux sida ou sida-toxicomanie, les centres de substitution, « les bas seuil », et les services de maternité (fonctionnant justement en réseau). C'est en réactivant des partenariats plus anciens que les membres de cette équipe parviendront à faire exister cette Unité. Ici sa légitimité institutionnelle (au regard du centre Horizons et de son fondateur le Dr Ebert), et la reconnaissance extérieure de certains de ses membres (en l'occurrence surtout la psychiatre), seront des facteurs importants voire décisifs. Pour autant, un tel repositionnement n'est pas sans présenter quelques incertitudes. On peut effectivement penser qu'en se positionnant au plus près de ce qu'elle connaît, l'unité de coordination entre elle-même dans un jeu du « plus petit dénominateur commun » qui lui épargne certes un certain nombre d'efforts (voire d'angoisses) mais qui l'amène aussi à reproduire en son sein les formes de cloisonnements qu'elle s'efforce justement originellement de contrer. D'autre part eu égard aux résistances historiques de la clinique du toxicomane vis-à-vis de ces questions de parentalité et du regard désormais « expert » porté par la psychiatre de l'équipe sur ceux qui n'en sont pas moins d'anciens collègues, il n'est pas sûr au demeurant (nous y reviendrons) que dans ce cadre plus restreint, toutes les portes lui soient ouvertes.

Quoiqu'il en soit, passé ce repositionnement, le « temps » s'avérera moins pesant. Quelques semaines après la « révision déchirante », la même coordinatrice (la première) inscrit sur le journal : « Appel de X, ça démarre » (X étant un centre de substitution à la recherche d'un hébergement pour une patiente enceinte).

Cette phase d'expérimentation pour la Coordination l'est tout autant en ce qui concerne les ajustements des membres de l'équipe. Si certaines positions (celle de la psychiatre précisément) ne semblent pas être à ce moment réinterrogées, d'autres font l'objet de nombreux questionnements. C'est le cas de l'assistante sociale dont le double positionnement à la fois au centre d'accueil et dans le cadre de l'UDC s'avère difficile à appréhender, pour elle-même mais aussi au regard des éventuels partenaires qu'elle peut être amenée à rencontrer dans ces deux contextes différents.

« Ce qui m'intéressait dans le travail à l'UDC c'était...le fait que j'étais pas en prise directe par rapport aux situations quoi, c'était un peu le côté réflexion et aide aux professionnels par rapport aux situations difficiles, et bon je trouvais que c'était intéressant pour moi à ce moment d'être un peu...un peu en retrait du terrain. Donc c'est vrai que cette double articulation : une partie de terrain et une partie un peu plus distancée me plaisait bien au départ. Mais en même temps c'est très difficile à manier...Disons que...je crois que j'ai beaucoup de mal à me dégager du centre d'accueil parce que...les situations sont assez prenantes et difficiles et ça a tendance à me parasiter par rapport à la coordination quoi. C'est très difficile...Parfois c'est vrai que je suis en prise directe sur des situations à l'accueil et j'ai tendance à privilégier ce travail là.. ; c'est une espèce d'attirance. Faut que je règle quelque chose d'urgent et ça va passer en priorité par rapport à la coordination. Et ça c'est un peu difficile je trouve parce qu'en même temps je tiens assez à ce travail de la coordination et j'ai un peu de mal à le tenir comme aussi prioritaire que mon travail au centre d'accueil (...). C'est vrai que j'ai du mal à gérer les deux. (...) C'est assez flou pour moi hein parce que je peux être amenée par exemple au cours d'une réunion de synthèse au centre d'accueil à rencontrer une institution avec laquelle je travaille précisément pour une famille (...) et puis me retrouver quelques temps après avec cette même institution dans une autre position à l'Unité. (...) Je pense que après y'a un amalgame qui se fait, sûrement très difficile à démêler. (...) Déjà le rôle en général de l'Unité de Coordination est beaucoup trop flou, assez difficile à repérer, surtout tant qu'on a pas travaillé autour de situations concrètes, et le fait de ma double appartenance ça simplifie pas les choses ». (assistante sociale de l'UDC - extrait d'entretien).

Ce tiraillement, cette distorsion entre deux positions différentes que cet agent voudrait pouvoir rapprocher, n'est pas sans ambiguïtés pour elle-même certes mais aussi vis-à-vis des partenaires extérieurs (ceux, même si cela reste rare, qu'elle peut être amenée à rencontrer dans le cadre du centre d'accueil et dans le cadre de l'UDC), pour lesquels elle a le sentiment de donner l'apparence d'être à la fois « juge et partie ». On voit bien au demeurant se jouer ici cette ligne de fracture entre deux mondes de légitimité : celui du professionnel qui en vertu d'une expérience et d'un savoir s'autorise (tout autant qu'il est -en partie tout au moins- autorisé) à occuper une position d'extériorité par rapport aux « objets », une position d'expert, et celui du technicien de « terrain » dont la reconnaissance sociale s'avère beaucoup plus

limitée, accolé qui plus est à des situations urgentes (et forcément « dramatiques » de son point de vue), desquelles il lui est difficile de se distancier. La « virtualité » de l'Unité de Coordination joue aussi pour une part dans cette distorsion. Qualifiée d'atout (qu'elle souhaite voir préserver) pour la psychiatre professionnellement accoutumée à jouer des marges, à évoluer dans une certaine abstraction, elle reste difficilement appréhensible pour cette assistante sociale traditionnellement plus attachée à travailler autour de « cas concrets ».

Le discours de la coordinatrice révèle à peu près le même type d'ambiguïté bien que sa position apparaisse, à ses yeux, plus floue encore que celle de sa collègue assistante sociale. Immergée dans des tâches administratives, de son point de vue peu valorisantes et qui n'ont surtout que très peu de liens avec l'UDC, elle est amenée à remettre en cause la place qu'elle occupe ici et, par ricochet le statut qu'elle tient de sa formation originelle dont elle ressent ici le manque de clarté, de stabilité. Parce qu'elle ne va là encore « pas de soi », objectivement (de par son manque de reconnaissance sociale, son jeune âge aussi) et subjectivement (un manque en quelque sorte d'assurance qu'elle manifeste en s'évaluant par rapport à ses deux collègues et en parlant aussi d'une certaine « timidité »), sa position au sein de l'UDC demandera à être réajustée de façon explicite.

« Au départ ça a été le flou artistique pour moi parce que en fait au départ ça a été surtout du boulot de secrétariat. Ca a été faire le mailing, donc entrer quatre cent adresses, et tout, plus un boulot de tickets services qui n'a absolument rien à voir avec la coordination mais qui me prend quand même un bon quart de temps quand c'est pas plus. Les tickets service c'est ce que les assistantes sociales donnent aux patients qu'elles ont, c'est des tickets de trente ou cinquante francs pour tout ce qui est alimentaire et vestimentaire et dont on les reçoit par feuille, on en reçoit pour huit mille francs ce qui est quand même pas mal, mais donc il faut les classer, les répertorier, parce que elles, par rapport à l'organisme qui nous les fournit, il faut qu'elles certifient qu'elles les donnent en fait, donc il faut en avoir des traces sur l'ordinateur et les traces ben c'est le numéro de ticket, la valeur du ticket, le prénom de la personne, la signature etc. Donc faut tout rentrer sur l'ordinateur et ça ça prend un boulot... bon c'est complètement...peu intéressant (...). Et en tant que coordinatrice ben c'est pas...je suis encore dans le flou hein à ce niveau là parce que y'a aussi quand même le regard des gens qui bossent ici [sous entendu à Horizons]. Pour l'UDC c'est clair que je suis la coordinatrice, maintenant pour d'autres, comme à Horizons, je pense que je suis plus confondue comme une secrétaire (...) Et des fois j'ai du mal moi aussi à me situer là-dedans quoi (...). Et puis y'a aussi...y'a aussi le fait qu'il y a P [la psychiatre] qui est très connue de par son cursus et tout et tout donc c'est vrai que quand on appelle la coordination j'ai plus le retour de P quoi ou de A qui est assistante sociale parce que... et puis pour les gens aussi c'est hyper flou, c'est quoi une coordinatrice ? C'est un nouveau mot, c'est comme animatrice socio-culturelle qui est le boulot que j'ai appris, c'est on ne peut plus flou, pour les gens et pour moi aussi (...). Les premières fois où on allait en rendez-vous c'était P [la psychiatre] qui faisait plus la présentation de l'UDC et A [l'assistante sociale] plus une présentation du centre

Horizons vu qu'elle y travaille aussi, et un jour, bon au bout de quelques mois, puisque c'est vrai qu'au départ j'apprenais aussi, je leur ai dit que ça serait peut-être pas mal que dans les prochaines réunions ben je présente quelque chose pour qu'on entende le son de voix de la coordinatrice, simplement que je me présente pas « voilà je suis la coordinatrice » avec un mélange de timidité, et puis après ce sont les autres qui parlent (...) Bon par contre au téléphone c'est plus là je crois qu'on peut me reconnaître en tant que telle, mais de par les réunions extérieures pour l'instant je ne pense pas ». (animatrice-coordinatrice de l'UDC - extrait d'entretien).

Cette phase d'expérimentation s'achève à la fin de l'année 1997. D'emblée et malgré un certain nombre de problèmes persistants : au niveau externe un manque d'accroche des professionnels « non naturels », au niveau interne des positionnements difficiles de l'assistante sociale et de la coordinatrice, l'Unité de coordination s'est mise en marche. Les appels nombreux (pour des hébergements, des renseignements sur les conséquences de la substitution ou de la tri-thérapie sur la grossesse...), ainsi qu'un certain nombre de rencontres, témoignent d'une forme d'inscription et d'une reconnaissance de certaines de ses compétences.

2-2 : Des partenaires plus ou moins légitimés

Le recentrage de l'Unité de Coordination vers ses partenaires « naturels » issus du champ sida-toxicomanie lui a sans doute permis de démarrer, après une période difficile d'attente et de « non-retour ». Pour autant, il ressort des propos de ces partenaires un certain manque de reconnaissance de l'Unité de Coordination, pour elle-même. Disons qu'elle ne semble pas se distinguer ici en vertu de connaissances et de savoir-faire qui lui seraient propres. Eu égard à la trajectoire de son Directeur, le centre Horizons est ici connu de tous et procure, par filiation, une certaine reconnaissance à l'Unité de Coordination, mais celle-ci semble demeurer dans l'ombre de sa « structure mère ». Mais ces professionnels sont aussi relativement bien insérés institutionnellement. Ils ont acquis au cours de leur parcours un certain nombre de connaissances (certains sont d'ailleurs « réputés » en leur matière), qui leur permettent de faire face seuls ou à plusieurs (en interne ou par des formes de partenariat plus anciennes), aux situations complexes qui se présentent à eux. Leurs besoins, s'il en est, sont essentiellement de l'ordre de l'information : on « passe un coup de fil » indistinctement à l'UDC ou à Horizons[726] pour s'enquérir par exemple (comme cela est souvent le cas), d'une

[726] Soulignons que cette indistinction trouve aussi probablement son origine dans les modes de gestion des appels établit entre le centre d'accueil et l'UDC : toute demande particulière et extérieure aboutissant au centre d'accueil est systématiquement renvoyée (après justification : « nous avons un service particulièrement chargé de ces questions ») vers le standart de l'UDC. Il semble que les appelants ne repèrent pas toujours un tel transfert.

structure d'hébergement disponible pour un client.

C'est le cas des spécialistes du sida, qui se sont déjà par le passé (et parfois avec Horizons), investis dans la prise en charge de certaines mères toxicomanes. Ils disposent d'un cadre institutionnel stable, reconnu (hospitalier, centres de substitution...) et sont aujourd'hui insérés dans des réseaux au sein desquels ils parviennent grosso-modo à « gérer » les situations qui leurs posent problème. Ce n'est donc pas tant l'Unité de Coordination qui est ici repérée mais le centre Horizons qui semble avoir toujours été pour eux une référence en la matière. De fait l'Unité de Coordination est-elle ici rarement nommée en tant que telle et se fond (avec son équipe) dans le centre Horizons qui est « la » structure sollicitée comme auparavant pour des renseignements particuliers (hébergement...) ou des relais de prise en charge. Il en est de même concernant les autres personnels hospitaliers (sages-femmes, infirmières, assistantes sociales en maternité par exemple), eux-mêmes insérés dans des formes de partenariat (par la présence nous l'avons vu, de personnels « référents ») et qui disposent en interne d'équipements, de techniques et des soutiens nécessaires. Un exemple concret, significatif de cet amalgame mérite d'être donné ici : l'un de ces professionnels au moment où nous l'avons rencontré s'était déjà rendu dans le bureau de l'UDC pour une réunion de présentation (réunion à laquelle nous avons nous-même assisté). Seule l'équipe de l'Unité était présente, mais ce professionnel en a gardé le souvenir d'avoir été en contact avec le centre Horizons pour parler de prises en charges communes, et nous a affirmé méconnaître totalement ce qu'est l'Unité de Coordination (« c'est quoi votre Unité de Coordination ? » nous a t-elle demandé au cours de l'entretien[727]). Certes il arrive parfois que l'UDC se fasse le médiateur entre le centre d'accueil (Horizons) et d'autres institutions ; mais il ne s'agissait pas de cela ici. En fait cette réunion de présentation s'était terminée par une discussion autour de la situation d'une femme que ce professionnel avait en charge et dont elle craignait précisément la sortie de la maternité. La décision avait alors été prise par tous, de présenter cette femme au centre d'accueil de Horizons, par l'intermédiaire de l'assistante sociale qui étaient là en tant que membre de l'UDC, mais qui, nous l'avons vu, travaille également au centre d'accueil. Sans doute cette double appartenance est-elle à l'origine de cette « méconnaissance » de l'UDC qui s'apparente en réalité à une confusion. Certes, celle-ci ne pose pas en soi de véritable problème si l'on considère que le centre d'accueil de Horizons est aussi là pour servir de relais au même titre que toute autre institution. Elle s'avère par contre

[727] Nous confondant par là même avec l'équipe de l'Unité elle-même, bien que notre position et notre rôle aient été explicités dès le départ à savoir dès la prise de contact, à nouveau dès le début de l'entretien et même lors de la première rencontre de cette professionnelle avec l'Unité de Coordination, à laquelle nous étions présents.

préjudiciable à la reconnaissance en tant que telle du nouveau dispositif.

Les intervenants en toxicomanie ont une perception de l'UDC à peu près similaire. Horizons, qu'ils connaissent depuis sa création, demeure ici la structure incontournable en matière de prise en charge des femmes toxicomanes et de leurs enfants. Cela y compris pour ceux qui, évoluant dans des structures demeurées relativement « traditionnelles » travaillent peu en partenariat. Mais bien qu'ils la relient de façon systématique à sa « structure mère », ces professionnels identifient généralement aisément les fonctions de cette coordination.

« Si j'ai bien compris c'était que Horizons n'en pouvait plus du boulot d'une part et ne pouvait pas forcément recevoir tous les toxicomanes ayant des enfants de la région parisienne et que en plus c'était pas forcément une bonne chose qu'un toxicomane hop il a un enfant et tout d'un coup on ne peut plus s'en occuper dans la structure X, il faut l'envoyer dans une structure spécialisée. Donc j'ai l'impression que c'est issu de toute une réflexion là-dessus, donc plutôt d'aider en fait les collègues, enfin nous, quand on est en difficulté dans une situation comme ça, comme un peu un conseil technique, une aide à prendre de la distance, faire des synthèses, enfin moi je voyais ça comme ça en sachant que les gens de Horizons ont bien sûr l'expérience et la réflexion et des connaissances que nous on a pas du fait que pour nous c'est une minorité de personnes et que pour eux c'est une spécialité ». (une assistante sociale en centre spécialisé en toxicomanie - extrait d'entretien).

Ces intervenants toutefois (comme nous le disait J. Ebert précédemment[728]) feront généralement peu appel à l'Unité de coordination. Si le sida a pu modifier pour une part (notamment un plus fort investissement médical) les bases de la clinique, la question de la femme et de la maternité continuent d'occuper ici peu de place. De plus, il apparaît aussi assez clairement que ces intervenants trouvent généralement en interne (la cohésion des équipes y est assez forte), les modes de résolution de leurs difficultés. Il en est de même pour ceux qui travaillent en partenariat qui ont entamé de longue date, à l'extérieur, des relations privilégiées (avec certains hôpitaux par exemple) susceptibles de leur procurer les soutiens dont ils ont besoin.

Mais un point mérite ici d'être développé car il permet d'apporter d'autres éléments de réponses à cette « utilisation » pour le moins partielle de l'Unité de Coordination, voire à son manque de repérage. C'est en fait qu'un grand nombre de ces structures ont en leur sein (si ce n'est à leur tête) des professionnels réputés ou reconnus dans le champ, certains d'entre-eux ayant pu d'ailleurs occuper dans certaines situations une position d'expert ou plutôt « d'expert circonstanciel ». Il n'est pas à exclure que dans ces conditions l'Unité de Coordination, en la personne précisément de la psychiatre, installe une forme de concurrence avec ces

professionnels. La situation s'est en réalité posée lors de la rencontre de l'UDC avec un centre de soins spécialisé dans lequel travaille un autre psychiatre réputé. Le problème posé par le professionnel concerné peut être ainsi résumé : « en quoi cette psychiatre qui a à peu près le même parcours que moi serait-elle plus compétente pour résoudre des difficultés dans la structure dans laquelle je travaille ? ». Dans ce conflit de territoire la psychiatre ne peut être reconnue dans sa nouvelle position, elle n'est en quelque sorte pas crédible, non pas certes en raison d'un manque de compétence, mais en raison d'une trop grande proximité en terme d'intérêts. J-Y. Trepos montre bien comment ces experts « insolites » qui ont accumulé en leur domaine un grand nombre d'expériences et qui investissent à un moment donné, par un effet de décalages successifs, le champ de l'expertise, peuvent être perçus par les autres professionnels issus du même milieu : ils s'apparentent à des « prophètes » lesquels « non seulement revendiquent de participer au jeu de l'expertise, mais prétendent dévoiler de nouveaux territoires où devrait s'exercer ce jeu ou comment les territoires existants sont mal explorés »[729]. En se positionnant au sein de cette Unité qui l'amène à ne plus être « que » psychiatre, ou « spécialiste en toxicomanie », cet expert « insolite » s'est en quelque sorte « déprofessionnalisée ». « La déprofessionnalisation doit être entendue ici comme la remise en cause d'un monopole professionnel (...) ; cette remise en cause attaque les marges du territoire d'exercice que revendique une profession »[730]. Contrairement à ce que disait un jour lors d'une réunion interne l'un des membres de cette UDC, certains problèmes de mise en lien avec ces partenaires dits « naturels » ne seraient finalement pas tant liés à des logiques de travail différentes (des points de vue théoriques ou pratiques qui seraient opposés), qu'à un effet pourrait-on dire de « provocation » que viendrait ici (involontairement et par la présence de la psychiatre) susciter l'Unité de Coordination. En effet en se posant, y compris dans la plus grande modestie, comme à même de résoudre certaines problématiques particulières, cette unité vient aussi soulever des enjeux internes au champ lui-même alors en pleine « reconstitution », lesquels donnent à voir des formes de luttes « pour savoir ce qu'est le monde social. (...) Pour savoir qui, à l'intérieur d'un univers socialement mandaté pour dire la vérité sur le monde social, est réellement (ou particulièrement) fondé à dire la vérité »[731]. De ce point de vue là, qui au demeurant se manifeste surtout ici par des résistances et à l'état de « non-dit », ces agents seraient au contraire dans une même logique. C'est justement parce

---

[728] Cf Deuxième partie, Chapitre II, 2 ; 2-1.
[729] TREPOS J-Y., *op. cit.*, 1996, p. 22.
[730] *Ibid.*, p. 23.
[731] BOURDIEU P., Choses dites, Paris, Ed de Minuit (coll. « le sens commun »), 1987, p. 114.

que ces partenaires lui sont « naturels » (ils sont de même « nature ») que l'UDC ne peut aisément entamer un véritable travail de médiation avec ces professionnels. En raison même de cette logique enfouie, elle ne peut réellement et durablement se situer en décalage de ces cadres institutionnels et professionnels parce qu'elle participe de la même histoire, de la même culture, celle précisément du champ. Des formes de liens existent certes, et sont tout à fait possibles, mais ils demeurent minimalistes : partage de connaissances, demandes ponctuelles de renseignements, etc.

Une telle tendance cela dit, se voit contrebalancée par un autre point de vue. En effet, certains des professionnels évoluant dans le champ du sida ont une toute autre perception de l'Unité de Coordination. Il est de fait que leur place dans ce champ est, elle aussi, moins repérée, moins légitimée ; ce sont des travailleurs sociaux qui ne disposent pas, ni en interne, ni en externe des moyens réels de faire face aux situations complexes qui se présentent à eux. Se joignent à ces professionnels, ceux du domaine de l'enfance, de la famille et de l'hébergement social, dont les enjeux sont placés « ailleurs » que dans ce champ sida-toxicomanie. Nombre de ces professionnels connaissent le centre Horizons pour y avoir envoyé certaines des mères dont ils ont eu la charge. Mais l'Unité de Coordination est ici repérée par tous en tant que telle, de façon distincte.

« Dès le début le travail avec Horizons s'est engagé très vite parce que le premier enfant qu'on a accueilli à la pouponnière, la maman était suivie à Horizons. Et j'ai aussi moi-même déjà dirigé plusieurs personnes en suivi de grossesse à Horizons, pour moi ça faisait partie du paysage en fait. D'ailleurs à l'inauguration ici Jean Ebert est venu donc c'est vrai que... Alors je ne sais plus très bien comment ils sont venus nous présenter cette... Je crois qu'à un moment donné je suis allée moi à Horizons pour des situations de suivi ici et c'est là qu'on m'a parlé de l'Unité de Coordination qui allait commencer ou qui venait de commencer, j'ai rencontré donc l'équipe, Mme A [l'assistante sociale] on en a parlé donc et moi j'en ai parlé ici, on était très intéressés ». (Une assistante sociale de pouponnière - extrait d'entretien).

« J'ai connu l'Unité de coordination parce que je connaissais bien Horizons, j'ai travaillé à R avant et là bas on a eu beaucoup de situations communes avec Horizons. (...) Et ce que nous avait expliqué A [l'assistante sociale], c'était que c'était une coordination, une instance où on pouvait effectivement parler des situations difficiles et que eux à partir de leur savoir-faire, bon pouvait s'enrichir de nos récits mais aussi par leur savoir-faire pouvait nous apporter aussi d'autres modes de réflexion, donc on l'a entendu comme ça ». (Une assistante sociale d'une association dans le domaine du sida - extrait d'entretien).

Point de détail intéressant : c'est l'assistante sociale de l'Unité de Coordination qui est

ici à chaque fois citée. La raison de sa présence au sein de l'équipe était bien celle là : renforcer les liens avec les partenaires moins immédiats tels que les services sociaux ou les structures évoluant dans le domaine de l'enfance. En vertu d'un principe qui semble fonctionner à plein dans de tels espaces (qui veut que la communication inter-institutionnelle passe par professionnels du même « rang » : du psychiatre au psychiatre, de la puéricultrice à la puéricultrice...), l'assistante sociale trouve ici une place tout à fait essentielle. Sa mise en avant nous indique d'emblée que nous sommes dans un tout autre contexte que précédemment (où la psychiatre et le Dr Ebert tenaient « la vedette »), que les enjeux ne sont plus les mêmes, et que l'Unité de Coordination pourrait bien prendre dans ce cadre une autre (sa véritable ?) place.

Cette Unité est perçue ici comme une structure de médiation dans laquelle évolue une équipe dont les connaissances et savoir-faire dans ce domaine de la toxicomanie, du sida et de la périnatalité sont indéniablement reconnus. Pour autant, un tel point de vue n'est pas sans poser problème à l'équipe de l'UDC car il tend du même coup à dépasser les limites qu'elle s'est préalablement fixées. Pour ces professionnels profondément isolés face à des situations complexes qui provoquent chez eux un sentiment d'incompétence, d'échec, de dévalorisation de leur position, l'Unité de Coordination tend à prendre la figure d'une instance à travers laquelle tous ces maux pourront être résolus.

« On était très intéressé parce que quand ils sont venus c'était aussi un moment où on avait eu plusieurs admissions de situations où on était aux prises avec la psychiatrie adulte, et... on était en très grande difficulté (...) on savait pas comment faire on était complètement largués (...) Et l'idée donc c'était de passer par un médiateur tel que l'Unité de coordination qui ont eux quand même une connaissance de ça, de la psychiatrie adulte, de comment on fait avec eux. (...) C'était comment un regard psy, un peu plus spécialisé que nous qui ne le sommes pas du tout, pouvait nous aider à faire qu'une mère et son enfant se rencontrent par exemple au sein d'une visite. Est ce que l'Unité de coordination ne pouvait pas à un moment donné venir, accompagner une visite, voir ce que présente la maman, nous aider à l'orienter vers quelque chose, parce qu'il y a aussi des parents qui sont pas suivis et on sent qu'ils auraient besoin d'un suivi ». (Une assistante sociale de pouponnière - extrait d'entretien).

Dépassés par les problèmes qu'ils rencontrent avec certains professionnels extérieurs, ces agents cherchent dans l'Unité de coordination non pas tant un moyen de trouver un accord, une forme de dialogue entre eux-mêmes et ces autres professionnels, qui puisse rendre possible la prise en charge, mais un véritable substitut, sorte d'ersatz de ces professionnels extérieurs avec lesquels la communication ne se fait pas. Dans d'autres cas où les problèmes

posés seront plus d'ordre interne : un travail d'équipe qui ne fonctionne pas, un isolement du professionnel dans sa structure, l'Unité de Coordination sera perçue comme une instance parfaite de régulation interne.

« C'est vrai que nous on était très demandeurs, et j'avais proposé à A [l'assistante sociale] de se réunir régulièrement par exemple tous les deux ou trois mois, plutôt que de dire « quand vous avez une situation vous nous appelez », parce qu'après c'est un leurre, après on est tous dans la bourre (...). Et nous à l'époque on avait pas de soutiens psy du tout dans l'équipe donc pour nous c'était très intéressé à l'époque hein, on était en quête de ça.(...) On s'était dit bon avoir des travailleurs sociaux qui sont plus spécialisés en fait en toxicomanie et parents avec enfants c'était déjà important pour nous, pour échanger, et en plus avoir un médecin psychiatre pour nous c'était carrément le pied quoi, on s'est dit oh ben là on va pouvoir quand même des fois vider le sac ».(une assistante sociale d'une association dans le domaine du sida - extrait d'entretien).

Il devient alors nécessaire pour l'Unité de coordination de repréciser, de recadrer ses fonctions et ses objectifs face à ces partenaires, dans le but de ne pas être « utilisée » à des fins contraires à ce que justement elle prétend vouloir faire, à savoir ouvrir un domaine partagé par tous, coordonner et non pas combler ou suppléer. Ces formes de mésententes nécessiteront donc parfois une seconde réunion avec ces professionnels. Mais là commence sans doute déjà le véritable travail de coordination (que nous développerons ultérieurement). Il s'agit de faire en sorte que chacun situe bien l'autre dans ses compétences et dans ses savoir-faire, afin de définir un terrain d'entente qui dépasse ces problèmes spécifiques. Passée cette seconde réunion où l'Unité de coordination aura redéfinie sa place, il faudra un certain temps aux structures en question pour se repositionner à leur tour, de manière à pouvoir bénéficier des propositions de l'Unité et à l'inscrire dans le cadre de leurs activités.

« C'est vrai que ça méritait sans doute d'être reprécisé de façon concrète ce qu'ils peuvent faire, ce qu'on peut leur demander. Il faut qu'on avance aussi sur là où ils peuvent répondre, comment nous on peut les utiliser, de façon très simple, à la limite très quadrillée. Et bon c'est vrai qu'on en est encore qu'au tout début quoi, on ne sait pas très bien encore trop ce qu'on peut leur demander, eux savent peut-être pas non plus d'ailleurs, parce qu'on a pas de demandes vraiment ciblées quoi ».(une assistante sociale de pouponnière - extrait d'entretien).

C'est généralement l'apparition d'un « cas », d'une situation particulière, qui réunira à nouveau ces professionnels et l'équipe de l'UDC. Mais entre la seconde visite et ce moment là, une période plus ou moins longue se sera passée, cette période précisément de « non-

retourr » qui questionnait voire exaspérait beaucoup les membres de l'Unité. Mais on voit bien ici combien ce temps peut-être utile et nécessaire pour que s'élabore une demande qui corresponde aux objectifs des uns et des autres. Et si l'équipe avait pendant ce temps, si long, décidé de se recadrer vers ses « partenaires naturels » dont le « retour » s'était avéré plus rapide, on se dit ici que cette empressement était peut-être déjà un signe qu'aucune demande réelle de coordination n'allait pouvoir être formulée.

2-3 : Des compétences à faire valoir

Cette période d'expérimentation représente aussi, nous l'avons déjà dit, une forme de mise à l'épreuve pour les membres de l'équipe, y compris, dans une certaine mesure, nous l'avons vu, en ce qui concerne la psychiatre. Il importe à présent, alors que l'UDC semble avoir « fait le tour » de ce qu'elle peut espérer en terme de partenariat, de faire le point sur le cheminement personnel de l'assistante sociale et de sa collègue coordinatrice.

Il apparaît clair à présent que cette Unité de Coordination peut trouver une place (si ce n'est « sa » place) dans un travail avec des professionnels qui lui semblaient moins proches au départ. Ces professionnels qui sont aussi les moins légitimés (tout au moins se perçoivent comme tels) à agir dans ce domaine de la toxicomanie, du sida et de la périnatalité (en raison de leurs « méconnaissances », des outils dont ils disposent, de leur position institutionnelle) semblent souvent à la recherche de savoirs spécialisés, une sorte de « toute puissance » ou panacée qui pourrait par sa présence régler tous les problèmes ou encore occuper le vide qui les sépare d'un certain nombre de professionnels et institutionnels (à commencer par la psychiatrie dont nombre d'entre eux déplore l'enfermement et la distance). Mais ces rôles de superviseur ou de panseur de manques n'entrent pas dans les fonctions de l'UDC. Cela irait d'une part à l'encontre de ses projets : il ne s'agit pas effectivement de proposer un « produit fini » mais de servir de support à ces professionnels afin qu'ils puissent élaborer, par eux-mêmes, un certain nombre de réponses aux situations complexes qui se présentent à eux ; cela invaliderait de fait également la raison d'être d'une équipe plurielle : car si les professionnels n'ont besoin que de « spécialistes » notamment psychiatres ou toxicothérapeutes, on ne voit finalement plus très bien quel rôle pourraient jouer ici les travailleurs sociaux de cette équipe. L'impact de ce type de « demandes » est cependant très fortement ressenti par cette assistante sociale et cette animatrice-coordinatrice. Bien que de l'intérieur, au sein de l'équipe, leurs positions ne soient aucunement remises en cause, cette appétence des professionnels extérieurs vers tout ce qui a trait au « savoir » spécialisé, en l'occurrence psychiatrique et

psychanalytique, tend à les faire se positionner dans une position subalterne vis-à-vis de leur collègue psychiatre. Ce savoir (obscur) qu'elles ne maîtrisent pas et pour lequel elles témoignent elle-même d'une certaine attirance (pour ne pas dire une certaine « admiration ») les place finalement dans une situation similaire à celle des travailleurs sociaux de terrain qu'elles rencontrent ici, confrontés à des situations qui les dépassent et dont ils estiment par-là même qu'elles ne sont pas de leur ressort mais de celui d'un « spécialiste ». L'idéal du traitement par la psychiatrie et (surtout) la psychanalyse se retrouve donc également dans ces relations inter-professionnelles, aussi bien au niveau externe qu'au niveau interne de l'Unité de Coordination.

« Moi j'ai toujours bien aimé travailler avec des psy donc déjà ça ça ne me pose pas de problèmes, ensuite je pense que P [la psychiatre] et Jean [le Dr Ebert] connaissent très très bien le travail social et le valorisent d'ailleurs, ce qui n'est pas toujours le cas dans d'autres endroits... En même temps c'est vrai que en ce moment je m'interroge sur justement qu'est ce que ma compétence professionnelle peut avoir d'intéressant dans l'UDC, parce que je me... je me pose la question en ce moment, je pense que la demande des institutions quand on les rencontre par exemple c'est souvent de travailler autour de situations qui leurs posent problème et que leur demande c'est de travailler avec un psy. Bon le fait que je sois là ça pose pas de problèmes... enfin je sais pas moi comment je suis repérée là dedans (...), je ne m'interdis pas de dire des choses, de prendre la parole mais c'est vrai que je m'interroge... Pour tout dire j'ai l'impression finalement que si y'avait que des psy ça suffirait quoi. C'est un peu provocateur mais... parce que je me dis est ce que vraiment... quelle est ma légitimité là-dedans quoi, qu'est ce qui de ma compétence peut-être aidant (...) Dans ma compétence d'assistante sociale comme ça je suis un peu... bon je sais pas trop » (assistante sociale de l'UDC - extrait d'entretien).

Le travail de la Coordination avec ses partenaires consistera (nous le verrons) à les « requalifier », les resituer dans leurs compétences propres. On présume dès lors que ce travail nécessitera également d'être fait à l'intérieur, c'est-à-dire auprès des travailleurs sociaux de l'équipe, afin qu'ils parviennent à y trouver leur légitimité. Cette opération n'est au demeurant pas aussi visible que lorsqu'elle est effectuée avec les partenaires (bien qu'elle comporte, de ce côté là également, une grande part d'informel et de non-dit). Si les réunions internes de l'équipe seront parfois l'occasion de s'interroger ouvertement sur ces difficultés (on le verra ci-après) de même qu'elles permettront, dans un travail que l'on peut qualifier (comme l'a par ailleurs montré J-Y. Trépos[732]) d'herméneutique, de construire des cadres communs auxquels l'ensemble de l'équipe puisse s'identifier, c'est aussi dans la pratique elle-même (aussi bien,

[732] TREPOS J-Y., Les dispositifs d'assistance aux toxicomanes : redistribution des compétences et impératifs de coordination, In DE RUYVER B [Dir]., CCConsommations et milieux de vie, gestion des drogues, Bruxelles : Ed Bruylant et Anvers : Ed Maklu, 2000, p. 4.

en ce qui concerne notamment l'assistante sociale, dans le cadre de la coordination, que dans le cadre du centre d'accueil), au quotidien, qu'elles pourront acquérir l'assurance de la pertinence, de leur propre savoir-faire. Somme toute il s'agit pour elles de dépasser le paradoxe de leur position (entre savoir, affirmation d'une compétence et impression de « non savoir », d'incompétence) en acceptant et en apprenant à valoriser (y compris en passant par une forme de « mise à l'épreuve) le fait qu'il est celui « d'un savoir professionnel oblique constitué transversalement par rapport aux différents espaces des disciplines »[733]. Dans un contexte général où les questions complexes demandent à être gérés collectivement et où une qualification particulière (fut-elle « spécialisée ») ne peut se prévaloir d'aucune autre (et la raison d'être de cette UDC est bien celle-là à l'origine, comme l'équipe plurielle qu'elle met en avant), ces agents disposent indéniablement d'un certain nombre d'atouts. Quand bien même le savoir psychanalytique occupe ici une place importante, la valeur de ce type de coordination réside dans sa capacité à se situer dans une complémentarité de points de vues qui s'enrichisse concrètement des différences au lieu précisément de les gommer. Le pédo-psychiatre en charge de ce dispositif expert pour adolescents difficiles que nous avons mentionné précédemment exprime assez bien le « jeu » qui doit être instauré ici entre les membres d'une telle équipe.

« Les gens qu'on voit ici ils sont reçus par un éducateur qui connaît très bien les cadres juridiques enfin toutes ces choses que les psy connaissent pas bien et quand bien même ils les connaîtraient ils les auraient pas vécus pendant dix ou quinze ans, on a pas des automatismes de réflexion et d'action. Et puis moi je veux dire que quand je reçois ici des équipes j'ai une liberté par rapport à ce que j'avais auparavant c'est que je m'occupe pas de la réalité, y'a quelqu'un qui s'en occupe. Y'a quelqu'un qui est à côté de moi qui est là pour écouter la réalité. Et qu'à la fin les gens puissent entendre deux réponses distinctes. Un : la réalité psychique ; deux : la réalité concrète. Même si je caricature un peu, parce qu'évidemment c'est pas si simple, mais c'est quand même ça qui se passe ». (Un pédo-psychiatre, directeur d'un dispositif expert pour adolescents difficiles - extrait d'entretien).

Ainsi la présence de ces deux professionnelles au sein de l'équipe se conçoit-elle dans la mise en forme d'une « compétence algorithmique »[734] de cette Unité qui l'amène, partant à la fois d'une réflexion approfondie, détachée et d'une prise en compte des données concrètes issues du « terrain », à « construire un mode d'enchaînement des actions »[735].

---

[733] TREPOS J-Y., *op. cit.*, 1992, p. 157.
[734] TREPOS J-Y., *op. cit.*, 2000, p. 4.
[735] TREPOS J-Y., *op. cit.*, 2000, p. 4.

Bien qu'elle soit apparue difficile à gérer au départ, la double appartenance de l'assistante sociale (qui travaille en mi-temps à l'UDC et à mi-temps au centre d'accueil Horizons) participe à ce processus. Pour cette professionnelle issue du domaine de l'enfance, ce travail direct, « de terrain » auprès des mères toxicomanes est un moyen d'acquérir des connaissances supplémentaires, d'élargir son expérience, et de faire valoir des compétences croisées qui plus est sans arrêt réactualisées, qui s'avèrent indispensables à une « bonne » identification et par-là même utilisation (celle prévue originellement), par les partenaires, de l'UDC.

« C'est vrai que en même temps je pense que j'avais besoin de travailler un peu en direct avec des personnes toxicomanes parce que j'avais pas beaucoup d'expériences en la matière. Il fallait que je découvre certaines choses par rapport à ça, enfin que je m'informe sur la problématique de la toxicomanie, le soin, les différentes perspectives de soins, c'était important, je ne pouvais pas rester dans l'ignorance de ça... Je pense que comme je travaille avec des gens qui connaissent bien le problème, qui sont très compétents etc, je crois que assez vite finalement j'ai pu faire mienne une connaissance par rapport à ça (...). C'est vrai aussi que mon expérience en protection de l'enfance, les problématiques, les circuits de l'Ase etc, c'est vrai que ça m'aide beaucoup aussi. Mais en même temps, ce qui est curieux, comme c'est dans un autre contexte j'ai du abandonner les habitudes de travail d'un service vraiment centré sur la protection de l'enfance qui a une culture très très particulière, pour adapter mes outils et mes connaissances à une institution qui n'a pas ce projet là, qui est différente, et où le problème du danger potentiel et identifié de l'enfant est beaucoup plus finalement...je dirai beaucoup plus difficile à traiter que dans une institution repérée dans ce champ. Ici on est tiraillé entre le soin aux parents et...tenir compte des difficultés que peut vivre un enfant et que ce tiraillement fait que souvent il nous faut du temps pour comprendre ce qui se passe. (...). Dernièrement on est allé avec P [la psychiatre] à une réunion avec une équipe de PMI et P m'a dit à la fin : « bon peut-être qu'il va falloir qu'on se partage le travail parce qu'on va pas pouvoir tout assurer », un peu comme si on était interchangeable, et je lui ai dit « mais c'est impossible »... C'est-à-dire que le sentiment que j'ai c'est que moi je ne peux pas aller seule quelque part sans elle, mais que elle elle peut aller seule quelque part sans moi (...). Parce que c'est vrai que ce que disent les professionnels c'est qu'ils manquent de soutiens dans certaines situations, pour les analyser et les comprendre, un soutien psy. Bon mais après c'est vrai que ça peut cheminer, c'est-à-dire qu'en faisant l'expérience d'un travail, moi étant présente, ça peut modifier un peu les choses ».(assistante sociale de l'UDC - extrait d'entretien).

Le problème s'avère à peu près similaire dans le cas de l'animatrice-coordinatrice de cette Unité qui, en raison de son travail supplémentaire de secrétariat, percevait au départ avec difficulté son rôle réel de coordinatrice tant à l'intérieur de l'UDC que du point de vue des partenaires.

« La difficulté dans ce poste de coordinatrice c'est que par le secrétariat je dirai que je suis dans l'immédiateté, il faut faire ci, un courrier, un machin... Et des fois quand on se retrouve en réunion, quand j'entends P [la psychiatre] ou Jean [le Dr Ebert] parler de projet de ci, de ça, des fois c'est vrai que je me trouve un peu... bon il faut que je rattrape le train en marche parce que je suis vraiment dans l'immédiateté... c'est pas toujours facile en fait ». (animatrice-coordinatrice de l'UDC - extrait d'entretien).

Là encore, sa position nécessitera d'être requalifiée, recentrée sur ses compétences spécifiques. L'opération, plus visible ici, consistera à la mobiliser autour d'un nouveau dispositif (un projet d'atelier parent-enfant) géré à la fois par l'UDC et le centre d'accueil, qui va en quelque sorte redonner « corps » à ses compétences d'animatrice et les élargir par un apport supplémentaire de connaissances dans le domaine de la toxicomanie.

« M'insérer dans ce genre de projet, ça m'intéresse personnellement et professionnellement (...). Ca me permettrai d'être plus en contact avec les patientes, parce que là c'est difficile aussi de prendre part à certaines idées ou autres sur les toxicomanes en général alors que j'ai jamais eu de contacts avec eux, ça aussi ça a été une des premières difficultés en venant travailler ici, c'est d'entendre parler d'eux, d'être amenée à m'exprimer aussi sur le sujet, sans jamais avoir travaillé avec eux. (...) Je pense que des fois, même par rapport à la réponse téléphonique, que ce soit les structures ou les patients qui appellent, la réponse pourrait être différente en fait, et bon ben là je fais avec ce que j'ai et avec ce que j'entends, et c'est pas mon expérience. Donc c'est vrai que j'attends beaucoup de ce projet (...) Y'aura quand même autre chose, y'aura un contact et au moins je les entendrais, elles, ça sera mon regard et pas seulement celui de l'assistante sociale ou de la psychiatre avec qui je travaille, et ça peut être un regard différent. (...) Et ce projet c'est une idée qui avait été lancée au départ par P [la psychiatre], cette idée a été acceptée, R (co-directeur de Horizons) est donc venu me voir, parce que bon il sait que j'ai déjà travaillé aussi comme directrice donc j'avais fait aussi des projets, et donc j'ai commencé à écrire ce projet là avec E (une personne du centre d'accueil), on a eu un budget aussi et bon voilà (...). Donc ça c'est vrai que ça m'intéresse beaucoup, parce que je me retrouve un peu aussi dans le cadre des enfants quoi, et donc ça rentre dans mes compétences » (animatrice-coordinatrice de l'UDC - extrait d'entretien).

Parce qu'il met en valeur les compétences spécifiques de cette animatrice, un tel projet participe dans le même temps à la cohésion et la cohérence de cette Unité. On voit bien ici que si le terme « d'unité » renvoie aux liens qui peuvent être noués avec des partenaires extérieurs, ceux-ci n'ont également de sens que par rapport aux liens que les différents membres de l'équipe entretiennent entre eux. Le sentiment d'incompétence de l'un ou l'autre de ses membres peut être un frein à la bonne marche de cette coordination et à sa reconnaissance extérieure car il laisse insidieusement s'installer (et par-là même se justifier) des différences en terme de valeurs, d'aptitudes, de capacités. En somme il tend à reproduire

en interne les divisions (divisions du travail notamment) que cette structure dévoile dans son travail extérieur, et contre lesquelles elle s'est justement créée.

En tant que telles, cette assistante sociale et cette animatrice-cordinatrice, tiennent donc une place importante dans ce travail de coordination. Elles ont notamment pour fonction de sortir cette Unité du rôle (de supervision, de soutien « psy), que voudraient bien souvent lui voir jouer certains agents extérieurs. Par leurs compétences élargies dans le domaine du social et du relationnel elles occupent ce que H. Hatzfeld appelle une « position nodale »[736] : Elles se situent dans un noeud à partir duquel un certain nombre de rencontres réelles (non déguisées) seront rendues possibles, et à partir duquel un travail de coordination digne de ce nom pourra s'effectuer.

3 - Des situations d'expertise ou la socialisation des savoirs

3-1 : La construction commune de l'objet

Pour être constamment en accord avec les objectifs qu'elle s'est fixé l'Unité de Coordination doit être en mesure de s'analyser elle-même, d'expliciter ses difficultés, ses choix éventuels, de décortiquer, de mesurer les notions qu'elle utilise. Ce travail d'objectivation doit se faire constamment en référence à l'extérieur, à la réalité mouvante qui se présente à elle. Les réunions internes et hebdomadaires de l'équipe, avec le Dr Ebert, constituent en quelque sorte ce laboratoire ; un laboratoire d'herméneutique, dans lequel se manipulent des mots, des discours, des idées et où se construit et se reconstruit sans cesse, au fil des situations qui leurs sont exposées, l'objet qui se présente à elle. Mais c'est aussi sur le terrain, dans les rencontres avec les autres professionnels que se mesure ce travail d'équipe. Le terrain représente une sorte de mise à l'épreuve constante de ses capacités, mais aussi de sa cohérence.

De fait, le langage, la parole, de même que l'écoute, apparaissent comme l'équipement principal de l'Unité de Coordination. Ils s'appuient sur les connaissances accumulées par chacun de ses membres au cours de leur parcours respectif (antérieur ou présent). Mais les différents membres de cette unité n'ont pas les mêmes expériences, ils n'ont pas non plus les mêmes savoirs, et nous avons vu qu'ils ne se positionnaient pas non plus de la même façon. Se forge donc ici un savoir tout à fait composite entraîné au demeurant par les compétences

---

[736] HATZFELD H., Construire de nouvelles légitimités en travail social, Paris : Ed Dunod, 1998, p. 76.

spécifiques (théoriques mais aussi pratiques), la culture savante, détenus par la psychiatre et le pédo-psychiatre (le Dr Ebert qui participe à ces réunions internes). Ils vont donner à cette Unité un sens commun (une même orientation quant à la perception du monde qui se présente à elle) et lui fournir un sens pratique (une conduite adaptée aux situations, dans le but d'engendrer l'action). Leurs capacités d'abstraction, d'analyse, de synthèse et d'objectivation vont être le moteur de ce travail interne de coordination. Il s'agit comme l'écrit P. Bourdieu d'arriver à produire « des représentations (mentales, verbales, graphiques ou théâtrales) du monde social qui soient capables d'agir sur ce monde en agissant sur la représentation que s'en font les agents »[737]. Ce travail passe à la fois par la description, l'interrogation, l'objectivation, la redéfinition de tout ce qui entoure cette Unité, mais aussi de sa place à elle et de son rapport à cet extérieur. Ce « travail » apparaît en réalité rarement comme tel. Ces réunions internes donnent généralement l'apparence (trompeuse) d'être des moments simples de conversations, de discussions entre collègues. C'est que cette construction commune passe par l'échange : échange de points de vue, de perceptions, de mots, etc. A partir d'un « ordre du jour » (il peut y en avoir plusieurs), annoncé par l'un ou l'autre de ces agents (qui peut être une situation complexe rencontrée par un partenaire, le récit d'une rencontre passée, la préparation d'un nouveau numéro du bulletin de l'UDC ou celle d'une participation prochaine à un colloque, à un séminaire), se détermine une orientation générale à partir de laquelle se développent autant de digressions que le sujet mérite ou nécessite d'approfondissements et de précisions. De façon générale et schématique on peut regrouper ces différents élargissements à visée constructive, autour de trois thèmes principaux, qui sont aussi des questionnements : par rapport à soi ; par rapport aux outils et supports de communication ; par rapport enfin à l'extérieur ou plus précisément aux partenaires. Ces thèmes agissant constamment les uns sur les autres.

Dans le premier cas, il s'agit de s'interroger sur ce qu'est (ou ce que veut être) cette Unité de Coordination (sa fonction, sa place, ses objectifs) ainsi que sur les membres qui la composent (positionnement de chacun par rapport à l'Unité mais aussi par rapport aux autres membres), au regard à la fois des événements internes et externes. Ce travail de Coordination passe d'abord par une interrogation sur soi-même.

« Pour pouvoir collaborer, malgré tous les discours sur la question du secret partagé, de ce qu'on dit ou de ce qu'on dit pas, ce n'est pas tant du patient qu'il faut parler mais de soi. C'est-à-dire que pour pouvoir collaborer il faut pouvoir dévoiler ce qu'on est, ses options clinique, la façon dont on s'investit dans une relation

[737] BOURDIEU P., Ce que parler veut dire, Paris, Fayard, 1982, p. 149.

thérapeutique, ce qu'on « rêve » d'une prise en charge, sur ce qu'on est capable de supporter aussi quand ça ne marche pas, plus que de parler du patient lui-même. Quand on parle du patient et qu'on en fait un objet disséqué, on a l'impression de tout savoir, et en fait on sait tout mais tout qui n'est rien, et comme effectivement une prise en charge c'est toujours une dynamique d'une part et une dynamique relativement transférentielle, c'est vrai que pour collaborer il faut parler de soi ».(psychiatre de l'UDC - extrait d'entretien).

Ces propos à consonance psychanalytique laissent entrevoir les formes de relations que l'Unité de Coordination instaure avec ses partenaires (nous y reviendrons), mais ils renvoient aussi et avant tout à cette Unité elle-même et aux différents membres qui la composent. Au fil du temps l'Unité de Coordination s'interroge donc sur sa position. Divers exemples (ayant donnés lieu à discussion), peuvent à ce titre être cités[738] :

- Des rencontres réunissant des spécialistes en toxicomanie avaient été annoncées. L'UDC envisageait d'y participer en son nom à partir de la création d'un atelier sur la parentalité qui réunirait notamment des professionnels de l'enfance. Cela afin de sortir d'un cercle de type « les intervenants en toxicomanie parlent aux intervenants en toxicomanie ».

- Une discussion s'est un jour engagée au sujet des appels non professionnels que reçoit l'UDC (appels de femmes toxicomanes elles-mêmes au sujet d'un renseignement ou d'une demande de prise en charge[739]). Ces appels provoquent dans l'équipe un sentiment de malaise, et ne sont pas faciles à gérer. La coordinatrice d'une part qui les réceptionne a peur de répondre « à côté », d'autre part « que fait là l'UDC ? » interroge la psychiatre. « Ces personnes qui sont dans la fusion, à quoi les fait-on adhérer ? Il y a là un changement de registre : on n'est plus dans la coordination, on est dans la prise en charge ».

- A propos d'une éventuelle confusion des partenaires entre le centre Horizons et l'UDC : « plutôt que les professionnels viennent nous rencontrer il faudrait que nous allions chez eux » (la psychiatre).

- Par rapport aux renseignements demandés à l'UDC sur les structures d'hébergement : « Finalement nous n'avons pas plus à proposer que ce que les structures connaissent déjà. Mais le fait est qu'il peut y avoir des problèmes sous-jacents à ces demandes d'hébergements qui pourraient entrer dans les fonctions de l'UDC »(la psychiatre).

---

[738] Ces exemples sont extraits de nos prises de notes lors de ces réunions internes

[739] Notons que nombre de ces appels parviennent à l'UDC via le service de « Drogues Info Services »

- A propos du temps nécessaire à certaines structures pour faire appel à l'UDC qu'elles connaissent pourtant depuis longtemps : « Pourquoi ont-ils mis tant de temps à faire appel à l'UDC ? » (Dr Ebert) ; « Mais toutes les institutions doivent-elles faire appel à l'UDC ? Certaines ont probablement suffisamment de moyens » (la psychiatre).

- A propos de l'appel d'une intervenante d'une structure d'accueil pour usagers de drogues où travaille également un psychiatre réputé dans le champ. « Il y a un problème avec X [le psychiatre], il est difficile ici pour moi de faire reconnaître une compétence de coordinateur » (la psychiatre). « J'ai eu une discussion avec Y [l'intervenante]. Apparemment tu es perçue là-bas comme un correspondant trop explosif par rapport à X. C'est une question de territoire par rapport à la psychiatrie. Il faut trouver une autre correspondante avec cette structure, je propose que ce soit A [l'animatrice-coordinatrice] » (le Dr Ebert).

- Une discussion s'enclenche à propos de la place de l'assistante sociale de l'UDC qui évolue aussi au centre d'accueil de Horizons : « Quand je suis au centre d'accueil et que je traite d'un cas dont on a pu parler dans le cadre de l'UDC je n'entends rien de ce qu'on a pu en dire » (l'assistante sociale). « Il faudrait que tu ne traite pas au centre d'accueil de situations vues à l'UDC » (le Dr Ebert). « Mais cette question est intéressante car elle montre aussi nos limites ; nous avons donc des limites ! » (la psychiatre).

D'autres formes d'élargissements sont opérés autour cette fois des supports de communication. Le langage, principal outil de l'UDC doit être analysé : il s'agit de savoir globalement « de quoi l'on parle » afin de mieux communiquer. Ainsi un certain nombre de notions ou d'expressions fréquemment utilisées dans leur domaine professionnel (les notions d'écoute, de réduction des risques, de bas seuil, de prise en charge, de substitution, de réseaux...) sont-elles réinterrogées. Comme le souligne A. Chauvenet « le travail cumulatif sur ces différentes notions, la référence à leur propos à des situations semblables, à terme transforme ces notions du sens commun en outils de travail spécifiques »[740]. Là encore quelques exemples significatifs peuvent être donnés :

- A propos des « hébergements thérapeutiques » : « tout le monde parle d'hébergements thérapeutiques, mais en fait personne ne sait ce que c'est et nous non plus :

---

[740] CHAUVENET A., *op. cit.*, p. 140.

qu'est ce qui est thérapeutique dans un hébergement ? Et qu'est ce qui fait qu'un hébergement mère-enfant dans ce cadre est compliqué ? » (la psychiatre).

- Au sujet des « produits de substitution » et particulièrement du Subutex : « Les usagers de drogues ne sont pas pris en charge par la médecine de ville, il n'y a pas de suivi. Ce n'est donc pas une prise en charge c'est une prescription. Mais pourquoi les appelle-t-on produits de substitution ? Qu'est ce que cela signifie au juste ? » (la psychiatre).

- Concernant les termes « d'écoute » et de « parole » : « Il y a une très grande perversion des termes d'écoute et de parole. On appelle parole et écoute à peu près n'importe quoi, on vide aujourd'hui le sens de ce qu'est la parole et l'écoute. Tout le monde entend, tout le monde écoute tout et n'importe quoi, et on ne sait pas ce qu'on fait de la parole de l'autre puisqu'on ne la lui restitue jamais. On se demande ce que c'est que cette cuvette dans laquelle on déverserait comme ça des mots » (la psychiatre).

Les autres professionnels, les partenaires sont également au centre de ces questionnements. Certains faits, certaines situations, certains propos qui ont été recueillis lors des rencontres extérieures seront ici analysés, réinterrogés. Il s'agit de réintégrer dans un contexte précis ce qui aura pu être dit, de cerner les représentations de ces agents extérieurs, d'arriver à faire émerger une demande, afin de situer un cadre éventuel d'intervention pour l'UDC. Ce point occupe sans nul doute la place la plus importante dans ces réunions. Voici à nouveau quelques exemples de ces diverses interrogations :

- Par rapport au thème de la parentalité qui surgit dans certaines institutions : « Il y a des manœuvres stratégiques autour de la parentalité des toxicomanes. Pour faire face à la précarité les institutions se saisissent de tout ce qui est nouveau, donc de la parentalité » (la psychiatre).

- A propos du discours de certains professionnels de l'enfance sur le placement d'enfants : « Le placement est le plus souvent vécu comme un échec, donc ça se passe mal, alors que ça pourrai être une alternative. La question est toujours : comment éviter le placement ? Mais pourquoi ne pas dire comment le rendre possible ? » (la psychiatre).

- Concernant les structures « bas seuil » : Il y a une vision perverse du bas seuil par rapport au haut seuil. Il faut requalifier ces institutions parce qu'elles sont indispensables, il faut revoir tous ces gens et faire un travail de requalification de ces structures de proximité ». (la psychiatre).

- Concernant les demandes de « supervision » : « Ces demandes de supervision se font pas carences institutionnelles. Il faut mettre clairement en évidence que nous ne faisons pas de supervision institutionnelle, nous ne voulons pas nous substituer à une institution ». « Ce terme de supervision pose un problème car il sous-tend l'idée d'être en position supérieure. Et ça ça pose problème notamment par rapport aux autres psychiatres, là ça passe très mal » (la psychiatre).

- Par rapport à une structure particulière évoluant dans le champ de l'enfance : « C'est difficile pour nous d'y être légitimés » (l'assistante sociale). « Pour y être il faut avoir quelque chose à y faire. Cette structure est déjà une sorte de coordination, donc à quel titre on y est ? » (la psychiatre). « Nous n'en sommes pas encore là, on est pas encore identifié comme étant « la » coordination, c'est une question d'identité » (le Dr Ebert).

On ne peut manquer de souligner la position toute particulière, sinon dominante, du savoir psychanalytique dans un tel travail. Cette « culture » spécifique est ici un atout, dans la mesure où elle permet de dépasser chaque approche individuelle et de servir d'appui à la mise en forme de représentations communes, d'un même « esprit » collectif, d'une éthique, qui pourront permettre de faire face à l'événement, aux incertitudes, et de conduire l'action. C'est aussi à travers l'emprunt pratique de ces savoirs experts, cette « boite à outil » et sa mise en lien avec leurs propres compétences, que les travailleurs sociaux de cette Unité (l'assistante sociale et l'animatrice-coordinatrice) dont les fonctions s'avéraient être (au départ) plus instrumentalisées, peuvent trouver une nouvelle stabilité.

3-2 : L'élaboration de la demande

Le travail de coordination avec les partenaires passe à peu près par les mêmes processus : il s'agit de leur offrir pêle-mêle un certain nombre de connaissances basiques mais spécifiques, qui puissent leur permettre de faire face à un certain nombre de problèmes qui se posent à eux (par rapport à la toxicomanie, aux structures existantes, etc), de « décortiquer » avec eux la situation complexe qui les met en échec, tout en les repositionnant dans le domaine d'intervention qui est le leur, leurs compétences, afin qu'ils retrouvent une légitimité dont la perte précisément s'avère être bien souvent à l'origine de leur souffrance et leur solitude vis-à-vis de certaines situations.

La première étape d'un tel travail (que l'on isole de façon schématique ici car dans la réalité elle ne se distingue pas forcément des deux autres que nous verrons par la suite), vise à

l'élaboration d'une demande « réelle » de la part des partenaires à laquelle l'équipe pourra (ou non) répondre. On présuppose ici, dans une perspective largement empruntée de psychanalyse (comme pour le cas notamment de la clinique du toxicomane) que la demande ouvertement exprimée par les professionnels est susceptible de masquer une autre demande que l'on va s'efforcer de mettre à jour en différant la réponse.

C'est en fonction de ce qu'ils perçoivent de la réalité qui s'offre à eux que les partenaires sont amenés à faire appel à l'UDC. Mais plusieurs éléments entrent en compte dans la représentation qu'ils peuvent avoir d'une situation : leur domaine d'intervention, leur position professionnelle, leur encadrement institutionnel, les soutiens internes ou externes dont ils disposent. De façon encore schématique on peut dire (tels sont en tous les cas les présupposés de l'action de l'UDC) qu'une assistante sociale hospitalière habituée au travail en réseau, qui dispose également de soutiens internes et de personnels-référents pour tout ce qui concerne la toxicomanie ou le sida[741] n'aura pas la même représentation de la complexité d'un « cas », d'une situation (dans le domaine qui nous intéresse) qu'une autre assistante sociale évoluant dans le champ de l'enfance (une PMI par exemple), qui travaille de façon relativement isolée, et qui ne dispose pas autour d'elle de soutien immédiat. C'est pour cela, en raison de ces représentations différentes d'un même événement, que la demande doit être « travaillée », afin que l'équipe origine le problème (est ce réellement pour l'hébergement d'une mère toxicomane que ce professionnel fait appel à nous ou y a t-il d'autres problèmes, notamment intra-institutionnels, sous-jacents à cette demande ?) et qu'elle se mobilise en fonction des équipements dont elle dispose : du simple « carnet d'adresses » de structures, à la mobilisation d'un réseau, en passant par l'écoute (en premier lieu téléphonique) ou encore par la mise en place d'actions de formations destinées à transmettre un savoir de base sur telle ou telle question (la toxicomanie par exemple).

« Il faut pouvoir répondre à l'autre ce dont il a besoin pour travailler et uniquement cela, c'est pourquoi il est difficile de répondre de but en blanc à une question » (Dr Ebert - extrait d'entretien).

Cette réflexion du Dr Ebert lors d'une réunion interne de l'Unité situe bien toute la difficulté de ce travail d'élaboration qui suppose une capacité d'écoute et de dialogue, de discernement (évaluer ce qui dans la situation présente un problème), ainsi qu'une grande clairvoyance quant à ses propres limites. Il s'agit toujours de prendre une décision

[741] Précisons tout de même, si besoin est que cela n'est pas le quotidien de toutes les assistantes sociales hospitalières. La précision étant également valable pour l'exemple qui suit.

(d'intervention ou non) en fonction de ses capacités propres et seulement celles là, tout en faisant en sorte constamment de ne pas porter préjudice au professionnel et à la personne dont il est question dans la situation. Théoriquement, comme le souligne A. Chauvenet « l'interventionnisme s'auto-limite en fonction d'une conception conventionnelle du rapport à autrui. Il s'arrête là où se défini l'espace d'autonomie et de liberté du sujet interlocuteur »[742] (ce sujet interlocuteur pouvant ici être le professionnel lui-même, mais aussi la personne dont il a la charge). Une situation (une mère qui dort dans la rue avec son enfant par exemple) peut ainsi paraître insoutenable pour un professionnel (selon ses propres critères de jugements, ses valeurs...) sans qu'elle nécessite pour l'UDC une intervention immédiate, aucun danger réel n'ayant été décelé ni chez l'enfant ni chez la mère. Il s'agit donc tout autant pour l'UDC d'éviter le « passage à l'acte » (une intervention en fonction des propres critères de jugement du professionnel), en décidant de ne pas intervenir, que d'intervenir parfois dans l'urgence et même fermement lorsque de sérieux problèmes ou manquements (y compris par méconnaissance) auront été repérés (comme ce fut le cas pour un nourrisson resté plusieurs jours en situation de syndrome de sevrage sans que l'équipe de la maternité ne se soit alertée). A ce titre l'approche de certaines institutions dans le but de travailler avec quelques-uns de ses agents (à partir d'une demande qui aurait été formulée par un de ses professionnels) requiert également un certain nombre de précautions préalables (avoir bien « cerné » le problème mais aussi le « terrain »). La tâche peut s'avérer difficile car vécue comme une intrusion dans « un système d'action routinisé »[743]. C'est notamment ce que souligne le pédo-psychiatre à l'initiative de ce dispositif expert pour adolescents difficiles.

« Pour que les gens puissent venir ici...c'est très difficile pour eux d'avoir les autorisations. Et puis l'institution ne comprend pas souvent...Allez dire à l'ASE : « vous êtes une institution qui par définition ne peut pas être zéro défauts, y'a au moins dix % d'échecs qui vous sont dus de votre place institutionnelle, et que de votre place institutionnelle, bon dix %, cinq %, j'en sais rien, peu importe le pourcentage mais vous n'êtes pas zéro défaut et vous êtes une institution qui donnez l'illusion d'être zéro défaut sans en même temps aucune procédure interne ou externe pour faire que vos défauts puissent être détectés par un dispositif ». Bon c'est insupportable pour eux. Alors quand on dit ça on le dit avec des pincettes. ! Et quand on arrive à rencontrer les hiérarchies, elles nous disent « ah oui mais c'est à nous qu'il faut qu'elles [les professionnelles en question] viennent dire qu'elles sont en difficulté ». Comment voulez-vous dire à une hiérarchie qu'on est en difficulté alors qu'on est noté par la hiérarchie, c'est pas possible ! Et les gens souvent nous disent « mais c'est quoi votre différence par rapport à un psychanalyste institutionnel ? » ben les psychanalystes institutionnels déjà ils sont

[742] CHAUVENET A., *op. cit.*, p. 145.
[743] LASCOUMES P., *op. cit.*, p. 329.

payés par l'institution ! Bon la plupart du temps ça convient, ça va mais quand y'a vraiment un problème ben non ça va pas, parce que s'il dit [le psychanalyste en question] ce qu'il a à dire, il va être viré ».(n pédopsychiatre, responsable d'un dispositif expert pour adolescents difficiles - extrait d'entretien).

Hormis des cas extrêmes (comme ici la vie d'un enfant menacée) qui demandent une intervention immédiate (la rencontre avec la hiérarchie, les partenaires, la mise en lien avec d'autres professionnels...), hormis également le cas d'une demande claire de renseignement de la part d'un professionnel ou d'une institution repérée et bien identifiés (que l'UDC connaît notamment), plusieurs appels peuvent être nécessaires afin que l'équipe cerne le problème. On retrouve ici ce rapport au temps, comme outil de travail qui est aussi au principe d'une certaine éthique. Car il ne s'agit pas bien sûr de « ne rien faire » entre deux appels : chacun d'eux (certains peuvent parfois durer plus d'une heure) est répertorié sur une fiche, chaque situation y est retranscrite au plus près de sa formulation par le professionnel, ainsi que chaque réponse donnée « dans l'immédiat » par l'un ou l'autre des membres de l'équipe. Les situations sont ensuite exposées et rediscutées en interne. Selon les problématiques dégagées, l'intervention (la rencontre du ou des professionnels) ou l'attente (attente d'un nouvel appel pour situer l'évolution) seront décidés. L'attente n'a rien ici d'une « démission » ou d'un « abandon », bien au contraire. Il s'agit plutôt d'une manœuvre stratégique qui vise à laisser au professionnel un temps de réflexion au bout duquel il parviendra peut-être à « débloquer » de lui-même la situation, parce que justement il aura eu lors de son appel à l'Unité une écoute, un simple « retour » qui lui aura enlevé ses doutes et redonné confiance. Cette démarche est notamment parfois utilisée pour des appels concernant des demandes d'hébergements, qui restent la grande majorité. La recherche d'un hébergement peut être posée comme la panacée par des professionnels confrontés à des situations complexes où précisément aucune demande particulière n'a pu être verbalisée par la personne dont ils ont la charge. Mais les structures d'hébergements sont peu nombreuses et ne sont pas toujours aptes (ou prêtes) à accueillir des femmes toxicomanes avec leurs enfants (et parfois leur conjoint). De fait, le plus souvent l'UDC ne dispose pas d'un plus large éventail de réponses que n'importe quelle autre structure. Mais, toujours dans cette stratégie de l'attente, et selon l'interlocuteur qu'elle a en ligne, la personne de l'équipe peut avancer l'idée qu'il y a peut-être une solution (« on a peut-être une possibilité, pouvez vous nous rappeler »), cela dans l'unique but de sortir ces professionnels de l'urgence et leur donner le temps de la réflexion. Il s'agit en quelque sorte d'utiliser comme l'évoquait un membre de l'équipe « un volant de possibilités ». Ces

moments d'attente serviront à faire en sorte que le professionnel puisse à son tour faire émerger une réelle demande chez la personne qu'il a en charge. Au fil des appels la demande du professionnel se modifie par le fait même qu'il l'aura travaillé avec son client. Tout au long de ce cheminement l'équipe de l'Unité aura été là pour soutenir (par voie téléphonique le plus souvent) la réflexion.

L'Unité de Coordination doit donc perpétuellement jouer entre ce qu'elle se donne le droit de faire et ce qu'elle s'interdit précisément de faire. Entre l'intervention pure et simple et la non-interventionn, l'équilibre est parfois difficile à trouver et certaines situations donnent lieu à de nombreuses discussions au sein de l'Unité. L'attente comme outil de travail est d'un grand intérêt ici. Pour le professionnel d'une part mais également pour l'Unité de Coordination qui évite ainsi de s'impliquer dans des rôles qu'elle n'a pas forcément vocation à tenir. L'attente permet ici de « voir venir » et de décaler la demande impossible à satisfaire (toujours selon le principe de la liberté de chacun et de la non-intrusion) vers d'autres formes plus réalisables de soutiens. Ce fut le cas par exemple au sujet de cet appel d'une assistante sociale qui souhaitait que l'UDC s'engage dans un soutien psychologique régulier de l'équipe dont elle est membre. L'Unité, soupçonnant ici une « demande de supervision par carence institutionnelle » (selon leurs propres termes), n'a jamais répondu de façon définitive à cette demande, préférant la réorienter vers une action de formation (en toxicomanie pour ce cas) qui permette à ces professionnels de trouver d'autres formes d'appuis susceptibles de pallier leur désarroi. Ce travail de formation était en cours au moment de notre étude et il n'était plus question de soutien psychologique. D'ailleurs, quatre mois après cet appel, une psychologue a été embauchée dans cette structure pour apporter de l'intérieur un soutien à cette équipe. Cette attente a donc permis d'une part de faire en sorte que cette équipe se mobilise et trouve par elle-même les moyens de son soutien (en exposant notamment clairement le problème à sa hiérarchie, en « communiquant », en faisant en sorte que leur problème soit « reconnu », reconnaissance qui est aussi une reconnaissance de soi, de sa professionnalité au sein de la structure) et d'autre part de décaler la demande vers une action de formation qui complète ce soutien interne et qui entre, elle, véritablement, dans les fonctions de l'Unité.

Généralement bien acceptées par les hiérarchies dans le sens où elles ne sont pas perçues comme remettant directement en cause les savoirs et modes de fonctionnement établis, les actions de formations peuvent être aussi l'occasion de « mettre un pied » dans certaines institutions, (en connivence le plus souvent avec le professionnel à l'origine de la « demande »). C'est ainsi que l'Unité de Coordination est parvenue au fil du temps à

s'inscrire comme un partenaire légitimé d'institutions (PMI, ASE) à priori plus difficiles à atteindre au départ. Partant de la mise à jour d'un certain nombre de problématiques ces actions qui visent aussi à ouvrir un cadre d'interaction concret et relativement stable sont susceptibles de susciter en retour, à plus ou moins long terme, des demandes de coordination. Ainsi l'élaboration de la demande est-elle aussi indissociable d'une certaine mise en confiance. La forme prise, récemment, par ces actions, de même que leur élargissement est sans nul doute significatif d'une demande pas forcément exprimée, ni exprimable par ailleurs.

« Il y a une certaine maturation je pense qui était nécessaire...On a monté des groupes de travail qui fonctionnent pas mal maintenant. Des groupes de travail sur des thèmes comme l'hébergement des familles, sur le signalement, sur ce qu'est un partenariat, les conditions nécessaires pour qu'un partenariat existe, on en monte un nouveau là sur le couple. Et des gens d'institutions différentes viennent, quatre, cinq institutions différentes. Et qui durent. D'ailleurs on arrive pas à arrêter les gens. Moi je serai plutôt du style de dire on fait ça un an et demi-deux ans, on arrête le groupe et on reproblématise, mais non ils veulent continuer...Alors c'est marrant parce que c'est sous une forme très féminine c'est-à-dire que c'est à l'heure du déjeuner, on prépare le repas, on fait la bouffe, moi je fais des quiches, des gâteaux au chocolat. Et ça tourne aussi : c'est soit ici, soit les institutions se débrouillent pour pouvoir nous inviter chez elles aussi. (...). Il peut y avoir différentes institutions, ça dépend des thèmes mais en général on essaye de faire qu'il n'y ait pas que des gens du champ toxico. Donc plus nombreux on est dans l'histoire et mieux on arrive à faire que ce soit mixte. Au début donc on était très centré toxico et de moins en moins maintenant. Nos liens par exemple avec les PMI se sont... On a été sollicité pour faire une formation au niveau des PMI d'Ile de France. On acquiert une légitimité au niveau des PMI, nos relations avec les PMI sont meilleures notamment à Paris... enfin pas meilleures mais structurellement pensées » (psychiatre de l'UDC - extrait d'entretien).

Certes, objectera t-on : n'y a-t-il pas là, et sans en avoir l'air, quelques intrusions forcées de la part d'agents reconvertis en experts (experts de la relation) qui se chargent par leurs actions formatrices de couler dans un même moule, de formater, d'homogénéiser des modes d'être et de faire qui tendent à résister aux nécessités d'adaptation prônées par le nouveau modèle ? Si comme le soulignent R. Castel et J-F. Cerf dans leur analyse du phénomène « psy » « inviter un chômeur à s'interroger sur les raisons « personnelles » pour lesquelles il a perdu son emploi ne constituent à l'évidence pas une opération neutre. Ce serait plutôt la perfection d'une politique qui économise la politique »[744], que penser de l'extension de telles actions qui économisent aujourd'hui la relation directe aux populations elles-mêmes (aux sujets) pour la reporter sur ceux (professionnels et institutions) qui en ont censément la charge ? Après la surveillance spéciale et spécialisée des populations suspectes porteuses de

risques voici venu le temps (bien que la problématique ne soit pas nouvelle) de celle des surveillants eux-mêmes que l'on s'efforce, à défaut de pouvoir leur procurer les moyens concrets de traiter les problèmes des populations dont ils ont la charge, et donc à moindre coût, de remobiliser. On conçoit alors que, à la base d'une certaine éthique de travail, l'élaboration de la demande se fonde, comme par le passé (et notamment dans la clinique du toxicomane), sur l'illusion de la maîtrise d'un jeu à ceci près que, contrairement au modèle précédent, nul ne semble aujourd'hui en détenir les règles. Ainsi, ne soyons pas dupes non plus de ce qui se passe ici et ne prêtons pas notamment à ces experts formateurs un pouvoir (ni un machiavélisme) qu'ils n'ont pas. De tels modes d'appréhension et de traitement des problèmes sociaux ne sont généralement pas maîtrisés par ces agents mais plus subis sous le poids de diverses contraintes externes (crise économique, affaiblissement des modèles anciens d'intégration, urgence...). Dès lors, à y regarder de plus près, ces actions ne sont-elles pas aussi (compte-tenu notamment de la forme conviviale qu'elles prennent ici) porteuses (pour tous ces professionnels), dans un contexte de politiques mal assurées, de formes nouvelles de sociabilité ?

3-3 : « Nous sommes tous dans la même galère »

C'est probablement lors des situations de rencontre que le « sens pratique » développé par l'Unité de Coordination est le plus visible. C'est ici que les connaissances spécifiques de chacun (plus issues de la « pratique » dans le cas des travailleurs sociaux de l'équipe, plus issus de la « théorie » dans le cas de la psychiatre) pourront être le plus mobilisées. Elles vont, au fur et à mesure du travail autour de la situation, s'enchaîner les unes aux autres, se répondre pour donner à celle-ci un contenu nouveau, une autre ampleur. Le plus souvent au demeurant, du fait de l'intérêt des professionnels pour tout ce qui relève du savoir psychiatrique ou psychanalytique qu'ils ne maîtrisent pas (ou alors imparfaitement), la présence et la parole de la psychiatre occupent dans cet exercice une place dominante. Pour éviter tout « débordement » (qui ferait sortir l'UDC de ses fonctions originelles) elles se doivent d'être contrebalancées par celles des deux autres membres de cette Unité.

Partant de cet équilibrage constant, le travail de coordination s'organise schématiquement (car dans les faits ils ne se distinguent pas aussi nettement) autour de plusieurs points à commencer par ce que l'on peut appeler un élagage du « problème » : l'identification du « cas ». Il s'agit là d'une opération essentiellement descriptive. L'équipe

---

[744] CASTEL R., CERF J-F., Le phénomène psy et la société française, Le Débat, 1980, n°1, p. 36.

reprend avec le ou les professionnels à l'origine de la « demande » le récit de la situation : qu'est ce qui, du point de vue du professionnel « fait » problème ? Quels autres professionnels sont impliqués dans cette situation ? Quel rôle a t-il lui et ont-ils eux-mêmes joués ? , etc. Dans un deuxième temps l'équipe s'efforcera de traduire, en ses termes et compte tenu du recul dont elle dispose le « problème ». Précisons qu'un tel travail ne peut être mené à bien dans l'urgence. Il suppose donc d'être réalisé autour de situations (les plus fréquentes au demeurant) qui ne présentent pas de danger caractérisé. Après avoir donc replacé la situation dans son contexte (travail de description), il s'agit ici, pour l'équipe de la réinterpréter (travail de traduction) ou, comme l'écrit encore J-Y. Trépos de « problématiser, voire défaire des problématiques pré-constituées (« ce n'est pas ainsi que le problème se pose ») »[745]. Se dégage ici un nouveau diagramme de la situation qui abouti en fait à une sorte de « dédramatisation » de la situation. Celle-ci ne signifie pas que le professionnel s'inquiète « pour rien », mais lui permet simplement de le sortir de son angoisse, de son désarroi et l'autorise de ce fait à prendre un minimum de recul. Une troisième phase se dégage alors, qui doit laisser émerger de cette situation retravaillée un « principe supérieur commun », une sorte de grandeur partageable par tous (à savoir toutes les parties en présence dans la situation : le ou les professionnels, les membres de l'équipe, mais aussi, bien qu'elle soit absente la personne dont il est question), qui en décalant le (chaque) professionnel de la logique première dans laquelle il s'était placé, et en le maintenant dans le rôle qui est objectivement le sien (compte-tenu de sa formation, de ses compétences spécifiques et surtout du poste qu'il occupe), ouvre un nouveau champ de résolution possible de la situation. La dernière phase est censée voir alors l'aboutissement de la demande et le repositionnement du professionnel, ou pour reprendre les termes de J-Y. Trépos la réintégration de la situation, « de la série déviante, dans l'ordre normal des choses »[746].

Compte-tenu de sa filiation et bien qu'elle s'efforce ouvertement de faire valoir ses possibilités d'action dans d'autres domaines, l'Unité de Coordination est très souvent sollicitée pour des questions propres (de prime abord) à la toxicomanie. Celle-ci est de toute évidence un facteur extrêmement déstabilisateur pour des professionnels (de l'enfance notamment) généralement peu confrontés (bien que de plus en plus) à ce type de problématique. La toxicomanie dont ils disent méconnaître les processus, est ici mise en avant comme étant à la fois la résultante et l'explication de tous les maux (les leurs et ceux des personnes dont ils s'occupent).

---

[745] TREPOS J-Y., Sociologie de l'expertise, Paris : PUF (coll. « Que sais-je ?), 1996, p. 97.

« La toxicomanie, c'est un problème qui fait buter, c'est terrible. Les gens ont l'impression de ne pas comprendre... c'est une pensée paradoxale... Parce que je pense que la drogue paralyse la pensée, pas forcément celle des toxicomanes justement mais plutôt celle des professionnels surtout hors champ. C'est que ils ont aussi l'impression de ne pas comprendre, parce qu'ils ne connaissent pas la drogue, mais ils ont aussi l'impression que la drogue explique tout, donc c'est une sorte de contradiction insoluble. Donc il faudrait qu'ils sachent tout de la toxicomanie pour comprendre, mais évidemment comme la drogue n'explique pas tout... Et ils se prennent un peu les pieds dans cette affaire (...). Alors il faut peut-être proposer au moins, tenter un coup, pour qu'ils puissent voir que c'est pas exactement ça qui se passe ».(psychiatre de l'UDC - extrait d'entretien).

La mise en avant de problèmes psychiatriques peut aboutir aux même situations de blocage. Elles sont aussi portées par le fait que les connaissances en ces domaines relèvent historiquement de savoirs spécialisés (et donc de spécialistes) lesquels n'étant, par définition, pas accessibles à tous (et la psychiatrie est d'ailleurs à ce titre souvent critiquée par ces professionnels du social pour son manque d'ouverture), on tendance à être « idéalisés ». La proximité nouvelle ici avec la psychiatre (en tant que spécialiste qui communique son savoir) permet de briser un tel cercle vicieux. La tâche consistera donc, tout en écoutant le récit de la personne, à disséminer au cours d'un dialogue un certain nombre de notions (sur la question des drogues, la toxicomanie, la psychiatrie, etc) qui pourront aider à la compréhension du problème évoqué : « *les toxicomanes sont des gens intelligents qui ont un rapport particulier avec la relation d'aide, il faut leur poser des limites quand ça dérape* »[747], à donner un avis sur la position du professionnel en question : « *il tout à fait est normal que vous soyez dépassés par cette situation, vous n'avez pas été formés pour ça* », à recadrer chacun des professionnels extérieurs impliqués, dans ses compétences, dans ses fonctions : « *Ce n'est pas vous qui êtes en cause, le problème est dans le fait que cette femme est dans un dispositif qui n'a pas fonctionné : le juge, les services sociaux... personne n'a vraiment fait ce qu'il devait faire, donc cette femme tire sur les ficelles et elle a raison puisque tout le monde laisse faire* », et également à s'associer, en quelque sorte, aux difficultés : « *Vous savez nous sommes spécialistes et nous avons aussi ce type de problème et nous n'avons pas non plus de solutions* ». Ce cheminement aura pour effet de remettre à plat, de dissocier les divers éléments d'une même situation, lesquels étant jusqu'alors imbriqués la faisaient apparaître comme éminemment complexe et lourde à porter.

---

[746] TREPOS J-Y., *Ibid.*, p. 98.

[747] Ces propos en italique sont extraits de nos prises de notes lors des réunions de l'UDC avec des professionnels externes.

Les discussions se concentrent également souvent autour de notions spécifiques ou « mots valises », « sortes de références commodes et très utilisées, appropriables par des acteurs très différents »[748]. Ainsi la notion de « lien mère-enfant » est-elle fréquemment utilisée ici car elle permet notamment de briser l'écran posé par la toxicomanie, et de resituer la situation dans un contexte qui soit abordable et saisissable par le ou les professionnels (surtout s'il s'agit de professionnels de l'enfance). De fait, et nous corroborons ici l'analyse de H. Hatzfled, ce travail a aussi une fonction éminemment fédérative. Des phrases types telles que *« nous non plus nous ne savons pas toujours comment faire dans ce genre de situation »*, suggèrent que tel problème perçu (par le professionnel) comme particulier peut aussi se référer à un problème plus général.

Nous l'avons dit, un tel travail, bien qu'il en ressorte ici une certaine complexité, se présente rarement comme tel. Il n'apparaît guère, en réalité et le plus souvent, que sous la forme d'une discussion collective d'allure somme toute presque anodine qui ne laisse, de prime abord, en rien présager ce qui s'y déroule effectivement. « Une discussion collective »...tel est bien en fait ce qui importe ici, au-delà de toute spécificité propre à chaque situation, et au-delà même de tout « principe supérieur commun » (la nécessité d'un maintien pour tous du lien « mère-enfant », le constat unanime d'un enfant « en danger » à protéger coûte que coûte, etc) lequel, en offrant un mode de coordination des agents en présence clôture un tel travail. Il est en réalité un autre principe supérieur commun qui dépasse, de loin, tous ces cas particuliers, qui résume à lui seul l'essence même d'un tel travail et que nous pouvons, en écho à une analyse de F. Worms désigner en ces termes : « nous sommes tous dans la même galère"[749]. Telle est bien la ligne transversale qui sous-tend cette opération. La négativité d'un tel constat ne doit toutefois pas faire masque. La multiplication de ces formes d'expertises signale aussi que par-delà la perte d'un modèle, le brouillage des genres et des catégories qui tendent à ne plus laisser voir que des risques croissants et des professionnels « naufragés, dans une histoire livrée à elle-même, sans direction ni gouvernail »[750], il peut être possible de retrouver le sens d'une appartenance et d'une action commune. « Etre « dans la même galère », dès lors ce ne serait pas se réduire à l'état de galérien, mais s'assurer d'une fonction et même d'une identité personnelle, en même

---

[748] HATZFELD H., *op. cit.*, p. 173.
[749] WORMS F., Risques communs, protection publique et sentiment de justice, L'année sociologique, 1996, 46, n°2, p. 287.
[750] *Ibid.*

temps que d'un lien et même d'une communauté politique, par la seule reconnaissance des risques partagés, et des contraintes de la navigation »[751].

On peut parler à ce titre (en empruntant le terme à H. Hatzfled) du « caractère maïeutique des relations » instaurées dans le cadre de cette Coordination. Il s'agit bien d'aider le professionnel à développer ses potentialités, l'autoriser, en dépit des conditions objectives qu'il avance pour justifier sa détresse (« manque de moyen », « incompétence », situations complexes et « ingérables », hiérarchies institutionnelles etc), à prendre de lui-même les choses en main voire à inventer, à partir des savoirs dont il dispose et des formes nouvelles de collaborations, une prise en charge qui soit adaptée à la situation.

« Les gens sont beaucoup plus compétents qu'ils ne le croient généralement dans les situations, simplement ils ne s'autorisent pas à l'être parce qu'il y a le regard de l'autre, et ça devient difficile. Ca c'est clair. C'est en tous cas un espoir formidable pour la coordination, d'aider les gens à dépasser ça. Je pense, de façon très utopique, que c'est un des moyens de lutte contre le burn out par exemple. Si les gens voient que leur travail peut aussi être validé par le regard extérieur, qui n'est pas un regard qui va les juger mais au contraire qui va leur permettre de travailler, et c'est pas qu'un regard c'est aussi un soutien, c'est un travail sur des situations, je pense que c'est... Dans une logique de santé publique, dans une logique inter-institutionnelle, c'est intéressant, en tous les cas c'est très motivant pour nous, parce qu'il faut voir quand même certaines situations qui sont vachement dures hein. Alors que les gens n'en ressortent pas tout cassés... Il faut aussi qu'il y ai une valorisation de leur action, ça fait partie de notre travail que de leur montrer que même s'ils n'ont été là qu'à un moment du parcours d'une personne, et bien ce qu'ils ont fait a contribué à ce que cette personne continue son chemin et de façon... intelligente ».(Dr Ebert - extrait d'entretien).

« Nous sommes tous dans la même galère »... On conçoit dès lors que quand bien même son caractère éminemment « dramatique », une telle « déclaration » (un tel « aveu ») détient, en elle-même, les prémices d'une forme nouvelle de sociabilité. « Etre dans la même galère » n'est pas comme le souligne encore F. Worms « un simple état de fait, c'est au contraire la *déclaration* publique de cette appartenance commune qui la constitue et la rend effective, voire efficace »[752]. Les propos, après-coup, de ces professionnels, témoignent sans conteste du caractère efficient d'un tel travail.

« Nos limites c'est pas seulement dire y'a un manque de moyens, bon on peut pas le dénier, on peut pas faire comme si ça n'existait pas, mais centrer tout là-dessus c'est facile quoi. C'est mettre le problème à l'extérieur. Moi je pense qu'on a de plus en plus à améliorer nos pratiques, nos contacts entre professionnels, et

[751] *Ibid.*, p. 292.
[752] *Ibid.*, p. 288.

je trouve qu'actuellement dans le milieu social à la fois y'a des choses qui avancent et à la fois des choses qui se durcissent, parce qu'on se protège aussi hein (...) Et quand on est soutenu, là tout est possible, là y'a plus de créativité et plus de possibilité de travailler » (une éducatrice de l'Aide Sociale à l'Enfance - extrait d'entretien).

« Ils [l'équipe de l'UDC] nous ont fourni des pistes de travail. Et ça m'a aidé sur d'autres situations à aborder le problème, parce que moi franchement dire à quelqu'un qui est toxicomane « vous prenez quelque chose, des produits », je me voyais pas dire ça, qu'est ce que j'aurai fait de cette info ? (...) Mais en même temps on a tendance à ne voir que ce problème là, alors on se braque quoi. Et en fait on peut demander à quelqu'un, et en fait après on gère mieux tout ça, comme dernièrement j'ai eu une autre situation comme ça et on aborde mieux le problème du logement, de l'insertion et ce que la personne envisage malgré ça. Au lieu de se focaliser là-dessus, ça m'a permis de voir "autres problèmes et de chercher d'autres pistes de travail avec la personne ». (une assistante sociale dans une structure d'hébergement social - extrait d'entretien).

Un tel travail peut certes être profondément déstabilisant pour ces professionnels tant il découvre et réinterroge un certain nombre de principes jusque-là enfouis dans une sorte de routine, d'habitude d'agir ou de « faire ». Comme le soulignent en effet J-C. Rouchy et M. Soula-Desroche, « On ne peut pas penser à des changements effectifs sans qu'ils affectent les processus d'identification et l'identité des membres de l'organisation (...) Tout changement va être source de difficultés, de souffrances en rapport à une évolution ou à une rupture de l'identité professionnelle et des investissements personnels dans le travail »[753]. Mais c'est précisément parce qu'il aura été déstabilisé, décalé de ses « habitudes », tout en demeurant « contenu » (l'UDC ayant aussi cette fonction de contenant, contenant de l'angoisse...), que le professionnel pourra par la suite mieux gérer la situation complexe qui se présente à lui. L'exemple de cette éducatrice qui avait contacté l'UDC pour qu'elle l'aide à trouver structure d'accueil et d'hébergement pour une femme et son futur bébé, est à ce titre assez significatif.

« Je voulais qu'elle soit dans une structure un peu contenante, moi je sentais qu'elle avait besoin d'être très entourée. Je me disais elle est dans une situation très difficile, son mari est incarcéré, elle est séropositive, elle a appris sa séropositivité en même temps que sa grossesse, enfin je me disais... y'a vraiment un travail de prévention à faire pour le bébé, pour elle, enfin pour la relation mère-enfant et tout, je pouvais pas imaginer qu'elle ne soit pas dans une structure contenante quoi. (...) Et en fait de les rencontrer [l'équipe de l'UDC] ça m'a apporté parce que déjà sur cette personne j'ai eu un avis extérieur. Et moi en fait c'est vrai que je pense que j'ai beaucoup projetée sur cette personne, et du fait, elle m'a dit ce que j'avais envie d'entendre quoi, qu'elle ne voulait pas vivre seule avec son bébé. Et en en parlant avec eux je me suis rendu compte qu'elle était quand

---

[753] ROUCHY J-C., SOULA DESROCHE M., Tisser les liens et contenir l'angoisse, Une intervention interinstitutionnelle, In ROUCHY J-C [Dir]., La double rencontre : toxicomanie et sida, Paris : Ed Erès, 1996, pp. 118-119.

même très ambivalente quoi. (...) Moi j'envisageais pas un appartement autonome par exemple, alors que eux m'ont dit « mais peut-être que finalement il faut peut-être la laisser se débrouiller et puis la mettre en contact avec des personnes à l'extérieur » alors que pour moi il fallait la cocooner. Et c'est vrai que quand on sort de là [des réunions avec l'UDC]... on s'interroge quoi, on est un peu... Parce qu'en fait ça remettait en question tous les projets que j'avais fait pour elle, mais en fait faut pas faire des projets pour quelqu'un, faut faire des projets avec quelqu'un » (une éducatrice dans une structure d'hébergement pour personnes séropositives - extrait d'entretien).

Mais pour être mené à bien un tel travail suppose également une grande disponibilité de la part des partenaires, ce qui n'est pas toujours le cas, peut-être même tout particulièrement de ceux qui estiment en avoir le plus besoin.

« Nous plus ça va plus on a en permanence de multiples interlocuteurs sociaux et associatifs. C'est la polyvalence, c'est les AEMO judiciaires, y'a trois services, ce sont les associations de relogement, ce sont les associations inter-culturelles, on est sans arrêt en train de jongler et d'essayer de s'articuler avec un tas d'équipes (...) Et y'a un travail à construire qu'on a un peu de mal à construire. C'est tout un travail, et là dessus on a une connaissance mutuelle à se forger. Je pense qu'il y a un défaut de partage comme ça mais parce qu'il y a un défaut de temps aussi. Tout le monde est pris dans des tas d'actions et de prise en charge et bon... Et c'est vrai qu'on court toujours après le temps et qu'on est pas disponible, que c'est extrêmement lourd sur tous les plans, donc y'a sûrement un travail qu'on avait envie d'engager et d'arriver à ce que toutes les équipes se rencontrent, un temps de réflexion comme ça avec l'Unité de Coordination. Et ça, franchement ça s'est pas fait mais c'est de notre fait à nous hein ».(un médecin de PMI - extrait d'entretien).

De fait, les membres de l'Unité de Coordination s'interrogent encore régulièrement sur le non-retour de certains professionnels ou institutions qu'ils estiment ne pas pouvoir atteindre. Nous avons vu précédemment qu'il y avait plusieurs raisons à cela et que de telles rencontres, pour se faire, demandent un certain cheminement. Ainsi donc, les limites d'un tel dispositif seraient-elles intrinsèquement liées aux modes même de gestion qu'impliquent sur le terrain, l'hétérogénéité, la complexité et l'urgence des situations face auxquelles se trouvent placés nombre de professionnels. Face à de telles limites, insolubles, sans doute faut-il accepter l'idée (en se concentrant sur ce qui a pu être déjà fait, mais aussi peut-être en s'accrochant justement à ses utopies ?), qu'un tel travail de coordination ne soit (de façon globale) jamais achevé.

« En même temps, dans le concret c'est vrai que c'est toujours compliqué, il faut toujours...ne pas s'endormir en fait. C'est aussi un concept trop flou je pense pour que les gens puissent s'en saisir. Et je pense

que ce sera à vie et que tant pis » (psychiatre de l'UDC - extrait d'entretien).

Mais de cet inachèvement naissent aussi de nouvelles brèches à combler, de nouveaux maillons à mettre en place. Le champ potentiel est immense... n'ayons pas peur de nous répéter. A force de demandes qui tardent à se faire entendre, certains acquis d'un tel travail peuvent aussi servir à l'élaboration de nouvelles modalités de prise en charge... si ce n'est de surveillance.

« On a monté y'a deux mois une équipe de soins à domicile, de soins psycho-social, dont je m'occupe avec une psychologue et un travailleur social, qui est un truc lourd... Donc quelque chose d'assez original puisqu'il y en a très peu, qui travaille à la fois sur les interactions de l'enfant, qui fait un suivi psy à domicile et qui n'attend pas la... qui travaille sur l'élaboration de la demande. C'est-à-dire qu'on est censé n'aller que chez des gens qui n'ont pas de demande c'est-à-dire qui ne consultent pas ici. (...) C'est des gens qui sont vus par la PMI par exemple. Ils n'ont pas de demande vis-à-vis de leur toxicomanie et donc c'est l'interlocuteur qui perçoit la difficulté qui peut faire appel à nous et on va voir comment on peut travailler l'émergence de la demande de soin, chez eux, à domicile. (...). L'acquis de l'UDC c'est ça, on s'appuie sur ces acquis pour que la PMI par exemple, mais ça peut être les Ecimud par exemple. Donc on va aller voir la maman en maternité avant qu'elle ne sorte. Comment on se présente, qui nous présente, qu'est ce qu'on présente comme possibilité de travail, y'a tout ce travail qui est intéressant. Et on attend pas que les gens viennent... C'est... probablement de la prévention des dysfonctionnements précoces, un travail de prévention pour des personnes qui ne peuvent même pas se poser la question d'un soin quoi, ils ne peuvent pas la penser. Comme il y a des enfants, est ce qu'il faut attendre qu'ils le pensent alors que les enfants sont déjà là ? Donc ça nous permet aussi de bousculer un peu la question de la demande. Théoriquement je trouve ça intéressant. Ca bouscule un peu la question de la sacro-sainte demande. En plus, comme il y a un psychologue et un travailleur social, y'a une prise en charge conjointe des deux aspects. On va essayer d'articuler le social et le psychique plutôt que de cliver. Bon je ne sais pas du tout comment on va s'en sortir mais c'est assez intéressant ». (psychiatre de l'UDC - extrait d'entretien).

On s'était attaché à voir dans ces mises en liens inter-professionnelles et inter-institutionnelles de nouvelles formes de sociabilité, petits suppléments d'âmes dans un monde en perpétuel mouvement où les uns et les autres ne trouvent guère de quoi s'amarrer. Un tel enthousiasme fut de courte durée car voici que le balancier menace d'osciller à nouveau sous prétexte d'une demande informulée et de facteurs de risques qu'il s'agit encore et toujours de devancer. « Nous sommes tous dans la même galère » disions-nous... sans doute est-il plus prudent effectivement (et l'ironie aura ici son dernier mot) de le signifier haut et fort à ceux qui n'en auraient pas encore l'ombre d'un doute ; il en ira bien sûr, dès lors de leur responsabilité.

Conclusion

« Un rhinocéros né sans corne constitue une mutation, mais il est quand même reconnaissable en tant que rhinocéros, tandis qu'une créature née d'un rhinocéros mais dépourvue de corne, ayant une fourrure et pouvant grimper aux arbres ne pourrait être reconnue comme un rhinocéros, même mutant. Pareillement, par mutation sociale j'entends un phénomène social capable d'être relié à ses antécédents, même si sa forme et son apparence constituent une déviation inattendue - une nouvelle forme mais pas si totalement éloignée de ses états antérieurs que l'analyse sociologique en devienne impossible »[754]

L'histoire retracée ici, dont nous avons en préambule posé les limites, est celle d'un passage : passage d'un modèle de prise en charge de populations spécifiques à un autre, centré sur une perception différente - une gestion - de l'espace, de la temporalité, de l'objet même à saisir, à capter. Du premier modèle au second, tout un monde s'est ainsi renversé à la faveur d'une mutation qui brise comme l'a écrit R. Castel « la loi d'une série. (...) Déconnecte et reconnecte autrement des séries indépendantes, (...) recompose tout un paysage à partir de sa propre ligne de fracture »[755]. Partant de celle-ci, de sa forme et de ses mécanismes, nous nous sommes efforcés d'en saisir la généalogie ; pour être différent en effet, le modèle installé depuis près de dix années, dont on peut percevoir depuis lors, ici et là, de nouvelles évolutions (nous allons y revenir), n'en est pas moins reconnaissable par certains traits, de celui qui l'a précédé. En somme s'il y a bel et bien eu rupture et passage vers un nouvel ordre des choses, ces dernières n'ont pas tant été détruites, annihilées, que réagencées, déplacées, reformulées. On en retiendra pour preuve que si le « toxicomane » comme sujet souffrant n'est plus, ou tout au moins que dans l'esprit de ceux - de moins en moins nombreux - qui s'étaient attachés à le définir, reste cet « usager de drogues », consolidation nouvelle d'une catégorie persistante de populations. On en retiendra aussi que si les institutions spécialisées, de même que les « toxicothérapeutes » ne sont plus les figures de proue d'un système de prise en charge, d'autres dispositifs et d'autres agents, bien que décentrés des préoccupations de leurs prédécesseurs, jouent aujourd'hui un rôle similaire et occupent, de façon tout autant légitimée, une telle place. On en retiendra enfin pour preuve, sans doute la plus évidente, que nous sommes toujours dans un modèle quel qu'il soit, point d'attache, de conjugaison et de déclinaison de manières de voir, de faire, de sentir, de penser, de discourir, signes quoiqu'on en dise, de la capacité d'une société menacée de désintégration, d'anomie comme le dirait E. Durkheim, à faire face au changement social. Ces correspondances, ces homologies, sortes de

---

[754] TIRYAKIAN E. A., *op. cit*, p 89.
[755] CASTEL R., *op. cit*, 1981, p 200.

« ressemblances dans la différence»[756], constituent bien la toile de fond de cette analyse sociologique, de cette histoire, de fait, rendue possible. Elle ne se départ pas au demeurant, nous l'avons dit, d'une expérience, d'un certain regard, aiguisé par divers terrains et par les lectures d'autres chercheurs. Ainsi avons-nous, d'un ensemble, d'une compilation dont nous n'avions au départ qu'une image assez floue, tiré quelques fils, mis en lumière quelques lignes de visibilité que notre plan reflète, schématiquement.

« Le processus d'institution d'un modèle de prise en charge » : notre intention n'était pas, ici, de reprendre de fond en comble, dans les détails, ce processus au travers duquel, partant de l'après Deuxième Guerre Mondiale, jusque vers la fin des années soixante-dix, et dans la lignée d'une histoire antérieure déjà ouverte sur le risque comme éventualité du danger, du malheur, un type de modèle s'est progressivement concrétisé. Nous avons tout d'abord voulu en tracer quelques contours, partant du rejet de l'enfermement comme unique mode de traitement des «barbares de la civilisation » et notamment des plus jeunes, écho à notre second terrain. Un savant partage orchestré par le législateur se dessine dès lors (et pour longtemps) entre la Justice et ceux qui se donnent pour tâche « d'humaniser » les conditions d'internement : éducateurs dans le cadre du traitement des mineurs délinquants, médecins et médecins-psychiatres dans le cadre de la prise en charge des « fous » et autres consommateurs de substances modificatrices de conscience. Partant ensuite de la réinscription, dans ce mouvement, d'une trajectoire individuelle (celle précisément de C. Olievenstein), nous avons entrepris d'en détailler un certain nombre d'éléments, une évolution, par le domaine (notre premier terrain) qui nous était intellectuellement le plus proche, le plus familier. Nous souhaitions par-là mettre en relief le fait que, bien qu'un certain ordre semblait être en marche, en phase d'agencement, il ne pouvait être réduit (eu égard aux données que nous avions accumulées) à l'état d'un système froid de « participants », clos sur lui-même. Disons en d'autres termes qu'il n'y a pas ici d'immanence de la norme, du modèle ; que celui-ci est à saisir dans un va-et-vient constant, une mise en relation entre « les moments et leurs hommes » comme l'écrirait E. Goffman, sachant que ces derniers ne sont là ni par hasard ni par l'unique effet d'un intérêt stratégique et sont inscrits dans une époque, dans une génération qu'ils contribuent à porter tout autant que celles-ci ont pu les animer. Du fait des professionnels qui s'y sont frayés chemin, de leur parcours, de leurs domaines d'intérêts, de leurs influences, le champ de la toxicomanie est ainsi le produit d'une histoire plus large que

---

[756] BOURDIEU P., Choses dites, Paris : Les Editions de Minuit (coll. « Le sens commun »), 1987, p 167.

celle de l'unique contexte dans lequel il s'est institué. Il s'inscrit dans ce même mouvement (celui des « Trente Glorieuses ») qui, d'une France meurtrie par la guerre à celle du plein-emploi, s'est attachée (pour le sujet qui nous intéresse), forte d'un Etat providentiel et de diverses bonnes volontés, à innover dans le sens de formes de prise en charge plus souples, plus douces, plus proches aussi (à travers notamment la fameuse sectorisation) des populations. Il participe bien en ce sens d'un modèle spécifique lequel, non content de punir et d'enfermer les intraitables de la nation, s'est attaché à les rééduquer, à les comprendre, à les soutenir pour ensuite tenter de les réintégrer. La savante clinique du toxicomane, « le toxicomane » lui-même viennent bien de là. Balisés par les strictes limites d'une nouvelle institution. Certes, tout n'en est pas pour autant unifié, lissé, en dépit de surcroît d'une administration largement ralliée, dans un second temps, à « la cause » des « toxicothérapeutes ». Construit en opposition à un objectivisme médical, de fait partiellement (ou tout au moins pour un temps) annihilé par des méthodes (dont la psychanalyse) largement plus « libératrices », le champ de la toxicomanie connaîtra quelques soubresauts. Indissociables de la vie même de toute institution, de tout champ (et c'est d'ailleurs ainsi qu'ils seront de prime abord interprétés), ils s'avèrent aussi être révélateurs, à une autre échelle, de la perte progressive d'adéquation d'un modèle avec un monde en voie de dérèglement. A ce même moment d'ailleurs, de nouvelles voix, de nouvelles tonalités se font entendre. Bien que murmurées et demeurées à ce moment sans effets, elles témoignent d'un certain nombre d'enjeux latents, d'une dispersion des regards que la clinique ne pouvait, à long terme, continuer d'ignorer. Ainsi « l'ordre ferme ou postulé tel, permettait de concevoir une vérité unifiée ; une tradition les liait l'un à l'autre. Le mouvant et le désordre font que la vérité n'est plus une ni indivisible »[757].

« La gestion des risques ou le passage vers un nouvel ordre des choses » : nous souhaitions montrer ici, partant d'une même dispersion de notre propre regard (suivant ainsi les mouvements d'agents qui se multiplient à l'intérieur et à l'extérieur du champ), l'éclatement de ce modèle et la mise au jour progressive d'autres manières de faire, d'autres manières de voir. Le contexte n'est plus le même, la décentralisation en France notamment, est entamée et la crise économique et sociale qui traverse l'Europe depuis quelques années s'est installée, laissant choir « sur le seuil » un nombre croissant d'individus. Les populations à prendre en charge sortent peu à peu du cadre qui leur était apposé, imposé, à commencer par

[757] BALANDIER G., in DOUGLAS M., Comment pensent les institutions, Paris : La Découverte / MAUSS,

ces jeunes que l'on ne sait plus désormais comment saisir, comment traiter et qui aiguisent un sentiment nouveau d'insécurité. Pareillement, les institutions peinent à s'y retrouver. Le nombre de voix se multiplie. De nouveaux personnages entrent progressivement en scène, une nouvelle génération d'agents moins marquée par les affres de la guerre, moins ancrée aussi dans le moule façonné par leurs aînés. Une ligne s'épuise, une autre, dominée jusqu'alors par le flamboyant discours des spécialistes qui revendiquaient pour certains, l'éducabilité du mineur coupable ou pour d'autres, le soin tout spécifique du toxicomane tout autant condamnable, se cherche, empruntant à la fois à une approche objectiviste, pragmatique et à la « manière douce », fer de lance de ces anciens auxiliaires de terrain. Une large brèche s'ouvre déjà pour elle, engendrée par ce fléau multidimensionnel de « l'exclusion » et des risques qu'il induit. Saisie au plus pressée par des politiques en mal de solutions, la thématique de l'insertion, « affaire de tous », s'efforce localement de contenir le flot de cette déshérence de plus en plus tenace. Il ne s'agit plus tant, dès lors, de prendre en charge sur un long terme et dans une visée correctrice des catégories déterminées d'individus perçus comme en marge de la société, que de surseoir au coup par coup aux différents problèmes posés par des populations peu ou mal identifiées. Point de mire de ces nouvelles politiques, comme de cette société en perte de repères, inquiète pour son avenir, les « jeunes » et plus exactement les jeunes mineurs délinquants. Les nouvelles formes de délinquance en effet, « échappent pour une large part aux possibilités de régulation des autorités publiques. Elles sont soit trop développées d'un point de vue quantitatif, soit difficilement saisissables en terme d'incrimination pénale, soit peu importantes du point de vue judiciaire, les incivilités, soit enfin il est difficile d'en identifier individuellement les auteurs »[758]. Des dispositifs expérimentaux sont ainsi mis en place, sous-tendus par de nouveaux cadres partenariaux (tels les CCPD) associant l'Etat, les collectivités locales et les villes. Dans ce contexte notamment s'élabore le premier projet de ce qui deviendra par la suite les « classes-relais », destinées à gérer, dans un temps court, les risques induits par « l'errance » de ces jeunes, que le système scolaire et la Justice des mineurs ne parviennent plus à prendre en charge.

Il ne s'agit pas ici de reprendre, dans les détails, ce passage vers un nouvel ordre des choses. Nous souhaitons avant tout mettre en relief, en réponse aux questionnements posés aux prémices de cette recherche, le fait que, avant même l'apparition de l'épidémie de sida sur la scène sociale et les premières formes de mobilisation orientées vers « la lutte », avant

---

1999 [1ère Ed 1986], p 14.

[758] BAILLEAU F., Le traitement judiciaire des mineurs coupables d'un trouble à l'ordre public. Chronique d'un lent déclin. Journal du droit des jeunes, n° 172, février 1998, p 28.

même de surcroît l'émergence, vers la fin des années quatre-vingts de la « politique de réduction des risques » à destination des consommateurs de drogues par voie intraveineuse, un vaste mouvement s'était enclenché à la faveur d'un nouveau modèle. Après une longue période de préparation, la gestion des risques avait bel et bien entamé son ascension, se saisissant ouvertement de problématiques complexes dont celle de ces jeunes incivils, non plus compréhensibles selon les cadres traditionnels. Elle est très proche déjà de s'étendre, à la faveur, d'un « souci de réalisme (qui) conduit à écarter toute recherche des causes de la drogue »[759], vers ces « toxicomanes » qui exacerbent eux aussi de plus en plus le sentiment d'insécurité et entrent de moins en moins dans les schémas (certaines voix, en interne l'avaient déjà pointé) de la clinique, élaborée à l'aurore des années soixante-dix.

En posant de manière nettement plus cruciale (car il s'agit bien désormais d'une question de vie ou de mort) la nécessité de nouvelles orientations quant à la prise en charge de ces populations, la jonction sida-toxicomanie va brusquement accélérer cette évolution et faire basculer le modèle, le posant dès lors dans l'ordre normal des choses. Figures idéales-typiques d'une « population à risques » (pour elle-même et pour l'ensemble de la société), les toxicomanes représentent de surcroît, à cet instant, une population limite par excellence qui force l'éclatement des repères institutionnels (ceux du champ de la toxicomanie comme ceux des autres systèmes sanitaires mais aussi judiciaires) et déplace irrémédiablement les frontières d'une clinique déjà en perte de vitesse.

La jonction sida-toxicomanie ne s'opère pas, au demeurant, dans un vide organisationnel ; auquel cas son impact n'aurait pas été tel. Elle est bien à saisir dans la co-présence de plusieurs facteurs à commencer par les mouvements extérieurs enclenchés quelques temps auparavant depuis (outre une longue période de préparation) « la crise » et la mise au jour de cette « exclusion » tentaculaire, dont les effets sur le corps social avaient entamé les convictions d'un monde quant à la pertinence de son modèle et de ses institutions. Plusieurs agents (et dans différents domaines dont celui de la délinquance), s'étaient déjà attachés à mettre en œuvre de nouveaux dispositifs adaptés au contexte. Forts de leur pragmatisme appliqué de longue date sur d'autres sociétés menacées, certains d'entre-eux (nous parlons notamment ici de l'Organisation Médecins du Monde) n'avaient pas manqué de faire valoir leur savoir-faire et d'interpeller ainsi les pouvoirs-publics soupçonnés d'immobilisme. Tel fut aussi d'ailleurs (concernant ce dernier point) l'angle d'attaque des associations de lutte contre le sida orientées au départ sur la « cause » homosexuelle.

---

[759] BONNEMAISON G., Commission des maires sur la sécurité, *op. cit.*, pp. 49-51.

Dans ces circonstances croisées au fort impact du sida sur l'ensemble des intervenants, le consensus originel du champ de la toxicomanie avait toutes les chances de se fissurer, laissant désormais ouvert le passage vers d'autres modalités adaptées de prise en charge qui plus est déjà expérimentées hors des frontières nationales. Le procédé n'est pas nouveau ; le champ naissant de la toxicomanie notamment s'était aussi inspiré, au tout début des années soixante-dix, de certaines méthodes déployées outre-Atlantique. L'emprunt toutefois était demeuré partiel et les techniques résolument conformées au modèle national, ce dont ne s'embarrasse guère (d'où certains paradoxes) le pragmatisme de la gestion des risques.

« Vers un nouvel ordre social » : passée une période de forts ébranlements des cadres anciens (particulièrement dans le domaine sida-toxicomanie), de conflits aussi entre les tenants du modèle traditionnel et ceux porteurs d'une autre vision des choses, nous avons cherché dans cette dernière partie à mettre en relief les modalités d'agencements, d'alignement de tous (professionnels, institutions) selon une nouvelle configuration. Déjà perceptible antérieurement quoique de façon disparate, la généralisation du nouveau modèle s'accentue ici, donnant à voir de façon très nette une refonte globale des formes de prise en charge. Une ligne forte résolument marquée du sceau de la gestion des risques se dégage, éclatant le « sujet », force du modèle antérieur, en « une combinatoire construite de facteurs, les facteurs de risque »[760], qui démultiplient l'intervention hors des cadres et des murs des institutions traditionnelles et des secteurs précédemment établis. Il s'agit plus dès lors d'intervenir ponctuellement sur les populations en question au moyen de diverses méthodes et de multiples partenariats, que de les prendre en charge dans un continuum de techniques savamment pensées dès le départ. L'objectivisme médical (notamment appuyé par les traitements de substitution) côtoie ainsi, dans le plus grand pragmatisme, les formules psychanalytiques chères aux toxicothérapeutes lesquelles ne représentent désormais qu'un moyen parmi tant d'autres de saisir dans toutes leurs dimensions ces « usagers », désormais responsables de leur destin. Dans cette configuration, institutions et spécialistes, s'il en est, n'occupent plus guère qu'une place secondaire, l'intervention se déployant majoritairement à partir de petits dispositifs extérieurs situés au cœur de la ville (tels les « bas-seuil » ou, dans le domaine de la délinquance des mineurs les « classes-relais ») perçus comme mieux adaptés (et adaptables) aux conditions de vie de ces populations, que des opérateurs de terrain, professionnels de diverses obédiences s'efforcent tant bien que mal d'insérer.

---

[760] CASTEL R., *op. cit.*, 1983, p. 119.

Pour autant, les spécialistes traditionnellement chargés du suivi de ces populations n'ont pas dit leur dernier mot. Dans ce mouvement d'ensemble, un glissement d'objet s'est notamment opéré pour la psychiatrie-psychanalytique qui tend à s'orienter désormais vers le soutien des agents de terrain, confrontés à une « misère du monde » en mal de solutions. L'idée, certes, n'est pas nouvelle mais elle a pris récemment, du fait de la complexité croissante des problématiques et d'une injonction au partenariat le plus souvent malaisé à mettre en place, une autre dimension. L'instauration, dans nos deux champs d'analyse, de « nouveaux » dispositifs de coordinations inter-professionnels et inter-institutionnels témoigne de cette avancée. Les actions de soutien, de formation, de structuration des problèmes autour de « cas » empiriques préconisées par des agents reconvertis en experts, participent alors, sous les dehors d'une sociabilité nouvelle, au réagencement du puzzle, pour ne pas dire (et l'approche psychanalytique est ici essentielle)[761], à l'obturation régulière du vide.

Sans doute ne peut-on plus, dans ces conditions, parler de véritable traitement de la toxicomanie ou de la délinquance. Les politiques à l'égard des « barbares de la civilisation » ne se conçoivent désormais qu'au pluriel et à posteriori, fortes notamment de quelques expériences originales développées localement dans le but de combler les failles des systèmes de prise en charge traditionnels. Politiques de la ville, Santé Publique, Education, Justice, etc, s'inscrivent désormais dans un projet global et transversal de société tout autant destiné à contrer les processus croisés de désaffiliation qu'à lutter contre l'insécurité et contenir la paix sociale. Dans cette configuration mal assurée, peu régie par des choix consensuels et des objectifs déterminés, force du modèle antérieur, les discours politiques oscillent, fluctuent, passant d'une ligne dure à une ligne douce au gré des contingences elles-mêmes, au gré des risques perçus.

On ne conclura pas sur cette histoire. A peine avions-nous fait le choix de cesser de l'alimenter que d'autres pistes s'offraient à notre regard, suggérant que la mutation dont il fut ici question est encore loin d'avoir déployé tous ses effets, aussi bien dans d'autres champs que, globalisation oblige, dans d'autres contextes nationaux. Une recherche à venir[762] sur le

---

[761] Quoique théoriquement et pratiquement non applicable à ces formes d'actions centrées sur le court terme. Mais voilà sans doute un énième paradoxe du modèle de la gestion des risques.

[762] GOURMELON N., Le traitement de l'enfance anormale en Russie : enjeux et luttes de définitions entre experts internationaux et experts et professionnels locaux, projet de recherche financé par l'OTAN dans le cadre du Programme de Bourses de Recherche Scientifique et Technique, 2001.

traitement de l'enfance anormale en Russie nous permet d'ores et déjà d'apporter à notre problématique quelques éléments supplémentaires d'application.

La question du traitement de ces enfants fait en effet, depuis quelques années, l'objet d'un certain nombre de critiques de la part d'institutions internationales (Amnesty Internationale notamment) et d'Organisations Non Gouvernementales (Médecins du Monde en France ou encore Human Right Watch aux Etat-Unis). Nombre de témoignages largement médiatisés font état des modalités de prise en charge de ces enfants. Accueillis dans des foyers où ils passent leurs quatre premières années, ils seraient ensuite examinés par une Commission composée de médecins et d'éducateurs. Ceux jugés porteurs d'infirmités mentales ou physiques graves seraient placées sous l'Autorité du Ministère du Travail et du développement Social et internés à vie dans des institutions. Les organismes internationaux dénoncent notamment « une mécanique de tri » de ces enfants, estimant que « les erreurs de diagnostics sont courantes et que le personnel ignore généralement la nature précise du handicap dont souffre l'enfant »[763]. Par-delà la question de la légitimité ou non de tels discours et de pratiques forts de leur droit d'ingérence, on peut s'interroger sur les enjeux de définitions de catégories d'intervention entre ce type d'organisation internationale et les structures locales en place. De toute évidence s'engage ici, autour de cette population spécifique, une lutte de classement, de catégorie, entre différents agents positionnés en experts (les experts locaux et les experts occidentaux). Si les difficultés socio-économiques considérables de la société russe dans différents domaines semblent autoriser l'implication ponctuelle sur le terrain de professionnels étrangers (de surcroît « humanitaires »), on ne peut manquer de voir dans de tels discours une propension à appliquer sur une société en crise, des modèles d'actions et des catégories éprouvées ailleurs, et depuis plusieurs années en France, sous le vocable de gestion des risques. Sous couvert d'aide humanitaire et de droits de l'enfant se jouerait alors aussi une tentative d'uniformisation des représentations, et par conséquent des savoirs et des pratiques. Trois points de problématique méritent d'être posés ici, dans la continuité de notre recherche de thèse.

- En premier lieu, nous l'avons suggéré plus haut, le modèle de la gestion des risques se nourri fort bien de l'aporie de la mondialisation. Glorifiée par le G7, celle-ci serait à la fois la voie inéluctable du « progrès », alors même qu'on en déplore ailleurs, et précisément sur le terrain, les effets en terme de précarisation, à commencer par celle des populations les plus

[763] Journal Le Monde du 27 février 1999.

démunies socialement et économiquement, prises en charge alors par un certain d'agents et d'organismes internationaux. Car un autre aspect de la mondialisation est aussi comme le montre G. Massiah « qu'elle met en crise le niveau de l'Etat national, particulièrement sous sa forme d'Etat-nation par les deux bouts ; elle est contestée par le haut du fait des forces économiques qui deviennent incontrôlables par les Etats et qui mettent en doute la possibilité d'action de ces Etats, et par le bas, par une revendication de démocratie de proximité. Les Etats ayant de moins en moins de moyens d'intervention, ils sont de moins en moins capables d'assurer un niveau acceptable de protection sociale, de garantir le lien social. Ils perdent alors une partie de leur légitimité »[764]. C'est précisément cette brèche qu'ont investie depuis quelques années certains organismes humanitaires. Le modèle de la gestion des risques s'est doublé ici d'un procédé qui leur est propre, celui de la dénonciation publique, au nom des « droits de l'Homme » et de l'urgence à agir, des conditions de vie de certaines populations et des manquements, à ce titre, de l'Etat en question mais aussi des professionnels jusque-là chargés du traitement de ces populations. L'arrivée en France de Médecins du Monde dans le champ de la toxicomanie a ainsi donné lieu, sur plusieurs années, à des débats très virulents entre ces médecins et les occupants traditionnels du champ soucieux de préserver leur clinique élaborée depuis trente ans. Une lutte s'est effectivement engagée, sous-tendue par un certain nombre d'enjeux : enjeux de pouvoir, de maintenance autour de catégories spécifiques de populations. Des ajustements institutionnels et professionnels sont aujourd'hui à l'œuvre entre ces différents agents mais ils restent dominés par le modèle gestionnaire des risques, qui s'est depuis lors étendu, nous l'avons vu, dans d'autres domaines du social.

Emblématique, sur un plan international, de la crise, de la rupture qui a marqué (quoique de manière souvent plus brutale et plus tragique) de nombreux Etats, La Russie post-soviétique est ainsi depuis quelques années l'objet d'attentions spécifiques de la part de ces organismes non gouvernementaux. Cette ingérence particulière auprès de groupes sociaux définis (les « toxicomanes », les personnes âgées et bien sûr l'enfance qui nous intéressera ici) peut apparaître louable d'un certain point de vue. Il importe cependant, au regard de l'expérience française, d'interroger et d'analyser les modalités d'apposition, si ce n'est d'imposition de telles pratiques et d'un tel modèle. En effet, comme le souligne encore G.

---

[764] MASSIAH G., L'évolution des rapports entre les ONG et les institutions publiques, In TEISSIER S [Dir]., A la recherche des enfants des rues, Paris : Editions Karthala, 1998, p. 290.

Massiah, « si la mondialisation est un processus contradictoire, il n'en existe pas moins une tendance dominante qui se réfère à un modèle social et qui l'impose »[765].

- La question des droits et de la citoyenneté mérite, elle aussi, un examen particulier. Sans doute n'a t-on jamais autant parlé de « citoyenneté » et de « droits » que ces dix dernières années. C'est que « l'exclusion » revête des formes multiples et qu'il devient urgent de restaurer des liens. Contreforts de « l'exclusion », ces thèmes de la citoyenneté et des droits de tout un chacun à disposer des moyens d'une vie « décente », viennent accentuer le caractère naturel et légitime d'un tel processus pourtant arbitraire si ce n'est autoritaire, mais qui s'impose avec d'autant plus de force qu'il est perçu comme « libéral » (pour la « dignité humaine »). De nouvelles formes de pratiques ont ainsi été mises à l'œuvre, qui s'appuient sur la mise en relief d'un certain nombre de risques et ont par-là même invalidé d'autres formes de prise en charge jugées alors inefficaces, parfois archaïques voire coercitives. C'est ainsi, nous l'avons vu, que fut jugée en France la prise en charge psychothérapique des toxicomanes dans les centres de soins spécialisés issus des années soixante-dix. L'accent n'est plus mis désormais sur une pathologie individuelle particulière mais sur la consommation d'un produit dont les risques impliquent dans le même temps la responsabilité de la société tout entière et celle du consommateur. La thématique du risque est en ce sens, dans cette interdépendance, éminemment sociale. On comprend alors également qu'un tel concept se déploie aisément à un niveau plus global, mondial. Cette mondialité qui, comme le montre D. Duclos n'est autre, dès lors, qu'une forme plus élargie « d'interdépendance des parties »[766]. Les différences intrinsèques d'histoire, de culture, d'identité (que ce soit sur un plan international ou national et notamment professionnel, institutionnel, politique, etc), occupent finalement peu de place dans une telle logique. « Quoiqu'il en soit des représentations culturelles analysées par les anthropologues, l'énonciation d'un risque, est, dans le même mouvement, appel à une définition publique, au besoin opposable à autrui et demande une médiation qui relève de l'ordre politique »[767]. C'est précisément cette perspective et cet espace qu'investissent depuis quelques années les ONG. Leur rôle s'en trouve sensiblement transformé. C'est ce que démontre V. Paiva dans son analyse sur la présence relativement récente des ONG dans le secteur de l'enfance en Amérique latine. Relativement cantonnées jusqu'ici à un rôle de « prestataires de services techniques en matière de programmes sociaux et communautaires,

---

[765] Ibid., p. 199.
[766] DUCLOS D., Puissance et faiblesse du concept de risque. L'Année Sociologique : Etude sur le risque et la rationalité, 1996, 46, n° 2, p. 316.
[767] LAUTMAN J., *op. cit.*, p. 281.

exigeant la participation des bénéficiaires »[768], elles tendent de plus en plus, à la mesure des défaillances constatées de certains Etats, et fortes de leur capacité d'interpellation, à « occuper l'espace de décision politique autrefois occupé par les mouvements sociaux »[769]

Le maintien de cette capacité et la conservation de leur autonomie impliquent toutefois la mise en œuvre d'une démarche toute spécifique, dégagée (ou supposée comme telle) des rapports et enjeux préexistants (au niveau national ou international, politique, économique, etc). C'est précisément cette spécificité que l'on voit se jouer à travers cette manière de « relier la question sociale à la question des droits »[770]. S'agissant de l'enfance de tels discours font pléthore, particulièrement depuis la ratification par de nombreux Etats de la convention de l'ONU sur les droits de l'enfant[771]. Dans son analyse sur la question et particulièrement sur les débats qui en ont résulté en France, I. Théry nous montre que loin de constituer un domaine partagé et surtout partageable par tous, un tel texte présenté comme novateur en France, se fonde sur une conception pour le moins univoque, partielle, voire idéologique de l'enfance et du droit à la faveur précisément de la « citoyenneté » et autre « dignité de la personne ». Ainsi notamment, « la caractéristique de ce texte est d'employer le mot droit comme si sa signification allait de soi, voire était unique (...). Avec ce nouvel instrument juridique international, l'enfant accédait enfin, à l'échelle planétaire, à sa reconnaissance comme sujet : une victoire pour ceux qui ne pouvaient pas se satisfaire que les enfants soient encore tenus pour des sous-êtres (...). La récapitulation historique est devenue l'un des morceaux de bravoure du discours sur les nouveaux droits de l'enfant. C'est une histoire simple (...), linéaire, univoque, le progrès en marche, inéluctable, l'histoire comme quand on disait qu'elle avait un sens. Un seul. Et au bout : la révolution. Il faut révolutionner notre démarche (en ratifiant la convention) mais cette révolution est déjà inscrite dans le passé, qui nous la désigne »[772].

On ne peut certes demeurer insensible au sort dramatique réservé à certains enfants chez nous comme en Russie ou ailleurs. Une telle question engage d'emblée, comme le souligne I. Théry, une très large réceptivité. C'est aussi là-dessus d'ailleurs, sur cette corde sensible, que se fonde la légitimité à agir de nombreuses organisations, relayées très souvent

---

[768] PAIVA V., Evaluation des ONG en Amérique Latine, In TEISSIER S [Dir]., A la recherche des enfants de rues, *op. cit.*, p. 298.
[769] Ibid.
[770] MASSIAH G., *op cit*, p 294.
[771] Adoptée en 1979 par l'ONU, cette résolution mettra un certain temps avant d'être ratifiée par l'ensemble des Etats. Après de nombreux travaux et débats, la France notamment ne la ratifiera qu'en 1990. Pour une analyse détaillée sur la question cf THERY I., Nouveaux droits de l'enfant, la potion magique ? Esprit : Quels droits pour l'enfant ?, n° 3-4, mars-avril 1992, pp 5-30.

par des supports médiatiques. Quiconque en contredirait les principes prend sans doute le risque de se voir taxer de barbare, d'inhumain ou de passéiste. Il importe pourtant de s'interroger sur ces formes de mobilisation, d'en analyser le mécanisme. Cet appel au droit notamment, sur un plan international, tout comme les actions de terrain qu'il sous-tend, ne tend-il pas vers une uniformisation des savoirs et des pratiques ? En écho à ce que souligne G. Massiah, n'est ce pas alors un droit (si ce n'est une injonction) à l'ajustement qui se substituerait au droit au développement ?

- Un dernier point enfin, centré sur la question des experts et sur la division du travail qui tend à s'opérer entre ceux-ci et les professionnels de terrain, nous semble intéressant à approfondir ici. Une autre thématique, celle des réseaux et du travail en partenariat, reliée à celle du « droit » et de la citoyenneté, occupe le devant de la scène depuis plusieurs années. Il s'agit de soutenir les professionnels les plus en difficulté et d'instaurer entre eux tous une forme de complémentarité dans la prise en charge d'un nombre croissant d'individus particulièrement vulnérables, marginalisés et désinsérés. Pour autant, nous l'avons vu, les professionnels ne sont pas tous égaux dans leur capacité à entrer dans ces formes nouvelles de collaboration.

Le passage de formes classiques de prise en charge à celles de gestion des risques s'est accompagné, en France, de l'émergence d'une figure relativement nouvelle, celle de l'expert comme partie prenante et légitimante de la définition des mesures à adopter, de leur application, et de leur évaluation. Leur avis, définis comme techniques et donc préjugés neutres, s'imposent de plus en plus, notamment aux politiques soucieux d'éviter la propagation de discours en terme d'idéologie, d'archaïsme, d'incapacité à faire face. La définition de l'expert ne va pourtant pas de soi. Aux experts à la discipline clairement identifiée et à la pratique codifiée (en médecine, en comptabilité) se sont ajoutés ces dernières années d'autres types d'experts, experts chercheurs, experts issus de groupes professionnels (travailleurs sociaux, médecins, psychiatres etc.) liés à un certain nombre de problèmes traités en terme de gestion des risques, experts que l'on peut qualifier de « prétendants » enfin, issus du terrain et non reconnus officiellement en tant que tels. La tendance relativement récente à l'institutionnalisation de certaines organisations non gouvernementales, nous permet de les ranger dans cette dernière catégorie. Intrinsèquement liée à leur histoire, la capacité d'investissement et d'adaptation rapide de ces organisations à différents contextes, leur fait

---

[772] THERY I., Ibid, pp 8-11.

aujourd'hui jouer un rôle stratégique dans un certain nombre de domaines. Ce rôle, les moyens employés (dénonciation, etc) et la légitimité qui s'y rattache, sont susceptibles toutefois de les faire entrer en concurrence avec d'autres professionnels en place.

Il nous semble intéressant d'appliquer cette problématique au contexte actuel de la Russie et au cadre de la prise en charge de l'enfance « anormale » ou « inadaptée ». Si la situation dramatique des enfants internés mérite d'être soulignée, on peut également s'interroger, sur la capacité à agir et à faire face des professionnels en place. « L'Hebdo », magazine suisse d'information le soulignait lui-même : « lorsqu'un enfant paraît soudain faire quelques progrès, l'internat peut théoriquement l'envoyer pour quelques mois au centre national de réhabilitation, basé au Mont Lénine. Mais ce dernier, équipé des spécialistes nécessaires, est lui aussi à bout de souffle. Le système de santé s'est effondré avec l'économie russe, et le centre de réhabilitation, qui quémande ses derniers moyens auprès de quelques sponsors, n'accepte des candidats à la résurrection que si l'internat peut compenser cet effort par une prestation, en espèce ou en nature. Réduire encore la ration des centaines de « jetés » pour tenter d'en arracher un, voilà le genre d'exercice réservé aujourd'hui aux directeurs des internats spéciaux de Russie »[773]. Si l'on peut percevoir, à un niveau politique, la raison d'être de ce type de dénonciation, on peut s'interroger, à la lumière de notre analyse précédente, sur d'autres formes de discours qui mettent en cause la capacité à agir des professionnels en place et précisément leur impact sur des identités professionnelles déjà largement fragilisées.

[773] HOESLI E., Reportage de Moscou, l'Hebdo : Orphelinats en Russie, n° 47.

Bibliographie

- **ANDERSON A., VIEILLARD - BARON H.**, La politique de la ville, Histoire et organisation. Paris : Editions ASH, 2000, 159 p.
- **ANDRE J** [Dir]., Les états limites. Paris : PUF (coll. « Petite bibliothèque de psychanalyse »), 1999, 149 p.
- **ANGEL S., ANGEL P.**, Toxicomanie au féminin. Adolescence, 1983, 1 (2), pp 247-258.
- **ARENE M.**, L'importance accordée à la santé dans la politique de la ville. Prévenir : Ville et Santé, 1996, vol. I, n°31, pp 21-32.
- **ARVEILLER J.**, L'injonction faite à Joseph et le regard médical sur les toxicomanes à la fin du XIXè siècle. Toxicomanies et Recherche du temps perdu, Actes du Colloque des 16 et 17 mars 1990, Paris : Ed du Centre Saint-Germain-Des-Prés, 1990, pp 85-93.
- **BAILLEAU F.**, Politiques publiques et jeunes en difficulté. Une insécurité sociale programmée ? Revue Internationale d'Action Communautaire, automne 1993, n° 30/70, pp 85-97.
- **BAILLEAU F.**, La sécurité, la ville et la justice. Ensembles, revue de la Délégation Interministérielle à la Ville, avril 1994, n° 42, pp. 7-14.
- **BAILLEAU F.**, Le traitement judiciaire des mineurs coupables d'un trouble à l'ordre public. Chronique d'un lent déclin. Journal du Droit des Jeunes, février 1998, n° 172, pp. 26-29.
- **BAILLEAU F.**, Le Diagnostic, un préalable à la coproduction d'une politique locale de sécurité ? In BAILLEAU F., GORGEON C [Dir]., Prévention et sécurité : vers un nouvel ordre social ? Paris : Les Editions de la DIV, 2000, pp 157-167.
- **BAILLEAU F., CASTEL R., JOUBERT M.**, La réduction des risques, peau de chagrin des politiques sociales ? Le Journal du sida, mars 1995, n° 73, , pp. 32-36.
- **BAILLEAU F., GARIOUD G.**, La sécurité entre la commune et l'Etat, Rapport de recherche pour le Plan Construction, ronéo Iresco, Paris, septembre 1990, 152 p.
- **BAILLON G.**, Le réseau, mot magique ou piège ? L'information psychiatrique, février 1999, n° 2, pp 133-139.
- **BALANDIER G** [Dir]., Sociologie des mutations, Paris : Ed Anthropos, 1970 ; 531 p.
- **BEC C.**, Vers une psychiatrie normalisée, Histoire d'une stratégie professionnelle : 1945 - 1970, Thèse de Doctorat d'Etat sous la Direction de C. Veil, Paris V, 1977, 295 p.
- **BEC C.**, L'assistance en démocratie, Paris : Ed Belin (coll. « Socio-Histoires »), 1998, 254 p.
- **BEC C., CASTEL R., DELATTE J., JOUBERT M.**, La décentralisation comme

analyseur de la recomposition du champ d'action sociale, Rapport de Recherche pour la MIRE, GRASS : CNRS, octobre 1990, 212 p.

- **BERGER P., LUCKMANN.**, La construction sociale de la réalité, Paris : Ed Méridiens Klincksieck, 1994, 288p.

- **BERGERON H.**, Soigner ou prendre soin des toxicomanes : Anatomie d'une croyance collective, Thèse pour le Doctorat de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris, Mention Sociologie, 1997, 463 p.

- **BERLIOZ G., DUBOUCHET L.**, Des CCPD aux CLS, Articulation, superposition ou disjonction de deux logiques ? Les Cahiers de la Sécurité Intérieure, troisième trimestre 1998, n° 33, pp. 89-104.

- **BLANC J., REMOND B.**, Les collectivités locales, Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques - Dalloz, 1994, 699 p.

- **BOLTANSKI L., DARRE Y., SCHILTZ M-A.**, La dénonciation. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, mars 1984, n°51, pp 3-40.

- **BONNAFE L.**, Le psychiatre pèlerin : Sotteville (1947 - 1956). Recherches : Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible, mars 1975, n°17, pp 157-163.

- **BONNEMAISON G.**, Face à la délinquance : prévention, répression, solidarité, Rapport au Premier Ministre, Paris : Ed La Documentation Française, 1982, 142 p.

- **BOURDIEU P.**, Le processus de consécration. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 1981, n° 39, pp. 30-59.

- **BOURDIEU P.**, Ce que parler veut dire, Paris : Ed Fayard, 1982, 243 p.

- **BOURDIEU P.**, Choses dites, Paris : Ed de Minuit (coll. « Le sens commun »), 1987, 229 p.

- **BOURDIEU P.**, Avant propos dialogué, In MAITRE J., L'autobiographie d'un paranoïaque, Paris : Ed Anthropos, 1994, pp. V-XXII.

- **BOURDIEU P., WACQUANT L.**, Sur les ruses de la raison impérialiste. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 1998, n° 121-122, , pp. 109-118.

- **BOUVIER P.**, Institutions, lectures, crises, vers une socio-anthropologie des institutions, In ABELES M., JEUDI H-P [Dir]., Anthropologie du politique, Paris : Ed Armand Colin, 1997, pp 197-208.

- **CABALLERO F.**, Droit de la drogue, Paris : Ed Dalloz, 1989, 720 p.

- **CALVEZ M.**, Composer avec un danger, Rennes : IRTS de Bretagne, 1989, 117 p.

- **CASTEL R.**, Le psychanalysme, Paris : Ed Maspero, 1973, 287 p.

- **CASTEL R.**, L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme, Paris : Ed de Minuit (coll. « Le sens commun »), 1976, 334 p.
- **CASTEL R.**, La gestion des risques, De l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse, Paris : Ed de Minuit (coll. « Le sens commun »), 1981, 227 p.
- **CASTEL R.**, De la dangerosité au risque. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 1983, n° 47-48, pp. 119-127.
- **CASTEL R.**, Les métamorphoses de la question sociale, Une chronique du salariat, Paris : Ed Fayard, 1995, 490 p.
- **CASTEL R., CERF J-F.**, Le phénomène psy et la société française. Le Débat, n° 1, 1980, pp. 27-38.
- **CENTRE NATIONAL DE FORMATION ET D'ETUDE DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE.**, L'éducatif, le psychiatrique, les cas limites et la PJJ. Compte-rendu de la journée d'études du 19 mars 1993, Vaucresson : Service d'Etudes, 1993, 97 p.
- **CHARLES-NICOLAS A., VALLEUR M.**, Les conduites ordaliques, In OLIEVENSTEIN C [Dir]., La vue du toxicomane, Paris : PUF, 1982, pp 85-102.
- **CHAUVENET A.**, La protection de l'enfance, une pratique ambiguë, Paris : Ed L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »), 1992, 205 p.
- **CHAUVIERE M., LENOEL E., PIERRE E [Dir].**, Protéger l'enfant : Raisons juridiques et pratiques socio-judiciaires (XIXè - Xxè siècles), Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 1996, 183 p.
- **CHEVALLIER E.**, Les oubliés de l'histoire. Autrement : L'homme contaminé, mai 1992, n° 130, pp 50-55.
- **CHEVALLIER J.**, Regards sur l'administré, In CHAUVIERE M., T- GODBOUT J [Dir]., Les usagers entre marché et citoyenneté, Paris : Ed L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »), 1992, pp. 25-39.
- **COLLANGELI E.**, Exemple de cristallisation d'intérêts institutionnels autour d'un problème de santé publique : la prise en charge associative des mères et des enfants séropositifs, DEA de Santé Publique, sous la Direction de P. Pinell, Université de Paris-Sud-EHESS, 1995, 85 p.
- **COLLOVALD A.**, Violence et délinquance dans la presse : politisation d'un malaise social et technicisation de son traitement, In BAILLEAU F., GORGEON C [Dir]., Prévention et sécurité : vers un nouvel ordre social ? Paris : Les Editions de la DIV, 2000, pp 39-53.

- **COPPEL A.**, Stratégies collectives et prévention de l'infection par le VIH chez les toxicomanes. Sida, toxicomanie, une lecture documentaire, Paris-Lyon : Ed Toxibase-CRIPS, novembre 1993.

- **CURTET F.**, Vingt-cinq ans après... des vies auprès des toxicomanes. Agora : Toxicomanies, 1993, n° 27-28, pp 23-27.

- **DELEGATION INTERMINISTERIELLE A LA VILLE.**, Prévention et sécurité, agir au quotidien dans les villes. Synthèse des Rencontres nationales des acteurs de la prévention de la délinquance, Montpellier, 17 et 18 mars 1999, Paris : Les Editions de la DIV, 1999, 234 p.

- **DIRECTION DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE., DIRECTION DES LYCEES ET COLLEGES.**, Journées bilan des 15-16-17 janvier 1990, Vaucresson, janvier 1990, 93 p.

- **DOUGLAS M.**, Comment pensent les institutions, Paris : Ed La Découverte / MAUSS, 1999 [1ère Ed 1986], 178 p.

- **DUBEDOUT H.**, Ensembles, refaire la ville, Rapport au Premier Ministre, Paris : Ed La Documentation Française, 1983, 122 p.

- **DUBET F.**, Les mutations du système scolaire et les violences à l'école. Les Cahiers de la Sécurité Intérieure, 1er trimestre 1994, n° 15, pp. 11-26.

- **DUCLOS D.**, Puissance et faiblesse du concept de risque. L'année Sociologique : Etude sur le risque et la rationalité, 1996, vol. 46, n° 2, pp. 309-337.

- **DUGARIN J.**, Les sens successifs de l'intoxication .... Toxicomanies et Recherche du temps perdu, Actes du Colloque des 16 et 17 mars 1990, Paris : Ed du Centre Saint-Germain-Des-Prés, 1990, pp. 99-103.

- **DUGARIN J.**, Evolution et adaptation des institutions de soins en fonction des changements de la clientèle depuis 25 ans. Agora : Toxicomanies, 1993, n° 27-28, pp. 83-90.

- **DURAN P., THOENIG J-C.**, L'Etat et la gestion publique territoriale. Revue Française de Sciences Politiques, août 1996, vol. 46, n° 4, pp. 580-623.

- **EBERT J.**, Un lieu pour les enfants de parents toxicomanes, séropositifs ou non. Transitions, n° 31, 1991.

- **ENGELMAJER L-J.**, Pour les drogués : l'espoir, Paris : Ed Le Pâtre, 1976, 345 p.

- **ENGELMAJER L-J.**, Sida : avertir, soigner, vivre, Paris : Ed La Pâtre, 1994, 250 p.

- **ESQUIVEL T.**, Les enfants de toxicomanes, Thèse de Doctorat en Sciences Humaines, Paris, Université René Descartes, 1993-1994.

- **ESTEBE P.**, Les métiers de la ville. Esprit : A quoi sert le travail social ? mars-avril 1998,

n° 3-4, pp. 48-59.

- **EWALD F., KESSLER D.**, Les noces du risque et de la politique. Le Débat, mars-avril 2000, n° 109, pp. 55-72.

- **FASSIN D.**, Les réseaux ville-hôpital, agitateurs depuis 1985, une approche localiste de la prise en charge des malades du sida. Prévenir, 2ème semestre 1994, n° 27, pp. 117-124.

- **FASSIN D.**, La production locale de la santé publique. Prévenir : Ville et Santé, 1996, vol. I, n° 31, pp. 9-19.

- **FASSIN D.**, Les politiques de la médicalisation, In AIACH P., DELANOE D [Dir], L'ère de la médicalisation, Paris : Ed Anthropos, 1998.

- **FOUCAULT M.**, Naissance de la clinique, Paris : PUF, 1963, 214 p.

-**FOUCAULT M.**, Histoire de la folie à l'âge classique, Paris : Ed Gallimard (coll. « Tel »), 1972, 583 p.

- **FOUCAULT M.**, Surveiller et punir, Paris : Gallimard (coll. « Tel »), 1975, 360 p.

- **FOURNIER J.**, La prévention des toxicomanes, Etude sur les modèles d'intervention mis en œuvre par les acteurs de la prévention, rapport de recherche pour l'Agence Française de Lutte contre le Sida, décembre 1993, 152 p.

- **FREDA F-H.**, Qui vous l'a dit ? Autrement : L'esprit des drogues, avril 1989, n° 106, pp. 161-168.

- **FREUD S.**, Cinq psychanalyses, Paris : PUF, 1954, 423 p.

- **FRITSCH P., SAVOIE A., MICOUD A., et al.** Situations d'expertise et socialisation des savoirs, St Etienne : CRESAL, 1985, 420 p.

- **FROMENT B.**, L'esprit des lois, Autrement : L'esprit des drogues, avril 1989, n° 106, pp. 80-86.

- **GARLAND D.**, Les contradictions de la « société punitive » : le cas britannique. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, n°124, septembre 1998, pp. 49-67.

- **GEORGE M-C., TOURNE Y.**, Le secteur psychiatrique, Paris : PUF (coll. « Que-sais-je »), 1994, 128 p.

- **GERAUD B.**, Plaisir malin, Autrement : L'esprit des drogues, avril 1989, n° 106, pp 103-107.

- **GIBIER L., ROUAULT.**, Politiques locales et prévention en toxicomanie. Paris : Revue Documentaire Toxibase, n° 202751, 1994, 11 p.

- **GOFFMAN E.**, La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi, Paris : Ed de Minuit (coll. « Le sens commun »), 1973, 251 p.

- **GOFFMAN** E., Stigmates, les usages sociaux des handicaps, Paris : Les Editions de Minuit (coll. « Le sens commun »), 1975, 180 p.

- **GOURMELON N.**, Stigmates et représentation de soi, Essai d'analyse sur la compliance au traitement des personnes contaminées par le VIH, Mémoire de Maîtrise de sociologie, Université de Haute Bretagne - Rennes 2, 1994, 122 p.

- **GOURMELON N.**, Toxicomanie-Sida. Enjeux de professionnels autour de la redéfinition d'une désignation historiquement datée, provoquée par l'apparition d'un nouvel agent infectieux : le VIH, DEA de Santé Publique, sous la Direction de P. Pinell, Université de Paris-Sud-EHESS, 1995, 118 p.

- **GOURMELON N.**, Les « boutiques » ou dispositifs « bas seuil » : une nouvelle approche des toxicomanes en temps de sida, étude réalisée sous le financement du Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Direction Générale de la Santé, Division Sida, 1997, 101 p.

- **GOURMELON N.**, Sida-Toxicomanie-Périnatalité : étude et suivi d'une unité de coordination inter-institutionnelle, étude réalisée sous le financement de Ensembles Contre le Sida/Fondation pour la Recherche Médicale (8ème appel d'offre Sidaction), 1998, 92 p.

- **GOURMELON N.**, Les institutions et les professionnels face aux situations complexes, In BAILLEAU F., GORGEON C [Dir]., Prévention et sécurité : vers un nouvel ordre social ? Paris : Les Editions de la DIV, 2000, pp. 75-92.

- **GREEN A.**, Genèse et situation des états-limites, In JACQUES A [Dir]., Les états limites, Paris : PUF (coll. Petite bibliothèque de psychanalyse), 1999, pp. 23-68.

- **GUEGUEN J-P.**, Sida : et si les intervenants en toxicomanie n'étaient pas concernés ? Interventions, 1988, n° 17, pp. 29-31.

- **GUEGUEN J-P.**, Le sevrage des toxicomanes en milieu hospitalier : de la soumission au besoin à l'exprimé du désir. Nervures, 1989, 2, (7), pp. 69-71.

- **GUERRIERI R.**, Drogues et contrôle social : aspects sociologiques de la prise en charge thérapeutique des toxicomanes, Paris, Thèse de Doctorat de 3ème cycle en sociologie, Université René Descartes - Paris V, 1984.

- **GUERRIERI R.**, La notion de drogue, classement social et médicalisation. Prévenir : les mots et les maux, novembre 1985, n° XI, pp. 91-98.

- **GUERRIERI R.**, La prise en charge des toxicomanes : un point de vue sociologique. Journal de Médecine Légale - Droit Médical, 1986, n° 5, pp. 385-400.

- **GUERRIERI R., PINELL P.**, Expériences des drogués et positions institutionnelles : le cas de l'hôpital Marmottan. Sciences Sociales et Santé, Paris, octobre 1984, vol. II, n° 3-4, pp.

39-65.

- **HASSENTEUFEL P.**, L'Etat Providence ou les métamorphoses de la citoyenneté. L'année Sociologique, 1996, vol. 46, pp. 127-149.

- **HASSENTEUFEL P., MARTIN C.**, Santé, dépendance : le rôle des associations. Esprit : A quoi sert le travail social ? mars-avril 1998, n° 3-4, pp. 189-205.

- **HATZFELD H.**, Construire de nouvelles légitimités en travail social, Paris : Ed Dunod, 1998, 240 p.

- **HEFEZ S.**, Vingt-cinq ans après... des vies auprès des toxicomanes. Agora : Toxicomanies, 1993, n° 27-28, pp. 37-41.

- **HERZLICH C., PIERRET J.**, Malades d'hier, malades d'aujourd'hui, Paris : Ed Payot, 1984, 313 p.

- **HOMERVILLE F.**, Que sont les intervenants en toxicomanie devenus ? Interventions, mai 1997, n° 59, pp. .21-26.

- **IDRAC F.**, La pacte de relance pour la ville. Regards sur l'actualité, Paris : Ed La Documentation Française, juin 1996, n° 222, pp. 19-34.

- **ILEYASSOF R.**, Soumission hypnotique, dépendance unilatérale et mutualité symbiotique. Epistolettre, avril 2000, n° 29.

- **INGOLD R.**, La « réduction des risques » comme un des moyens de la prévention du sida en milieu toxicomane. Toxicomanie, comment réduire les risques ? Prévenir, soigner ou contrôler, 14èmes Journées Nationales de l'ANIT : Strasbourg : 18-19 juin 1993, St Genis Laval : Ed ANIT, 1993, pp. 16-18.

- **ION J.**, Evolution des rapports entre la société civile et l'Etat, In D'ARCY F., ION J., SAEZ G., Du citoyen à la citoyenneté. Quelle culture politique ? Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 1981 , pp. 93-123.

- **JACOB E.**, Capter les usagers de drogues dures. Analyse des transformations des modes d'intervention en matière de toxicomanie au travers de l'expérience de quatre dispositifs dits à bas seuil, DEA de sociologie, Université Paris VIII, 1996.

- **JACOB E.**, Les structures à « bas seuil » : Nouvelle appréhension des phénomènes de toxicomanie ou gestion à minima des « populations à risques » ? Prévenir : Ville et Santé, premier semestre 1997, vol. II, n° 32, pp. 103-113.

- **JAILLET M-C.**, La politique de la ville, une politique incertaine. Regards sur l'actualité : La ville en question, Paris : Ed La Documentation Française, avril 2000, n° 260, pp. 29-45.

- **JOBERT B.**, Usagers et agents du service public : proposition pour l'aproche d'un système

complexe, In CHAUVIERE M., T- GODBOUT J [Dir]., Les usagers entre marché et citoyenneté, Paris : Ed L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »), 1992, pp. 41-59.

- **JOBERT B.**, Ambiguïtés, bricolages et modélisation. La construction intellectuelle des politiques publiques. Les raisons de l'action publique, entre expertise et débat, actes du colloque CRESAL-CNRS, St Etienne 12-14 mais 1992, Paris : Ed L'Harmattan, 1993. pp. 101-121.

- **JOIN - LAMBERT M-T [Dir].,** Politiques sociales, Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques et Dalloz, 1993, 571 p.

- **JOUBERT M.**, Souci de prévention et souci démocratique, la santé au cœur des changements urbains. Prévenir : Ville et Santé, deuxième semestre 1996, vol. I, n° 31, pp. 37-63.

- **KALIBABA N.**, Comportementalisme, l'efficacité contre l'utopie. Esprit : Drogues et société, novembre-décembre 1980, n° 11-12, pp. 89-91.

- **KUHN T.**, La structure des révolutions scientifiques, Paris : Ed Champs Flammarion, 1983, 284 p.

- **LABADIE J-M.**, Réflexions épistémologiques. In L'éducatif, le psychiatrique, les cas limites et la PJJ, Compte-rendu de la journée d'étude du 19 mars 1993, Vaucresson : Centre National de Formation et d'Etudes de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, 1993, pp. 37-62.

- **LAGRANGE H., MONGIN O.**, Vers une dépacification des mœurs ? Esprit : Violences par temps de paix, décembre 1998, n° 248, pp.. 6-11.

- **LAMOUR P.**, Dessiner une politique communale de santé publique. Prévenir : Ville et Santé, deuxième semestre 1996, vol. I, n° 31, pp. 115-124.

- **LASCOUMES P.**, Rendre gouvernable : de la « traduction » au « transcodage ». L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique, In La gouvernabilité, CURAP, Paris : PUF, 1996, pp. 325-338.

- **LAUTMAN J.**, Risque et rationalité. L'année Sociologique, 1996, vol. 46, n° 2, pp. 273-285.

- **LAZERGES N., BALDUYCK J-P.**, Réponses à la délinquance des mineurs, rapport au Premier Ministre, Paris : Ed La Documentation Française, 1998, 447 p.

- **LE PENNEC Y.**, Des factieux de l'Etat, irréguliers, inadaptés et autres défavorisés, multirécidivistes éventuels.... Journal du Droit des Jeunes, n° 180, décembre 1998, pp. 14-18.

- **LOWENSTEIN W., GOURARIER L., COPPEL A., LEBEAU B., HEFEZ S.**, La méthadone et les produits de substitution, Paris : Ed Doin (coll. « Conduites »), 1995, 160 p.

- **LUTTENBACHER C.**, La maternité chez la femme toxicomane et/ou séropositive, Thèse de Doctorat de 3ème cycle en psychologie sociale, Paris, Université René Descartes - Paris V, 1997, 376 p.
- **MAIER R., DE GRAFF W.**, Gestion des risques et citoyenneté : le système de prise en charge des toxicomanes aux Pays-Bas, Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1994, 150 p.
- **MARCUS M., VOURC'H C.**, La sécurité comme bien commun à tous. Esprit : Violences par temps de paix, décembre 1998, n°248, pp. 76-99.
- **MASSIAH G.**, L'évolution des rapports entre les ONG et les institutions publiques, In TEISSIER S [Dir]., A la recherche des enfants des rues, Paris : Ed Karthala, 1998.
- **MAXENCE J-L.**, Vingt-cinq ans après... des vies auprès des toxicomanes. Agora : Toxicomanie, 1993, n° 27-28, pp. 43-48.
- **MILLS C. WRIGHT.**, L'imagination sociologique, Paris : Ed Maspero, 1967, 240 p.
- **MINISTERE DE L'INTERIEUR.**, Des villes sûres pour des citoyens libres. Les actes du colloque de Villepinte, 24 et 25 octobre 1997, Paris : Ministère de l'Intérieur - Service de l'Information et des Relations Publiques, 1997, 95 p.
- **MINISTERE DE LA JUSTICE.**, Les classes relais : un dispositif d'accueil des élèves en voie de marginalisation scolaire. Réunions interacadémiques des acteurs des classes relais, novembre 1998 à janvier 1999, Paris : Ministère de la Justice, 1999, 114 p.
- **MOLARO C.**, Violences urbaines et violences scolaires, Paris : Ed L'Harmattan, 1998.
- **MONGIN O.**, De la responsabilité à la sécurité, ou les avatars de la responsabilité. Esprit : Le pari de la réforme, mars-avril 1999, pp. 230-236.
- **MONGIN O., SALAS D.**, Entre le tout éducatif et le tout répressif, quelles alternatives ? A propos de la justice des mineurs, Esprit : Violences par temps de paix, décembre 1998, n°248, pp. 189-210.
- **MOREAU-RICAUD M.**, Michael Balint, le renouveau de l'Ecole de Budapest, Paris : Ed Erès (coll. « Actes »), 2000, 300 p.
- **MUEL F.**, L'école obligatoire et l'invention de l'enfance anormale. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 1975, n° 1, pp. 60-74.
- **NOEL J-F.**, L'insertion en attente d'une politique, In DONZELOT J [Dir]., Face à l'exclusion, le modèle français, Paris : Ed Esprit, mai 1991, pp. 191-202.
- **OLIEVENSTEIN C.**, Il n'y a pas de drogués heureux, Paris : Ed Robert Laffont (coll. « Vécu »), 1977, 329 p.
- **OLIEVENSTEIN C** [Dir]., La vie du toxicomane, Paris : PUF (coll. « Nodules »), 1982,

116 p.

- **OLIEVENSTEIN C.**, La drogue ou la vie, Paris : Ed Robert Laffont (coll. « Vécu »), 1983, 261 p.

- **OLIEVENSTEIN C.**, En désespoir de cause. Autrement : L'esprit des drogues, Paris : Ed Autrement, avril 1989, n° 106, pp. 28-39.

- **OSTY F., GUILLAUME C.**, Innovations partenariales et recomposition des pratiques : le cas des éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Vaucresson : Ed CNFE -PJJ, mars 1999, 103 p.

- **PADIOLEAU J-G.**, La société du risque, une chance pour la démocratie. Le Débat, mars-avril 2000, n° 109, pp. 39-54.

- **PAIVA V.**, Evaluation des ONG en Amérique Latine, In TEISSIER S [Dir]., A la recherche des enfants des rues, Paris : Ed Karthala, 1998.

- **PAUGAM S** [Dir]., L'exclusion, l'état des savoirs, Paris : Ed La Découverte (coll. « Textes à l'appui »), 1996, 583 p.

- **PELLETIER M.**, Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, Paris : Ed La Documentation Française, 1978, 284 p.

- **PERCHERON A** [Dir]., Les jeunes et les autres. Contributions des sciences de l'homme à la question des jeunes, Vaucresson : Centre de Recherche interdisciplinaire de Vaucresson, 1986, vol. II, 234 p.

- **PETIT O., DERENNE C.**, A la recherche de nouvelles formes de citoyenneté. Revue du MAUSS : Qu'est ce que l'utilitarisme ? Une énigme dans l'histoire des idées, second semestre 1995, n°6, pp. 219-224.

- **PETIT - TELLIER P.**, Le Foyer de la rue des Haies, bénévolat et institution. Esprit : Drogues et société, novembre-décembre 1980, n° 11-12, pp. 71-73.

- **PEYRE V., TETARD F.**, L'interministériel, mode de traitement de la « question sociale » de la jeunesse ? In Les raisons de l'action publique, entre expertise et débat, actes du colloque CRESAL-CNRS, St Etienne 12-14 mai 1992, Paris : Ed L'Harmattan, 1992, pp. 125-136.

- **PEYRE V.**, De l'Education Surveillée à la Protection Judiciaire de la Jeunesse, In CHAUVIERE M., LENOEL P., PIERRE E [Dir]., Protéger l'enfant, raisons juridiques et pratiques socio-judiciaires (XIXè-XXè siècles), Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 1996, pp. 165-183.

- **PIERRET J.**, Une épidémie des temps modernes. Autrement : L'homme contaminé, mai 1992, n° 13°, pp. 17-23.

- **PINELL P., ZAFIROPOULOS M.**, La médicalisation de l'échec scolaire, de la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 1978, n° 24, pp. 23-49.

- **PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE.**, Enfance délinquante, enfance en danger : une question de justice. Actes du colloque de la Sorbonne, Paris, 1 et 2 février 1995, Paris : Ministère de la Justice - Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, avril 1996, 201 p.

- **REYMOND J-M., OLIEVENSTEIN C., BRACONNIER A.**, A propos de l'expérience du centre Marmottan, Centre d'accueil, d'orientation et de soins pour toxicomanes. Informations psychiatriques, 1974, 50, (7), pp. 707-711.

- **RIVIERE C., SACHS D.**, La Robertsau, pas de discours total. Esprit : Drogues et société, novembre-décembre 1980, n° 11-12, pp. 73-75.

- **ROCHE S.**, L'insécurité : entre crime et citoyenneté. Déviance et Société, 1991, vol. 15, n° 3, pp. 301-313.

- **ROSANVALLON P.**, L'Etat en France de 1789 à nos jours, Paris : Ed du Seuil, 1990, 369 p.

- **ROUCHY J-C** [Dir]., La double rencontre : toxicomanie et sida, Paris : Ed Erès, 1996, 352 p.

- **SAPIN M.**, La place et le rôle des usagers dans les services publics, Paris : Ed La Documentation Française, 1983, 146 p.

- **SCHWARTZ B.**, L'insertion professionnelles des jeunes, Rapport au Premier Ministre, Paris : Ed La Documentation Française, 1981, 146 p.

- **SOLAL J-F.**, Le drogué et le spécialiste, partage d'une illusion. Esprit : Drogues et société, novembre-décembre 1980, n° 11-12, pp 92-97.

- **SOLER C.**, Le symptôme social, In Déconstruire le social, rapport du séminaire de l'Association Pratiques sociales, 1993-1994, pp. 625-649.

- **STRAUSS A.**, La trame de la négociation, Paris : Ed L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »), 1992, 311 p.

- **TACHON M.**, Institutions et politiques de la jeunesse, In PERCHERON A [Dir]., Les jeunes et les autres : Contributions des sciences de l'homme à la question des jeunes (vol. II), Vaucresson : Centre de Recherches interdisciplinaires de Vaucresson, 1986, pp. 111-135.

- **THERY I.**, Nouveaux droits de l'enfant, la potion magique ? Esprit : Quels droits pour l'enfant ?, mars-avril 1992, n° 3-4, pp. 5-30.

- **THERY I., TASSERIT S.**, Sida et exclusion, In PAUGAM S [Dir]., L'exclusion : L'état des savoirs, Paris : Ed La Découverte (coll. « Textes à l'appui »), 1996, pp. 363-373.
- **THEVENNOT L.**, Les investissements de formes. Conventions économiques, Cahiers du Centre d'Etude pour l'Emploi, Paris : PUF, 1986, pp. 21-65.
- **TIRYKAIAN E-A.**, Remarques sur une sociologie du changement qualitatif, In BALANDIER G [Dir]., Sociologie des mutations, Paris : Ed Anthropos, 1970, pp. 83-94.
- **TRAUTMAN C.**, Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants, Rapport au Premier Ministre, Paris : Ed La Documentation Française, 1989, 223 p.
- **TREPOS J-Y.**, Sociologie de la compétence professionnelle, Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1992, 223 p.
- **TREPOS J-Y.**, Consommateurs ou usagers ? Définitions éprouvées et situations éprouvantes, In CHAUVIERE M., T-GODBOUT J [Dir]., Les usagers entre marché et citoyenneté, Paris : Ed L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »), 1992, pp. 221-237.
- **TREPOS J-Y.**, Sociologie de l'expertise, Paris : PUF (coll. « que sais-je ? »), 1996, 128 p.
- **TREPOS J-Y.**, Les dispositifs d'assistance aux toxicomanes : redistribution des compétences et impératifs de coordination, In DE RUYVER B [Dir]., Consommations et milieux de vie, gestion des drogues, Bruxelles : Ed Bruylant et Anvers : Ed Maklu, 2000.
- **VALLEUR M.**, Vingt-cinq ans après... des vies auprès des toxicomanes. Agora : toxicomanies, 1993, n° 27-28, pp. 69-75.
- **VAN GENNEP A.**, Les rites de passage, Paris : Ed Picard, 1981 [1ère Ed 1909], 286 p.
- **VEYNE P.**, Comment on écrit l'histoire, Paris : Ed du Seuil (coll. « Points Histoire »), 1979, 242 p.
- **VIGARELLO G.**, Histoire des pratiques de santé, Paris : Ed du Seuil (coll. « Points Histoire »), 1999, 390 p.
- **WACQUANT L.**, Les prisons de la misère, Paris : Ed Raisons D'agir, 1999, 189 p.
- **WIEVIORKA S.**, Les toxicomanes, Paris : Ed du Seuil, 1995, 215 p.
- **WIEVIORKA S.**, La réduction des risques, Paris : Revue documentaire Toxibase n° 203950, 1996, 21 p.
- **WORMS F.**, Risques communs, protection publique et sentiment de justice. L'année Sociologique, 1996, vol. 46, n° 2, pp. 287-307.
- **YVOREL J-J.**, Naissance de la cure. Autrement : L'esprit des drogues, avril 1989, n° 106, pp. 144-151.
- **ZAFIROPOULOS M., PINELL P.**, Drogues, déclassement et stratégies de

disqualification. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, avril 1982, n° 42, pp. 61-75.

- **ZAFIROPOULOS M., PINELL P.**, Un siècle d'échecs scolaires (1882 - 1982), Paris : Les Ed Ouvrières, 1983, 198 p.