

Aix-Marseille Université, UFR ALLSH, Département d'anthropologie  
Master 1 d'Anthropologie, spécialité anthropologie de la santé

# **L'addiction aux drogues illicites en France**

Science médicale de la dépendance et encadrement sanitaire des usagers

Par Chloé Blancke

Sous la direction de Sandrine Musso

Année universitaire 2016/2017

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	3
<b>I. Pouvoir(s), norme(s) et déviance(s)</b> .....	5
1. Classification et régulation des substances.....	5
a. <i>Emprises sociales sur les substances</i> .....	5
b. <i>Le « monde de la drogue », construction d'un objet anthropologique</i> .....	7
c. <i>Négociation des frontières d'usages</i> .....	11
d. <i>Les drogues dans le registre de la morale et de l'ordre publique</i> .....	15
2. La drogue comme objet moral d'une culture politique.....	17
a. Croisades morales.....	17
b. Lectures sociales de la répression .....	20
<b>II. L'institutionnalisation du soin</b> .....	23
1. Conquêtes disciplinaires.....	23
a. <i>Modèle théorique et évaluation des pratiques thérapeutiques</i> .....	23
b. <i>Remaniement étiologiques</i> .....	27
c. <i>De la rhétorique de l'épidémie à l'essor de l'épidémiologie</i> .....	31
2. Politiques sanitaires et logiques thérapeutiques des modèles d'interventions.....	34
a. <i>L'épidémie de Sida, un événement sanitaire et politique</i> .....	34
b. <i>Significations du soin, entre concept médical et politiques d'intervention publiques</i> .....	36
c. <i>Institution et économies professionnelles</i> .....	39
<b>III. Apports anthropologique à la régulation des usages de drogues au prisme de la notion culturelle de « risque »</b> .....	43
1. Gestion morale et politique du danger .....	43
a. <i>une rationalité politique culturellement déterminée ?</i> .....	43
b. <i>La responsabilité individuelle face à la santé comme bien public</i> .....	47
2. L'articulation des savoirs à l'évaluation des risques en santé publique.....	50
a. <i>Hiérarchisation des risques et des vulnérabilités</i> .....	50
b. <i>Savants et profanes</i> .....	54
<b>Conclusion</b> .....	60
<b>Bibliographie</b> .....	62

## Introduction

L'addiction au smartphone, à internet ou encore aux jeux-vidéos, sont autant d'associations mobilisées dans les discours contemporains, tout particulièrement pour qualifier les pratiques de la jeune génération. Face à l'émergence de ses nouvelles catégories, celle de l'addiction aux drogues semble se référer à une histoire plus ancienne. Les « toxicomanes » continuent d'occuper une place singulière dans l'imaginaire collectif, en étant plus aisément associés à cette pathologie de la passion destructrice qu'est la dépendance. Les drogues, qu'elles soient dites « dures » ou « douces » porteraient intrinsèquement en elles la tentation d'un plaisir dangereux, celle de modifier l'état de conscience, polluant, jusqu'à l'intoxication, le corps et l'esprit de celui qui s'y adonne trop souvent. Dépeint ici de manière volontairement stéréotypée, ni la drogue, ni ce que signifie l'addiction ne semble échapper à la définition du sens commun. Les récentes controverses qu'a soulevé le projet des « salles de shoot », nom médiatique donné par les opposants aux salles de consommation à moindre risque, sont révélatrices du caractère sensible que revêt le sujet de la prise en charge de ces publics. Ce dispositif expérimental, mis en place dans le quartier de la Gare du Nord à Paris fait pourtant suite à une proposition adoptée par le dernier plan gouvernemental de la lutte contre les drogues et les conduites addictives. Si le projet de mettre à disposition des usagers de drogues illicites, un espace supervisé par des intervenants médico-sociaux provoque la crainte, autant auprès des riverains à qui s'impose cette proximité, qu'auprès de certains politiques et médecins, c'est qu'il soulève incontestablement des questions de responsabilités morales. Car à la différence des addictions aux nouvelles technologies ou aux pratiques de la vie quotidienne, la consommation de drogue est, et ce juridiquement depuis les années soixante-dix, marquée par l'interdit. Dans ce cadre, l'usager de drogues semble renvoyer à une figure d'altérité marginale, en étant prêt à mettre sa santé en danger pour un plaisir éphémère, tout en enfreignant la loi. Seulement, toute consommation de drogue impliquerait un risque de dépendance. Les sciences médicales chargées d'expliquer les causes de ce trouble, ont développé un premier modèle théorique accordant à certaines substances le pouvoir de mettre la volonté des Hommes sous leur emprise. La réponse thérapeutique à cet empoisonnement volontairement administré, se tournait à l'évidence du côté de l'abstention. Cependant, l'exemple des salles de consommation à moindre risque est illustratif du changement de cap effectué au tournant des années deux mille par les politiques d'action publiques. Leur démarche, a priori moins répressive, se réclame aujourd'hui prioritairement préventive des risques infectieux liés à la prise de drogue. Les politiques de santé tendent à assurer leur légitimité sur l'évolution du savoir médical concernant le trouble de la dépendance, qui inclut désormais la

« toxicomanie », terme jugé stigmatisant et réducteur, dans le champ plus large des « conduites addictives ». Ce remaniement lexical caractérise l'approche théorique aujourd'hui dominante d'une spécialité médicale, l'addictologie, institutionnalisée depuis un peu plus de vingt-ans seulement. Comment penser une « maladie » dont l'objet est illicite et son usage encore réprimé ? Mettant à la fois en jeu le corps physique, social et politique, les addictions aux drogues sont prises dans de multiples enjeux de définition. Les processus de catégorisation entre ce qui relève du permis et du défendu, de la déviance sociale et de la pathologie ou encore, conséquemment, de l'intervention médicale et judiciaire, manifestent à plusieurs niveaux un système de sens spécifique.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous proposons de faire état des approches développées par les sciences sociales pour aborder le thème des drogues et des problématiques qui leur sont associées. Face à la littérature foisonnante, marquée par le débat et la contradiction, qui traite de notre sujet, nous nous pencherons principalement sur des productions anthropologiques, tout en nous inspirant de diverses postures disciplinaires, notamment sociologiques et historiques. Ces apports, nous permettront de mener une réflexion sur les logiques sociales normatives qui encadrent les modèles de compréhension et de prise en charge de ce trouble. Dans quelle mesure, la notion d'addiction renouvelle-t-elle les enjeux de la régulation des usages de drogues illicites en France ? Pour tenter de répondre à cette problématique, nous questionnerons la construction de nos représentations sociales de l'objet « drogue », au fondement des systèmes de régulation normatifs progressivement développés. Dans un second temps, notre attention sera portée sur les conditions d'émergence d'une discipline médicale politiquement influente ; pour enfin tenter de restituer en quoi le modèle de compréhension et de gestion actuel des phénomènes de dépendance prennent sens en contexte. Dans un souci de fluidifier la lecture, l'emploi indifférencié des termes « usager », « consommateur », ou encore « toxicomane » et « dépendant », pourra s'appliquer tout au long de ce mémoire. Cependant, nous ne perdons pas de vue leur historicité, que nous aurons l'occasion de préciser aux moments favorables.

# I Pouvoir(s), norme(s) et déviance(s)

## 1 Classification et régulation des substances

### a *Emprises sociales sur les substances*

Comment une substance devient-elle drogue ? L'article de l'anthropologue Marc Perreault, publié en 2009 dans la revue multidisciplinaire *Drogue Santé et Société*, part du postulat que les psychotropes sont, depuis des temps immémoriaux, présents dans l'environnement des humains « à leur état naturel », bien qu'elles ne soient pas nécessairement connues ou consommées. Par psychotrope, l'auteur entend définir des substances d'origines diverses qui ont la capacité d'agir sur le psychisme, autrement dit de modifier l'état de conscience. De ce fait, il cherche à montrer comment chaque société codifie ses usages, à travers des exemples précis qu'il regroupe sous le terme de « traditionnels ». L'un d'entre eux met en lumière l'articulation des différents facteurs qui encadre l'usage de coca au fil de l'Histoire. Alors qu'à l'époque des Incas, sa consommation sous forme de feuille à mâcher était réservée à une élite politique dans le cadre de rites spécifiques, médicaux ou divinatoires, après la conquête espagnole, elle devient l'objet de consommation journalière parmi les couches basses de la population. L'une des justifications mobilisées est qu'elle permet d'obtenir un meilleur rendement dans les activités minières. L'Église est le troisième acteur, peut-être le plus paradoxal, influant dans cette trajectoire, puisque d'un côté, elle réprime l'usage, et de l'autre, produit la coca pour s'enrichir. Enfin, lorsqu'au XIXe, la coca devient cocaïne par une manipulation chimique de la substance, de nouveaux types de consommations surgissent et se diffusent parmi les hautes classes d'Europe, avec par exemple, le célèbre vin corse *Mariani* (Bachmann et Coppel, 1989). Cet exemple fait écho à un autre cas, relevé par les sociologues Christian Bachmann et Anne Coppel. Leur ouvrage *Le Dragon domestique* retrace dans une démarche que nous pourrions nommer d'historiographie sociologique, les rapports que les sociétés occidentales entretiennent avec les drogues et leurs consommateurs dans une interdépendance, matérielle et symbolique, avec l'Orient. L'histoire du kava, une boisson des îles Hébrides dont l'usage était limité aux contextes festifs ou rituels avant la prohibition formelle mise en place par les missionnaires, devient ainsi, en étant consommé clandestinement dans une démarche de révolte, une « drogue de crise ».

Que pouvons-nous retenir de ces exemples ? Premièrement, ce retour historique sur les premiers modes de consommations observés nous mène à penser que dans certains contextes précis, les substances psychoactives pouvaient être valorisées, voire contribuer à renforcer les liens sociaux. Mais cette conclusion n'est pas nouvelle. Au temps où l'anthropologie limitait encore sa

recherche aux cultures dites « exotiques », les chercheurs se penchaient déjà sur l'usage de drogue et ont en effet largement contribué à montrer que la pathologisation des consommations abusives n'était pas universelle. C'est en développant les ethnographies, notamment à partir des années 50, que les premières théories adoptent le prisme du contexte culturel comme un marqueur influent des conséquences sociales et corporelles liés à l'usage de drogue (Singer, 2012). Si on accepte alors de penser que l'absorption d'une même substance ne produit pas les mêmes effets chez les individus en fonction du cadre socio-culturel dans lequel ils la consomment, cela revient à remettre en contexte les fondements de la pensée occidentale en la matière. Il n'y aurait donc pas de drogue en soi, mais à première vue, l'existence de divers produits psychoactifs, dont l'appartenance à la catégorie drogue est moins déterminée par leurs propriétés psychopharmacologiques, comme l'entend le sens commun, que par leur façonnement par le pouvoir politique, légal voir même par les institutions de santé publique. Sur ce point, l'anthropologue Michel Perrin, dans un article paru en 1985, propose une lecture comparative de l'usage de drogue entre la société des indiens Guajiro et Occidentales. Il analyse ainsi que chez les Guajiro, l'usage des substances est strictement codifié et participe à structurer la société, quand dans la seconde, il est laissé à l'interprétation de chaque sous-groupe de consommateurs, participant ainsi à diviser, voir « détruire » la société. Ce constat, qui semble plutôt critique, cherche à illustrer la pensée de Lévi-Strauss, qui conçoit la drogue comme un objet de « discours latent » variable culturellement. Ainsi, les effets psychotropes des drogues viendraient amplifier les interprétations culturelles et réciproquement, les discours dominants sur les substances et leurs actions sur les personnes façonneraient les expériences. L'apport de Perrin est finalement de signifier que les effets sociaux des drogues – autrement dit, la manière dont les membres d'une culture traitent en conséquence ses consommateurs – sont également présidés par la même logique. Ces ancrages normatifs ne sont néanmoins pas figés. Si « les traditions d'usage sont elles-mêmes susceptibles de changer avec le temps et la transformation des contextes globaux dans lesquels ces usages s'inscrivent et prennent sens » (Perreault, 2009 : 22), c'est bien que les drogues sont prises dans des dynamiques locales et globales. Toute société, au fil du temps, érige des savoirs sur les substances, qui en régissent l'usage et le statut. La diffusion de ces savoirs impacte les modèles de régulation des consommations adoptés par les sociétés. Si les normes établies ne sont pas systématiquement traduites en interdit, elles sont pourtant toujours le reflet d'un système de pensée.

Faire état des variations d'usage de certains psychotropes, comme l'illustre les deux exemples de la coca et du kava, nous permet alors d'appréhender le rôle significatif de l'expansion des sociétés occidentales pré-industrielles dans la transformation des représentations et des pratiques de consommations. Les problèmes liés à l'usage de drogue paraissent ainsi émerger dans

ce processus de conquête idéologique, où les psychotropes sont progressivement associés à la toxicité et à la déviance sociale. Les différents auteurs invoqués ici nous invitent ainsi à se saisir des dynamiques d'interdépendances qui se jouent au niveau global et qui, par leur reconfiguration historique, façonnent localement les cadres d'usages. Dès lors, ces transformations ne concernent pas seulement les usages dits « traditionnels » et nous avons des raisons de penser, que les produits les plus importés et qui ont connu un fort succès en Occident, « sont ceux qui étaient le plus compatibles avec l'esprit émergent du capitalisme moderne » (Bergeron, 2009 : 17). Le sociologue Henri Bergeron, rapporte à ce propos l'hypothèse de Courtwright, qui suggère par exemple que si certains produits comme la coca ou encore le tabac, ont été plus facilement introduits dans les modes de vie occidentaux que le kava, sans nier des raisons proprement logistiques et matérielles à leur transport, c'est qu'ils paraissaient être les plus profitables à la production de masse industrielle et au commerce, s'adaptant ou soulageant les contraintes physiques qu'entraînent à grande échelle ces nouveaux modes de production. L'intérêt de ces approches analytiques est qu'elles viennent rappeler que notre conception communément partagée de ce qu'est « la drogue » n'est pas universelle, mais contextuelle, tout en soulignant l'existence d'une forme de hiérarchisation des discours normatifs et savoirs vernaculaires sur cet objet. Ces productions de discours et leur capacité à « faire sens » dans les représentations, sont nourries d'enjeux historiques, politiques ou encore économiques formant une niche culturelle où prennent sens les actions de chacun de ses membres.

Pour comprendre comment le discours addictologique a réussi à prendre en légitimité jusqu'à s'imposer comme dominant en France, nous allons nous pencher sur différentes productions des sciences sociales, révélatrices des dynamiques qui forgent aujourd'hui notre rapport à la « drogue » et à la « dépendance ». Questionner de manière transversale nos représentations scientifiques, morales ou politiques de cet objet, revient également à contextualiser le développement de l'approche anthropologique des drogues, dont on peut se dire qu'elle est, en tant que discipline reconnue comme productrice de savoirs, située dans les rapports qu'elle cherche à mettre en lumière.

### *b Le « monde de la drogue », construction d'un objet anthropologique*

L'anthropologue américain Merrill Singer, qui a fait de l'addiction aux drogues un sujet central dans plusieurs de ses écrits, revient dans un court article publié en 2012 sur les différentes approches qu'a développées la discipline anthropologique vis-à-vis de cet objet, de son émergence à aujourd'hui. Il commence par noter qu'à la fin du XIXe siècle, alors que se développe un marché

mondial de la drogue, la toxicomanie est reconnue de manière significative au sein des mêmes espaces auprès desquels se mènent principalement les ethnographies. L'anthropologie étant initialement la science qui prend pour objet d'étude les comportements normatifs des colonisés<sup>1</sup>, leurs premiers travaux pouvaient servir à révéler leur potentiel de « travailleurs passifs ». Singer souligne ainsi que « la toxicomanie était couramment utilisée pour étiqueter les secteurs éventuellement indisciplinés et résistants au sein des sociétés coloniales dominantes<sup>2</sup> ». En d'autres termes, ce rapport problématique aux substances psychoactives s'est construit au prisme de l'interprétation qu'en ont fait les sociétés occidentales industrialisées et coloniales, ces dernières étant les premières à favoriser les recueils d'observations des pratiques de consommation. Cependant, jusqu'aux années soixante, peu d'études qualitatives (ni même quantitatives) se penchent sur les rapports que ces sociétés entretiennent elles-mêmes avec la drogue. Certains auteurs viendront par ailleurs de manière rétrospective, pointer que ce désintérêt participe indirectement à renforcer la représentation du sens commun qui considère la prise de drogue comme un comportement pathologique (Faugeron et Kokoreff, 1999). Que l'essor du questionnement des chercheurs en sciences sociales sur les pratiques de consommation de drogue auprès de leurs semblables, soit daté à cette période, n'est pas sans être évocateur. Il coïncide en effet avec l'apparition d'un phénomène de massification des consommations qui s'accompagne d'une inquiétude de plus en plus expressive de la part des autorités publiques, en Europe comme aux États-Unis. Dans un premier temps, c'est la sociologie anglo-saxonne, notamment américaine, qui domine l'approche de cet objet de recherche (Faugeron et Kokoreff, 1999) sous l'impulsion particulière de l'École de Chicago, un courant qui cherche à mettre en application les méthodes ethnographiques. Ces enquêtes « en situations » viennent interroger les limites de la comparaison avec les sociétés lointaines, en soulignant l'existence de groupes sociaux « culturellement différents », aux rapports parfois conflictuels, au sein d'une même société (Douglas, 1992). Une lecture nouvelle de la question des addictions émerge ainsi dans les années soixante et soixante-dix, que Singer répertorie sous le nom de *Life-style model*. L'interdit posé sur l'usage de drogue fait norme, et condamne de fait ceux qui s'écartent. Les chercheurs vont alors tenter de saisir, en contrepied, comment les pratiques de consommation invoquent des connaissances fabriquées et transmettent dans l'interaction. En organisant l'ordre social autour de valeurs communes ils défendraient ainsi d'autres normes de comportement collectives. Cet ensemble d'éléments laissant penser l'existence d'une « sous-culture » spécifique aux usagers. En abordant l'usage de drogue dans son contexte comme un style de vie cohérent, ce premier ensemble d'études ébranlent la conception

---

1 à l'instar des sociologues qui se penchaient sur l'analyse de leur propre société

2 « addiction being used commonly to label possibly unruly and resistant sectors within dominant colonial societies » (Singer, 2012 : 1747) traduit par nos soins



du toxicomane « anti-social » qui prévaut jusqu'alors. C'est dans ce sens que se développe la théorie du sociologue américain Howard Becker, qui fonde sa réflexion sur des méthodes d'observation et d'entretiens menés auprès de musiciens fumeurs de marijuana, et qu'il détaille dans son ouvrage intitulé *Outsiders* qui paraît initialement en 1963. Son approche de la déviance, à l'inverse d'une caractéristique donnée « par nature » à un comportement, se définit comme le résultat d'une étiquette sociale attribuée aux transgresseurs des normes établies en contexte. Cette conception le mène finalement à la notion liée de « carrière déviante »<sup>3</sup>, en tant qu'engagement par l'individu dans un espace de pratiques jugées pourtant « hors normes ». En réduisant plus intimement encore son champ d'analyse, il en retient que la consommation de drogue, et les effets physiques qui lui sont liés, sont le fruit d'un apprentissage transmis dans l'interaction. Autrement dit, le goût que certains développent pour les sensations que leur procure la consommation de cannabis est, comme pour tout autre produit consommable, acquis socialement.

La dimension sociale des « mondes de la drogue », se retrouve également dans l'analyse d'une anthropologue française Anne Lovell, qu'elle a l'occasion de développer dans un article tiré de l'ouvrage collectif *Critique de la santé publique*, écrit sous la direction de Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin et publié en 2001. Son ethnographie, menée durant cinq ans à Marseille auprès de consommateurs de drogues illicites par injection, la fait partir du constat qu'il existe un panel de savoirs pratiques « largement autoproduits ». Elle se rattache dans un sens à la logique sociale présentée par Becker, en exprimant que ces savoirs – autrement dit, les compétences qu'acquièrent les usagers concernant où et comment se procurer de la drogue, la consommer et en mesurer les effets – sont produits et transmis au contact des autres consommateurs. Le fait que la drogue soit à même de créer du lien social, où plutôt, que sa circulation et sa consommation soit la cause fondatrice de l'activité sociale partagée, Lovell le conceptualise dans les termes de « pharmaco-sociatif ». L'intérêt de cette notion est qu'elle retravaille justement la dimension collective de ces sociabilités, en évacuant l'idée que les usagers de drogues forment une sous-culture autour de leurs pratiques, où ils viendraient s'identifier à un groupe social pré-organisé. Elle insiste en effet sur l'idée que le produit n'est que « l'intérêt commun » qui fait se regrouper les individus, permettant ainsi la réalisation de sociabilités dans et par l'interaction. En déconstruisant de manière critique l'idée qu'il existe un « monde de la drogue », les anthropologues comme Lovell soulignent la nécessité de sortir de cette représentation des consommateurs formant une « sous-culture hermétique »<sup>4</sup>. Car elle est aujourd'hui signifiante pour le sens commun, et se retrouve être

3 qui constitue encore aujourd'hui une référence largement reprise

4 Lovell entend par là, en plus de souligner la diversité des pratiques et vécus autour de la drogue, la nécessité de prendre en compte l'entourage du toxicomane dans l'expérience de la drogue. A ce sujet, Patricia Bouhnik note que « La famille est aussi souvent prise à partie lorsque les pratiques d'un enfant sont devenues trop visibles. Dans une cité, la mère d'un usager connu ne sera plus identifiée comme « madame machin », mais comme « la mère du

largement relayée par les modèles publics de régulation contemporains. S'il est nécessaire de construire de nouveaux modes de connaissance sur l'aspect social des pratiques, c'est que leur diversification sont à comprendre dans un contexte sans cesse en mouvement. Cela demande en conséquence, le renouvellement régulier de la lecture des structures sociales dans lesquelles s'encrent les expériences liées à la drogue dans nos sociétés. Les usagers que rencontre Lovell nous paraissent être encrés dans d'autres logiques sociales que celles des premiers gangs étudiés par le courant sociologique de l'École de Chicago (Bergeron, 2009), ou encore des musiciens de jazz de Becker. Cette révision critique du *Life Style model* se fonde en réalité dans un courant qui se revendique vingt ans plus tard.

Dans un certain sens, une continuité se dégage des différents travaux d'ethnographie urbaine de l'usage de drogue au fil du temps. C'est en revanche dans l'ensemble moins dans les termes de « sous-cultures » qu'ils vont s'appréhender, au profit d'une approche prenant en considération les inégalités qui structurent les rapports de pouvoirs au niveau macro. Ces nouvelles orientations de recherche développées à partir des années quatre-vingt, signent l'avènement de ce que nous pouvons nommer en français l'anthropologie médicale critique (Fainzang, 2001). Ses apports théoriques à l'étude de la consommation de drogue et de la toxicomanie se définissent pour Singer, à l'intersection de trois axes problématiques principaux. Premièrement, les recherches sur l'économie politique de la drogue ne se reteignent plus uniquement aux marchés illicites, pour aborder la manière dont se vendent et se consomment des produits licites issus de la pharmacopée médicale, en accord avec les préoccupations que traduisent certaines notions, comme le « mésusage » de nouveaux médicaments (Feroni et Lovell, 2007). Parallèlement, de nouvelles interprétations viennent baliser les études sur les pratiques de consommation de drogue, avec l'idée que les individus, en réponse à un sentiment d'injustice, s'adonnent ainsi à une forme d'automédication, dans un contexte de « médicalisation ambiante des frustrations et de la souffrance psychique » (Jamouille, 2001 : 24). Cet argument accompagne en dernier point l'idée qu'une « production sociale de la souffrance » (Singer, 2012) doit s'appréhender au travers des inégalités, qui structurent le monde social des usagers tant à l'échelle locale que globale. Cette démarche transparaît dans l'analyse que livre l'anthropologue américain Phillippe Bourgois en 1995, dans l'œuvre qui retrace sa longue expérience de terrain auprès de revendeurs et consommateur de crack dans un quartier majoritairement portoricain de la ville de New-York. La problématique de la drogue se niche au sein d'un ensemble de facteurs qui dépassent les seules frontières du *barrio*, et l'anthropologue dénonce avec vivacité la misère matérielle et sociale des personnes vivant dans les cités-ghettos ou encore le racisme qui continue de structurer aujourd'hui les États-Unis, et qui apparaissent comme

---

toxico du quatrième ». » (Bouhnik, 2002 : 21)

autant d'éléments constitutifs d'une entrée dans la drogue. Autrement dit, ces conditions de vie, intriquées de manière complexe à des représentations culturelles, rendraient la toxicomanie signifiante en tant que « seul moyen dont disposent des gens désespérés pour intérioriser frustration, résistance et absence totale de pouvoir » (Bourgois, 2001 [1995] : 364).

Démultipliant les terrains, les chercheurs ne cessent par ailleurs de produire des analyses fondées sur leurs expériences empiriques, certains tendant à s'écarter du prisme de la souffrance et du rejet social. Nous pouvons citer à cet égard l'œuvre d'Angela Garcia (2010) écrite suite à son ethnographie menée auprès de toxicomanes vivant au Nord du Nouveau-Mexique. Sa posture théorique est singulière dans le paysage de la littérature anthropologique décrite jusqu'ici, notamment par sa référence à Sigmund Freud, à qui elle emprunte la notion de mélancolie, pour la concevoir comme processus identitaire qui serait façonné par l'histoire culturelle construite et transmise localement. Fortement marquée par la dépossession des terres qu'a entraîné l'incorporation de cette région à la géographie états-unienne, cette anthropologue prend le parti de montrer en quoi le sentiment de perte façonne la vie psychique des sujets et participe à fabriquer des « subjectivités mélancoliques » rendant signifiante l'expérience de dépendance que les individus traversent. Toutefois, cette liaison établie entre dépression, pauvreté et addiction ne va pas en rupture des travaux présentés en amont. Ainsi, les différents courants présentés par Singer permettent de faire état, de manière synthétique, des approches théoriques qui balisent le développement d'une anthropologie des drogues et des dépendances, nous permettant de voir qu'elle partage majoritairement l'objectif de contrepeser les idées reçues, dans un « souci de rendre aux usagers et petits trafiquants un statut d'acteur »<sup>5</sup> (Faugeron et Kokoreff, 1999 :13).

C'est alors à présent dans l'optique que se donne l'anthropologie de la maladie, telle que le définit Sylvie Fainzang, de « considérer le système biomédical (son discours et ses pratiques) comme n'importe quelle pratique sociale profane ou comme n'importe quel objet exotique » (Fainzang , 2001 : 8) que nous essayerons de retracer les processus de catégorisations symboliques où se loge la classe des drogues en France. En abordant la régulation des substances comme un fait de société, nous questionnons parallèlement l'historicité du cadre interprétatif de la dépendance aux drogues qui domine aujourd'hui en France.

### *c Négociation des frontières d'usages*

De nombreux auteurs s'accordent pour dire que les contours de la catégorie drogue, telle

---

5 Nous pouvons en revanche nous demander si cette tendance générale ne vient pas réifier dans un sens, les catégorisations symboliques qui prévalent entre des consommateurs renvoyés « à la marge », et des consommateurs moins visibles, peut-être plus privilégiés. Une catégorisation qui semble également être liée avec une classification des substances entre produits « nobles » et « populaire » (Bergeron, 2009).

qu'elle se pense dans le sens commun aujourd'hui encore dans notre société, se sont progressivement affirmés au cours du XIX<sup>e</sup> siècle (Bachmaan et Coppel 1989 ; Bergeron, 2009 ; Villaume, 2016). Nous nous intéresserons ici au rôle et au statut du registre médical et de l'industrie pharmaceutique dans la manipulation des frontières symboliques entre usages thérapeutique et morbide où différentes substances, dont les vertus oscillent entre poison et remède, vont progressivement être inscrite à la classe des « drogues ».

Dominique Vuillaume, titré historien des idées, note que le début du siècle est marqué par la découverte d'un pharmacologue allemand, la morphine, un dérivé de l'opium obtenu par une manipulation chimique. L'invention de la seringue hypodermique par un médecin anglais qui suivit rapidement, permettra de l'administrer pour soulager la douleur des souffrants<sup>6</sup>, en l'injectant directement dans les voies sanguines. Particulièrement utilisée dans la médecine de guerre, la prescription de cet analgésique se généralise ainsi dans les années 1850-1860, pour des douleurs de plus en plus diverses, et des patients de plus en plus nombreux. Mais les premières descriptions cliniques de cas pour qui la prise d'opium ou de morphine devient une appétence intrigante, poussent la profession médicale à définir ce syndrome. Le morphinisme, nommait déjà l'empoisonnement causé par la toxicité du produit, mais c'est le suffixe « -manie » qui viendra le détrôner pour s'appliquer à un ensemble de substances créant un désir compulsif de les consommer (Bachmann et Coppel, 1989). La « morphinomanie », comme « l'éthéromanie », ou encore plus tardivement la « cocaïnomanie » viennent poser un diagnostic sur ces comportements symptomatiques, et en reflètent respectivement la cause.

C'est en effet un modèle de compréhension de la dépendance fondé principalement sur la nature du produit qui va être adopté comme une évidence incontestable par l'ensemble du corps médical. Le malade de la drogue, est ainsi celui qui, soumis aux propriétés pharmacologiques de la substance, a perdu son libre-arbitre dans sa volonté de consommation. L'adhésion à ce paradigme, qui restera longtemps dominant, guidera par ailleurs l'orientation des premières techniques de soin proposées. La guérison de cette manie se conçoit autour de la notion de sevrage aux abords du XX<sup>e</sup> siècle, et les débats entre thérapeutes adoptant soit une méthode de réduction progressive de la prise de produit, soit radicale, s'expriment au travers d'articles de revues scientifiques à l'échelle européenne (Bachmaan et Copell, 1989). Mais cette approche de la dépendance, désignant le produit consommé comme la principale cause de l'état pathologique, met également en jeu la posture du médecin qui en fait dans certains cas l'ordonnance. Leur légitimité à délivrer des produits

---

6 Le corps médical à cette époque n'ayant pas de produit d'une intensité équivalente au sein de sa pharmacopée, la puissance de ses effets explique en partie son succès. Notons également que cet entrée de la morphine dans les pratiques de soin permet d'accroître en conséquence la prise en compte de la douleur ressentie par les patients.

dont ils reconnaissent le potentiel addictif pourrait être rendue contestable. C'est pourquoi les experts médicaux entameront au fur et à mesure une classification des substances, en dressant d'un côté, une liste sélective qui sera réservée à un usage exclusivement médical ou scientifique, et posant l'interdit sur les autres. La drogue se caractérisera progressivement en opposition avec la classe des médicaments (Bergeron, 2009). Par ailleurs, le vocabulaire médical au cours du XIX<sup>e</sup> supplante au terme de poison celui de *toxique*. Cette élargissement du champ lexical signe du même coup la création d'un champ scientifique spécialisé, la « toxicologie » (Boujot, 2004), et une catégorie pathologique, la « toxicomanie ». Une approche anthropologique par la culture matérielle, telle qu'elle est présentée par Mélanie Roustan dans sa thèse d'ethno-sociologie, est à ce sujet éclairante pour comprendre quel type de combinaison est exprimé en ces termes. En abordant distinctement la drogue comme une « catégorie d'objet, quand la dépendance est une catégorie de rapports à l'objet » (Roustan, 2005 : 18), l'auteure souligne que le néologisme toxicomanie vient fondre ces deux catégories pour penser une pathologie mentale qui se réfère uniquement, du moins dans un premier temps<sup>7</sup>, aux seuls « poisons » interdits.

Les enjeux politiques de cette interprétation médicale ont fait l'objet d'une approche anthropologique, où le corps médical s'analyse comme un acteur participant à fabriquer la représentation d'un toxicomane encrée dans la « déviance ». Les normes de consommations des produits psychoactifs se sont principalement construites en effet sur la légitimité du rôle du médecin. Comme il aurait pu en être en d'autres temps et d'autres lieux, le rôle du chaman ou du prêtre religieux, c'est en lui reconnaissant le pouvoir de guérir le mal que le médecin acquiert une autorité morale culturellement établie (Fassin, 1996). Le corps médical occupe ainsi une place hégémonique dans la préservation de la santé de chacun et la gestion des maladies, son rôle de régulateur allant de paire avec ses impératifs. Le contrôle sur les substances et les pratiques qui leur sont associées exprime finalement cette volonté de prévenir du danger de maladie, voire de mort. Si les médecins sont les seuls reconnus en droit d'user des « pouvoirs » des substances classées au registre des médicaments, et ce, dans le strict cadre du soin, le toxicomane, en échappant au contrôle médical et en consommant des substances interdites, vient symboliquement contester l'ordre moral établi. La reconnaissance d'une « morphinomanie d'origine thérapeutique »<sup>8</sup>

---

7 Il faudra en effet attendre l'avènement de l'addictologie en France, pour repenser la pathologie « dépendante » en de nouveaux termes. Son fer de lance étant précisément la déconstruction de cet objet « drogue » en tant que substance qui empoisonne, pour adopter la focale du seul rapport à l'objet, quel qu'il soit (licite, illicite, matériel ou comportemental).

8 C'est aujourd'hui le terme de pharmacodépendance qui vient en écho au vocable de « morphinomanie d'origine thérapeutique ». Ce terme renvoie à d'autres moyens de lutte et de contrôle sur les substances, mais en termes cliniques, le paradigme addictologique réintègre la dépendance aux médicaments dans le champ des conduites addictives. Autrement dit, la pharmacodépendance ne se distingue plus pour les mêmes raisons de la « toxicodépendance », ou la « toxicomanie » (comme cela a pu être le cas dans les classifications antérieures).

(Vuillaume, 2016), une catégorie qui émerge à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle pour désigner une morphinomanie qui fait suite à une prise en charge médicale, illustre bien cet aspect de la question. En déresponsabilisant le premier, cette dissociation vient ainsi faire naître une figure nouvelle, moralement condamnable.

Ce phénomène illustre l'essence du questionnement anthropologique puis médical : est-ce la drogue qui, par sa nature, rend incontrôlable la consommation qu'en font certains individus, ou est-ce la notion d'usage déréglé qui « crée » la drogue, en tant que catégorie de pensée matérialisée à travers un objet ? La négociation fréquentes de certains produits à inscrire ou exclure de la classe des produits prohibés (Dioun, 2016), nous mène d'autant plus à penser ces classifications entre drogues et médicaments comme le fruit d'un compromis, qu'un classement qui serait strictement basée sur une étude toxico-pharmacologique. L'étude des vocables mobilisés pour distinguer d'un côté, les prises de substances qui sont destinées à soigner et de l'autre, celles qui sont destinées à nous rendre malade, nous mène à penser la nosographie comme un vecteur de représentations sociales. Réinscrit dans son contexte, ce détour socio-historique nous éclaire une fois de plus sur les processus de construction des représentations qui marquent notre rapport à la drogue et aux « malades de la drogue ». Mais de manière transversale, nous pouvons voir comment la notion de pouvoir revient à différents niveaux « sous la forme de réseaux complexes et dynamiques : pouvoir supposé du produit sur son usager, pouvoir du médecin (de son discours, de son institution) sur le toxicomane, [...] mais aussi pouvoir du consommateur sur sa consommation, pouvoir du sujet sur lui-même. » (Roustan, 2005 : 25). Cette perspective invite également à se pencher sur les rapports de pouvoirs qui structurent les relations entre les différentes instances dominantes dans l'ordre social. Certains auteurs vont dans cette optique, s'atteler à montrer qu'en faisant de l'usage déréglé un état pathologique, les discours médicaux sont retraduits en démonstration savante du lien criminalité/consommation de drogue officialisée au sein de la législation française au cours du XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècle (Zafiroopoulos et Pinell, 1982). Au risque sanitaire de la toxicomanie se retrouve associé le danger social des consommateurs de « stupéfiant », autrement dit les drogues dont l'usage est proscrit par les autorités publiques.

#### *d Les drogues dans le registre de la morale et de l'ordre publique*

En vue de la mouvance et de la perméabilité de la classe des drogues, il n'est pas aisé de dater la première loi visant leur régulation. Mais en écho à l'évolution de l'approche médicale et pharmacologique que nous venons de présenter, il nous semble judicieux d'évoquer les réponses

juridiques mises en place par les pouvoirs publics qui ont, dans un premier temps, concerné l'usage de médicament hors du cadre thérapeutique. Notamment, car elles précèdent à l'élaboration de la loi de 1970 pénalisant plus directement la vente et l'usage de produits dits « stupéfiants », et qui officialise la prohibition encore en vigueur de nos jours. L'historien Jean-Jacques Yvorel, présente ainsi au sein d'un article publié en 2016 dans un dossier consacré à la prohibition des drogues de la revue *Psychotrope*, la loi « Lafarge » de 1845, comme étant au fondement de la législation de 1970. Elle tend à réguler, non pas l'abus de produits psychoactifs, mais la délivrance et l'usage d'une liste de substances vénéneuses, pouvant être utilisé dans le but d'empoisonner un tiers. En revanche, les procès datés au XIX<sup>e</sup> siècle font état d'une tendance à considérer la prise personnelle de substances psychoactives comme une circonstance atténuante pour les personnes inculpées de méfaits divers (Bachmann et Coppel, 1989). Ce qui peut nous paraître paradoxal ici est pourtant tout à fait en accord avec le modèle compréhension de la manie des toxiques transmis par le corps médical. La véritable cause du mal étant le produit, les sanctions visent dès lors plus pharmaciens qui le délivre que les consommateurs. Et c'est tout justement la loi « Lafarge » que saisissent les instances judiciaires pour « transformer la culpabilité morale et déontologique du pharmacien en culpabilité pénale » (Yvorel, 2016 : 14) à partir du moment où le produit invoqué figure sur la liste des poisons. La consommation n'étant pas incriminer par la loi, la justice s'appuie sur les classifications établies jusqu'alors par les experts médicaux pour poser son jugement. Mais la frontière entre drogue et poison reste floue, et certains cas vont mettre en doute la responsabilité des pharmaciens. Les fumeurs de *chandoo*<sup>9</sup> par exemple, dont le nombre s'accroît à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, n'ont jamais été patients puisque ce produit n'est pas inscrit au registre de la pharmacopée médicale. C'est pourquoi en 1915, la volonté de créer une loi qui incriminera l'usage en société se traduit par la demande, de la part du système juridique auprès des instances pensées légitimes, d'une nouvelle classification des produits séparant les poisons des « substances vénéneuses ». Un an est compté pour que la liste des experts, pharmacologues et médecins, soit effective. En revanche, dans ce tableau adopté par le législateur n'y figure pas l'ensemble des substances toxiques ou psychoactives possiblement addictives. L'exemple de la colle ou l'éther (Zafiroopoulos et Pinell, 1982), dont l'usage peut être détourné pour modifier les états de conscience, n'apparaissent pas dans la classification, et à l'inverse, l'article de loi fait une mention d'exception pour un unique dérivé de l'opium, la codéine, employé par le corps médical alors même que son potentiel addictif est reconnu (Yvorel, 2016). Cette partialité nous questionne sur les critères d'éligibilité sous-jacents à ce premier inventaire constitutif de la classe des drogues par le registre législatif. Elle illustre en effet que le critère fondamental qui organise la pénalisation est plus la capacité des différents produits à faire l'objet

---

9 Opium à fumer

d'un usage thérapeutique, et donc susceptible ou non d'être inscrit à la pharmacopée médicale, que leur toxicité intrinsèque. A l'origine de la délibération sur les différents types de toxicité de certains produits au sein des sciences médicales qui dessine les contours de la classe des drogues, il n'est pas étonnant de retrouver dans l'analyse des sciences sociales, la notion d' « arbitraire culturel » (Bergeron, 2009). Cependant, certains auteurs présentent un point de vue plutôt tranché sur la question du classement par les instances juridique qui se ferait l'expression d' « une volonté politique d'invalidation » (Zafiroopoulos et Pinell, 1982) de consommateurs ciblés. Si nous développerons dans quel contexte se développe cette posture théorique, nous pouvons déjà avancer, comme le note Bergeron dans son ouvrage, que cette entrée dans le droit établie une frontière symbolique entre deux catégories de produits, les substances licites et illicites. Cela participant à fonder une distinction naturalisée entre les « vraies drogues », dont il est juste de sanctionner l'usage ; face aux substances licites porteuse potentiellement des mêmes danger, mais qui n'en sont pas tout à fait.

Pour autant, c'est près de cinquante ans plus tard que le débat sur la réponse politique à mener à l'égard des « problèmes de la drogue » resurgi en France, exprimés lors d'une séance à l'Assemblée nationale en 1969. Les orateurs se basent sur une interprétation de l'usage de drogue et de stupéfiants comme une « dégradation des comportements individuels et sociaux »<sup>10</sup> et en vue de l'augmentation de leur consommation et des faits divers relayés par les médias qui s'y rapportent, ils n'hésitent pas à qualifier la situation de « fléau national »<sup>11</sup>, alors même qu'aucun registre statistique à l'échelle du territoire n'est tenu à cette époque (Peretti-Watel, Beck et Legleye, 2007). Mais ce qu'il nous paraît important de souligner ici est que la loi qui signera l'aboutissement de ces réclamations, en élargissant l'interdit pénal de consommation des substances illicites à l'usage privé, se présente comme une acte visant à *lutter contre la toxicomanie*. Inscrite au code de la Santé Publique, la loi de 1970 opère en effet un compromis d'exception en stipulant que tout usager de drogue qui comparait en justice doit être placé « sous la surveillance de l'autorité sanitaire »<sup>12</sup>. Cette entrée dans le droit commun « au titre du seul délit de se faire du mal à soi-même » (Costes, 2013 : 18) révèle une interprétation ambiguë, entre un trouble a priori individuel et sa possible extension à l'ensemble du corps social.

Si une large part de notre corpus à tendance à considérer cette législation comme une phase déterminante dans la construction de notre rapport à la drogue, c'est que son engagement symbolique est fort. En pénalisant la consommation des produits illicites, sans prendre en compte le

10 Assemblée Nationale, *Séance du vendredi 24 octobre 1969*, Journal officiel, n° 63 du 25 octobre 1969, p. 2932

11 Assemblée Nationale, *op. cit.*, p. 2931

12 *LOI n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses*. Journal officiel du 3 janvier 1971, p.74



degré de dépendance de l'accusé, cette réponse pénale viendrait finalement exprimer un idéal sociétal normatif d'abstinence (Bergeron, 1999) et en fait du même coup la seule réponse thérapeutique envisageable. « Pas de drogue, pas de toxicomanie ! » scandé ainsi de manière illustrative le député M. Pierre Mazeaud durant son intervention aux débats de l'Assemblée Nationale de 1969. Mais cette approche n'est pas exclusive au contexte français. L'usage est à cette époque prohibé dans la majorité des pays européens, bien qu'il ne soit pas nécessairement criminalisé pour autant (Bergeron, 2004). Mais plus encore, cette directive suit la ligne de conduite assignée par la convention des nations unies dix ans plus tôt. Elle promeut en effet l'assistance du corps policier dans le contrôle des trafics et abus de stupéfiants, et invite l'ensemble des États Parties à faire des établissements hospitaliers des lieux privilégiés pour l'encadrement des toxicomanes. Cette proposition étant soutenue par l'idée qu'ils ne seront pas en capacité de se procurer des substances illicites dans cet espace dédié à la santé. Ces injonctions, auxquelles répondra positivement la France, nous montrent en quoi le sujet de la régulation des drogues doit s'appréhender au niveau global, la lecture en terme de rapports de pouvoir dépassant les seules institutions de contrôle social telle que la justice. Les instances juridiques et médicales sont désignées comme un groupe d'acteurs clef dans l'objectif de régulation des usages de drogue. La toxicomanie définissant le versant pathologique d'une consommation qui se retreint à l'origine à son caractère illégal, et non à sa toxicité. La loi française de 1970 fait ainsi naître une figure paradoxale, naviguant entre le malade et le délinquant, dont la connotation morale ne peut échapper à l'analyse sociale.

## 2 La drogue comme objet moral d'une culture politique

### *a Croisades morales*

Comment comprendre le lien établi entre justice et santé ? Le sociologue Alain Ehrenberg, directeur de recherches au CNRS qui a dirigé plusieurs projets de recherche sur le thème des drogues, conçoit la loi de 1970 comme le fruit d'un compromis entre le ministère de la Justice et le ministère de la Santé. Ce qu'il faut entendre ici est que si la pénalisation de l'usage était un souhait exprimé en priorité par les instances judiciaires, elle ne représentait pas en revanche, une option nécessairement souhaitable auprès de la corporation médicale. Mais avec l'impératif de soin qui est mis en place, et à la lumière du processus de construction historique de la catégorie de toxicomanie que nous avons développé, nous pouvons nous demander si cette dernière n'y voit pas un moyen de réintégrer dans une démarche de soin le public toxicomane qui était, jusqu'ici, celui-là même qui paraissait échapper à l'encadrement thérapeutique. On saisit dès lors plus aisément la résonance symbolique

forte qu'à pu avoir cette loi, « conçue comme rempart et comme pédagogie » (Ehrenberg, 1996 : 9), en imposant, d'une part, de nouvelles limites à la liberté que chacun à disposer de son corps, pour promouvoir en contrepartie le droit à la santé et aux soins. Ce dernier argument vient, à la manière d'une caution morale, légitimer la pénalisation. A s'en tenir du moins à la présentation aujourd'hui jugée classique de Becker, les instances médicales et juridiques, en se préoccupant du contenu des normes et des lois, s'érigent en « entrepreneurs de morale ». Mais plus encore, à travers les moyens qu'ils mobilisent dans cette lutte contre les usages de drogues illicites et la toxicomanie, nous pouvons dire qu'elles entre dans la notion qu'introduit l'auteur dans les années soixante, de « croisade morale ».

Le sociologue Lilian Mathieu fait état de l'usage de cette notion en sociologie dans un article de 2005, en revenant dans un premier temps sur sa conception élémentaire où la croisade morale doit s'entendre comme une « campagne pour la réforme des mœurs », engagée par différents acteurs qui partagent des convictions morales qu'ils souhaitent voir adoptées par tous. Dans notre cas, elle vient visiblement rassembler législateurs, médecins et politiciens, autrement dit, des personnes qui n'ont a priori pas les mêmes pratiques. L'enjeu de la croisade étant relative à chacun, ces différents protagonistes se retrouvent ainsi « en fréquente concurrence pour la définition du « sens » de la lutte dans laquelle ils sont engagés » (Mathieu, 2005 : 4). Mais le sociologue insiste pour dire que ce qui caractérise particulièrement les croisades morales est la prétention de validité universelle des normes de comportements et valeurs qu'ils revendiquent comme étant bons. A l'inverse d'un mouvement social qui réclamerait une reconnaissance officielle mais relative de son mode de vie et de ses valeurs éthiques, qui s'inscrirait donc davantage dans une représentation du pluralisme comme bien-fondé sociétal, les croisades seraient intrinsèquement prosélytes. Ces deux types de mouvement, s'ils semblent s'opposer dans la forme de leur revendication, ont pourtant en commun d'être portée par la volonté d'atteindre un ordre social harmonieux, bien que leur conception de l'harmonie soient distinctes. Par ailleurs, cette analyse semble concorder avec le cas des drogues où cette vision universaliste et globalisée de la menace contre laquelle il faut lutter se retrouve, comme nous avons pu l'apercevoir, dans les discours tenus par la convention des nations unies en 1961<sup>13</sup> ainsi qu'à l'Assemblée française de 1969. En élargissant l'interdiction de consommer à la sphère privée et non plus uniquement « en société », la loi de 1970 vient tout particulièrement, semble-t-il, marquer l'amorce de cette croisade morale contre les drogues et la toxicomanie. Finalement, son

---

13 Une citation tirée du préambule de la Convention Unique sur les stupéfiants de 1961 explicite ce propos : « *Les Parties, Soucieuses de la santé physique et morale de l'humanité, [...] Reconnaissant que la toxicomanie est un fléau pour l'individu et constitue un danger économique et social pour l'humanité, Conscientes du devoir qui leur incombe de prévenir et de combattre ce fléau, Considérant que pour être efficaces les mesures prises contre l'abus des stupéfiants doivent être coordonnées et universelles* ». (p.13)

inscription au code de la santé publique vient donner cette « coloration humanitaire » à laquelle Becker fait référence, dans le sens où « Le *crusader* ne cherche pas uniquement à ce que les autres adoptent un comportement qu'il pense être le bon. Il croit que s'ils adoptent le bon comportement, cela sera bon pour eux »<sup>14</sup>.

Néanmoins, les croisades morales tendent à mettre en jeu des rapports de pouvoirs qui ont été dans un premier temps analysés par la sociologie comme des rapports de classes. Le sociologue américain considère ainsi que les *crusaders* sont généralement issus des couches sociales dominantes dans la société, signifiant ainsi que le pouvoir éminent qui leur est reconnu appuie la légitimité et la portée de l'idéologie qu'ils défendent. Cette théorie vient amorcer l'idée que les croisades peuvent être un moyen de maintenir un ordre social avantageux pour ceux qui s'y engagent. Alain Ehrenberg semble adopter la même approche dans son analyse des enjeux politiques que représentent la loi sur les stupéfiants, en montrant comment, à la lumière du contexte socio-politique qui marque son officialisation, elle s'inscrit dans une « vision conservatrice de la société » (1996 : 8). La critique formulée par Lilian Mathieu vient cependant rappeler la nécessité de nuancer la dimension assurément réactionnaire d'une croisade, et met ainsi en garde les analyses scientifiques qui mobilisent certains concepts dans le but de disqualifier des prises de positions politiques, sans prendre en compte la complexité intrinsèque des rapports sociaux qui s'y jouent. Son premier argument, que nous avons pu illustrer précédemment, soutient l'existence de rapport de force se manifestant entre les différents participants d'une même croisade morale. L'intégration de nouveaux acteurs, les événements sociaux, politiques, sanitaires ou environnementaux sont autant d'éléments susceptibles de bouleverser ou du moins transformer les objectifs ou orientations politiques d'une telle entreprise. Cette précision est éclairante appliquée à la lutte contre les drogues et la toxicomanie, qui bien qu'elle soit toujours en vigueur, a depuis les années soixante-dix non seulement assimilé de nouveaux protagonistes, mais également renouvelé parallèlement la manière dont elle se représentait la société dans son rapport à la drogue. Participant ainsi à la définition de nouveaux moyens d'action et retravaillant également les objectifs de son offensive, la dimension morale et politique de cette « croisade » doit alors se concevoir à travers le caractère mouvant des forces sociales en jeu.

A se pencher sur une littérature plus anthropologique que sociologique, il me semble qu'elle nous invite à moins porter notre attention sur des rapports dit de « classes » explicitement, pour proposer une réflexion plus générale sur le pouvoir politique, présent dans toute société sous diverses formes, mais qui se trouve toujours être le résultat d'une nécessité de lutter contre ce qu'elle reconnaît

---

14 « the crusader is not only interested in seeing to it that other people do what he thinks right. He believes that if they do what is right it will be good for them » (Becker, 1963 :148) traduit par nos soins

comme étant de la menace et du désordre pour sa structure. L'ouvrage *Anthropologie politique* de Georges Balandier, nous invite par exemple à considérer la loi comme « une modalité de l'action politique » qui a pour fonction d'orienter la gestion des affaires publiques. Mais une approche anthropologique des rapports sociaux doit, au-delà de la fonction ou les organes caractéristiques du politique, tenter de saisir les représentations fabriquées en contexte pour analyser le travail symbolique qui accompagne la prise de pouvoir des acteurs en compétition. Il revient ainsi aux chercheurs d'analyser le processus par lequel le consommateur de drogue, et par extension, le toxicomane, vient d'une certaine manière, incorporer un danger qui menace l'équilibre interne de la société. « Dans cette perspective, la déviance n'est pas une condition inhérente à la personne, mais résulte de l'attribution d'une identité sociale à un individu le plus souvent par une institution médicale, sociale ou judiciaire, en vertu de son savoir et de son pouvoir par une procédure de désignation. » (Taïeb, 2011 : 199).

#### *b Lectures sociales de la répression*

Cette approche du politique nous invite finalement à se pencher sur les « principes supérieurs communs » (Mathieu, 2005) qui guident la mobilisation des entrepreneurs de moral dans leur lutte contre les usages de drogues et la toxicomanie. Bachmaan et Coppel (1989) montrent ainsi comment le libéralisme, une doctrine largement adoptée depuis la fin du XIXe siècle en France, mais dont l'influence dépasse le cadre national, a contribué à faire du consommateur de drogue un anti-modèle de « l'homme social idéal ». L'idéologie politique dominante y est perçue comme un vecteur notable d'une représentation de l'homme centré autour de la rationalité, de la responsabilité et de la perfectibilité qui est loin d'être universelle ou anhistorique. Cette idée est appuyée par Bergeron, qui établit un lien de causalité entre la prégnance d'une interprétation culturelle de la drogue qui l'érige en menace pour l'intégrité et la libre volonté de l'homme, et le toxicomane qui en conséquence, « serait réputé avoir perdu les qualités essentielles qui font un sujet social digne et respectable. » (Bergeron, 2009 : 11)<sup>15</sup>.

En reprenant les rapports de pouvoir comme prisme d'analyse, un ensemble de travaux sociologiques, à partir des années quatre-vingt vont s'emparer des problématiques sociales que la loi de 1970 engendre, en l'associant notamment aux événements de Mai 68 qui lui précède. A cet égard, l'article parut en 1982 de Marcos Zafiroopoulos et Patrice Pinell, sociologues et respectivement psychanalyste et médecin, s'inscrit pleinement dans cette démarche. Rappelons que le développement de la consommation de drogue au sein des pays occidentaux est couramment daté

---

15 Ici se formule l'idée que les promoteurs du libéralisme ont contribué symboliquement à faire glisser le comportement dépendant du côté de la pathologie.

aux années 1960. Parallèlement associé aux mouvements sociaux « contre-culturels »<sup>16</sup> qui voient le jour autour de romanciers, d'intellectuels et plus largement d'artistes contestant l'ordre moral aliénant de la société pour se regrouper autour d'activités nouvellement valorisées : l'artisanat, l'art ou encore le don et le partage. Les deux auteurs soutiennent alors que l'usage de drogue trouve sa place dans ce mouvement contestataire<sup>17</sup>, en exprimant une volonté de s'inscrire dans une marginalité qui vient remettre en cause l'ordre social établi et des valeurs rattachées aux sociétés<sup>18</sup> « post-industrielles » (Mathieu, 2005). D'autant plus qu'en dix ans, la figure du consommateur de drogue passe du jeune prolétaire à la jeunesse étudiante et lycéenne. C'est donc en vue du contexte social de l'époque que Zafiroopoulos et Pinell concluent que la législation sur les stupéfiants « est l'aboutissement de stratégies cherchant la disqualification de ceux qui en font l'usage » (1982 : 74).

Si les termes administratifs parlent de « lutte » contre la drogue et la toxicomanie depuis 1982, c'est ici l'objet des mobilisations politiques et sanitaire qui est remis en cause dans cet article. L'argument de santé publique invoqué par le législateur, s'il vient rendre l'action légitime, est contestable à partir du moment où l'ensemble des consommateurs interpellés n'auraient pas été nécessairement diagnostiqués toxicomanes par les autorités médicales avant l'injonction de soin prévue par la loi de 1970. L'analyse de ces deux sociologues s'inscrit pleinement dans l'étude des « nouveaux mouvements sociaux » des années soixante et soixante-dix mentionnée par Lilian Mathieu dans son article. Bien qu'elle offre un point de vue critique essentiel, qui a inspiré par la suite la littérature prenant pour objet les rapports de force en jeu dans cette criminalisation de la consommation de drogue, elle dégage une tendance à omettre « la complexité des logiques présidant à l'engagement dans les mouvements de réformes morales que l'on ne peut sans danger résumer à leur seule ambition de normalisation, de discipline ou de domestication » (Mathieu, 2005 : 3).

Le sociologue et anthropologue Fabrice Fernandez propose un angle d'approche de la pénalisation quelque peu différent dans son ouvrage *Emprises* daté de 2010. Il fonde sa réflexion sur une expérience de terrain conséquente qu'il qualifie lui-même de « multi-site », menée durant dix ans. Entre les divers espaces institutionnels et informels qu'il a eu l'occasion d'observer, il recueille également des récits de vie de consommateurs de drogues incarcérés, et suggère ainsi que

---

16 Dont une large part est influencé de la culture underground émergée aux États-Unis, notamment autour du « mouvement hippy »

17 Perreault écrit également à ce sujet que la drogue est perçue, « parmi une certaine jeunesse occidentale » comme un « moyen de libérer les consciences » (Perreault, 2009 : 45)

18 Une autre hypothèse se formule dans cette littérature, où la prise de drogue, comme un signe distinctif contestataire, vient exprimer un conflit générationnel. A ce propos, l'anthropologue Michel Perrin commente que le modèle de réussite sociale des aînés est récusé par la jeune génération qui le perçoit inadapté aux transformations économiques et sociales qui marque cette époque. La prise de drogue viendrait ainsi traduire un « pressentiment de déclassement et de frustration » (Perrin, 1985)

le niveau social du consommateur est un facteur qui doit être pris en compte dans l'analyse. Le lien qui est établi entre justice et santé publique se conçoit principalement autour de l'idée de « protection ». D'un côté se défend le maintien de l'ordre public, autrement dit, protéger les non-consommateurs qui subissent les effets de la délinquance liée aux usages de drogue, associé, de l'autre, à une protection de soi face aux pouvoirs des substances psychotropes illicites, traduit par un idéal d'abstention. Abordé comme un contrôle sur les comportements privés, le contrôle de l'usage de drogue vient ainsi questionner les limites imposées à la propre disposition de son corps. Fernandez soutient que cette liberté semble être plus ou moins reconnue en fonction du statut social de l'usager dans les faits d'incarcérations. La prise en compte de ce phénomène dans l'exercice de la pénalisation se juxtapose ainsi pour l'anthropologue à « une politique de gestion carcérale des inégalités sociales » (Fernandez, 2010 : 17).

Les moyens judiciaires employés dans cette lutte contre la drogue et la toxicomanie, jugés inefficaces et discriminants, ont fait couler beaucoup d'encre<sup>19</sup>. L'orientation de ces politiques est par ailleurs régulièrement mise en lien avec modèle prohibitionniste américain de la « guerre à la drogue ». Si nous avons pu voir qu'en effet, les mesures politiques prises face au drogue doivent se penser au travers de dynamiques globales<sup>20</sup>, cela ne signifie pas pour autant omettre d'analyser les particularités locales qui façonnent la symbolique du pouvoir dans la gestion des consommations. Le comparatisme avec les États-Unis révèle en effet que l'interprétation de la pénalisation, entremêlés à des imaginaires culturels spécifiques pour chaque drogue<sup>21</sup>, se fonde sur des représentations distinctes du rapport entre État et société. La tradition politique américaine favorisant le pluralisme des intérêts privés là où la culture politique française appelle à « une subordination du privé au public » (Ehrenberg, 1996). L'importance particulière donné à la « pédagogie républicaine » en France, par rapport à la vision libérale états-unienne, oriente de fait les moyens de régulation mis en place. C'est du moins la présentation qu'en fait Ehrenberg en 1996, qui en déduit que seules les institutions étatiques sont jugées légitimes en tant que moyen de régulation et de prise en charge.

---

19 Non seulement les publications scientifiques sont nombreuses à ce sujet, mais le débat est également largement relayé par les médias. Pas plus tard que le 28 février 2017, un article titré « Drogues : « L'échec d'une politique publique fondée quasi exclusivement sur la répression » » paraît dans le quotidien en ligne *Le Monde.fr*

20 Dynamiques, qui aujourd'hui tendent moins vers une homogénéisation des mesures pénales, avec une tendance en Europe, à donner la priorité aux politiques de santé, accompagnées parfois d'une légalisation ou une tolérance de la détention et de l'usage de drogue.

21 Mais une différence se marque également quant aux imaginaires culturels qui construisent le rapport aux drogues, et conséquemment leur classification symbolique. L'article de Dominique Vuillaume montre ainsi comment l'alcoolisme porte un stigmate fort dans l'imaginaire américain, alors qu'au sein des représentations française, « c'est l'héroïnomanie dépendant qui occupe la marche la plus haute dans la symbolique de la déchéance » (Vuillaume, 2016 : 108).

## II L'institutionnalisation du soin

### 1 Conquêtes disciplinaires

#### *a Modèle théorique et évaluation des pratiques thérapeutiques*

Au début des années soixante-dix, l'encadrement de la toxicomanie est une tâche qui n'est pas réservée à des spécialistes médicaux. Religieux, travailleurs sociaux, usagers ou anciens usagers participant à la prise en charge dans les centres d'accueil... les possibilités thérapeutiques sont marquées par la pluralité (Le Naour, 2015). Pourtant, cette hétérogénéité va progressivement s'éclipser au profit d'un modèle référentiel de soin à la toxicomanie reconnu par les pouvoirs publics. Comme nous l'avons mentionné, l'injonction thérapeutique établie par la loi de 1970 est guidée par la volonté d'ériger une norme sociétale d'abstinence, et place conséquemment la guérison du côté du sevrage. Dans ce cadre, nous pouvons penser que les instances étatiques chargées de la santé chercheront à valoriser les approches scientifiques dont l'orientation est en accord avec leur objectif. Mais si la toxicomanie est une entité nosographique reconnue, en ce qui concerne l'explication de la maladie, la situation est marquée à l'époque par ce que Bergeron (1999) nomme un état « d'indétermination scientifique ». Autrement dit, malgré la diversité des approches, aucune réponse scientifique ne paraît dominer le champ de recherche. Les politiques de soin semblent alors miser sur l'acceptation morale d'un paradigme reposant « sur la division du travail entre les psychiatres, chargés d'expliquer les défauts de caractère conduisant les sujets prédisposés à l'addiction à aller vers les drogues, et les pharmacologues, qui devait expliquer pourquoi ces sujets étaient incapables de s'arrêter une fois qu'il avait goûté aux opiacés. » (Kirsch, 2011 : 470). Cependant, « l'autorité médicale » à laquelle renvoie la législation de 1970 ne se réfère pas à un dispositif spécialisé qui lui serait antérieur (Le Naour, 2015). Dans ce contexte, nous pouvons supposer que « le traitement renvoie plus à une préoccupation humanitaire d'adoucissement des peines qu'à une définition proprement médicale de la toxicomanie » (Coppel, 1996 : 83).

Mais alors que la prise de drogue a tendance à se penser communément comme un comportement significatif d'une souffrance psychique, ce sont les professionnels du secteur psychiatrique qui se mobiliseront alors en faveur de la prise en charge. Cela, tout en exprimant d'une part, la nécessité de créer un champ spécialisé, et d'autre part, une volonté de voir se fédérer un ensemble d'acteurs (médecins psychiatres, psychologues, éducateurs et assistants sociaux) pour faire valoir une existence collective et légitimer leur capacité d'expertise. Soutenu par le ministère de la Santé, le premier centre spécialisé français ouvrira ses portes en 1971 et fera rapidement figure de modèle pour les futurs dispositifs de soin. Le groupe d'acteur hétéroclite participant à la prise en

charge est également désigné sous un même vocable, celui « d'intervenants en toxicomanie ». Ce nouveau corps professionnel va dès lors travailler à s'accorder sur ce que devait être le fond théorique guidant l'orientation du soin. La lutte d'influence entre les différents personnels qu'entraîne cette tentative de définition commune va résulter sur l'émergence d'un paradigme qu'Henri Bergeron qualifie d' « éthico-psychanalytique » (Bergeron, 1999). Si nous prêtons attention aux postures intellectuelles qui marquent ce début des années soixante-dix, il apparaît premièrement qu'une partie des psychiatres, particulièrement la jeune génération, s'inscrit dans un courant réformiste du système asilaire qui prévalait jusqu'ici. Cette remise en question éthique de la pratique psychiatrique en institution, à laquelle fait référence Bergeron dans son appellation, exprime finalement les enjeux moraux qui se jouent dans la gestion sanitaire d'un trouble pensé à l'interface du médical et du social. « En schématisant, on peut dire que les pouvoirs publics ne trouvent comme interlocuteurs dans le champ de la psychiatrie que des individus qui en contestent le fonctionnement » (Guerrieri et Pinell, 1984 : 41), bien que leur spécialisation dans le champ des conduites toxicomaniaques leur donne parallèlement l'occasion de reconquérir une légitimité sociale en déclin (Bergeron, 1999).

La seconde particularité de ce premier mouvement de psychiatres tutélaires d'une prise en charge de la toxicomanie est également sa volonté d'intégrer la psychanalyse<sup>22</sup> à son référentiel thérapeutique. Cette approche « psychanalytique » s'intègre au modèle étiologique et thérapeutique de la toxicomanie en faisant du symptôme un signifiant qui doit être compris à travers la singularité des malades, et prend ainsi part au fondement théorique de ce premier modèle de soin institutionnalisé qui saura rester dominant un certain temps. En situation, l'adoption de ses postures théoriques et pratiques se présente en revanche moins comme un objet de lutte stratégique que ce qu'elle ne paraît pertinemment faire sens aux acteurs pour les cas spécifiques de la dépendance aux drogues. Se structurant autour de l'idée que seul le sujet souffrant a un réel pouvoir d'agir sur lui-même, l'approche « psychanalytique » vient offrir aux professionnels une possibilité de réinterpréter leur pratique de soin (Bergeron, 1999). Le sociologue assimile ainsi la démarche de l'« analyste » qui caractérise la psychanalyse, à celui du groupe pensé commun des intervenants en toxicomanie. Travaillant *avec* l'analysant (le toxicomane) sur ses pulsions perverses ou sadiques, dans son rapport à l'objet de désir (la drogue) tantôt persécuteur, tantôt protecteur, l'« analyste » ne semble pas à première vue détenir un rôle d' « intervention » dans le sens où il chercherait à discipliner les passions interdites. Parallèlement, si certaines des premières démarches antérieures à cette institutionnalisation s'inspiraient du modèle américain des *free clinics* en investissant l'espace public

---

22 Alors qu'au début des années 1970, l'introduction de la psychanalyse dans les dispositifs institutionnels psychiatriques fait encore largement débat auprès des psychiatres.



à la recherche d'usagers pour les inviter à se rendre dans les centres de soins où l'arrêt de la consommation n'est pas imposée (Le Naour, 2015), c'est ici la demande libre et volontaire de l'utilisateur qui fonde ici l'impératif d'accès au soin. Ainsi, l'invocation de la psychanalyse par les acteurs chargés de définir une orientation thérapeutique de la dépendance aux drogues, est pour Bergeron signifiante par sa mise en association à des questions tant symboliques que pratiques. Offrant la possibilité de reconsidérer, par exemple, les « rechutes » fréquentes des toxicomanes, qui ne sont plus nécessairement perçus comme un élément prouvant l'inefficacité du système de soin visant l'abstinence, « les conceptualisations d'inspiration analytique vont fonctionner comme un réducteur de culpabilité, et à terme, comme un moyen de contenir le *burn-out* des personnels, dépression professionnelle fréquente dans ce champ. » (Bergeron, 1999 :137).

Enfin, l'intérêt est ici de montrer en quoi la mobilisation de ces valeurs éthiques, rendant signifiante l'interaction entre les soignants tout en délimitant les conditions du soin, a finalement été un moyen de relier les différents professionnels entre eux sur ce que recouvrait le terme d'« intervention ». Nous pouvons appréhender ce processus comme une « activité sociale de « traduction » » (Bergeron, 1999). Autrement dit, en défendant communément une orientation théorique, les acteurs parviennent à poser les bases d'un langage commun qui fait efficacement sens pour tous, mais pas exactement de la même manière, ni pour les mêmes raisons. Si d'autres modèles ont tentés de s'imposer au cours des années soixante-dix, ces tentatives de traduction n'ont pas été jusqu'à créer une rupture d'ordre axiologique<sup>23</sup>. Les quelques controverses ponctuelles n'iront pas, en somme, jusqu'à ébranler le système de « croyances collectives » qui fonde l'approche clinique défendue par les intervenants en toxicomanie. Cet ancrage dans un dispositif aux objectifs curatifs a tendance à se concevoir comme une exception française, alors qu'une politique plus préventive (entendue dans les termes de *harm reduction*) se met en place à partir du milieu des années quatre-vingt dans les pays avoisinant d'Europe.

Cette situation, envisagée au prisme culture politique comme le propose Ehrenberg, a tout aussi bien été rendue possible par la manière dont est reconnue publiquement l'efficacité d'une approche scientifique et d'un dispositif de soin par rapport à d'autres. En France, ce principe de comparaison paraît être impossible malgré les dynamiques plus globales qui invitent à une reconversion méthodique de l'encadrement des drogues et des dépendances. La posture de ce sociologue permet d'avancer que la stabilité du dispositif est permise par un ensemble de conditions qui s'entretiennent les unes les autres : d'un côté, l'État français se suffit d'une seule expertise en matière de soin aux toxicomanes, et en accordant qu'il ne puisse y avoir qu'une unique réponse au

---

23 Du moins pas aussi efficacement que l'addictologie

problème posé, favorise ainsi en retour le monopole d'une approche.

Cependant, l'exclusivité dont jouit ce modèle de soin est progressivement remise en question par des acteurs pointant précisément sa partialité. En effet, en posant des principes fondamentaux d'accès aux soins, les soignants réduisent en partie leur public et laissent ainsi à la marge un certain nombre d'individus qui correspondent à la caractérisation symptomatique de la toxicomanie (Bergeron, 1999). En invoquant certaines compétences construites socialement, comme l'importance donnée à la « volonté » du toxicomane qui s'engage dans le processus de sevrage, le cadre normatif des dispositifs de soin limite les toxicomanes pouvant aspirer à reconquérir un état de santé. Invisibles de la prise en charge médicale, il paraît impossible de les inclure à leur expertise et finissent par être pensés absent du problème, du moins suffisamment pour que cela ne vienne remettre en cause l'approche théorique du soin, autant pour les soignants qui s'y engagent, que pour les pouvoirs publics qui reconnaissent ce modèle comme capable de répondre à ses attentes. C'est donc au travers d'acteurs déterminés à élargir la visibilité du public manquant qu'une restructuration a été rendue possible. Parallèlement, il a surtout fallu qu'un contexte favorable à l'écoute de ces nouvelles voix par les pouvoirs publics fasse jour pour que soit pris en considération les alternatives proposées. La légitimité croissante des discours portés par les militants de la lutte contre le sida, ou encore le renouvellement du personnel des institutions politiques et administratives (Bergeron, 1999) sont autant de facteurs qui ont permis d'envisager, progressivement à partir des années quatre-vingt, une réorientation des politiques publiques concernant les usagers de drogues. Dès lors, si l'évaluation des sciences explicatives des maladies sont intriquées à une culture politique spécifique, elle dépend d'acteurs sociaux, qui, pris dans des enjeux multiples et dynamiques, produisent de nouvelles problématiques et influence ainsi la reconnaissance des réponses scientifiques possibles. Il convient ainsi de revenir sur le processus de légitimation scientifique dans lequel s'est engagé l'addictologie, en tant que modèle théorique présentant un nouveau mode de compréhension de la maladie et parallèlement en quoi cette discipline médicale se voit être le support à la redéfinition de l'intervention.

### *b Remaniement étiologiques*

Le chercheur Nicolas Fortané se propose ainsi, dans sa thèse en sciences politiques datée de 2010, de concevoir le concept médical des addictions à l'image d'une carrière politique construite de manière pyramidale. Au socle de cette pyramide, autrement dit à l'origine de son succès, se trouve des enjeux de redéfinition essentiels, avec dans un premier temps, la mobilisation de nouvelles découvertes au sein des savoirs biomédicaux. En effet, une équipe de chercheurs en neurosciences,

en 1988, démontrent l'existence d'un neurotransmetteur, la dopamine, qui se libère sous l'effet de n'importe quelle prise de substance psychoactive (Fortané, 2014). L'impact symbolique de cette découverte est fort, puisqu'elle s'affranchit de la distinction alors faite entre produits licites et illicites, et participe ainsi à promouvoir une conception unifiée des pathologies de la dépendance aux substances psychoactives comme l'alcoolisme, le tabagisme ou encore la toxicomanie. Officialisée par l'institut nord-américain des drogues, l'addiction est alors reconnue en tant que « brain chronic disease » au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle (Morel, Couteron et Fouilland, 2015).

Parallèlement, à l'international, l'orientation psychanalytique perd de son prestige auprès des dispositifs thérapeutiques publics, au profit des théories cognitivo-comportementales<sup>24</sup>. Cette approche s'inscrit dans la pensée addictologique française concernant la consommation de substances psychoactives, par l'emprunt des notions définies par la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) d'« usage nocif » et celle du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) d'« abus », comme deux catégories de comportement pathologique avoisinant avec la « dépendance » (Reynaud, Parquet et Lagrue, 1999). Cette référence aux classifications médicale internationales et nord-américaines semblent chercher à appuyer légitimement l'idée que l'« usage simple de substance », licite comme illicite, est rejeté des catégories pathologiques à partir du moment où aucun « dommage » physique ou psychique n'est provoqué par cette consommation. Ainsi, cette conception apparaît en rupture d'une approche dite « par produit », qui structure jusqu'ici les dispositifs mis en place pour les dépendances.

En revanche, si Fortané retient l'importance des théories neurobiologiques et cognitivo-comportementales dans la construction de l'addictologie, différents manuels descriptifs promeuvent tout particulièrement une approche « multifactorielle », ou nommé « modèle multivarié », de l'addiction (Reynaud *et al.*, 1999 ; Morel *et al.*, 2015). Tout comme ses prédécesseurs, en cherchant à délimiter les causes du trouble, les addictologues tendent pourtant à défricher une troisième voie entre le premier modèle de compréhension où « la drogue fait le toxicomane », et un second où l'individu, par son usage déréglé, fait de son objet d'emprise une drogue. En effet, sans rejeter ces modes explicatif du trouble, les défenseurs de l'addictologie soulignent pourtant leur « réductionnisme » et préfèrent cumuler les approches pour proposer de nouveaux liens de causalité, expliquant l'entrée d'un individu dans l'usage nocif, abusif ou la dépendance. En cherchant à croiser les expertises, le discours addictologique donne par exemple une importance nouvelle à la dimension sociale de ces « pratiques addictives ». En réalité, il apparaît surtout que cet appel aux sciences sociales soit à mettre en lien avec l'objectif que se donne l'addictologie à détecter des

---

24 La psychanalyse et les approches cognitivo-comportementales sont deux courants de la psychologie qui ont deux conceptions bien distinctes de ce que doit être l'approche thérapeutique des troubles psychiques.

« facteurs de vulnérabilité ». Prenant en compte la personnalité, les relations familiales ou encore les terrains psychologiques ou génétiques des personnes, comme autant de prédispositions, sociales et biologiques, au trouble de la dépendance (Reynaud *et al.* ; 1999). A ce sujet, Fernandez souligne le paradoxe que nourrit cette conception contemporaine de l'addiction, qui d'un côté l'inscrit dans la catégorie du pathologique, et reconnaît ainsi que les usages qualifiés nocifs ou abusifs constituent un écart à la norme de santé ; et de l'autre, tend à justifier le trouble par un « style de personnalités » ou de prédisposition biologique. Une vision qui reviendrait ainsi, en désignant des comportements sociaux comme pathologique, à « pathologiser les sujets eux-mêmes » (Fernandez, 2010).

Dans cet élan de démultiplication des causes de l'addiction aux substances psychoactives se donne également à voir la multiplication des objets en rapport au trouble, où se niche le concept d'addiction « sans produits », renvoyant à un ensemble de pratiques telles que le jeu, le sexe ou encore le sport, voire les troubles alimentaires. L'ajout de ces comportements au trouble de l'addiction nous mène par ailleurs à repenser l'opération de distinction qui s'effectue pour qualifier un rapport de « normal » ou simplement ludique à une activité, et son versant pathologique. Ce rattachement reposant sur les risques sociaux (isolement, répercussions sur le travail, endettement) et sanitaires (souffrance psychique ou physique) que représente l'engagement potentiellement abusif de l'individu dans ces activités de la vie quotidienne. Mélanie Roustan (2005), constate ainsi qu'un « glissement sémantique » s'est opéré concernant le terme de dépendance, employé principalement pour souligner son caractère pathologique, alors qu'il semble rarement employé dans le sens d'une nécessité indispensable à la vie sociale ou organique. Si nous aurons l'occasion de développer en quoi cette pathologisation généralisée de la dépendance semble s'inscrire dans un système de représentation spécifique du sujet social, nous pouvons dans un premier temps chercher à comprendre en quoi les chercheurs en addictologie viennent retravailler la notion de maladie et de santé dans ce contexte politique et social singulier. « Il est difficile de parler de maladies alors que cet état est réversible, et en grande partie sous l'effet de la volonté du consommateur. En revanche, l'existence des complications somatiques ou psychiatriques et des dommages sociaux, familiaux ou juridiques induits justifie de parler de « troubles liés à la consommation de ... » (en anglais : « Substances Use Disorders ») et de proposer une véritable réponse sanitaire d'aide à la gestion de ces comportements nocifs. » (Reynaud *et al.*, 1999 : 10). Cet extrait tiré d'un rapport sur « Les Pratiques Addictives », rédigé par deux psychiatres, Michel Reynaud et Philippe-Jean Parquet, et un médecin français, Gilbert Lagrue, paraît inscrire la démarche de recherche médicale dans l'objectif de fournir une argumentation scientifique au renouvellement du modèle d'intervention. Cette réflexion nous invite finalement à nous demander en quoi la mobilisation de certains professionnels

en faveur d'une approche addictologique du trouble de la dépendance est révélatrice des enjeux qui traversent les sciences médicales pour être socialement reconnues.

Plusieurs auteurs soulignent ainsi la préexistence du concept des addictions avant qu'elle ne donne naissance à une nouvelle spécialité médicale en France. Vuillaume (2016) relève ainsi que la dimension sociale soutenue par les addictologues trouve son origine auprès d'une école de pensée américaine qui, largement influencé par les publications de l'école de Chicago, développe une approche principalement comportementale des consommations d'opiacés là où le paradigme de la « toxicomanie » domine encore les représentations académiques française. L'expression *drug addiction* se retrouve par ailleurs, bien que de façon marginale, dans la littérature biomédicale des années trente et soixante. Elle ne vient cependant que désigner les troubles physiques et physiologiques du sevrage, en opposition à « l'habitué psychologique » qui nomme le trouble psychique en lui-même (Kirsch, 2011). Dès lors, Vuillaume offre un point de vue critique à la thèse de Nicolas Fortané, en pointant que si au milieu des années 90, les défenseurs de l'approche addictologique apparaissent comme réformateurs, ce n'est qu'en vue du succès politique qu'ils ont contribué à légitimer, et non le concept médical en lui-même, qui trouve son origine près d'un demi-siècle en amont auprès de l'école anglo-saxonne. Si certains médecins en faveur du concept, appuyés par son succès dans la littérature biomédicale internationale, tentent de l'imposer en France dans les années quatre-vingt, son institutionnalisation sera effective seulement quinze ans plus tard. Les résistances tant cognitives que politiques se justifiaient par le fait que « les questions de l'alcool, du tabac et des drogues illicites sont séparées de manière étanche, tant dans l'agencement des dispositifs de soins et l'organigramme du ministère de la Santé que dans les pratiques et les discours des professionnels. » (Fortané, 2014 : 47).

Cependant, souci d'apporter des réponses pratiques aux politiques gestionnaires des problématiques de santé, tel qu'il est énoncé par les psychiatres et médecins addictologues dans leurs premiers rapports, se présente comme un argument non-négligeable au tournant des années deux mille, en vue notamment des transformations des modes d'évaluation des soins entamé dix ans plus tôt. Ces réformes visant à estimer les résultats thérapeutiques des dispositifs en place sur la base d'une « comparaison économique de leur coût et de leurs résultats » (Eyraud et Velpry, 2011 : 115). L'objectif d'améliorer les politiques de gestion sanitaires en proposant un regroupement des secteurs de soins aux dépendances en un modèle qui traiterait le trouble quelle que soit la substance, paraît ainsi répondre en un sens aux préoccupations des acteurs politiques et administratifs d'« optimiser » les offres de soin.

De même, pour Marc Kirsch, un philosophe maître de conférence au Collège de France qui

s'emploie également à retracer l'histoire du concept scientifique d'addiction à partir du cas du tabac, le poids du lobbying industriel est non-négligeable dans sa mobilisation politique, voire sa production même. Il note ainsi, dans un court article publié par une revue destinée aux praticants de la médecine que « la définition médicale de l'addiction ne peut pas être prise inconditionnellement comme l'expression d'une objectivité scientifique : elle est sensible au jeu des représentations et des intérêts qui traversent la société » (Kirsch, 2011 : 472). Sans chercher à remettre en cause la véracité du propos addictologique, cette réflexion nous invite finalement à nous pencher sur les représentations sociales qui fondent, en contexte, les conditions d'éligibilité du concept médical d'addiction pour être reconnue en tant que discipline médicale objective et à même d'être influente auprès des acteurs politiques et administratifs.

### *c De la rhétorique de l'épidémie à l'essor de l'épidémiologie*

Nous pouvons finalement nous demander si la notion d'addiction ne réussit pas à faire science, non seulement en actualisant l'approche française de la dépendance par rapport aux dynamiques scientifiques et politiques internationales, mais également en prenant part à « l'économie morale de l'objectivité » (Fassin, 2009). Cette expression empruntée à Didier Fassin nous permet d'envisager qu'en répondant à un critère normatif essentiel de scientificité, la discipline addictologique réussit à obtenir la valeur de science médicale à laquelle elle aspirait. Il apparaît ainsi qu'au sein des sociétés occidentales industrielles, la quête de l'objectivité soit devenu un critère attendu, dans nos représentations communes, du devoir scientifique. A la lecture de Mary Douglas, qui note que « l'analyse des probabilités est devenu la base de la connaissance scientifique, transformant la nature de la preuve, de la connaissance, de l'autorité et de la logique<sup>25</sup> », le recours à une argumentation chiffrée, en offrant une représentation considérée fiable d'un phénomène, apparaît, entre autres, comme un moyen efficace de répondre à cette injonction morale d'objectivité. Dès lors, certains auteurs s'accordent pour dire que l'intérêt des sciences épidémiologiques à partir des années quatre-vingt-dix, pour le cas des drogues et des dépendances, a sensiblement participé à attribuer un « vernis médical », une « caution savante » à l'approche comportementale des addictions en France (Peretti-Watel *et al.*, 2007). Au regard du modèle psychanalytique développé par les premiers dispositifs de soin à la toxicomanie, mettant la singularité subjective au cœur de son analyse du trouble, la traduction épidémiologique du phénomène de consommation de drogue paraît accompagner de manière significative la rupture paradigmatique. Il est en effet intéressant de constater que le besoin de produire régulièrement des mesures statistiques à l'échelle nationale

---

25 « the analysis of probabilities has become the basis of scientific knowledge, transforming the nature of evidence, of knowledge, of authority, and of logic » (Douglas, 1992 : 23) Traduit par mes soins

apparaît à partir des années quatre-vingt-dix, alors que les enquêtes quantitatives de cet ordre ne sont que très rares, voire quasi-inexistantes les années précédentes. La création de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) en 1993 marque ainsi la volonté formelle de (dé)chiffrer le phénomène de consommation et de dépendance aux drogues, en cumulant les enquêtes nationales en population générale. Les épidémiologistes, en se donnant pour but d'analyser, notamment par la méthode comparative, les rapports de causalité entre maladie et « caractéristique objectivable suspectée » (Berlivet, 2001), qui comprennent les conditions de vie, l'âge, le genre ou encore la catégorie socio-professionnelle, viennent aujourd'hui régulièrement questionner le mode de consommation et la fréquence d'un ensemble de produits en se saisissant des classifications de l'addictologie. L'épidémiologie, en offrant ainsi une visibilité nouvelle au phénomène de consommation de drogues, élargies à un ensemble de produits (incluant alcool et tabac) et à travers les notions d' « usage », d' « abus », de « dépendance », participe ainsi non seulement à permettre une comparaison internationale, mais également à « politiser » la notion d'addiction (Fortané, 2010). Cette politisation renvoie à l'intérêt que manifestent les acteurs politiques pour les savoirs pouvant être mobiliser au profit de leur actions. Ainsi, les anthropologues Florence Piron et Marie-Andrée Couillard nous invitent à porter notre attention sur le « potentiel émancipateur que, depuis les Lumières, on attribue au savoir scientifique ou, plus généralement, à la connaissance rationnelle du monde et de ses lois : la raison puis ce qui devint son incarnation la plus légitime, la science, devaient lever le voile des idéologies et des superstitions, révéler les fondements universels de la nature et de la société et donner aux humains une emprise sur le futur » (Piron et Couillard, 1996 : 9). Cette question du pouvoir accordé à l'expertise scientifique en Europe, nous amène finalement à penser que l'épidémiologie se construit comme une science de la prédiction à travers son usage social et politique. En effet, les données collectées par ces organismes sont présentées comme des éléments factuels pouvant être mobilisés pour « rationaliser » et ainsi légitimer l'intervention sociale et sanitaire souhaitée efficace. La contribution majeure de la discipline épidémiologique à la détermination de la prévalence des usages et des facteurs socio-culturels influant sur la santé des populations se conçoit comme un outil de réajustement des politiques de lutte contre les drogues et les toxicomanies, et semble constituer un levier entre science et action. La traduction épidémiologique de l'approche neurobiologique et comportementale des addictions se présente ainsi comme une condition favorable à la reconnaissance publique de l'addictologie, se montrant capable de communiquer un mode représentatif de la maladie « crédible » et opérationnel.

Face à cette valorisation de l'approche quantitative par les pouvoirs publics, les chercheurs en

sciences sociales ont développé toute une littérature autour de la question des rapports qu'entretiennent anthropologie et épidémiologie. Alors que ces deux disciplines semblent liées par un même intérêt, celui de l'analyse des déterminants de l'environnement social dans les pratiques individuelles, elles se distinguent par leur méthodologie<sup>26</sup> et développent par conséquent, deux conceptions distinctes du « social ». Là où la discipline épidémiologique a tendance à quantifier les usages sociaux des drogues pour tenter de mesurer la prévalence, l'anthropologie valorise une approche de proximité dite qualitative, en limitant son cadre d'enquête à quelques praticiens. Le sociologue Robert Castel, dans un article publié en 1983, formule ainsi de manière plutôt critique que les méthodes quantitatives de l'épidémiologie transmettent une image « homogénéisée » de l'espace social. En revanche, de nombreux auteurs, tel que l'anthropologue Raymond Massé (1995) reconnaissent ces limites dans le but de promouvoir une complémentarité des approches dans un contexte où le relatif désintérêt porté aux enquêtes ethnographiques semble refléter la prédominance d'une « conception positiviste de la « scientificité » » (Massé, 1995 : 8). C'est pourquoi, à la lecture de l'article de Marie Jauffret Roustide publié dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* en 2006, la sociologue présente la méthode qualitative appliquée aux pratiques des usagers de drogues illicites comme un moyen de mesurer la pertinence des catégories épidémiologiques et des interventions publiques. Autrement dit, une approche qualitative des cas étudiés par les épidémiologistes viendrait estimer si les résultats présentés restent significatifs dans leur complexité. Cette perspective permettrait de dé-rigidifier les cadres interprétatifs en mettant en lumière la pluralité et la complexité des interprétations sociales de telle ou telle pratique.

C'est notamment dans la continuité d'une visée « pragmatique » que l'utilité d'une l'alliance pluridisciplinaire est défendue. En effet, la rhétorique du fléau moral que constitue l' « épidémie de drogue » des années soixante-dix paraît s'éclipser devant l'ampleur d'une épidémie mortelle des consommateurs.

---

26 Le spectre méthodologique étant constituer d'un ensemble d'outils théoriques et pratiques qui ne se limitent pas à des champs disciplinaire. Quand bien même, cette « schématisation » nous paraît cohérente avec les diverses positions des auteurs présentés ici, et est utilisée dans le but de fluidifier la lecture.



## 2 Politiques sanitaires et logiques thérapeutiques des modèles d'interventions

### *a L'épidémie de Sida, un événement sanitaire et politique*

Les usagers de drogue, au début des années quatre-vingt, font partie des premiers groupes identifiés en tant que victimes infectées par le VIH. Cependant, ce n'est que dix ans plus tard que des enquêtes épidémiologiques se saisissent de ce phénomène, alors que la mortalité liée au Sida ne cesse de croître. Certains auteurs nous invite à mettre en rapport ce relatif désintérêt qui semble marquer les premières années où se manifeste la maladie avec la manière dont elle a été socialement interprétée dans notre contexte. Méconnue, le VIH/Sida est médiatisé<sup>27</sup> à son apparition comme une maladie qui contamine des groupes cibles « marginaux ». Plus précisément, concernant notre sujet, ce sont les usagers de drogue pratiquant l'injection qui sont regroupés dans les « 4H », où l'héroïnomanie apparaît aux côtés des homosexuels, hémophiles et haïtiens (Coppel, 1996) en étant pensés comme des lieux restreints de la contamination. Cependant, l'évolution du savoir médical sur la maladie et ses modes de transmissions revient finalement à constater une progression de l'épidémie au-delà de ces seules catégories. Cette évolution des représentations sociales vers un danger sanitaire élargit signe, pour le sociologue Jean-Yves Trepos (2003), une première phase qui permettra à la notion de « risque » de devenir effective auprès des instances politiques chargées de la santé à la fin des années quatre-vingt dix. Autrement dit, à partir du moment où il est établi que la menace de l'épidémie VIH/Sida s'étend de manière diversifiée à l'ensemble de la population par la voie sanguine, le comportement des toxicomanes s'interprète comme une cause non-négligeable de contamination. Ainsi, ce comportement dit « à risque » ne se restreint pas à l'échange de seringues entre consommateurs, bien que ce facteur soit le plus prégnant, mais s'étend progressivement à un ensemble de pratiques, allant de la sexualité au dépôt de matériel injecté dans l'espace public par exemple. L'ampleur inattendue de l'épidémie vient finalement générer un « contexte d'urgence » (Peretti-Watel *et al.*, 2007) qui contraindra les politiques publiques à prendre un tournant « conséquentialiste » face à la question de la régularisation des usages de drogues (Bergeron, 2004).

Toutefois, en terme d'action publique, la problématique du sida va s'envisager dans un premier temps indépendamment de celle de la toxicomanie, en favorisant un nouveau « traitement social » des usagers de drogues, sans pour autant en réformer le modèle thérapeutique (Coppel 1996). Ce changement d'optique est marqué par l'intégration de nouveaux acteurs dans les centres de soin, qui, loin de prétendre se substituer au personnel soignant, se présenteront aux côtés des intervenants en toxicomanie comme les acteurs de la « réduction des risques ». Si les outils

---

27 Ces préjugés influençant en partie les recherches des sciences médicales.

développés concernent dans un premier temps les risques de contamination du VIH particulièrement liés au « partage des seringues », le mouvement de la réduction des risques développe des dispositifs qui cherchent à responsabiliser le consommateur, en proposant, par exemple, de lui mettre à disposition du matériel stérilisé (seringue, filtre coton, récipient). Notons ainsi que si les protagonistes de la réduction des risques coopèrent avec les soignants, et ont pour objectif de faire adopter aux consommateurs un comportement qu'ils pensent souhaitable, ils ne partagent pas pour autant le même « référentiel » (Dassieu, 2014). La question de l'abstention étant reléguée à un second plan face aux précautions à prendre lors de la prise de drogue, ces acteurs formulent une nouvelle norme de régulation, justifiée par l'urgence et l'étendue du problème sanitaire. Cette situation applique finalement une distinction entre la toxicomanie, en tant que comportement pathologique qui met en danger le dépendant, et l'usage, qui, même s'il n'implique pas la dépendance, représente une menace pour le consommateur et les personnes avec qui il partage des « pratiques à risque ». En somme, la consommation de drogue devient un problème collectif, relevant des compétences de gestion de la santé publique et non plus seulement des intervenants en toxicomanie. Parallèlement, les divers mouvements de lutte contre le sida vont également contribuer à invalider les stéréotypes courants en faisant surgir une figure du toxicomane qui serait capable de s'émanciper de l'emprise de la drogue pour gérer volontairement et stratégiquement ses usages. Ainsi, face à cette situation propice à alourdir les stigmates déjà portés par les consommateurs de drogue par voie intraveineuse<sup>28</sup>, visible par les marques corporelles que peuvent entraîner ce type de consommation (Bouhnik, 2002), des associations composées d'usagers vont se former. Les membres de l'association Auto-Support des Usagers de Drogues, créée en 1992, militent entre autres, pour l'introduction d'un nouveau terme dénommatif remplaçant le terme « toxicomane » par celui « d'usagers de drogue » (Le Naour, 2015), s'accordant ainsi, comme le font les addictologues, sur les mêmes classifications internationales des maladies de la CIM et du DSM.

L'administration politique accepte ainsi progressivement des suggestions alternatives et un ensemble de projets expérimentaux surgissent localement pour faire face à l'ampleur des victimes touchées par la maladie. Si a priori, dans l'espace diversifié des usages de drogues, la problématique de l'épidémie de sida s'est particulièrement construite en rapport aux injecteurs, c'est l'ensemble de l'approche sur les drogues et ce que signifie le versant pathologique de sa consommation qui sera revisité à travers la notion d'addiction.

En nous plaçant dans la perspective de Gilles Deleuze présentée par Alban Bensa et Eric Fassin dans un article de 2002, nous pouvons penser que l'épidémie de Sida se présente comme un

---

28 UDVI étant la catégorie usuelle apparaissant dans la littérature de la lutte contre le sida et de la Réduction des risques

événement favorable à la prise de légitimité du paradigme addictologique. Dans le sens où l'arrivée du sida, si elle ne reconfigure pas immédiatement l'approche politique et théorique de la toxicomanie, sollicite la production de nouvelles problématiques et pousse ainsi à redéfinir le problème posé. En somme, concevoir l'épidémie de sida comme un événement invite à la considérer comme l'expression « d'une rupture d'intelligibilité » (Bensa et Fassin, 2002) du phénomène de consommation et de dépendance, la prise en compte de la mortalité des injecteurs liée à la contamination ira jusqu'à ébranler l'objectif d'abstinence, qui, en quinze ans, est loin d'avoir été atteint.

Si « tout événement, modification sensible des rapports de force et de la configuration des possibles, est à la fois politique et épistémologique. » (Bensa et Fassin, 2002 : 7), nous pouvons penser que la trajectoire de l'addictologie en tant que science médicale reconnue institutionnellement ne peut se penser indépendamment des mesures politiques engagées face à l'épidémie du VIH-Sida.

Henri Bergeron (2009) note à ce sujet que dans une dynamique générale de transformations des politiques publiques face aux questions de santé, un processus de « sanitisation des politiques de drogues » se donne à voir, notamment par l'introduction de nouveaux outils de réduction des risques qui seront intégrés par la suite comme outils thérapeutiques. Nous pouvons également considérer, à travers le concept de Fassin (2000), que l'épidémie de sida vient bouleverser les questions morales liées à l'usage de drogue, repensée au travers d'une « bio-légitimité », où l'intégrité du corps physique devient le principe supérieur guidant l'intervention. Il revient ainsi de nous pencher sur cette mise en ordre symbolique qui vient progressivement restructurer le rapport au soin, au corps, au « risque » et à la « maladie » et qui sont autant d'enjeux constitutifs d'un nouveau modèle théorique et thérapeutique de la dépendance aux drogues.

### *b Significations du soin, entre concept médical et politiques d'intervention publiques*

Comme nous venons de l'énoncer, la « réduction des risques » désigne désormais un ensemble de dispositifs et d'actions cherchant à minimiser le développement des maladies infectieuses et plus largement la dégradation de la santé des consommateurs de drogues. En revanche, ce terme traduit de l'expression anglo-saxonne *risk reduction and harm reduction* se rapporte de manière plurielle à un ensemble de cas et ne spécifie pas, sémantiquement, à quels types de pratique cette activité se rattache. Dès lors, comment comprendre ce que signifie ce choix d'appellation ? Cette question est au cœur d'un article rédigé par Lovell (2001), qui fait de la réduction des risques son sujet d'étude dans une enquête menée auprès de consommateurs de drogues circulant dans la ville de Marseille. Son travail abouti à une révision critique de la notion de réduction des risques. Le choix de cette

terminologie évincerait le concept de dommage (*harm* en anglais) au profit d'une « neutralité » stratégique ; le débat sur les conséquences nocives d'une pratique se restreignant à sa seule éventualité (le risque). Si cette expression ne désigne pas directement de quelles pratiques il s'agit, ni quelles sont les conséquences envisagées, cette ambiguïté permet justement de regrouper dans une même catégorie différents acteurs (travailleurs sociaux, médecins, associations) ayant a priori différentes définitions et représentations de ce que signifie le risque et de comment s'en prévenir. Pour cette anthropologue, si la réduction des risques se rapporte de manière abstraite à un ensemble de précautions que les individus doivent prendre dans le but de se prémunir d'un autre ensemble de répercussions non souhaitées, cette activité se pratiquait de manière diversifiée<sup>29</sup> par les consommateurs de drogues avant que ces politiques ne soient officiellement reconnues et financées. Dès lors, cette « politisation du risque » (Trépos, 2003) y est présentée comme le fruit d'un « travail symbolique » qui permettra de rendre acceptable auprès du personnel administratif et décideurs politiques le principe que les individus puissent continuer de consommer de la drogue en contournant certains des dangers qui y sont associés. Cependant, sous-couvert du risque de contamination par le VIH, l'ouverture au débat des pouvoirs public à la mise en place de dispositifs jusqu'ici immoraux devient possible, voire souhaitable. Ainsi émerge à partir de 1992 la question de l'officialisation des traitements de substitutions aux opiacés (TSO). La notion même de substitution dans le champ des conduites addictives, renvoyant à l'usage d'un produit à la place d'un autre, se retrouve de manière rependue chez les consommateurs d'opiacés de manière « sauvage » (via l'usage d'alcool, de cannabis ou de médicaments par exemple) en comparaison avec d'autres types de dépendance (Rivoirard, 2012). Si récemment l'apparition de la cigarette électronique vient proposer un moyen de substitution envisageable pour les fumeurs de tabac par exemple, il n'est pas encore question de la prescrire, à l'inverse des TSO qui seront introduit en France, non sans résistance, au milieu des années quatre-vingt-dix. La sociologue Lise Dassieu (2014) se propose ainsi de revenir sur les craintes suscitées par l'introduction de prescription médicamenteuse auprès des intervenants en toxicomanie, et qui délimite le cadre des premiers usages de cet outil thérapeutique. Certains intervenants, qui appréhendent de se voir écartés de la prise en charge au profit des médecins généralistes, marque cette proposition d'un vif rejet. « Distribuer des seringues, prescrire des opiacés n'est pas seulement incompatible avec le cadre législatif, c'est aussi un

---

29 à la lecture des extraits d'entretiens recueillis par les chercheurs, nous pouvons concevoir qu'avant même de chercher à être les bénéficiaires des dispositifs mis en place après l'épidémie de VIH/Sida, les consommateurs produisaient un ensemble de stratégies visant à réguler les risques sanitaires liés à leurs pratiques (à travers leur modes de consommation, les équipements mobilisés, la production et la circulation de connaissance, les pratiques corporelles, la prise de médicaments), mais visant également à réguler leur consommation (choisir de ne pas apprendre les techniques pour consommer seul, voyage à l'étranger pour se sevrer, arrêt sur une durée prédéterminée pour tester sa dépendance au produit).

abandon des ambitions thérapeutiques » (Coppel, 1996 : 77). Considérant majoritairement la substitution comme une forme de « contrôle social » visant à normaliser le sujet sans le libérer véritablement de sa souffrance, et bien qu'elle puisse être un moyen de faciliter l'interaction avec ce public difficile, c'est le concept de « médicalisation » du trouble à laquelle s'oppose fermement les soignants. Lise Dassieu vient finalement montrer en quoi, dans un contexte de progression du sida, ce sont les acteurs de la réduction des risques, également opposés à l'idée de reconnaître les traitements de substitution comme un médicament, qui permettront néanmoins aux équipes soignantes de consentir de manière « pragmatique » à l'objectif préventif des TSO.

Rapidement, le tournant addictologique impulsé par les pouvoirs publics aboutit sur une reconfiguration de la démarche thérapeutique. A la lecture d'un article de deux psychiatres-addictologues, on comprend que les traitements de substitutions sont investis d'un nouveau rôle, celui de « traitement pharmacologique » au trouble neurobiologique de la dépendance aux opiacés qui « agissent comme des médicaments de « remplacement » » (Fatséas et Auriacombe, 2009).

Le parallèle entre les drogues et les médicaments est ici saisissable, dans le sens où c'est moins les propriétés chimiques du produit qui en fait un médicament que son cadre d'usage et la signification qu'on lui accorde (Feroni et Lovell, 2007).

La conversion du corps professionnel à la notion d'addiction l'inscrit ainsi dans un nouveau rapport au soin en redéfinissant la figure du bénéficiaire, mais également en intégrant à part entière la notion de risque à sa démarche. Il ne faut cependant pas conclure trop rapidement qu'une rupture nette marque le passage du modèle d'intervention de la toxicomanie et celui de l'addictologie, les TSO pouvant être envisagés comme une solution palliative, et non curative, aux symptômes du sevrage présents chez les individus dépendants. Mais cette conception de la médicalisation semble illustrative du tournant qu'a pris l'objectif de soin et, conséquemment, ce qui est attendu des intervenants thérapeutiques, n'étant plus de « guérir » les toxicomanes par le sevrage et l'abstinence, mais commencer par « prendre soin » (Morel *et al.*, 2015).

Alors que la pathologie de l'addiction s'aborde au croisement du corps et de l'esprit, du social et du médical, son inscription à l'ordre sanitaire est paradoxalement le moyen de concevoir une intervention qui dépasse la distinction *care/cure*. Nous nous situons ici dans la perspective critique présentée par Francine Saillant et Eric Gagnon (1999), sur la séparation théorique que certains chercheurs en anthropologie ont appliqué aux pratiques médicales, entre celles qui relèveraient du *cure*, autrement dit du traitement pharmacologique et des techniques du corps, et ce qui serait de l'ordre du « prendre soin », de la protection du lien social, soit le *care*. Ainsi, nous pouvons envisager que les TSO, présentés comme un moyen d'agir sur le corps en amoindrissant les

symptômes physiques liés à la dépendance, rempli également un rôle social, voire socialisant. Sur la suggestion du sociologue Jean-Yves Trépos, la prescription de traitements de substitution participe à « ranger les toxicomanes dans la population générale » (Trépos, 2003 : 101), mais « contribue aussi à socialiser les médecins » (*ibid.*) en favorisant la rencontre entre les toxicomanes, considérés comme un patient, et les structures de santé. La systématisation de la substitution aux opiacés assure conséquemment un nouveau rôle au médecin généraliste. Les reconfigurations de l'espace thérapeutique travaillées au prisme de l'addictologie, nous invite à questionner les enjeux de son institutionnalisation. Car il ne faut pas perdre de vue que l'institution, qu'elle soit médicale ou politique, existe et s'exprime au travers d'agents sociaux.

### *c Institution et économies professionnelles*

Le contexte de crise façonné par l'épidémie de Sida fait ainsi émerger de nouveaux acteurs dans le cadre de prise en charge des drogues, et permet d'ouvrir un espace d'écoute pour les voix des entrepreneurs de l'addictologie à la fin des années 90. La problématique des addictions se retrouve finalement au croisement d'intérêts hétérogènes qui réunissent les réformateurs de cette croisade scientifique, politique et médicale (Fortané, 2013). Il semble en effet que le processus de légitimation des addictions soit, au tournant des années 2000, pris dans un double mouvement. D'un côté, la minorité que constitue les professionnels de santé, militant pour une institutionnalisation de l'approche cognitive et comportementale de la dépendance, conçoit l'opportunité d'accéder à un certains postes de recherches et de fonction de conseil auprès des acteurs politiques et administratifs. De l'autre, le concept d'addiction soutenu par ces personnalités médicales « expertes » se présente comme une garantie scientifique, que saisissent administrateurs et politiciens pour asseoir leur légitimité à réviser l'approche politique d'un objet susceptible de provoquer les passions du débat public. Ce recours stratégique à l'addictologie vise à démontrer le fondement rationnel d'une telle réforme, qui entend assouplir la pénalisation en matière d'usage de drogue et à inclure à cette dernière catégorie des produits en vente libre comme l'alcool et le tabac (Fortané, 2013). Les acteurs de la MILDT<sup>30</sup> mobilisent en effet précautionneusement les arguments du rapport rédigé par les docteurs Parquet, Reynaud et Lagrue dans l'optique de rendre le Plan Triennal de 1999, qui officialise la rupture avec l'approche « par produit », socialement acceptable. Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les pratiques addictives de 2013-2017 qui entend « améliorer l'interface entre chercheurs et décideurs » par « la mise en place de politiques publiques fondées sur des preuves scientifique »<sup>31</sup> semble illustrer de manière plus contemporaine

---

30 Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie

31 2013. *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017: rapport au Premier*

encore, la réflexion de Mary Douglas quant au rapport entre production des savoirs scientifique et leurs usages politique. En indiquant que « Les politiques ont besoin de la science pour son autorité-certitude<sup>32</sup> », elle distingue cependant le fait que les scientifiques puisse souhaiter obtenir la confiance des politiques, notamment concernant les questions de santé, et le crédit qui peut être donné à une approche scientifique en fonction de l'usage politique qui peut en être fait. Si la question est ici celle de la démarche et des intentions, qui fondent les intérêts d'une collaboration entre le scientifique et le politique, nous pouvons penser que rôle politique donné à ces médecins leur permet finalement de contourner leurs multiples opposants à la reconfiguration du modèle de soin des dépendances.

Ce reclassement des drogues menace en effet symboliquement les professions liées à la production et à la vente des produits licites. A l'image dégradante de la drogue se lie celle du « dealer », à laquelle se refuse d'être associée producteurs et commerçants (Roustan, 2005). Pourtant, ce conflit d'intérêts, pris entre des enjeux sanitaires et économiques, fait émerger un discours qui paradoxalement influe en faveur du paradigme addictologique. Le lobby alcoolier tout particulièrement, entamera les négociations en s'appropriant les catégories d'usage nocif et de dépendance en déduisant qu'il est possible de laisser court à un usage inscrit de longue date dans la « tradition » française, renvoyant ainsi à la responsabilité des cas pathologiques au consommateur et non du producteur/vendeur (Fortané, 2016). Nous pouvons penser, contrairement à la tournure des campagnes de la lutte contre le tabagisme qui ont récemment déboucher sur l'imposition des « paquets de cigarettes neutres » visant à dégrader l'image publiciste du produit, que cette mobilisation des producteurs d'alcool a permis de trouver un accord à l'interstice des intérêts publiques et privés, reléguant la « promotion de normes sanitaires par les industriels eux-mêmes » (Fortané, 2016 : 98).

Par ailleurs, les années qui suivent la validation du programme politique de la MILDT sont marquée par une vague de recomposition progressive des services administratifs et des dispositifs sanitaires. Le bureau « toxicomanie » comme celui dédié à l'alcool de la Direction Générale de la Santé sont regroupés en 2000 sous un service unique de « prévention des pratiques addictives »<sup>33</sup> et dans un même mouvement s'officialise l'enseignement de la discipline médicale au sein des dispositifs hospitalo-universitaires. Enfin, sept ans plus tard, un décret étend les secteurs des respectifs Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie et Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes, désormais fusionnés et renommés Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

---

*ministre*, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, La Documentation française. p. 77

32 « politics requires from science its authority-certainty » (Douglas, 1992 : 49) traduit par nos soins

33 Art.6 de l'Arrêté du 21 juillet 2000 relatif à l'organisation de la direction générale de la santé en bureaux, Journal Officiel n°169 du 23 juillet 2000, n°17, p. 11393

Enfin, la MILDT, suite à au décret n° 2014-322 appliqué en mars 2014, est renommée significativement MIDECA<sup>34</sup>, lui reconnaissant ainsi de plein droit son action sur l'ensemble des addictions (aux substances licites et illicites et sans substances). Cette dernière exprimant par ailleurs aujourd'hui le souhait que la formation à l'addictologie s'ouvre au-delà du champ médical pour en donner l'accès aux autres professionnels intervenants, comme aux travailleurs sociaux.

De nouvelles problématiques émergent alors des dispositifs nouvellement recomposés. Les thérapeutes sont appelés à s'adapter à cette unification des centres de prise en charge, en étendant leurs compétences à des publics jusqu'ici méconnus. Le travail de (re)définition commune de ce que doit être le rôle de chacun dans cet agencement collectif, à travers la notion de « dynamique médico-psycho-sociale » (Fatseas et Autiacombe, 2009), fait naître de nouveaux enjeux de traduction entre différentes représentations d'un même trouble. Cependant, il semble que peu de recherches inductives de terrain viennent questionner les enjeux que recouvrent ce nouveau cadre normatif pour les équipes soignantes à l'image du travail proposé par Anna Rivoirard, une éducatrice spécialisée formée à la sociologie, qui a enquêté auprès de dispositifs français de soin (ré)orientés vers l'addictologie. Son analyse publiée en 2012, révèle que la redistribution des bénéficiaires amplifie et diversifie la demande de soin, modifiant ainsi sensiblement l'appréhension des thérapeutes quant au rôle qui attend d'eux. Il s'agit en premier lieu de comprendre en quoi « une conception multifactorielle du comportement addictif » (Fatseas et Autiacombe, 2009) agit sur l'organisation des différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire intervenant au sein d'un même dispositif. Rivoirard montre ainsi comment la clinique des addictions tend à se concevoir, « pragmatiquement », comme un travail collectif.

Cependant, la valeur accordée au caractère collectif de la prise en charge, face à l'hétérogénéité des professions représentées (médecin addictologue, psychologue, éducateur spécialisé, infirmier, assistant social), questionne l'agencement des rôles et objectifs de chacun, entre ce qui est communément partagé et qui justifie à la fois cette diversité des approches. Cette reconfiguration signant la fin d'une expertise par produit au profit d'une expertise par domaine d'intervention. Cet ensemble de pratiques visant le retour à la santé ou la régulation des symptômes renvoie à une définition du trouble « multifactorielle », mais également à diverse interprétation de ce qu'on est en capacité de faire pour l'amoinrir. La mise en commun des perspectives thérapeutiques renvoie ainsi à des théories diversifiées concernant le corps, la psyché ou le sujet social « sain ». Cette refonte anatomique des dispositifs de soin et d'accompagnement des addictions entraîne ainsi un décloisonnement des champs d'action attribués aux spécialistes qui reste relatif.

---

34 Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives



Mais ne relègue-t-il pas ainsi l'approche « par produit » au statut non plus de savoir normatif, mais de préconçus culturels ? L'intégration de patients toxicomanes au sein de structures élargies, conformément à l'approche addictologique, auprès de dépendants « sans produit » ou d'alcoolique par exemple, met ainsi les experts face à des publics anciennement méconnus. La reconnaissance d'un trouble aux caractéristiques variables en fonction de l'objet de dépendance, se traduit également par le fait que « la toxicomanie » ou encore « l'alcoolisme » fait référence à une multiplicité de pratiques, parfois liées et exprimées par le terme de « polydépendance ». La reconfiguration des dispositifs entamerait ainsi un processus de dé-stigmatisation de ces anciennes figures. Pour autant, cette déconstruction savante des croyances collective nous invite à penser qu'il continue d'exister, dans « l'espace d'incertitude » créé par ce changement, différentes acceptions sociales du trouble en fonction du produit concerné : les produits licites ayant tendance à être dotés d'une dimension « socialisante », dont on pense qu'il est possible de les consommer de manière « récréative » ou « rituelle » sans pour autant en devenir « accros », tout comme les addictions sans produits se rattachant à un vaste spectre d'activités sociales, là où « la toxicomanie reste appréhendée comme un monde « hors normes », le toxicomane ne répondant pas à la normalité inscrite dans la conscience collective » (Rivoirard, 2012 : 39). En nous rapportant aux réflexions de Fracine Saillant et Eric Gagnon (1999), cette reconfiguration du soin vient finalement mettre en exergue le rapport à l'altérité qui est à saisir dans la relation thérapeutique. Les opérations d'évaluations effectuées par les soignants, dans un spectre allant d'une consommation « normale » à « pathologique », les différentes compétences reconnues aux professionnels intervenant et les modalités d'accueil des divers publics dépendants, en sont l'expression.

Cette forme de hiérarchisation symbolique entre les types d'addiction, tout comme la combinaison des différentes représentations du trouble en fonction des statuts professionnels, semble, en quelques sortes, neutralisée par la notion d'adaptation individuelle de la prise en charge. La valeur nouvelle accordée à l'individu en tant qu'acteur de santé responsable, introduit par les acteurs de la réduction des risques et des associations de lutte contre le sida concernant les toxicomanes, se retrouve finalement au cœur de la clinique des addictions.

Lovell remarque ainsi que certains dispositifs de réduction des risques mis en place à l'égard des injecteurs ne nécessitant pas la présence d'un autre acteur que l'utilisateur (comme les échangeurs automatiques de seringues par exemple) « déplacent la relation traditionnelle patient-médecin généraliste » (Lovell, 2001 : 329). Elle semble rejoindre à ce propos le sociologue Robert Castel, qui note près de vingt ans auparavant qu'un déclin des interactions « concrètes » entre soignant et soignés, produit par une anonymisation et une abstraction des diagnostics, entraîne le « passage

d'une clinique du sujet à une clinique épidémiologique » (Castel, 1983 : 119).

Cet ensemble de travaux nous invite désormais à explorer la dimension morale et symbolique portée par cette idée d' « adaptation individuelle » dans la clinique des addictions, qui, tout comme la mobilisation du terme de risque dans les catégories pathologiques, révèle les logiques sociales sous-jacentes d'un « gouvernement de la vie » (Fassin, 2000).

### **III Apports anthropologique à la régulation des usages de drogues au prisme de la notion culturelle de « risque »**

#### 1 Gestion morale et politique du danger

##### *a une rationalité politique culturellement déterminée ?*

La notion de risque s'est intégrée de manière prédominante dans les discours sanitaires et politiques et, depuis les années 90, devient le motif premier de l'action publique concernant la régulation des usages de drogues. Seulement la pensée du risque, comme des comportements addictifs, ne se réduisent pas à cet objet ni aux frontières nationales (Douglas, 1992). Est-elle pour autant valable universellement ? En quoi ce vocabulaire spécifique, reflet des préoccupations contemporaines, porte avec lui des logiques sociales sous-jacentes, des valeurs pensées comme étant communément partagées ?

Les « Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie », tels qu'ils sont énoncés dans un *Abrégé d'addictologie* publié en 2009, nous apprennent que la prise en charge des addictions repose dans un premier temps sur une « alliance thérapeutique » où « il s'agit de trouver un compromis acceptable entre les objectifs rationnels de soins et ce que le patient souhaite et peut accepter » (Fatséas et Auriacombe, 2009 : 3). Dans cette négociation visant à adapter l'intervention thérapeutique à la motivation du bénéficiaire, est acceptée l'idée que la démarche du soignant et du soigné puisse être guidée par des intentions qui soient partiellement relatives à chacun. Si le patient ne vise pas, comme l'addictologue, « un changement de comportement en profondeur » (*ibid.*), ce qui se conçoit en revanche comme un objectif fondamentalement partagé est la diminution des risques et des dommages liés à la consommation.

Cependant, à la lecture de l'œuvre d'Ulrich Beck, initialement parut en 1986, intitulé dans sa traduction française *La société du risque*, nous sommes incités à considérer le tournant qu'a pris le modèle d'intervention publique sur les drogues comme un élément révélateur d'un modèle sociétal singulier. Bien que la réflexion du sociologue allemand soit principalement illustrée par des questions environnementales, appliquée à la politique de lutte contre les drogues et la prise en charge

des conduites addictives, nous pouvons en déduire qu'elles prennent sens dans leur contexte d'émergence, en étant produit par une logique sous-jacente qu'elles contribuent en retour à alimenter. Dans cet ouvrage, la notion de risque y est abordée comme le vecteur d'une « révolution silencieuse », qui accompagne symboliquement mais significativement les évolutions technologiques et les transformations sociales qui caractérisent l'émergence de la société contemporaine. Cette nouvelle organisation autour de la valeur commune de risque y est défini comme celle qui a laissé derrière elle la société industrielle, où les individus de la classe ouvrière étaient en proie à une lutte constante contre la misère matérielle. Le facteur risque n'y était pas inexistant, mais se cantonnait principalement aux possibles accidents, blessures ou décès liés au travail physique des ouvriers.

En partant de cette lecture sociologique, un détour par l'analyse que propose Fassin sur le nouveau rapport au corps qui se construit durant la période d'industrialisation qu'a traversée l'Europe, éclaire d'autant plus le contexte dans lequel s'est développé ces nouvelles formes de gestion politiques autour des risques. Son approche, nourrit des lectures de Michel Foucault, fait état de la forme particulière que prend ce « bio-pouvoir » marqué par « l'intensification rationalisée de l'exploitation des corps. Intensification qui se manifeste aussi bien par l'allongement des temps de travail que par l'augmentation de la pénibilité des efforts exigés, sans préoccupation des dangers encourus. » (Fassin, 1996 : 86). La révolution industrielle est ici abordée comme un facteur de transformations d'ordre politique et culturel, en lien avec une nouvelle représentation du corps comme un outil nécessaire au système de production capitaliste. Toutefois, en reconnaissant l'intérêt de l'appareil théorique de Foucault, Fassin en expose une variante critique, que nous pourrions également appliquer à l'approche d'Ulrich Beck. Le développement de nouveaux modèles de gestion collective de la santé, tels que les programmes de réductions des risques liées aux drogues, sont moins l'expression d'une rupture que d'un processus long. L'apport de l'anthropologue est également de dire que paradoxalement, la progression d'un phénomène de « pacification des corps » (Fassin, 1996) modifie sensiblement la manière d'exercer légitimement le pouvoir, où la force physique est de moins en moins tolérée comme moyen d'exercer une influence autoritaire et de transmettre l'ordre social. Ces dynamiques ne se restreignent ni à la question du pouvoir étatique, ni aux sociétés occidentales. Comme l'illustre l'essai de Mary Douglas (1971) initialement parut en 1966, nos représentations des pratiques d'hygiène de vie repose, comme pour toute société, sur des classifications symboliques relevant des notions de souillure et de tabou qui structurent la gestion, par les rites et interdits, du désordre et de l'impureté.

Dans notre contexte, amélioration générale de la santé des populations depuis l'époque

d'industrialisation laisse progressivement place à de nouveaux modes de vie (Beck, 2008 [1<sup>e</sup> éd. 1986] ; Fassin, 1996), où se constate parallèlement la formation de nouvelles catégories pour penser la pollution des corps.

Des auteurs comme Patrick Peretti-Watel, François Beck et Stéphane Legleye y voient ainsi la progression d'une « culture du risque contemporaine » animant l'ensemble des pratiques quotidiennes des individus. Dans le sens où « plus généralement, aujourd'hui, les conduites à risque pour la santé tendent toutes à devenir des conduites réprouvées par la morale, dans la mesure où préserver sa santé – ou, mieux, la faire fructifier – est devenu un nouvel impératif moral. » (Peretti-Watel *et al.*, 2015 : 172).

Où se puise la force sociale de cette argumentation en terme de risque au fondement de nouvelles normes comportementales ? Pour le sens commun, il renvoie au danger projeté dans l'avenir. La désignation des risques, en rapport avec l'environnement naturel, l'alimentation ou encore la santé, renverrait ainsi à des représentations sociales de la menace. Cette « cause projetée » fait la valeur du risque, en suggérant la nécessité d'agir contre le mauvais présage qui pèse sur le corps social.

En réalité, il semblerait surtout qu'un glissement ait été opéré dans le sens commun entre le terme de risque et le concept de danger<sup>35</sup>, et cela de manière significativement politique (Douglas, 1992 ; Lovell, 2001). L'anthropologue Mary Douglas note ainsi que « toute culture se destine à utiliser les dangers comme une arme de négociation, mais chaque culture choisit des catégories de dangers différentes pour des raisons d'autosuffisance<sup>36</sup> ». Autrement dit, l'analyse défendue par l'anthropologue est que chaque culture conçoit le danger, renvoyant à des sentiments de peur et d'imprévu, et s'en sert pour agir, alors que la notion de risque serait un construit culturel singulier aux cultures occidentales. Dans le sens où le risque, tel qu'il se pense aujourd'hui, est rendu signifiant par les sciences probabilistes. Construit sur une « erreur de timing », les sciences de la probabilité arriveraient finalement au moment où les dangers majeurs liés aux conditions de vie industrielles ont appris à être maîtrisés. Pour Douglas, c'est ainsi l'usage politique de ces méthodes scientifiques qui participe à faire de la probabilité du risque un danger imminent. Ainsi, les démonstrations des sciences médicales et probabilistes qui établissent une connexion entre l'apparition de maladies et consommation de tabac par exemple, se traduisent au travers des politiques préventives sous l'expression menaçante « Fumer tue », pour signifier « Fumer risque de vous tuer ».

---

35 Mary Douglas fait ainsi la critique de l'analyse d'Ulrich Beck, qui tend selon elle à omettre le lien entre l'usage de la notion de risque et les théories culturelle du sujet social auxquelles elle se rattache.

36 « each culture is designed to use dangers as a bargaining weapon, but different types of culture select different kinds of dangers for their self-maintaining purposes » (Douglas, 1992 : 47) Traduit par mes soins

L'usage de cette conceptualisation culturelle du danger dans les « sociétés du risque », communique pour le sociologue Robert Castel la volonté grandissante d'un « contrôle absolu de l'accident conçu comme irruption de l'imprévu » (1983 : 123). En basant sa réflexion sur la prise en charge de la maladie mentale, ce sociologue revient de manière critique, sur l'appréhension du risque dans le champ psychiatrique avant qu'il ne soit saisi en ces termes. Le système asilaire, en cela qu'il vise à gérer la dangerosité *potentielle* des malades mentaux par l'isolement, pourrait relever chez Castel d'une politique préventive. La même logique argumentative s'applique aux mesures eugéniques prise au début du vingtième siècle, dont l'objectif, souligne-t-il « est beaucoup moins de traiter un individu particulier que d'empêcher que la menace qu'il porte soit transmise à sa descendance » (Castel, 1983 : 121). Si nous concevons l'intérêt d'établir un comparatisme entre ce qui est ici présenté comme des versions antérieures de gestion des risques, et sa forme actuelle, nous ne devons pour autant l'envisager indépendamment de l'objectif que se donne Castel, qui est d'en dégager les « aspects iatrogènes de la prévention, qui sont pourtant toujours présents, même lorsque l'on s'attaque à la consommation de produits aussi « suspects » que l'alcool ou le tabac par exemple » (*ibid.* 124).

Le sociologue cherche ainsi à montrer en quoi le sujet du soin perd sa singularité pour se voir réduit, par une approche en terme statistique de « population à risque », à un ensemble de facteurs quantitatifs abstraits. C'est pourtant moins en terme de réduction que le chercheur Luc Berlivet conclue un article sur le sujet vingt ans plus tard. Dans cette même optique de saisir les transformations que les sciences du risque suscitent dans nos représentations du bénéficiaire de soin, il apparaît pour cet auteur que « les épidémiologistes ont amendé la distinction du sain et du malsain en créant un nouvel « état intermédiaire ». L' « individu à risque » ressortir à une catégorie liminaire : il n'est certes pas encore malade, mais sa probabilité plus élevée de développer la maladie semble déjà interdire qu'on puisse le dire en bonne santé » (Berlivet, 2001 : 102).

Cette analyse nous paraît plus à même de comprendre quelle logique sous-tend les classifications développées par les addictologues d'usage « à risque », « nocif » ou « abusif ». En évaluant les pratiques de consommation sur un spectre allant de « risquées » à « pathologiques », toute semble d'emblée être au seuil de la dépendance.

Si aujourd'hui « personne ne peut plus prétendre échapper à l'empire des risques » (Fassin, 1996 : 260) c'est qu'il est, semble-t-il, devenu un fait structurel de notre mise en ordre du monde. La problématique de la régulation des usages de drogues, en prenant part de manière contemporaine à l'extension des préoccupations de la santé publique, ne peut s'envisager indépendamment d'une « culture de la santé » spécifique à notre contexte.

### *b La responsabilité individuelle face à la santé comme bien public*

Didier Fassin note ainsi que « la gestion collective de la santé a fait l'objet d'une transformation historique qui l'a progressivement constitué en domaine autonome à la croisée du politique et du médical. Alors que dans les sociétés traditionnelles, elle revêt un caractère diffus, non dissocié des autres registres de croyances, de compétences et d'activité. » (1996 : 204). Tout en nous invitant à aborder la santé comme une culture, autrement dit « comme un ensemble de normes de valeurs et de savoirs qui concernent la gestion du corps et sont plus ou moins partagés par tous. » (*ibid.* : 270), c'est dans l'objectif de déterminer les spécificités qui forment notre gestion collective contemporaine de la santé et de la maladie que Fassin entame une généalogie de la santé publique, entendue ici comme un champ disciplinaire institutionnalisé.

Dans une logique où la santé s'érige en valeur au fondement d'actions politiques, c'est avec l'expansion du mouvement hygiéniste entamé au XIX<sup>e</sup> siècle qu'émerge progressivement une « médecine sociale » proposant une nouvelle conception des objectifs d'intervention et rôle attendu des médecins. Dans un premier temps, son rôle se cantonne à préserver la santé de la mère et du nourrisson dans l'optique de limiter la baisse démographique et la pauvreté grandissante que connaît la France à cette époque et qui alertent les autorités. Avec son institutionnalisation, elle acquiert un certain pouvoir politique qui légitime ses actions et lui permet d'élargir son champ de compétence et d'application. Suivant le « mouvement pour la santé scolaire » mis en place parallèlement, la « pensée sanitaire » va progressivement s'étendre au-delà de la vie publique pour embrasser par la suite à l'ensemble du corps social, une transition que Fassin se propose de nommer « hygiénisme universel ». Les hygiénistes se donnent ainsi pour mission l'appropriation collective de normes sanitaires à travers cette « éducation à la santé » visant à contrôler et réformer les attitudes individuelles pour pérenniser la santé de tout un chacun. Ce mouvement pour la réforme des modes de vie marque finalement, pour Fassin, une étape dans le processus historique et politique qui aboutit à faire de la santé une valeur, voire un bien collectif. Seulement, le rapport au collectif est lui-même déterminé par une certaine conception que les membres d'une culture se font du corps social.

Ainsi, Douglas (1992) nous invite quant à elle à dépasser le tabou qui enveloppe la recherche sur les significations que revêt cette pensée du « soi » individuel au fondement de nos représentations normatives du sujet social, pour suggérer que notre conception de l'individualité s'articule à un ensemble d'enjeux certes politiques, mais également moraux et idéologiques. En établissant un rapide comparatisme entre ce qu'elle nomme les « styles de pensée » de la personne, elle déduit qu'en Occident, la théorie qui prévaut est qu'un être ne connaît qu'un corps, celui qu'il obtient à sa

naissance et qu'il garde jusqu'à sa mort, là où en Inde par exemple, le « moi » a la capacité de migrer à travers plusieurs corps. Il apparaît également comme inconcevable qu'une personne soit constituée de plusieurs âmes, comme cela peut s'envisager en Afrique de l'Ouest. La théorie communément partagée qui permet de se penser soi-même en occident repose sur une conception de la personne « unitaire », rassemblant un corps et un esprit, lui permettant d'agir de manière responsable et rationnelle. Cependant, l'argument de « rationalité », évoquée comme base fondatrice du « moi », est envisagé dans l'œuvre de Mary Douglas comme une forme de « mythe politique », où « La raison est un instrument d'oppression<sup>37</sup> ». Alors que certaines cultures attribuent à des forces extérieures invisibles le pouvoir d'agir sur le destin des Hommes, l'idée de justice telle qu'elle se pense en occident rejettent ses théories dans le champ du religieux du même temps qu'elle rejette l'idée d'un « moi » qui serait fautif de manière passive.

A ce stade, l'analyse de Mary Douglas peut sembler fortement critique, discréditant les valeurs morales qui structurent et caractérisent notre pensée moderne de l'Homme, libre, logique et souverain dans ses choix, pour les associer à une autorité morale et politique de gestion contrôlée. C'est en cela nous semble-t-il, qu'elle fait référence à une zone de tabou qui fait de la connaissance de l'idée de soi, un sujet moralement sensible. Mais en nous rapportant à la descriptions des objectifs qu'elle mentionne et qui caractérise selon elle la recherche anthropologique, nous nous accordons pour dire qu'il n'est pas du rôle de l'anthropologue de juger la véracité ou la validité des théories culturelles qu'il tente d'analyser. Dès lors, les termes employés d' « idéologie » ou de « mythe » renvoient à celui de culture, en tant que système de représentation formant le socle commun de mise en ordre du monde. Car de fait, pour cet anthropologue britannique, les caractéristiques et les capacités attribuées à la personne, quelles qu'elles soient, forment en partie « La rhétorique de la coercition politique<sup>38</sup> ». Autrement dit, de manière pratique, dans les activités qui marquent la vie quotidienne, les membres d'une culture doivent savoir ce que théoriquement, ce qu'ils peuvent attendre des autres membres auxquels ils s'identifient. Ainsi, l'autonomie et la responsabilité individuelle se voit ainsi être, paradoxalement, un levier pour penser le collectif. Le sociologue Jean-Yves Trépos, au cours d'un article qui revient sur l'historicité de l'association drogue-risque, conclut également dans ce sens que « la société civile (qui s'oppose non à l'État, mais à la société politique) devient une superstructure incarnée dans des personnes. Elle a un pouvoir civilisateur ou d'hégémonie (passive ou active), transformant les individus en citoyens consentants et actifs. La production du consentement dans la société civile n'est pas séparable du pouvoir coercitif de la société politique (Trépos, 2003 : 106). A nos yeux, le terme de « population » défini

---

37 « reason is the instrument of oppression » (Douglas, 1992 : 212) traduit par nos soins

38 « the rhetoric of political coercion » (Douglas, 1992 : 213) traduit par nos soins

par l'épidémiologie et réapproprié en santé publique, à l'inverse de ce que proposait Castel, semble ainsi d'autant plus réaffirmer, voire réifier notre conception du sujet social et politique singulier que ce qu'il ne viendrait le supplanter.

En continuant dans l'optique d'aborder le modèle actuel de régulation des drogues comme un construit culturel, un détour réflexif sur la consommation semble être révélateur. La distinction établie par Mary Douglas entre la notion de consommation, qu'elle juge appréciée dans toutes cultures, et celle de consumérisme, définie comme une demande privée illimitée particulièrement retrouvée dans la « culture d'entreprise » individualiste contemporaine, soulève un paradoxe. En valorisant « la création de richesse par une méritocratie autonome<sup>39</sup> », les membres des sociétés libérales individualistes n'ont a priori pas intérêt à ce qu'un contrôle autoritaire des libertés individuelle viennent limiter la demande et l'entreprise de création de richesse. Cependant, n'empêche pas qu'une limite du « moralement acceptable » ne soit pas à l'ordre du débat. Si la vision de l'individu responsable et souverain dans ses choix prime, il semble alors moralement impossible de blâmer ouvertement et à tous les niveaux, la consommation excessive, tout en ne pouvant pas, dans un esprit de coercition et de solidarité entre les membres de la société, valoriser l'exubérance de l'individualisme concurrentiel. D'où l'importance de savoir se montrer performant, en apprenant à la fois à prendre consciencieusement des risques, tout en sachant quand se montrer raisonnable. Appliquée à des questions de santé, cette logique sous-jacente se retrouve décrite chez Castel. Ce dernier décrit la gestion « néo-libérale » des maladies individuelles comme celle qui épargne à ses sujets la répression, la ségrégation ou encore l'intervention au profit d'une assignation « des destins sociaux différents aux individus en fonction de leur capacité à assumer les exigences de la compétitivité et de la rentabilité » (Castel, 1983 : 126).

A nos yeux, l'intérêt n'est pas ici de se perdre dans un registre de montée en généralité théorique, mais plutôt d'exploiter ces différentes réflexions pour tenter de comprendre en quoi l'émergence de l'addictologie comme mode de compréhension et de soin aux maux contemporains est révélatrice, à plusieurs niveaux, d'une culture.

Ainsi, la formation des dispositifs sanitaires addictologique ou encore le rôle attendu des experts « médico-sociaux » doit se lire, à la lumière des différents apports théoriques présentés, comme étant intrinsèquement liés au modèle de gestion politiques des problèmes de santé dominant de manière contemporaine dans notre société, mais également, comme étant l'un des moyens envisagés d'offrir du soin en accord avec notre conception de l'individu. La réflexion sur les « styles de pensées » de la personne, vient également questionner sous un nouvel angle l'objet que

---

39 « creation of wealth by a self-reliant meritocracy » (Douglas, 1992 : 227) traduit par nos soins



l'addictologie se donne à décrire et à expliquer. C'est confronté à la théorie de l'individu autonome et rationnel, que l'interprétation pathologique de la perte de contrôle et la passivité de la personne face à l'objet de sa dépendance trouve, semble-t-il, sa cohérence. Tout autant que l'objectif du soin, qui tente de faire retrouver au patient sa liberté souveraine.

La pensée libérale-individualiste peut ainsi s'appréhender chez les acteurs de la prise en charge institutionnelle des addictions, dans la distribution singulière de ce qui relève symboliquement de la menace collective, comme les risques infectieux, ou individuelle, comme l'addiction, et qui juge ainsi ce qui est de l'ordre ou non de l'intervention de première nécessité ou de l'accompagnement vers une « auto-gestion ». Dans un autre registre, le développement d'outils d'évaluation des qualités du bénéficiaire de soins en addictologie, comme les échelles visuelles analogiques permettant « d'objectiver avec une certaine fiabilité ces degrés de prise de conscience et de motivation » (Fatséas et Auriacombe, 2009 : 3-4), nous semble également révélateur de ces tendances.

Si la consommation de drogue, la pratique des jeux vidéos ou de la sexualité, comme toute pratique intime, a tendance à se penser communément comme étant peu en proie aux déterminants sociaux et environnementaux, cet aspect est pourtant largement discuté par les anthropologues. C'est notamment en se penchant les inégalités sociales qui structurent notre société qu'est reformulée la question des choix individuels en matière de risque.

## 2 L'articulation des savoirs à l'évaluation des risques en santé publique

### *a Hiérarchisation des risques et des vulnérabilités*

Est-il possible d'imposer la modération ? En théorie, démontrer et communiquer aux individus les dommages possibles d'un comportement « à risque », « abusif » ou « dépendant », devrait suffire à convaincre rationnellement les usagers d'adapter leurs pratiques. Les « Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie » prennent également comme acquis fondamental que toute personne normale et rationnelle cherche à limiter les dommages de ses pratiques. Comment comprendre que les individus soient capables de prendre des risques alors qu'ils en connaissent les dommages qui leur sont prédits ? Et comment les acteurs de l'encadrement social et thérapeutiques des dépendants interprètent-ils les usagers qui continuent « délibérément » à défier ces injonctions morales en prenant des risques pour leur santé et/ou la santé des autres ?

En proposant de révéler la dimension sociale des usages de drogue, les sociologues Patrick Peretti-Watel et François Beck ainsi que l'épidémiologiste statisticien Stéphane Legleye interprètent cette attitude consistant à refouler ou relativiser les pronostiques de risques associés à des pratiques

telles que la consommation de drogue<sup>40</sup> sous le terme de « déni du risque ». Ce vocable nous mène à voir comment peut continuer à se penser des anomalies sans que soit véritablement remis en question le fondement théorique de la logique de la pensée des risques. Ce mécanisme de catégorisation des comportements face aux risques en terme de « déni », paraît renvoyer à une représentation où l'individu serait, plongé dans sa subjectivité, insensible à la pensée rationnelle probabiliste sur laquelle repose la théorie du risque (Douglas, 1992). Pourtant, les trois auteurs développent leur analyse dans le sens opposé, en détaillant que face à la multitude de risques qui jalonnent les discours de prévention, la prise de risque, même moralement condamnable, peut se voir être rationalisée comme étant « le résultat d'une analyse coût-bénéfice » (Peretti-Watel *et al.*, 2007). Les individus compareraient ainsi leurs pratiques à risque aux probabilités qu'ils ont à être victimes d'un accident du quotidien, ou encore en reconnaissant les risques qu'ils prennent, tout en les considérant comme secondaire face aux désirs qui guident leurs actions. Ces types d'argumentaires, tels qu'ils sont présentés dans *Les usages sociaux des drogues* « ont déjà été observées chez les culturistes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants, mais aussi chez les usagers de drogues récréatives, qui soulignent que les effets d'une drogue permettent de gérer des situations difficiles » (Peretti-Watel *et al.*, 2007 : 175).

Nous rejoignons Ulrich Beck pour dire que rationalité scientifique et rationalité sociale paraissent ici étroitement intriquées. Si elles ont tendance à être considérées distinctes, nous pouvons pourtant penser que les scientifiques, chargés de répondre aux questions qui traversent la société, développent des démonstrations qui influencent en retour les réactions sociales face aux risques. En somme, la rationalité « profane » est, pour Beck, orientée par sa référence à la science et aux relations causales qu'elle établie.

Cependant, Douglas et Fassin s'accorderaient pour dire que l'étude de ces « choix individuels » ne peuvent être réduits ni à des dénis, ni même à une pleine acceptation, mais doit prendre en compte les « processus de socialisation qui commencent dès l'enfance » (Fassin, 1996) ou encore « les interactions entre les personnes, leurs conseils échangés entre les uns et les autres, leurs persuasions et croyances mobilisées de manière intersubjective<sup>41</sup> ». Autrement dit, les relations entre les différents individus et les croyances qu'ils confrontent dans ces interactions, mobilisent et créent des conceptions du risque, auxquelles ils se réfèrent dans la pensée et dans l'action. Sur la suggestion de ces deux auteurs, nous pouvons supposer que les individus se saisissent des risques pour penser leurs pratiques, mais qu'ils peuvent développer d'autres formes de rationalité, et ainsi les ordonner

40 Ici employé au sens large de produits potentiellement addictif et/ou dont la consommation répétée ou excessive est jugée dommageable

41 « persons' interaction with one another, their advice to one another, their persuasions and intersubjective mobilizations of belief » (Douglas, 1992 : 40) traduit par nos soins

différemment des injonctions politiques (Lovell, 2001). Un ensemble d'études qualitatives produites à partir des années 2000, illustre tout particulièrement cette réflexion.

Ainsi, l'enquête de terrain menée en France par la sociologue Patricia Bouhnik sur les usagers de drogues en situation précaire, objet d'un article publié en 2002, nous informe que pour les personnes consommant par injection dans l'espace public – le plus souvent de manière contrainte, car il est aussi leur seule résidence ou qu'ils n'ont pas l'opportunité d'avoir accès à d'autres lieux de consommation « suffisamment sécurisés et tranquilles » – certaines alternatives en matière de prise de risque se voient restreintes. Dans un contexte où ce type de pratiques est étiquetée déviante ou délinquante, la menace d'être « vu » et jugé par des personnes étrangères au « monde de la drogue » ou encore l'appréhension d'être sujet d'une arrestation policière sont autant de situations que Patricia Bouhnik nomme le « risque d'interruption ». L'objectif est ici de démontrer en quoi la situation sociale de l'utilisateur pose certaines conditions supplémentaires aux risques sanitaires qu'il « choisit » de prendre. Notamment par rapport à des injecteurs pratiquant « à domicile » par exemple. De plus, en indiquant que ces situations, « vécue d'une manière particulièrement intensive par les femmes, accentue toujours plus les déséquilibres » (Bouhnik, 2002 : 27), la sociologue nous invite à penser l'intersectionnalité de ces inégalités, où le genre, l'âge et les conditions matérielles d'existence complexifie d'autant plus les rapports au corps physique et social.

Une deuxième enquête ethnographique, menée par Pascale Jamouille fait l'objet d'un article publié en 2001, et qui non sans rappeler le *Life Style model* présenté par Singer, se penche sur les « styles de vie liés aux drogues » de jeunes vivant la frontière belge, dans des quartiers marqués par le chômage et la précarité. L'anthropologue dévoile ainsi comment une valorisation du risque peut se supplanter au « modèle de prudence et de gestion mesurée du risque ». La drogue, sa vente ou sa consommation, s'aborde ici comme l'objet de rites initiatiques particulièrement masculins entre jeunes. S'y retrouve également mentionné, en contre-pied de la dévalorisation du consumérisme exacerbé évoqué par Douglas, l'articulation entre l'idéal véhiculé par la société de consommation ici abordée comme « le mythe social de la jouissance par la consommation », qui façonne en partie le rapport que ces groupes sociaux ont aux drogues. Au-delà même du seul rapport à la consommation, Pascale Jamouille entreprend de lister les idéaux structurels de ces « styles de vie », « En s'engageant dans les business et les usages de drogues, ces adolescents se créent des parcours initiatiques particuliers, illégaux, mais en concordance avec les valeurs sociales ambiantes : l'hédonisme, le consumérisme, l'initiative individuelle, la prise de risques, la suractivité, la performance, la compétition, l'affrontement, l'accès à la réussite sociale, la primauté de l'argent et des stratégies du paraître » (Jamouille, 2001 : 23). A notre sens, l'intérêt de cet article est qu'il fait état d'une

ambivalence significative, où la mise en valeur du risque et de la consommation de drogue se confronte au discrédit de la toxicomanie, considérée comme l'échec de l'usager à maîtriser sa consommation. Cette étude met ainsi en lumière comment la logique de gestion des risques peut être tout à fait intégrée aux logiques sociales des individus dans une quête d'être soi, où entre cependant en jeu des valeurs et des comportements normatifs qui s'écarte des discours de prévention, sans pour autant vouloir être associé à la pathologie.

Parallèlement, l'articulation de ces systèmes de représentation aux « situations d'expositions sociales » (Beck, 2008) aux risques s'aborde par différents chercheurs en terme reproduction sociale des inégalités. C'est premièrement en terme de classe sociale que Beck analyse les inégalités qui structurent les situations face aux risques. La répartition des richesses, où encore l'intérêt porté aux savoirs-savants et les injonctions en terme de mode de vie qu'ils valorisent, reproduiraient ainsi les iniquités à un autre niveau. Si Beck entreprend de démentir les projections marxistes en estimant que la pensée en terme rapports de classes semble aujourd'hui avoir perdu son pouvoir de mobilisation sociale, notamment par la progressive désolidarisation des ouvriers suite à l'amélioration générale des conditions de vie, il les retravaille pourtant dans leur continuité, en écrivant que « l'histoire de la répartition des risques montre bien que les risques, comme les richesses, obéissent à une logique de classes -mais elle est inversée- les richesses s'accumulent en haut, les risques en bas » (Beck, 2008 : 63). Pourtant comme tout buveurs d'alcool ou consommateur de cocaïne susceptibles d'être exposé au risque de dépendance, l'hypothèse des risques raisonne en terme a priori égalitaire. C'est alors au travers de l'expression « d'individualisation de l'inégalité sociale » que Beck traduit l'impossibilité pour la théorie du risque de saisir les inégalités structurelles autrement qu'au travers des conduites individuelles. Cette posture fait écho à nos yeux à l'analyse de cette inégale distribution des vulnérabilités observable à l'échelle mondiale que donne Fassin. Abordé au croisement de notre conception du progrès, d'inspiration hygiéniste, et du déclin généralisé de la violence physique et autoritaire dans les rapports de dominations, nous pouvons lire que « le monde contemporain, où certains ont pu voir l'achèvement d'une histoire civilisatrice, est un monde inégalitaire dans lequel l'inégalité est elle-même devenue en quelques sorte plus civilisée, et par conséquent moins visible et plus tolérable » (Fassin, 1996 : 115).

Mais l'apport majeur de l'anthropologue à notre sens, est qu'il nous amène à questionner les dynamiques de production scientifiques au prisme du politique. Le développement d'une littérature qui révèle, tout particulièrement à partir des années 2000, la répartition hiérarchique des prises de risques associées aux drogues, semble en effet significatif, en cela qu'il reflète les considérations

morales et idéologiques qui marquent son temps (Fassin, 1996). Ainsi, l'idée de prendre en compte les inégalités se retrouve également dans le discours addictologique qui postule que « des facteurs de vulnérabilité et de dérégulation vont accentuer les risques pris par l'individu tandis que des systèmes de protections et de régulation vont l'aider à ne pas aller trop loin » (Morel *et al.*, 2015 : 246). A notre sens, la traduction politique de ces dynamiques scientifiques, se retrouve dans la valorisation contemporaine des structure dit « à bas seuil » (Trépos, 2003), où le sevrage n'est pas exigé, voire entièrement évacué. La mise en place de salles de consommations à moindre risque que nous avons mentionné dans note introduction, semble dès lors illustrative des dispositifs récemment proposés dans l'objectif de contre-peser ces situations d'exposition inégale aux risques. Les politiques de santé publiques ne sont, en effet, guère indifférentes aux recherches concernant les facteurs socio-culturels qui façonneraient en partie les situations individuelles, et posent ainsi un nouveau cadre de recherche pour les sciences sociales que nous allons à présent discuter.

### *b Savants et profanes*

La question qui se pose à nous finalement, est celle de la littérature faisant état de la production et de la circulation des savoirs, savants, « indigènes » ou encore anthropologiques, dans les différents espaces où circulent les professionnels de la prise en charge, et le « public cible » des consommateurs de drogue. Nous avons eu l'occasion de voir que l'addictologie se présente en rupture d'une approche dite « par produit », bien que parallèlement dans une certaine continuité, les différents objets puissent prendre place différemment dans l'ordre symbolique des « drogues ». Dans ce même mouvement, Rivoirard tend à montrer en quoi le caractère illicite ou nouveau de certaines substances, contribuent à renforcer le sentiment de méconnaissance des soignants sur les pratiques de certains bénéficiaires. Ainsi, la rencontre des professionnels de la prise en charge avec les dépendants aux drogues illicites, dans ce cadre renouvelé, mène les professionnels à reconnaître que les usagers développent des savoirs liés à la maîtrise de leur consommation qu'ils n'ont pas.

A l'inverse, Lovell souligne que certains savoirs des experts médicaux s'entremêlent aux connaissances des usagers, qui utiliseront par exemple la cocaïne comme un anti-douleur là où d'autres prendraient des tranquillisant ou, pouvons nous rajouter, en « détournant » l'usage d'un médicament. Il n'est pas nouveau que l'utilisateur apprenne à faire l'expertise de sa consommation. Cependant, « depuis que l'utilisateur est considéré comme un acteur capable d'intervenir dans les questions qui le concernent, tout un vocabulaire a émergé pour mieux rendre compte de ce nouveau statut. Avec les « savoirs d'usage », on suppose que les pratiques des usagers forment une expérience sociale, urbaine, culturelle, etc. et que cette expérience, cumulée et réfléchie, permet de

déduire des compétences inédites » (Rivoirard, 2012 : 40), allant jusqu'à reconnaître aux consommateurs de drogue un « statut d'usagers-experts » (*ibid.*).

Ainsi, il semble que le passage à l'addictologie ait entraîné auprès des professionnels de soin, un nouveau rapport au savoir. Car non seulement la discipline propose un nouveau modèle de compréhension du trouble comme une maladie neurobiologique chronique incluant des « facteurs de vulnérabilités » sociales, mais également en accordant une valeur nouvelle aux logiques et connaissances spécialisées des individus. Cette reconnaissance des « savoirs d'usage », et la prise en compte croissante de la complexité des opérations de hiérarchisation des risques à l'échelle individuelle, ouvrent dès lors une voie particulièrement accueillante aux recherches ethnographiques. En France, la recherche en sciences sociales sur les usages de drogues s'est particulièrement développée à partir des années quatre-vingt-dix, s'organisant à travers différents programmes. La création en 1994 d'un groupement de recherche par le CNRS, nommé « Psychotropes, politique et société » et dirigé par Alain Ehrenberg ; ou encore le programme soutenu financièrement par la MIDECA, « Sciences sociales, drogues et sociétés », de l'EHESS, coordonné par la sociologue Marie Jauffret-Roustide ; illustrent l'intérêt scientifique et politique montant pour une approche sociale de la problématique des drogues. Tout comme, par ailleurs, la création de revues spécialisées telles que *Drogues, santé et société*, ou *Psychotropes*. La multiplication des articles sur le sujet dans d'autres revues de sciences sociales permet également la diffusion de cette littérature de plus en plus foisonnante. Les enquêtes en sciences sociales sur les usages de drogue, en cela qu'« elles permettent de mieux connaître les modalités de consommation et les contextes d'usages » (Faugeron et Kokoreff, 1999), paraissent d'autant plus encouragées en se concevant comme un outil utile de réajustement des programmes de prévention.

Toutefois, certaines limites à l'expansion de ces recherches se révèlent significatives. Dans un article publié en 1999, les sociologues Claude Faugeron et Michel Kokoreff se proposent ainsi de faire un bilan sur l'état des recherches concernant les pratiques sociales des drogues en France. Face au constat que la majorité des productions s'inscrivent dans la « tradition de recherches ethnographiques menées auprès de populations marginales et déjà stigmatisée » (Faugeron et Kokoreff, 1999: 12), les deux auteurs s'accordent pour inviter les chercheurs à développer les études sur les usages des « populations cachées », plus intégrées socialement. Si l'article est paru il y a de ça près de vingt ans, on peut tout de même avancer que les enquêtes semblent aujourd'hui s'ouvrir aux nouveaux « objets » de l'addictologie, comme en témoignent les études naissantes sur les jeux-vidéos par exemple (Wendling, 2006 ; Roustan 2005).

A la lumière d'un article rédigé par deux anthropologues, Florence Piron et Marie Couillard (1996),

se pose finalement à nous la question du rapport que les chercheurs en anthropologie entretiennent avec les dispositifs gestionnaires des problèmes sociaux, d'autant plus lorsque ces derniers étudient les faits de leur société d'origine. Dans un premier temps, c'est tout justement dans le choix de ses objets d'étude que l'anthropologie peut prendre part à l'entreprise de gouvernementalité contemporaine pour ces deux auteurs. Lorsqu'elle produit des savoirs sur des groupes d'individus « problématiques »<sup>42</sup> désignés comme nécessitant une intervention, elle participerait à réduire les pratiques et identités de ces individus à leur catégorisation épidémiologique, et contribuerait à en réaffirmer l'évidence. Ainsi, bien que parfois indirectement, les recherches scientifiques tendraient à légitimer l'action. Mais c'est d'autant plus par l'usage des savoirs théoriques qu'elle produit, que l'anthropologie, conçue comme un corpus de connaissances scientifiques du social, se retrouve prise dans des enjeux socio-politiques.

Ce phénomène de récupération des concepts que la discipline se propose de définir pour penser le social, pourrait alors s'illustrer par l'intérêt qu'accordent les addictologues aux déterminants sociaux dans la prise en compte des « facteurs de vulnérabilités » au trouble de l'addiction.

Cependant, il nous semble qu'il apparaît moins dans cette présentation multifactorielle de la dépendance que véritablement dans l'orientation des politiques d'intervention en matière de risque, comme le souligne Lovell, quant à la réappropriation de la notion de « culture » par les dispositifs de réduction des risques pour penser les toxicomanes. Participant, dans cet emploi spécifique, à construire une représentation des toxicomanes comme des individus repliés dans un entre-soi, plus que des sujets qui feraient partie de la société au-delà de leur pratiques jugées problématiques. Dans ce cas, penser la toxicomanie comme une sous-culture, un « style de vie », semble révéler la construction d'une figure d'altérité, plus qu'une volonté de mener une approche sociale du problème de la toxicomanie dans une démarche anthropologique.

Dans cette logique, la prudence que devraient appliquer les anthropologues qui choisissent d'étudier des groupes ciblés, serait de ne pas se voir considérer comme des experts de cette différence profane s'ils ne souhaitent pas voir leur production scientifique profitable à l'entreprise politique. « La connaissance scientifique constitue un appui indispensable, peut-être en dépit des intentions de ses auteurs, à l'entreprise de gouvernementalité du social. D'où ambiguïté troublante, à nos yeux, de l'intérêt des sciences sociales pour les « problèmes sociaux », les « groupes à risques » et les « marginaux » ou les « exclus ». En contribuant à la construction dans le monde social des normes

---

42 L'emploi de ce terme, s'il fait référence au qualificatif retrouvé dans les discours politiques ou médicaux, peut également désigner, comme le souligne Piron et Couillard, les femmes violentées par exemple, et tend ainsi plus à signifier qu'il appelle à des prises de décisions qui relève d'agent politiques chargés d'améliorer les conditions d'existence des individus, qu'une étiquette attribuée à des groupes d'individus pour leur pratique moralement condamnable.

et de la marginalité, de la déviance et de la différence, les sciences sociales participent activement à la construction même de ce monde » (Piron et Couillard, 1996 : 13).

Si Piron et Couillard semblent ici chercher à mettre en garde les scientifiques quant aux usages de leur science et aux effets opérationnels de cette participation, l'objectif utilitaire de la recherche se défend pourtant pour d'autres chercheurs. La question de savoir si l'anthropologie est ou non « applicable » (Gruénais, 2012), notamment depuis l'épidémie de sida, a été retravaillée par des scientifiques-militants<sup>43</sup> au travers de recherches-actions qui ont depuis balisés de nouveaux mode de production de savoirs en lien avec l'intervention. De même que, comme le souligne Sylvie Fainzang (2001) à propos de l' « anthropologie médicale critique » que défend Singer,

C'est pourquoi le débat mené par ces deux anthropologues, donne une impression de se centrer sur une question morale, autour de la « bonne » ou « mauvaise » manière de faire de l'anthropologie. En avançant que les anthropologues doivent « rester fidèles » à la description et à l'explication, et non à la production du monde qu'ils étudient, la critique ici défendue semble pointer une dénaturalisation des sciences sociales. Toutefois, la posture de Piron et Couillard se soutient au vu de « la place un peu caricaturale de spécialiste de la « traduction culturelle » » (Gruénais, 2012 : 2) qui a pu être attribuée à l'anthropologue à son émergence dans le champ médical. Sans dire que les sciences sociales ont su démanteler le « paradigme positiviste » dominant, la légitimité de sa présence a depuis été renégociée. « Inconfortable » ou « Indisciplinée » (Piron et Couillard, 1996 ; Gruénais, 2012), l'anthropologie, par sa démarche plus ou moins critique et ses outils majoritairement qualitatif, continue de questionner les catégories comme l'addiction. A notre sens, il est important que les anthropologues sachent produire un retour critique sur les usages qui sont fait de leur production ou de la reconnaissance qu'on leur accorde, tout autant que le contexte et l'historicité des objets qu'elle se donne à étudier. Dans la lignée des arguments de Sylvie Fainzang (2001) ces questionnements épistémologiques n'empêchent pas pour autant les chercheurs à pratiquer de nouveaux terrains pour affiner les outils méthodologiques de la discipline et ainsi participer à nourrir une production théorique qui tente de mettre en lumière les logiques sociales et culturelles qui façonnent ses objets.

Pour conclure, ce retour réflexif cherchant à illustrer les propos de Douglas : « Non seulement le blâme, mais toute connaissance est politisée<sup>44</sup> », nous invite à nous écarter des tendances de recherche actuelles qui axe majoritairement leurs réflexions sur les usagers, leurs pratiques et leurs appréhensions des modes d'encadrements ; pour penser nécessaire, l'exploration d'espaces jusqu'ici

---

43 Nous pouvons citer à ce titre la sociologue Anne Coppel, engagée dans la lutte pour la réduction des risques liés aux usages de drogues

44 «not just blaming but all cognition is politicized» (Douglas, 1992 : 8) traduit par nos soins



relativement peu investi par les recherches empiriques dans le champ des addictions aux drogues. Sans pour autant dévaluer ou discréditer ces dynamiques, il paraîtrait intéressant de renouveler le regard sur l'institution, nos représentations communément partagées sur le corps médical ou encore les modalités d'appropriation des logiques addictologique dans les dispositifs de soin par exemple. Si ces objets ne se réfèrent pas à une conception de la grande altérité qu'il s'agirait de compenser, ils ne nous semblent pas moins éligible au questionnement anthropologique.

## Conclusion

La notion d'addiction, au cœur du processus de redéfinition du trouble de la dépendance aux drogues, apparaît comme le fer de lance scientifique des acteurs politiques et administratifs promoteurs d'une restructuration du système de régulation. L'institutionnalisation de la spécialité médicale addictologique quant à elle, a permis aux acteurs médicaux, de faire reconnaître de nouvelles catégories de pensée pour désigner les maux de notre temps. Si cette dernière paraît en rupture du modèle de la toxicomanie, elle épouse cependant le paradigme du risque pour ordonner différemment les pratiques qui relèvent du pathologique. L'addiction aux drogues, abordée tout au long de ce mémoire comme un fait de société, met ainsi en lumière des rapports de pouvoir entre différents acteurs rassemblés autour de cet objet, luttant ou coopérants pour faire valoir leurs intérêts. En axant notre réflexion sur les processus de création de références savantes, il apparaît que, des sciences médicales aux sciences de l'Homme, la question de la gouvernementalité revient de manière transversale. Premièrement, comme un outil d'analyse des productions scientifiques, mais également, comme objet de recherche à part entière dont se saisit l'anthropologie. Cette perspective permet de dégager les conceptions du pouvoir qui structurent, de manière sous-jacente, différentes pratiques sociales autour de l'addiction aux drogues. Pouvoir de l'addictologie à produire un savoir théorique fiable et opérant, pouvoir du dépendant à d'agir sur son comportement pour en limiter les dommages, pouvoir de la santé publique à résoudre des problématiques sociales... Le corpus littéraire ici mobilisé nous permet de penser leur articulation en système, à d'autres catégories symboliques. Ainsi, l'organisation des dispositifs de prise en charge des usagers de drogues, révèle se construire en partie sur une projection culturelle du sujet social, l'individu. Supposant l'unité d'un corps et d'un esprit, cette notion permet non seulement de concevoir la médicalisation du corps sans pour autant prétendre guérir le trouble mental de l'addiction. Les politiques de gestion collective des états de santé mobilisant à une autre échelle, les abstractions d'« autonomie » et de « rationalité », pour construire en partie leur rhétorique autour de la responsabilité individuelle. Ainsi, l'usage de drogues peut s'appréhender à la fois du point de vue de la « liberté » de l'individu à disposer de son corps, tout comme, paradoxalement, une adaptation stratégique à son environnement social. Dans tous les cas, il revient au consommateur d'*apprendre* à évaluer les risques et bénéfices de ses pratiques d'après le modèle d'interprétation qu'en font les institutions de santé. Ces injonctions relevant, comme le souligne de nombreuses ethnographies à ce sujet, de compétences acquises socialement. De plus, l'addictologie, qui a dans un premier temps rencontré des résistances morales et administrative à sa reconnaissance, a finalement obtenu le statut de spécialité médicale institutionnalisée. Ce renversement illustre le caractère dynamique des

enjeux socio-politiques qui traversent les sciences médicales en quête de validation. Entre les différentes conditions, qui ont permis à la notion d'addiction d'être opérationnelle, notre attention s'est portée sur l'implication de l'épidémiologique, qui, en s'appliquant à déchiffrer les taxinomies addictologiques d'usages « à risque » ou « abusif », lui accorde symboliquement une dimension « objective », entendue communément comme une preuve de l'impartialité du discours scientifique. Cependant, le contexte d'urgence sanitaire provoqué par l'épidémie de sida, se présente également comme un facteur de taille dans le processus de reclassement de la maladie, en mettant à l'épreuve les politiques quant à la question de la régulation des usages de drogues. La redistribution de la toxicomanie dans l'ordre des menaces sociales et sanitaires, favorisant l'émergence de dispositifs qui visent, en priorité, le recul du phénomène de contagion face au modèle d'abstention ; paraît ainsi avoir activement participé à bouleverser les conceptions jusque-là dominante de cette pathologie. Aborder l'addiction aux drogues illicites dans une perspective anthropologique, nous permet ainsi de montrer en quoi cette catégorie est performative. En étant prise dans un ensemble plus vaste de logiques culturelles, le trouble ainsi nommé s'incorpore à nos représentations du monde, comme une référence collective pour penser le soi et les autres. Dans la continuité de ce travail, nous pourrions questionner l'appropriation du paradigme addictologique par les équipes soignantes, pour tenter de saisir, au moyen d'une approche ethnographique, comment font sens les pratiques quotidiennes des intervenants dans ce cadre normatif spécifique.

## Bibliographie

- Bachmann, Christian et Anne Coppel. 1989. *Le dragon domestique: deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue* A. Michel.
- Balandier, Georges. 1967. « Domaine du politique », in *Anthropologie politique*, Paris, Les Presses Universitaires de France : 28–60.
- Beck, Ulrich. 2008. *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*, Paris Flammarion.
- Becker, Howard Saul. 1963. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*, GlencoeFree Press.
- Bensa, Alban et Eric Fassin. 2002. « Les sciences sociales face à l'événement », *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, n° 38 : 5-20.
- Bergeron, Henri. 2009. *Sociologie de la drogue*, Paris La Découverte.
- Bergeron, Henri. 2004. « Politiques européennes, trajectoires historiques », *Revue Projet*, n° 5 : 67–72.
- Bergeron, Henri. 1999. « Politiques publiques et croyances collectives. Analyse socio-historique de la politique française de soins aux toxicomanes de 1970 à 1995 », *Déviance et société*, vol. 23, n° 2 : 131–147.
- Berlivet, Luc. 2001. « Déchiffrer la maladie ». DOZON Jean-Pierre, FASSIN Didier,(éd.), *Critique de santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Balland: 309–342.
- Bouhnik, Patricia. 2002. « La drogue comme expérience intime », *Ethnologie française*, vol. 32, n° 1 : 19–29.
- Boujot, Corinne. 2007. « Pour une ethnologie des poisons », *Ethnologie française*, vol. 34, n° 3 : 389-396.
- Bourgois, Philippe. 2001. *En quête de respect: Le crack à New York*, Paris Seuil.
- Castel, Robert. 1983. « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 47, n° 1 : 119–127.
- Coppel, Anne. 1996. « Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France », *Communications*, vol. 62, n° 1 : 75–108.
- Costes, Jean-Michel. 2013. « De la guerre à la drogue à la prévention des addictions: à quand l'ouverture de l'impossible débat? », *Psychotropes*, vol. 19, n° 1 : 9–26.
- Dassieu, Lise. 2014. « La définition d'un trouble à la croisée de plusieurs mondes: controverses et compromis autour des traitements de substitution aux opiacés », *Socio-*

*logos. Revue de l'association française de sociologie*, n° 9 .

- Dioun, Cyrus. 2016. « Negotiating Moral Boundaries: Social Movements and the Strategic (Re) definition of the Medical in Marijuana Markets ». *ResearchGate*
- Douglas, Mary. 1992. *Risk and blame essays in cultural theory*, London; New YorkRoutledge.
- Douglas, Mary, 1971. *De la souillure : essai sur les notions de pollution et de tabou*. Trad. de l'anglais par Anne Guérin. Paris, F. Maspero.
- Ehrenberg, Alain. 1996. « Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques », *Communications*, vol. 62, n° 1 : 5-26.
- Eyraud, Benoît et Livia Velpry. 2011. « Ce que l'histoire de la psychiatrie nous dit de la psychanalyse », *Revue du MAUSS*, n° 1 : 103–120.
- Fainzang, Sylvie. 2001. « L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n° 2 : 5–28.
- Fassin, Didier. 2009. « Les économies morales revisitées », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 64e année, n° 6 : 1237-1266.
- Fassin, Didier. 2000. « Entre politiques du vivant et politiques de la vie », *Anthropologie et sociétés*, vol. 24, n° 1 : 95–116.
- Fassin, Didier. 1996. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*. Presses universitaires de France.
- Fatséas, Mélina et Marc Auriacombe. 2009. « Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie », in *Abrégé d'addictologie* Masson, Paris: 62–69.
- Faugeron, Claude et Michel Kokoreff. 1999. « Les pratiques sociales des drogues: éléments pour une mise en perspective des recherches en France », *Sociétés contemporaines*, vol. 36, n° 1 : 5–17.
- Fernandez, Fabrice. 2010. *Emprises*. Larcier.
- Feroni, Isabelle et Anne M. Lovell. 2007. « Les dispositifs de régulation publique d'un médicament sensible: le cas du Subutex®, traitement de substitution aux opiacés, Abstract », *Revue française des affaires sociales*, n° 3 : 153-170.
- Fortané, Nicolas. 2016. « Une mobilisation contre la santé ? Les producteurs d'alcool face à la notion d'addiction », *Sciences sociales et santé*, vol. 34, n° 1 : 77-101.
- Fortané, Nicolas. 2014. « La carrière politique de la dopamine », *Revue française de science politique*, vol. 64, n° 1 : 5-28.

- Fortané, Nicolas. 2013. « Constitution et délimitation d'un groupe réformateur: qui fabrique les drug policiés? », *Le Naour Gwenola et Massardier Gilles (dir.):* 197–209.
- Fortané, Nicolas. 2010. « La carrière des «addictions» », *Genèses*, n° 1 : 5–24.
- Garcia, Angela. 2010. *The pastoral clinic: Addiction and dispossession along the Rio Grande* Univ of California Press.
- Gruénais, Marc-Eric. 2012. « L'anthropologie sociale est-elle inapplicable ? », *Bulletin de l'APAD*, n° 34-36 .
- Guerrieri, Riccardo et Patrice Pinell. 1984. « Expériences des drogués et positions institutionnelles : le cas de l'hôpital Marmottan », *Sciences sociales et santé*, vol. 2, n° 3 : 39-65.
- Jamouille, Pascale. 2001. « Enquête de terrain auprès de professionnels », *Psychotropes*, vol. 7, n° 3 : 11-29.
- Jauffret-Roustide, Marie. 2006. « Sciences sociales et épidémiologie: des approches méthodologiques qui se complètent, à propos de la question des pratiques à risque chez les usagers de drogues », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol. 2, n° 3 : 21–23.
- Kirsch, Marc. 2011. « La question de l'addiction, entre biomédecine et sciences humaines. Deuxième partie: la construction du concept d'addiction », *Médecine*, vol. 7, n° 10 : 467–472.
- Le Naour, Gwenola. 2015. *Drogues, sida et action publique: Une très discrète politique de réduction des risques* Presses universitaires de Rennes.
- Lovell, Anne-Marie, 2001. « Ordonner les risques: l'individu et le pharmaco-sociatif face à l'injection de drogues », DOZON Jean-Pierre, FASSIN Didier,(éd.), *Critique de santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Balland: 309–342.
- Mathieu, Lilian. 2005. « Repères pour une sociologie des croisades morales », *Déviance et Société*, vol. 29, n° 1 : 3-12.
- Morel, Alain, Jean-Pierre Couteron et Patrick Fouilland. 2015. *Aide-mémoire - Addictologie - 2e éd.: en 49 notions* Dunod.
- Peretti-Watel, Patrick, François Beck et Stéphane Legleye. 2007. *Les usages sociaux des drogues* Presses universitaires de France.
- Perreault, Marc. 2009. « Rites, marges et usages des drogues: représentations sociales et normativité contextuelle », *Drogues, santé et société*, vol. 8, n° 1 : 11–55.
- Perrin, Michel. 1985. « Chez les Indiens la drogue structure », *Le Temps stratégique*, vol. 12.

- Piron, Florence et Marie-Andrée Couillard. 1996. « Les usages et les effets sociaux du savoir scientifique », *Anthropologie et sociétés*, vol. 20, n° 1 : 7–26.
- Reynaud, Michel, Philippe-Jean Parquet et Gilbert Lagrue. 1999. *Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives* Odile Jacob.
- Rivoirard, Anna. 2012. « Soins et dépendance », *Le sociographe*, n° 3 : 37–45.
- Roustan, Mélanie. 2005. « Sous l'emprise des objets? Une anthropologie par la culture matérielle des drogues et dépendances », Université René Descartes-Paris V.
- Saillant, Francine et Éric Gagnon. 1999. « Vers une anthropologie des soins », *Anthropologie et sociétés*, vol. 23, n° 2 : 5–14.
- Singer, Merrill. 2012. « Anthropology and addiction: an historical review », *Addiction*, vol. 107, n° 10 : 1747–1755.
- Taïeb, Olivier. 2011. *Les histoires des toxicomanes: Récits et identités dans les addictions*. PUF
- Trépos, Jean-Yves. 2007. « La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 114 : 93-108.
- Vuillaume, Dominique. 2016. « Entre toxicomanie et addiction, l'impossible assimilation de l'alcool à une drogue », *Sciences sociales et santé*, vol. 34, n° 1 : 103-110.
- Wendling, Thierry. 2006. « Une approche anthropologique de l'addiction aux jeux vidéo », *Dépendances* vol. 28.
- Yvorel, Jean-Jacques. 2016. « De la loi «Lafarge» à la loi de 1916. Aux origines de la pénalisation des stupéfiants », *Psychotropes*, vol. 23, n° 2 : 9–23.
- Zafirooulos, Markos et Patrice Pinell. 1982. « Drogues, déclassement et stratégies de disqualification », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 42, n° 1 : 61–75.