



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

Archive ouverte UNIGE

<https://archive-ouverte.unige.ch>

Master

2010

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Addiction et réinsertion: quelle réalité ? Analyse des trajectoires de réinsertion sociale et professionnelle d'anciens toxicodépendants

Thévoz, Camille

How to cite

THÉVOZ, Camille. Addiction et réinsertion: quelle réalité ? Analyse des trajectoires de réinsertion sociale et professionnelle d'anciens toxicodépendants. Master, 2010.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:9608>

© This document is protected by copyright. Please refer to copyright holder(s) for terms of use.



***Addiction et réinsertion : quelle réalité ?
Analyse des trajectoires de réinsertion sociale et
professionnelle d'anciens toxicodépendants***



MEMOIRE REALISE EN VUE DE L'OBTENTION DE LA
MAITRISE UNIVERSITAIRE EN EDUCATION SPECIALE

Mémoire de Master présenté par :

Camille THEVOZ

Rédigé sous la direction de Monsieur Fernando CARVAJAL SANCHEZ

Jury:

Madame Gisela CHATELANAT

Madame Britt-Marie MARTINI-WILLEMEN

Monsieur Olivier RIGHETTI

Université de Genève

Faculté des Sciences de l'Éducation de Genève

Éducation spécialisée

Février 2010

*A Emilie,
A mon père, Gérard.*

Table des matières

Remerciements

<u>1.Introduction</u>	8
1.1 Motivation personnelle.....	9
<u>2. Cadre théorique</u>	11
2.1 Le concept d'addiction.....	11
2.1.1 <i>L'évolution d'un concept à travers le temps</i>	11
2.1.2 <i>La construction sociale de la toxicomanie</i>	18
2.1.3 <i>La consommation de psychotropes :</i> <i>les substances, leurs classifications et leurs usages</i>	21
2.1.4 <i>Le flou des termes : toxicomanie, dépendance, addiction:</i> <i>quelles différences, quelles implications ?</i>	23
2.1.5 <i>La politique suisse en matière de drogue :</i> <i>le modèle des quatre piliers</i>	32
2.2 Addiction et socialisation	38
2.2.1 <i>Les personnes toxicodépendantes</i>	38
2.2.2 <i>Consommateurs intégrés et gestion de la consommation :</i> <i>mythe ou réalité ?</i>	43
2.2.3 <i>Toxicodépendance et lien social</i>	50
2.2.4 <i>Travail et lien social</i>	52
2.2.5 <i>Réinsertion sociale et toxicodépendance</i>	53
2.2.6 <i>S'en sortir », en Suisse aujourd'hui :</i> <i>quelles possibilités, quelles implications ?</i>	57
2.2.7 <i>Une réponse spécifique : L'Association ARGOS</i>	60
2.2.8 <i>Le « parcours ARGOS »</i>	62

<u>3. Méthode</u>	68
3.1 Questions et hypothèses de recherche.....	68
3.2 Démarche méthodologique.....	70
3.2.1 <i>Les sujets</i>	70
3.2.2 <i>Constitution de l'échantillon</i>	70
3.2.3 <i>Récolte des données : l'entretien semi-directif</i>	73
3.2.4 <i>Les particularités de la retranscription</i>	74
3.2.5 <i>L'analyse des données</i>	75
3.3 Méthodologie de la recherche.....	78
3.3.1 <i>La recherche qualitative</i>	78
3.3.2 <i>La théorisation ancrée ou grounded theory</i>	80
<u>4. Présentation des acteurs</u>	82
4.1 Le « cas » d'Emilie.....	82
4.1.1 <i>Histoire de Vie</i>	82
4.1.2 <i>Le projet effectué avec Emilie</i>	85
4.2 Portraits des personnes interviewées.....	86
4.2.1 <i>Vincent</i>	88
4.2.2 <i>Lydia</i>	89
4.2.3 <i>Esteban</i>	90
4.2.4 <i>Nora</i>	91
4.2.5 <i>Lucie</i>	92
4.2.6 <i>Marco</i>	93
4.2.7 <i>Stefano</i>	94
<u>5. Analyse des entretiens</u>	95

5.1	Le travail.....	96
5.1.1	<i>Le travail comme identité sociale.....</i>	96
5.1.2	<i>Le travail comme organisateur temporel.....</i>	98
5.1.3	<i>Le travail vécu comme un « aboutissement », une « concrétisation ».....</i>	101
5.1.4	<i>L'instrumentalisation du travail.....</i>	105
5.2	Les rapports au produit dans la réinsertion sociale et professionnelle.....	108
5.2.1	<i>Rapport ambigu.....</i>	109
5.2.2	<i>Rapport thérapeutique.</i>	112
5.2.3	<i>Rapport d'abstinence.....</i>	114
5.2.4	<i>Rapport contrôlé.....</i>	116
5.3	Les remises en cause de la pratique toxicodépendante comme facteurs de mise en place de la réinsertion sociale et professionnelle.....	117
5.3.1	<i>L'épreuve du fond.....</i>	118
5.3.2	<i>Le constat des dommages.....</i>	120
5.3.3	<i>La peur des risques.....</i>	123
5.3.4	<i>L'épuisement de l'expérience.....</i>	123
5.4	Le parcours de soins comme facteur de réinsertion.....	126
5.4.1	<i>En centre résidentiel.....</i>	126
5.4.2	<i>En centre ambulatoire.....</i>	131
5.5	La formation professionnelle comme facteur de réinsertion.....	134
5.5.1	<i>La dimension « certifiante » de la formation.....</i>	135
5.5.2	<i>La dimension « cognitive » de la formation.....</i>	140
6.	<u>Conclusion.....</u>	144
6.1	Synthèse.....	144
6.2	Les limites de la recherche.....	146
6.3	Perspectives.....	149
6.3.1	<i>Par rapport à la recherche.....</i>	149

6.3.2	<i>Par rapport au terrain</i>	149
6.4	Conclusion personnelle.....	152
<u>7. Bibliographie</u>		154
<u>8. Annexes</u>		158
Annexe 1 : Les institutions ARGOS.....		158
1.1	<i>Le secteur ambulatoire : L'Entracte</i>	158
1.2	<i>Le CRMT (Centre Résidentiel à Moyen Terme)</i>	161
1.3	<i>Le Toulourenc</i>	164
Annexe 2 : Réseau institutionnel genevois couvrant le secteur des addictions.....		166
Annexe 3 : Guide d'entretien.....		167
Annexe 4 : Retranscription des entretiens		
4.1	<i>Esteban</i>	168
4.2	<i>Nora</i>	172
4.3	<i>Emilie</i>	180

Remerciements

Ce mémoire fût une belle aventure humaine, emplie de moments de doutes et de satisfaction. Pour sa réalisation, je suis redevable à un grand nombre de personnes.

Merci tout d'abord à Emilie sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour. La confiance qu'elle a su m'accorder, nous a permis d'effectuer un projet très riche, ayant guidé la base de mes réflexions. Je la remercie également d'avoir partagé avec moi tant d'aspects personnels de sa vie qui apportent une dimension humaine indéniable à ce travail.

Merci à toutes les personnes ayant accepté d'être interviewées. Je les remercie pour leur confiance et leur authenticité, les moments passés avec eux furent d'une grande richesse et leur témoignage m'a permis d'apprendre énormément autour du sujet de ce mémoire.

Merci à mon père, sans qui je ne serai peut-être pas parvenue à achever ce travail. Je le remercie pour ses encouragements et tout le temps qu'il a passé à m'épauler ; pour sa patience, ses critiques constructives et toutes les discussions que nous avons eu l'occasion de partager.

Merci à Ravena pour sa relecture minutieuse et ses commentaires précieux.

Finalement, je remercie ma famille ; ma mère, ma sœur et mon frère, ainsi que Karim et mes amis proches qui m'ont encouragé et supporté tout au long de ce travail.

Merci pour votre patience, votre compréhension et toutes vos attentions.

Camille Thévoz

*« Être réinsérée c'est avoir une vie sociale aussi, tout en étant à l'AI...
C'est de pouvoir croiser les gens en les regardant dans les yeux,
en étant contente de moi... Retrouver mon estime... ».*

Emilie

1. Introduction

« C'est notre idée de la nature humaine, de sa liberté et de ses limites,
qui est en jeu dès lors que l'on prononce le mot *drogue* »

A. Ogien¹

La « drogue » est un concept complexe qui a toujours suscité de grands questionnements, mais également beaucoup de préjugés et de stigmatisation à l'égard des consommateurs. Toutefois, depuis une vingtaine d'années, cette problématique a subi une évolution importante. Comme nous le verrons, les causes de celle-ci sont multiples. Mentionnons notamment les changements culturels et idéologiques relatifs aux psychotropes. Leur statut a beaucoup évolué selon les époques, les faisant passer de produits aux pouvoirs subversifs et contestataires vers une logique « d'auto-thérapie » nécessaire pour faire face aux mutations socio-économiques par exemple. Le prix et l'accessibilité des produits ont aussi entraînés d'importants changements en ce qui concerne les différentes modalités d'usage des produits psychotropes. De fait, de nombreux débats, tant politiques que théoriques, ont montré l'intérêt d'un changement quant au langage et aux catégories de références utilisées jusqu'à présent, lesquels ont participé à une certaine évolution tant au niveau des mentalités qu'au niveau des modèles d'intervention.

L'un des changements majeurs fut l'établissement de l'approche dite de « réduction des risques » au sein du modèle politique suisse en vigueur. C'est l'introduction puis le développement de cette approche qui a permis la mise en place de la politique des quatre piliers. Politique dont les implications ont engendré, non seulement un changement dans la manière d'appréhender la problématique, mais également au niveau de la prise en charge des personnes toxicodépendantes. Elle a aussi donné lieu au développement de nouvelles représentations et compréhensions de la conduite addictive. En effet, ce modèle a aujourd'hui une place centrale dans la politique suisse de la drogue dans la mesure où il « lutte contre la toxicomanie avec comme objectif premier la réinsertion sociale et professionnelle du toxicodépendant » (Caiata Zufferey, 2006a, p.83). Ce travail de mémoire s'inscrit dans cette perspective puisqu'il s'intéresse à la question de *la réinsertion sociale et professionnelle des personnes toxicodépendantes*.

¹ Ogien, A., (1994) L'usage de drogues peut-il être un objet de recherche ?, In Ogien, A., Mignon, P., (dirs) *La demande sociale de drogues*. Paris, La Documentation Française, pp. 7-12

Dans un contexte en constante évolution, où les modalités de sorties et les formes qu'elles peuvent prendre sont multiples, les frontières de la toxicodépendance sont de plus en plus floues. Il y a une quinzaine d'année, la zone entre toxicodépendance et non toxicodépendance était claire puisqu'elle était caractérisée par l'accès à l'abstinence. Aujourd'hui, de multiples autres possibilités sont reconnues, comme la stabilisation des programmes de méthadone, la prescription contrôlée d'héroïne ou la gestion de consommation. Aussi, « entre le "noir" de l'usage compulsif et le "blanc" de l'abstinence, une zone avec des multiples tonalités de gris est apparue » (Caiata Zufferey, 2006b, p.15). Dès lors, derrière ces différentes possibilités d'affranchissement, l'objectif visé est avant tout la réinsertion sociale et professionnelle des personnes, que celles-ci poursuivent ou non une consommation illégale de psychotropes. Cependant, on peut se demander de quelles manières les personnes toxicodépendantes parviennent à définir « leur sortie » alors que les finalités de celle-ci ne sont plus aussi claires qu'auparavant ? Comment, ou sur quelles bases, parviennent-elles à « construire » leur processus de réinsertion ? Existe-t-il des facteurs favorisant sa mise en place et sa réussite ? Pour répondre à ces questions complexes et multidimensionnelles, j'ai développé une démarche de recherche empirique à travers le recueil et l'analyse du parcours de réinsertion de huit personnes ayant eu des problèmes de toxicodépendance. Celles-ci s'inscrivent dans un cadre spécifique et double : celui de l'addiction et de la socialisation.

J'expliciterais en première analyse, les éléments qui façonnent ces deux dimensions ceci afin de pouvoir situer le contexte sémantique, politique et social dans lequel elles se situent. Ensuite de quoi l'analyse des trajectoires de vie des sujets me permettra de mettre en lien le traitement de l'addiction et le processus de réinsertion, afin de relever des « facteurs de réinsertion ».

1.1 Motivations personnelles

J'ai souhaité effectuer mon mémoire sur cette thématique, car elle m'a toujours beaucoup intéressée, mais mon intérêt fût ravivé à la suite d'un stage de six mois effectué au Toulourenc (Centre résidentiel accueillant des personnes toxicodépendantes à Genève), dans le cadre de mon Master en éducation spéciale. En effet, durant celui-ci, j'ai eu l'occasion d'accompagner Emilie (prénom fictif) dans son processus de réinsertion sociale, ce qui a engendré chez moi un intérêt important mais également soulevé un grand nombre de questions. Ce stage m'a permis de

constater de manière plus « concrète » les différents enjeux, et surtout les difficultés qui sous-tendent le processus de réinsertion d'une personne ayant eu des problèmes de dépendance. Cette expérience d'accompagnement constitue donc la « base » des questionnements nécessaires à la mise en place de ce travail.

Cependant, comme je souhaitais effectuer une réflexion plus large, je ne pouvais pas me contenter de l'analyse du parcours de réinsertion d'une seule personne. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité prendre appui sur l'expérience d'autres consommateurs ou ex-consommateurs en phase de réinsertion, réinsérés depuis peu ou depuis plusieurs années. Ceci, dans le but d'avoir un regard concret sur la problématique, mais également afin de tenir compte des phénomènes de changement évoqués plus haut. En effet, en comparant le parcours de ces personnes, nous pourrions peut-être constater l'évolution des pratiques professionnelles dans « un contexte social touché par la transformation des politiques de pourvoyance et de contrôle sur les usages des drogues » (Riviera Largacha, 2007, p. 9).

2. Cadre théorique

2.1 Le concept d'addiction

2.1.1 L'évolution d'un concept à travers le temps

« On oublie souvent que si, aujourd'hui, le monde affronte la toxicomanie, il a toujours connu l'usage de la drogue. »

Bachmann & Coppel²

Dans le but de comprendre l'action publique en matière de toxicomanie, il me semble nécessaire d'effectuer un retour historique sur cette notion et sur la place que les drogues ont joué au sein de nos sociétés au cours du temps. L'usage des substances illicites a toujours suscité des questionnements et ses statuts ont considérablement variés selon les époques puisqu'elles « désignaient auparavant des remèdes médicaux ou bien des épices et des arômes. Le mot "drogue" avait jusqu'aux années cinquante une connotation assez positive » (Farges, E., 2002, p.5). Intéressons nous brièvement aux évolutions qu'a connu ce concept afin de comprendre le statut qu'il occupe dans les sociétés occidentales actuelles. Pour ce faire, je m'appuierai essentiellement sur le travail effectué par Eric Farges (2002). Dans le cadre de sa recherche visant à analyser la transition des politiques publiques en matière de toxicomanie au modèle de réduction des risques en France et en Italie, il s'est attaché à expliciter l'évolution de la toxicomanie à travers le temps. Son analyse m'a semblé complète et pertinente, c'est pourquoi j'ai choisi de m'y référer.

La notion de drogue semble remonter aux premières civilisations humaines (Bachmann & Coppel, 1989). Elle est à comprendre dans sa définition la plus large, c'est-à-dire comme « une substance pouvant altérer les états de conscience de l'homme » (Farges, E., 2002, p.5). En effet, les premières références à l'utilisation d'opiacés remontent aux époques sumériennes et babyloniennes (3000 avant J.C.) et l'usage de l'opium est très diffusé dans le bassin méditerranéen. Il se développe davantage en Europe pendant le Moyen-âge, notamment comme

² **Bachmann, C., Coppel, A.,** (1989) La drogue dans le monde, Hier et aujourd'hui, Paris, Albin Michel, quatrième de couverture

médicament. Toutefois, « ce n'est qu'au cours du XIXe siècle, consacré comme "le siècle des stupéfiants", qu'est apparu un usage hédonique de la drogue. Les conduites toxicomaniaques renvoient dès lors à une recherche de plaisir personnel et à un démarquage social » (Farges, E., 2002, p.5). L'opium devient alors une marchandise largement utilisée et les gouvernements européens souhaitent en favoriser le commerce pour des raisons économiques. C'est dans ce même temps qu'une guerre s'engage entre l'Angleterre et la France d'une part, face à la Chine d'autre part, dans le but de lui imposer l'ouverture au commerce occidental, afin de pouvoir importer de grandes quantités d'opium en Europe qui en produit et en commercialise déjà. Ainsi, la « guerre de l'opium » oblige la Chine, sous la contrainte anglo-française à ouvrir plusieurs ports francs au commerce européen. De part les pressions de la France et de l'Angleterre, la Chine deviendra, au début du XXe siècle « le plus grand producteur mondial d'opium » (Dugarin & Nominé, 1988, p.552). Ce commerce va durer près d'un demi-siècle.

Par ailleurs, le développement des stupéfiants passe avant tout par la découverte, dans le courant du XIXe siècle, des *alcaloïdes*, « substances actives contenues dans les principaux stupéfiants naturels » (Richard, Pirot & Senon, 2000, p.93). Découverte permise, entre autre, par les progrès simultanés réalisés en chimie organique. C'est en 1805 qu'un jeune pharmacien, du nom de Friedrich William Sertürner, identifie le premier alcaloïde de l'opium : le *morphium* « en référence aux puissantes propriétés calmantes et analgésiques de la substance » (Farges, E., 2002, p.6). Toutefois « son usage ne prendra de dimension que grâce à l'invention de la seringue...invention due à un chirurgien lyonnais Charles Gabriel Pravaz » (Dugarin & Nominé, 1988, p.554). L'héroïne en tant que nouvelle substance de synthèse, est mise sur le marché comme remède en 1898. Elle est alors décrite comme un médicament pouvant guérir la tuberculose : « dépourvue de propriétés d'accoutumance, d'une manipulation très aisée, et par-dessus tout, la seule capable de guérir les morphinomanes » (Bision, 1996, p.27). Cette définition décrivant l'héroïne comme un produit « miracle » ne possédant pas de propriété addictive aura des répercussions désastreuses sur la population. Elle est évidemment à remettre dans son contexte dans la mesure où elle semble pouvoir sauver la population d'un mal incurable, celui de la tuberculose. Ne se basant que sur les effets immédiats du produit, son usage est banalisé et cause d'innombrables cas de toxicomanie au début du XXe siècle : « on a évalué à 50 000 le nombre de morphinomanes dans les années précédant la guerre de 1914 » (Dugarin & Nominé, 1988, p. 558).

La cocaïne quant à elle apparaît en Europe à la même époque. Elle est découverte par le chimiste allemand Albert Niemann en 1859 à partir de feuilles de coca trouvées au Pérou (Farges, E., 2002). Tout comme la morphine, « elle est accueillie par le monde médical avec beaucoup d'enthousiasme. Elle est administrée comme traitement d'un grand nombre d'infections, comme désintoxiquant contre l'alcoolisme ou encore comme tonique » (Farges, E., 2002, p.6). On remarque donc que les substances psychotropes sont décrites comme des remèdes miracles par les médecins de l'époque, qui contribuent, de fait, à leur développement en Europe. Ainsi, « l'usage de drogues n'est pas stigmatisé et n'est pas encore perçu comme un fléau » (Farges, E., 2002, p.6). De plus, parallèlement à l'usage médical, un usage hédonique se développe et l'*opiomanie* (dépendance à l'opium) s'accroît de manière importante à partir de la deuxième moitié XIXe siècle. « La drogue est alors définie comme un moyen d'exploration de la conscience » (Angel, Angel & Valleur, 2000, p.37). Cependant, cet usage hédoniste très restreint, et davantage pratiqué dans les milieux aisés, va considérablement se développer pour donner place à la toxicomanie. Ce terme est introduit par Regnard en 1885 (Farges, E., 2002). En effet, au milieu du XIXe siècle, l'usage de la morphine se généralise et atteint les classes sociales plus défavorisées affectant désormais toutes les couches sociales. Petit à petit, le corps médical constate les dégâts pouvant être causés par une consommation régulière de psychotropes et l'image des consommateurs change, laissant place à celle du « drogué », emprunte de déchéance. Cependant, ils ne font pas le même constat pour l'héroïne qui est toujours prescrite comme médicament à la fin du XIXe.

L'explication du développement de la consommation de psychotropes change progressivement au début du XXe siècle, la décrivant comme une épidémie pouvant menacer l'ensemble de la société (Morel, 2000). Le toxicomane est alors présenté par un médecin comme un « malade dangereusement contagieux, contre lequel les mesures les plus sévères doivent être prises, aussi bien dans son propre intérêt que dans celui de la société » (Maier, 1928, cité par Farges, E., 2002, p.7). Ainsi, certains médecins prônent une loi répressive pour minimiser les risques d'épidémie de toxicomanie sur la population. On remarque le changement radical du corps médical, faisant, dans un premier temps, l'apologie des psychotropes en les prescrivant contre toutes sortes de maux, pour ensuite les proscrire et les condamner. Leur position favorable à l'utilisation de produits psychotropes dans un premier temps contribua fortement à leur introduction puis à leur

développement en Europe. Car il est important de souligner que la première apparition des substances a lieu, dans un premier temps, par un biais légal puisque dans plusieurs pays d'Europe (Italie, Suède, Grande Bretagne, France) :

La consommation de substances psychoactives est liée au développement des médicaments comme les tranquillisants, les amphétamines, les analgésiques qui venaient régulièrement prescrites et distribuées dans les pharmacies. Il s'agissait de substances légales dotées d'un fort pouvoir de dépendance.

(Farges, E., 2002, p.7)

Par ailleurs, les débats concernant les traitements de la toxicomanie n'amélioreront pas la qualité de vie des personnes toxicomanes puisque les médecins spécialisés proposeront « des sevrages brusques, rapides ou lents avec le recours ou non à d'autres substances psychoactives telle que la codéine ou l'alcool » (Farges, E., 2002, p.7). Les propositions de traitement ne sont pas réellement « réfléchies » tentant avant tout d'éradiquer un problème sans en comprendre la cause. Le but n'est pas tant de s'occuper du sort des toxicomanes, il est avant tout important qu'ils diminuent, voire disparaissent. Dans les années 1920 l'heure est à l'affolement, car le nombre de consommateurs augmentent considérablement : « il n'est plus possible de se taire. Tout Paris se drogue. La cocaïne touche aussi bien les riches que les puritains; elle court des palaces de l'Etoile aux bouges de la Villette » (Bachmann & Coppel, 1989, p. 336). Aussi, la réponse à tant de « déchéance » est celle de la prohibition. Les lois se durcissent et les peines sont importantes. Le nombre de consommateurs diminue progressivement pour atteindre, en 1929 le nombre de trente mille en France (Bachmann & Coppel, 1989) mais aucune solution n'est apportée quant à leur prise en charge. Il existe alors deux « catégories » de drogués : « une minorité d'anciens snobs qui continue à prendre des produits, s'imaginant que c'est chic. Et les vrais drogués, qui dérivent lentement vers la mort » (Bachmann & Coppel, 1989, p. 340).

L'arrivée des hygiénistes, au milieu du XIXe représente un tournant par rapport aux représentations sociales du toxicomane. Ils décrivent les abus de drogues comme des *épidémies*, qu'ils comptent au nombre de trois :

- la morphinomanie de 1880 à 1900,
- l'opiomane à partir du début du XXe siècle,

- la cocaïnomanie qui se développe considérablement au début du XXe siècle et supprime la morphine et l'héroïne en France juste avant la guerre de 1914. Elle symbolise l'arrivée massive de la drogue dans le monde de la rue.

(Farges, E., 2002, p.7)

Cependant, malgré une image négative, la diffusion progressive de drogue continue. Elle est à mettre en lien avec un phénomène culturel apparaissant au cours des années soixante. En 1964, le livre *L'expérience psychédélique* écrit par Timothy Leary, expliquant les effets du LSD, connaît un grand succès. « Les premières communautés hippies s'installent en 1966 sur les hauteurs de San Francisco et les Etats-Unis connaissent dès 1967, une extension rapide de l'usage de drogue » (Farges, E., 2002, p.7). Les pays européens sont moins touchés que les Etats-Unis, mais connaissent les retombées de ce phénomène de manière progressive. Ainsi, de plus en plus de jeunes font usage des psychotropes parce qu'ils y voient la possibilité de prendre des distances avec une réalité sociale et culturelle trop rigide. Dans un premier temps cependant, leur consommation se focalise surtout sur les drogues « douces » telles que la marijuana, le haschich et le LSD, laissant de côté l'héroïne. Cependant cela ne dure pas, et les drogues plus « dures » (cocaïne, héroïne) prennent progressivement davantage de place. De ce fait, au début des années 1970, la diffusion de ces substances augmente, les drogues « légères » cèdent alors la place à l'héroïne et, avec elle, l'arrivée des premières overdoses. « La première mort par overdose en France est signalée en 1973 » (Farges, E., 2002, p.8).

Dans les années quatre-vingt, davantage de personnes consomment des substances psychoactives, et la consommation de cocaïne augmente, semblant pendant un certain temps devancer la consommation d'héroïne. Cela s'explique entre autre par la découverte du virus du SIDA, le VIH, transmis à travers les rapports sexuels et par voie sanguine. Afin de diminuer les risques de contagion bien plus importants par voies intraveineuses, les consommateurs s'éloignent de l'héroïne pour se diriger vers une substance pouvant être absorbée par voie nasale : la cocaïne. Cependant, compte tenu du prix de celle-ci, seuls les consommateurs les plus aisés peuvent se permettre ce changement.

Ainsi, progressivement, les modes de consommation évoluent. Courty (2001) explique cela par la situation économique qui se détériore fortement au cours des années 1980, alors que le prix de

l'héroïne ne baisse pas (avoisinant les 1000 francs le gramme, ce qui correspond à la dose journalière moyenne). Les individus ne pouvant plus se l'offrir vont alors se diriger vers l'alcool qui deviendra un substitut aux substances reconnues à l'époque comme psychotropes.

De nombreux médicaments vont également être détournés de leur utilisation tels que les sirops antitussifs ou les tranquillisants comme les benzodiazépines. Les années quatre-vingt-dix se caractérisent enfin par l'apparition de nouveaux modes de consommation des drogues synthétiques (LSD, amphétamine, etc.) et par le développement du cannabis qui a fortement contribué à aggraver la consommation de substances des plus jeunes.

(Farges, E., 2002, p.8)

Cette évolution des modes de consommation est aussi due au renouveau de l'usage des substances. Les drogues de synthèses présentent la particularité d'attirer majoritairement des jeunes, dans un cadre spécifique, lors des sorties en discothèque par exemple. Elles attirent cette population car le mode de consommation semble plus sûr et plus accessible :

Une gélule qu'il suffit d'avaler, sans aucune préparation, à n'importe quel moment, est une consommation facile, propre, apparemment innocente, non contagieuse. Très différent du rite complexe de l'héroïne et très loin des risques liés à l'usage d'une seringue intraveineuse.

(Piccone, 1999, cité par Farges, E., 2002, p.15)

Ainsi, l'usager des drogues de synthèse appartient à un nouveau type de consommateur. Il refuse d'être assimilé aux « drogués », et se définit comme un usager récréatif n'étant pas dépendant du produit. Par ailleurs, les risques de toxicodépendance encourus par ce type de consommateurs semblent nettement moins élevés que pour les autres drogues (Farges, E., 2002). Cependant, il est important de souligner que :

Même si les drogues de synthèse représentent en France une partie minime à l'origine des prises en charge (2% en 1998), ceci est davantage à mettre en lien avec l'attitude des usagers de drogues de synthèse et leur non-reconnaissance du statut de toxicomane qu'avec la non-dangerosité de ces drogues.

(Farges, E., 2002, p.16)

En tous les cas, de par la multiplication des substances au cours des vingt dernières années, les usages ont énormément varié et évolué. L'un des phénomènes découlant de cette évolution est le fait qu'aujourd'hui, la consommation d'un seul produit est rare. De ce fait, la multiplication des

usages a fait apparaître des termes tels que : « polytoxicomanie » ou « polyconsommations » qui sont de plus en plus utilisés. Il semblerait toutefois que ce type de consommation ne soit pas nouveau et que l'usage de ces termes traduiraient surtout « la reconnaissance d'un phénomène ancien puisque déjà évoqué dans le Rapport Pelletier en 1978 » (Courty, 2001, p.44). Cet auteur distingue trois types de polyconsommations :

- *Les polyconsommations d'entraînement* : ce sont des sujets qui sont dépendants des opiacés au départ avec toujours de façon occasionnelle ou exclusive de l'héroïne. Par la suite, et à cause du prix relativement élevé de cette substance, se mettent en place des stratégies d'auto-substitution.
- *Les polyconsommations d'ennui ou d'oubli* : ils sont le fait de jeunes qui ont connu des ruptures familiales et sociales nombreuses. [...] Leur consommation est anarchique et elle concerne tous les produits. Leur mode de consommation est impulsif avec tout ce qui leur tombe sous la main. Le but ultime est de "ne plus penser".
- *Les polyconsommations actuelles ignorées ou déniées ou polyexpérimentateurs* : ce sont le plus souvent des lycéens ou des étudiants avec une bonne insertion économique de façade. [...] Ils revendiquent très souvent une situation professionnelle stable des parents et un train de vie confortable. [...] La polyconsommation est ainsi très fréquente lors des soirées technos où elle correspond à une recherche d'effets spécifiques. L'association la plus courante au cours de ces soirées reste l'alcool, le cannabis et les produits de synthèse. (Courty, 2001, p.44)

De fait, le phénomène de polyconsommation a largement participé au changement des mentalités quant à l'image et aux clichés véhiculés par les « toxicos » ou les « drogués ». Amenant l'idée qu'un toxicomane n'était pas forcément un marginal ou un « zonard », mais pouvait être intégré au sein de la société.

Finalement, pour résumer, on peut distinguer quatre « phases » dans l'évolution de la consommation de psychotropes à la fin du XXe siècle :

- *1960-1970* : les drogues se diffusent dans le monde par le biais des mouvements « hippies »,

- 1970-1980 : la consommation d'héroïne s'étend à travers le monde et prend le pas sur les drogues « douces » jusqu'alors majoritairement utilisées.
- 1980-1990 : le marché de la cocaïne est en expansion, entre autre de part la découverte des modalités de transmission du VIH.
- 1990 à nos jours : l'apparition des drogues synthétiques engendre de nouveaux modes de consommation venant s'ajouter aux précédents.

Ainsi, on se rend compte que *l'usage* des « drogues » est avant tout relié à l'évolution des sociétés. Cependant, *l'image* du toxicomane est davantage un concept social dans la mesure où elle évolue, comme on l'a vu, selon les étapes de l'histoire. « Cette distinction entre l'usage des substances et le toxicomane révèle l'impossibilité de rendre compte du concept de toxicomane uniquement à partir des substances psychoactives » (Farges, E., 2002, p.9). On remarque alors qu'on ne peut pas « calquer » l'histoire du toxicomane sur celle de l'histoire des drogues, car elle dépend avant tout des représentations sociales que l'on se fait du consommateur. De quelle manière celui-ci passe-t-il de simple « consommateur » à celui de « toxicomane » ? C'est ce que nous allons voir maintenant en nous intéressant à l'évolution sociohistorique de ce concept.

2.1.2 La construction sociale de la toxicomanie

Comme nous l'avons vu, les substances psychoactives ont toujours été consommées au sein des sociétés humaines. Toutefois, les premières civilisations avaient développé un usage culturel spécifique des drogues: « le rapport des populations avec la drogue était par ailleurs un rapport harmonieux, équilibré et marqué par une consommation modérée » (Farges, E., 2002, p.9). Cependant, avec l'apparition de la dimension « commerciale » du produit, certains aspects socioculturels qui permettaient le contrôle de l'usage ont disparus. En effet, avant leur commercialisation, les substances psychotropes étaient avant tout utilisées comme remèdes ou lors de rituels. Selon les pays, le mode de consommation ainsi que le rôle des produits était spécifique. Cependant, ces différences culturelles ont progressivement diminuées voir disparues pour laisser place à une figure universelle du toxicodépendant. Ainsi, pour comprendre le concept de « drogue », il est important d'appréhender avant tout le rôle qu'il joue au sein des sociétés modernes. Car avec ses nouveaux usages découverts au fil du temps, un type de déviance est

apparue illustrée par *la figure du toxicomane*. Dès lors, « le mot toxicomane ne renvoie donc pas tant à une pathologie (toxicologique ou psychiatrique) qu'à une forme de déviance sociale » (Farges, E., 2002, p.9). C'est à partir du moment où la société commence à réprimer les usages des drogues que le terme « toxicomane » est apparu. Ce qui fait dire au criminologue Dan Kaminski, de manière provocatrice et ironique que « le toxicomane n'est absolument rien d'autre qu'une catégorie issue de la prohibition d'une classe de produits » (1990, p.195). C'est dire que sa définition a évolué au cours du temps, démontrant qu'elle est avant tout le fruit d'une construction sociale. Viel en donne une autre en 1990 :

Le mot toxicomane désigne, de façon aussi commode qu'exacte, toute cette catégorie de gens qui par habitude s'intoxiquent avec des produits divers afin de se procurer des sensations agréables dont la forme et l'intensité varient suivant la nature et la qualité du toxique employé, sensation qui peuvent aller de l'atténuation ou de la cessation d'une douleur physique, de la simple euphorie, de l'excitation agréable, jusqu'aux rêves, aux hallucinations, aux jouissances, aux voluptés mystérieuses des "paradis artificiels".

(cité par Vigalero, 1992, p.292)

On se rend compte dès lors, que la compréhension de l'usage des drogues et de l'image du toxicomane ne peut se faire uniquement si l'on analyse les différents *modes de compréhension* de l'usage des substances à travers le temps. Car la construction sociale de la toxicomanie résulte, dans un premier temps, du processus culturel qui a vu l'usage des drogues « passer d'un cadre religieux à un usage tourné vers la recherche du plaisir, comme durant la fin des années soixante » (Farges, E., 2002, p.11).

Par ailleurs, comme nous l'avons évoqué, la médecine a grandement participé à la compréhension de la toxicomanie, l'ayant d'abord considérée comme une maladie avec le modèle « bivarié »³. « La toxicomanie, et particulièrement l'alcoolisme, sera ainsi perçue comme une "maladie sociale" qui au mal de la substance ajoute la prédisposition naturelle de certaines personnes » (Farges, 2002, p.10). Ainsi, au début du XXe siècle, les toxicomanes sont perçus comme des individus plus faibles que les autres, tant sur le plan physique, moral, qu'intellectuel. Cette faiblesse étant transmise de manière héréditaire et aggravée par des « maladies » telles que

³ « Le modèle « bivarié » décrit par Louise Nadeau (1988) correspond à l'alliance de la médecine et de la morale. » (Farge, 2002, p.10). Ce modèle est dit « bivarié » au sens où il « fait une place à la fois à l'individu, et à la substance. » (Angel, Richard, Vallée, Chagnard, 2005, p.13)

l'alcoolisme ou la toxicomanie. Petit à petit, le concept de toxicomanie change de statut et n'est plus perçue comme une maladie héréditaire et difficilement traitable. En effet, avec l'apparition du modèle « monovarié », le toxicomane est perçu comme une personne malade, devant être soignée (Angel, Richard & Valleur, 2000). Cette vision a participé à une certaine évolution dans la mesure où s'il s'agit d'une maladie, elle peut alors être soignée comme une autre maladie et il devient alors impossible d'en donner une définition purement morale. Désormais, « l'opprobre laisse place à la compassion et à la punition se substitue le traitement » (Farges, E., 2002, p.10). Cette approche permet de placer le sujet au centre du problème et évoque le fait que l'usage de psychotrope représenterait une forme d'autothérapie des pathologies psychiques de l'individu (modèle psychologique). Ces modèles sont toutefois remis en cause au début des années soixante par plusieurs éléments, tels que « l'usage thérapeutique de l'héroïne, notamment sur les soldats américains de la guerre du Viêt-Nam » (Farges, E., 2002, p.10). Mais également la prise en compte d'une nouvelle catégorie de consommateurs : les consommateurs modérés et contrôlés. La reconnaissance d'un usage contrôlé des psychotropes permet d'interpréter l'usage de psychotropes non pas comme une maladie, mais comme un phénomène culturel. Ainsi, à la fin des années 1960, une approche sociologique et ethnologique de la toxicomanie s'impose. Ces éléments permettent l'apparition du *modèle trivarié* combinant « la rencontre d'une personnalité, d'un produit et d'un moment socioculturel » (Olivenstein, cité par Angel, Richard & Valleur, 2000, p.15). De ce fait, la toxicomanie se fait non plus de manière unilatérale (religieuse, morale, médicale) mais selon « une approche multilatérale ou globale » (Farges, E., 2002, p.11).

Finalement, il est important de relever le fait que la toxicomanie est née des tentatives de contrôle et de répression de la part des pouvoirs publics vis-à-vis des usagers de drogues. Dès lors, on peut affirmer que: « telle que nous la connaissons aujourd'hui, la toxicomanie est à la fois l'avatar d'une entreprise culturelle, le fruit de recherches médicales et l'objet des tentatives de contrôles et d'interdictions » (Angel, Richard & Valleur, 2000, p.10). Dès lors, afin de comprendre à partir de quoi la représentation sociale du toxicodépendant s'est construite, il semble important de se pencher plus spécifiquement sur les substances, les consommateurs et les politiques de contrôle de la toxicomanie.

2.1.3 La consommation de psychotropes : les substances, leurs classifications et leurs usages

Il existe une multitude de critères sur lesquels s'appuyer pour classifier les substances psychotropes. Par opposition : licites-illicites, douces-dures, prescrites-non prescrites, selon le type d'usage (oral, fumé, intraveineux), selon l'effet recherché, selon les effets sur le système nerveux central, selon la prévalence d'usage ou encore selon le risque/la dangerosité. Afin d'offrir une classification détaillée, j'utiliserai deux critères de classifications différents. Selon *l'effet sur le système nerveux central* d'une part, ce qui permettra également de « répertorier » les différentes substances existantes puis ils seront croisés avec les critères *d'effets et de dangerosité pharmacologique*. Ces deux critères étant complémentaires, il me semble qu'ils permettent une vision d'ensemble. Ces éléments vont dans le sens de ce qu'avance le Rapport Roques (1998), à savoir que la dangerosité des produits est plus souvent liée aux différents *risques* qu'accompagnent leur consommation (injection, infection, over- dose) dans les conditions « de la rue », plus qu'au produit lui-même. Ainsi par exemple la prescription d'héroïne sous contrôle médical n'a que peu de risque neurotoxique.

Classification selon l'effet sur le système nerveux central (SNC) et selon la dangerosité pharmacologique, c'est-à-dire selon la dangerosité des composantes biologiques et chimiques du produit lorsqu'ils sont ingéré par un individu.

(Mon adaptation de la classification de Polmonari (1999), cité par Farges, E., 2002, p.11) (tableau page suivante).

	Action dépressive sur le SNC	Action stimulant le SNC	Action modifiant la perception	Action réduisant la sensation de douleur
Substances	Boissons alcoolisées Barbituriques Benzodiazépines Sédatifs	<u>Légales</u> : caféine, nicotine <u>Illégales</u> : cocaïne, crack amphétamines, ecstasy (bien que sa composante chimique, le MDMA, incorpore un élément hallucinogène)	Cannabis, Haschich, Hallucinogènes de synthèse (LSD, GHB, champignons hallucinogènes, poppers, etc.)	Opiacés (opium, morphine, héroïne, méthadone (opiacés de synthèse))
Effets	Reliés aux particularités individuelles du consommateur : Sentiment de festivité et/ou Effet dépressif (repli symptomatique)	Effets directs sur le fonctionnement physiologique : perte de sensation de faim et de fatigue, augmentation de l'énergie. Augmentation des opérations mentales et des processus cognitifs.	Sentiment de relaxation, sommolence	Sentiment d'euphorie et de tranquillité
Modes de consommations	Voie orale	<u>Cocaïne</u> : majoritairement sniffée, mais peut-être injectée (particulièrement chez les polyconsommateurs). Peut être fumée sous forme de pâte de coca. <u>Crack</u> : dérivé de la cocaïne (moindre coût), est fumé. Provoque des effets plus intenses et crée une forte dépendance psychique. <u>Ecstasy</u> : voie orale	<u>Cannabis, haschich</u> : sont fumés <u>Hallucinogènes</u> : voie orale	Peuvent être fumés ou sniffés, mais l'utilisation la plus courante reste l'injection intraveineuse. Les opiacés de synthèse telle que la méthadone, sont consommés par voie orale.
Dangerosité pharmacologique⁴	Forte dépendance psychique, dangerosité sociale	Forte dépendance psychique, conséquences graves sur le SNC. Mais : faible risque de dépendance physique.	Très faibles risques de dépendance physique. Mais : ne favorisent pas la concentration, affaiblissent la mémoire, ralentissent le mécanisme cérébral.	Faible risque neurotoxique, mais risque le plus élevé de dépendance physique et psychique.

Ce tableau permet de nous rendre compte que chaque substance engendre des effets spécifiques sur le cerveau. Ainsi, comme on le voit, la dangerosité d'un produit dépend avant tout de ses

⁴ La dangerosité pharmacologique dépend des effets et non pas uniquement de sa toxicité

effets, et non pas uniquement de sa toxicité, c'est-à-dire « la capacité d'une substance à induire une dépendance psychophysique » (Farges, E., 2002, p.19). Il est important de noter que celle-ci varie selon le dosage et la fréquence de la prise, ainsi que selon la nature de la substance consommée. Dès lors, les effets obtenus ont également un rapport direct avec la manière dont ils sont consommés.

Les drogues par voie orales rejoignent le cerveau par le biais des voies gastriques et intestinales tandis qu'une substance par voie veineuse agit de façon beaucoup plus immédiate. Plus le passage est rapide et plus le risque de neurotoxicité est important. Le mode de consommation (centré sur l'individu) est donc une donnée fondamentale dans la détermination de prises de risques.

(Farges, E., 2002, p.12)

Ainsi, le seul usage d'une substance psychoactive n'amènera pas nécessairement l'individu à un état de dépendance. Dès lors, on se rend compte qu'il existe toute une série de nuances quant à la relation que l'individu peut entretenir avec le produit. Cette constatation a engendré une évolution considérable dans la manière de concevoir le rapport aux drogues, pouvant aller de l'usage, du mésusage à l'abus et finalement à la dépendance.

2.1.4 Le flou des termes : toxicomanie, dépendance, addiction, quelles différences, quelles implications ?

Les termes de toxicomanie et de dépendance se réfèrent à de multiples sens et donnent lieu à de nombreuses définitions selon le point de vue adopté. En effet, entre 1920 et 1944 pas moins de 24 auteurs tenteront de définir la notion de « toxicomanie » (Delrieu, 1988). En 1950, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose une première définition de ce terme :

Un état d'intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d'une drogue (naturelle ou de synthèse). Ses caractéristiques sont notamment :

1. un invincible désir ou besoin (obligation) de continuer à consommer la drogue et à se la procurer par tous les moyens ;
2. une tendance à augmenter les doses ;
3. une dépendance d'ordre psychique et généralement physique à l'égard des effets de la drogue ;
4. des effets nuisibles à l'individu et à la société. »

(Définition de l'OMC, citée par Brust, 2007, p. 1)

Cependant, cette définition présente plusieurs imprécisions, telles que « invincible désir » ou « effets nuisibles » termes qui ne sont pas explicités de manière détaillée et claire. C'est une des raisons pour laquelle, en 1964, le *Comité d'experts pour la pharmacodépendance* de l'OMS se met en place et décide d'abandonner l'emploi du concept de « toxicomanie » pour le remplacer par une notion plus générale ne comportant pas de connotation sociale ou économique et n'invoquant pas l'idée de contrôle, celui de *dépendance* puis de *pharmacodépendance* en 1969 :

Un état psychique et quelque fois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications de comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver des effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de un ou plusieurs produits.

(Définition de l'OMS, cité par Farges, E., 2002, p.13)

De manière sous-jacente, la notion de *dépendance* est toujours présente sous deux aspects : la *dépendance psychique* et la *dépendance physique*. La *dépendance psychique* auparavant appelée « accoutumance » est définie comme « un état mental caractérisé par une impulsion qui requiert l'usage périodique ou continu d'une drogue dans le but de créer un plaisir ou d'annuler une tension » (Farges F., 2000, p.17). La *dépendance physique* correspond à « une exigence de l'organisme nécessitant, pour conserver son équilibre, l'apport régulier d'une substance chimique exogène. Cette dépendance se manifeste à travers des symptômes physiques survenant lors du sevrage et de la tolérance » (Farges F., 2000, p.17). Comme le relève l'auteur, la notion de *tolérance* constitue l'idée majeure de la *dépendance* dans la mesure où elle représente « un dénominateur commun à toutes les drogues » (Farges, E., 2002, p.13). La tolérance peut être définie comme « le processus d'adaptation d'un organisme à une substance, qui se traduit par l'affaiblissement progressif des effets de celle-ci et entraîne la nécessité d'augmenter la dose pour obtenir les mêmes effets » (Farges F., 2000, p.17). Ainsi, c'est le phénomène de *tolérance* qui

pousse le consommateur à revenir vers la substance, cette impulsion est aussi appelée *craving*⁵ (Orsenigo, 1996). Cette idée d'impulsion sera reprise plus tard avec l'apparition du terme *addiction* que nous définirons plus bas.

Le terme de *pharmacodépendance* aura permis de mieux cerner le champ de la toxicomanie en offrant la possibilité de distinguer certaines pratiques culturelles et/ou sociologiques, des consommations pathologiques d'une substance tout en délimitant « un trait commun aussi bien aux substances illicites que licites » (Farges, E., 2002, p.13). Il est possible de distinguer trois façons de se rapporter aux substances : « l'absence d'usage, l'usage récréatif et occasionnel exposant au risque judiciaire et l'usage nocif correspondant à un abus de drogues » (Courty, 2001, p.10). Une distinction plus ou moins similaire est opérée dans le DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (publié par l'Association américaine de psychiatrie), qui classe le rapport aux substances également selon *l'usage* que le consommateur en fait. Ainsi, trois conduites sont distinguées (Farges, F., 2000) :

- le *mésusage* qui consiste à prendre le produit dans des circonstances à risques,
- l'*abus*, c'est-à-dire le fait de consommer des psychotropes de manière répétée et cela en dépit des conséquences néfastes que cela peut engendrer sur la santé, les relations sociales, etc.
- la *dépendance* durant laquelle une modification physique et psychologique apparaît, créant l'impossibilité de s'abstenir de consommer une substance psychotrope.

Les critères diagnostiques du DSMIV ont permis une évolution dans le domaine de la toxicomanie, car ils ont distingué différentes possibilités d'usage des psychotropes, permettant ainsi d'éviter l'amalgame entre consommation et toxicomanie. En effet, selon ces critères, c'est *le mode d'utilisation compulsive* de la substance qui caractérise *la dépendance*.

Alors qu'auparavant l'accent était surtout mis sur le produit, comme si c'était lui qui « engendrait » l'individu alcoolique, morphinomane, héroïnomane, cocaïnomane etc. Alors que l'usage met l'accent, voire la responsabilité, sur l'individu. Ce déplacement est aussi significatif, à sa manière, de l'évolution de notre société individualiste et libérale.

⁵ « Le *craving* est une impulsion à rechercher le produit et à le consommer de façon compulsive. Il s'agit d'une sensation de très forte intensité, comparable à la soif ou à la faim. Ce désir similaire aux besoins naturels est une construction psycho-comportementale. » (Farges, E., 2002, p.13)

Afin de comprendre l'évolution qu'amène la définition du DSMIV, voyons les critères qu'elle propose :

La dépendance à une substance est un "mode d'utilisation inadapté" conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois, au minimum, des manifestations suivantes à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Tolérance, définie par les symptômes suivants :
 - a) besoin de quantité notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance
2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance,
 - b) la même substance, ou une substance très proche, est prise pour soulager ou éviter les symptômes du sevrage.
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
4. Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance [...], à utiliser le produit [...] ou à récupérer de ses effets.
6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de la substance
7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance. [...]

(Les critères de définition du DSM IV, cité par Valleur & Matysiak, 2004, p.23)

Cette définition repose donc aussi bien sur *le sujet* que sur *l'objet* qu'est la substance. Toutefois, la prépondérance est donnée au sujet, et plus particulièrement au contexte dans lequel il évolue : « les différences entre usage, abus et dépendance ne reposent que partiellement sur les substances consommées. Elles tiennent beaucoup au contexte individuel et social dans lequel s'inscrit cet

usage » (Farges, E., 2002, p.17). La prise en compte de l'environnement et la place toujours plus importante donnée au sujet amènera les spécialistes à se pencher davantage sur un ancien concept celui d'*addiction* : « utilisé jusque-là en langue anglaise au sens de dépendance, il fût employé à partir des années trente par des psychanalystes (Rado, Fénichel) pour désigner une relation de dépendance problématique à toute substance » (Morel, Hervé, Fontaine, 2003, p.65). Ce concept mettant en lien le sujet, l'objet ainsi que le contexte (familial, historique, culturel), intéresse de nombreux auteurs psychanalystes qui développent, à la fin des années 1970, « une conception de l'addiction comme forme d'autothérapie d'une blessure ou d'une souffrance préexistante » (Jacquet & Rigaud, 2000, p. 73). Parallèlement, des auteurs américains tels que Stanton Peele (2000) élargissent le sens et ouvrent un vaste champ concernant les « conduites addictives » telles que les compulsions aux jeux, au sexe, à la nourriture etc.

Par ailleurs, si l'on fait un bref détour étymologique et que l'on s'intéresse au sens premier de ce terme, on apprend qu'en ancien français le terme latin *ad-dicere* signifie : « “dire à” au sens de donner, d'attribuer quelqu'un à quelqu'un d'autre en esclavage, si bien que l'esclave est *ad dictus*, “dit à” tel maître. En ce sens, l'alcoolique serait celui *dit* à l'alcool comme le toxicomane est celui *dit* à la drogue, le boulimique à la faim, le joueur *au* jeu, le fumeur *au* tabac » (Fernandez & Sztulman, 1997, p.256). Ainsi, le concept de dette envers l'autre et soi-même est au centre de cette définition du droit romain. A l'époque, l'accent est surtout mis sur « la contrainte, c'est-à-dire sur ce phénomène compulsif et irrépressible dont l'individu se sent la proie et sur la perte d'une liberté » (Fernandez & Sztulman, 1997, p.257). Aujourd'hui encore, les pratiques addictives ne se réfèrent pas uniquement à la consommation abusive de produits ou à la pratique excessive d'une activité, ils renvoient, tout comme à l'époque, à des notions telles que l'aliénation ou l'emprise : « le terme d'addiction est utilisé par Fénichel pour regrouper diverses conduites impulsives pathologiques et signifier l'urgence du besoin de les satisfaire, ainsi que l'incapacité finale de toute tentative de parvenir à satisfaction » (Fernandez & Sztulman, 1997, p.258).

C'est Goodman, qui a formulé en 1990 la première définition opératoire de l'addiction, c'est-à-dire une définition sur laquelle les professionnels peuvent s'appuyer pour diagnostiquer le syndrome de l'addiction, en la décrivant comme :

Un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives.

(Goodman 1990, cité par Pedinielli, Rouan, Bretagne, 1997, p.10)

Cette définition reflète une évolution importante car elle met l'accent non plus sur l'objet de la dépendance, mais sur le comportement et la recherche de sensation liés à celui-ci. De plus, les critères de Goodman permettent également de « situer la frontière, certes fluctuante et mouvante, entre habitudes envahissantes, dépendances quotidiennes et addictions » (Zorn, 2006, p.12). Ce faisant elle se dégage des conflits d'interprétations en proposant la description d'un *processus*, définit à partir d'un enchaînement d'actions interdépendantes, plutôt que de l'analyse *des contenus* possibles de celles-ci. Ainsi, elle permet une analyse plus « concrète » du phénomène en se basant sur des éléments tangibles.

Cependant, même si cette approche montre une certaine évolution, elle a également ses limites. En effet, comme le relèvent Morel, Hervé et Fontaine (2003) : « il semble abusif d'établir une simple équivalence entre la dépendance au travail, celle à une relation amoureuse aliénante, celle à la télévision et celle à une substance psychomodificatrice » (Morel, Hervé & Fontaine, 2003, p.66). Toutefois, ce regroupement des différentes conduites addictives permet néanmoins de voir la toxicomanie comme un « sous-ensemble » de celles-ci, ce qui la sort de son statut d'exception et lui permet de s'affranchir peu à peu des connotations négatives qui lui étaient assignées, qu'elles soient morales, médicales ou « sociétales ». Car, comme l'ont relevé certains auteurs : « l'utilisation d'un concept fédérateur est absolument indispensable si l'on souhaite dépasser la fragmentation actuelle - alcoolisme, tabagisme, toxicomanie - et la réduction à l'approche exclusive par les produits » (Reynaud, Parquet & Lagrue, 2000, p.31).

Il est important dès lors, de parvenir à différencier, au sein des différents types d'addictions les comportements plus ou moins pathologiques. Comment parvenir à distinguer une dépendance quotidienne, d'une addiction au sens psychopathologique du terme ? Pour les psychiatres Valleur et Matysiak (2003), la seule limite fiable entre le « normal » et le « pathologique » réside dans la demande du sujet : lui seul peut savoir si une conduite qui s'impose à sa volonté est source de souffrance et s'il n'arrive pas à y mettre fin tout seul. Pour ces derniers, une personne *addict* peut être définie comme suit : « toute personne dont l'existence entière est tournée vers la recherche

des effets produits sur son corps et son esprit par une substance plus ou moins toxique (drogue tolérée, interdite, prescrite) ou une conduite (jeu, conduite alimentaire, sexe, Internet, achats, etc.), sous peine d'éprouver un intense malaise physique et/ou psychologique » (Valleur & Matysiak, 2003, p.20). Par conséquent on peut avancer qu'« un addict ne vit plus que pour et par l'objet de sa dépendance, attitude qui implique un désinvestissement de sa vie sociale et affective et une perte générale d'intérêt pour ce qui ne concerne pas l'objet de sa dépendance. Rien d'autre ne compte ! » (Zorn, 2006, p.12). Par ailleurs, la répétition est également un élément clé dans la définition de l'addiction ainsi que les termes de compulsion et d'impulsion. Ces derniers « soulignent bien la dimension active (s'adonner) de l'addiction alors que la dépendance en désigne l'aspect passif » (Zorn, 2006, p.17).

Néanmoins, même si ces éléments sont pertinents, certains auteurs y apportent des nuances. En effet, il existe actuellement une vaste controverse concernant cet « asservissement » quasi « maladif » à un objet de dépendance. Stanton Peele et d'autres adeptes d'une approche plus psychosociale du phénomène ont tenté de nuancer cette idée plus conventionnelle, selon laquelle l'addiction serait « une substance ou une activité pouvant produire une compulsion débordant les capacités de contrôle du sujet » (Loonis & Peele, 2000, p.219). En effet, selon ces auteurs, le comportement addictif d'une personne est à mettre en lien avec les diverses circonstances de la vie qu'ils considèrent comme étant des facteurs capables de modifier « l'intensité » du comportement addictif. S'ils ne remettent pas en cause le fait que toute substance addictive possède une « valeur addictive » (son addictivité), ils insistent sur d'autres facteurs influençant considérablement le comportement de la personne. Selon eux, il existe trois groupes de facteurs :

- *La souffrance psychique* qui induit une pression du besoin de soulagement de cette souffrance et qui renvoie à la structure psychique, la personnalité et les conditions de vie, notamment au plan psychosocial, familial.
- *Les facilités addictives de l'environnement* qui peuvent favoriser ou non l'accès aux substances ou activités addictives.
- *Les compétences addictives personnelles* qui renvoient à d'autres caractéristiques de la personnalité et physiologiques, qui font qu'un individu aura tendance à rechercher les sensations fortes, à contrôler sa recherche de sensation, à évacuer plus ou moins facilement le stress de la vie, etc.

(Loonis & Peele, 2000, p.220)

Par conséquent, on remarque que pour ces auteurs, l'addictivité d'une substance est liée d'une part à ses propriétés biologiques, mais également, et surtout, aux facteurs non-biologiques présents dans le contexte de vie de la personne. En effet, ces multiples éléments faisant partie du quotidien de la personne influenceraient considérablement le rapport qu'elle entretiendrait avec le produit. Pour ces auteurs, il existe sept groupes de facteurs non biologiques influençant toute addiction : les groupes culturels, sociaux, situationnels, ritualistiques, développementaux, cognitifs et de la personnalité (Loonis & Peele, 2000). Ces différents facteurs viendraient influencer les trois déterminants de base de toute addiction qui sont ; la souffrance psychique, les compétences personnelles et l'environnement. Cela permet alors de donner d'autres éléments de réponses quant aux diverses trajectoires addictives que peuvent prendre les individus, « incluant des basculements entre substances ou sources de stimulation, des périodes volontaires ou involontaires d'abstinence, des rémissions spontanées » (Loonis & Peele, 2000, p.221). Par ailleurs, ces facteurs contextuels d'origine subjective permettent aussi de faire un lien entre les addictions dues aux substances psychotropes et les addictions sans substance pouvant avoir des effets addictifs similaires. Ainsi, il convient de changer un a priori qui serait de penser qu'une addiction aux produits psychotropes serait plus néfaste qu'une addiction à une conduite, car il s'agit avant tout d'un rapport singulier à l'objet. Dès lors, la relation d'emprise qui caractérise ce rapport peut être ou devenir douloureuse et invalidante, que l'objet soit un psychotrope, une personne ou une machine. Cela implique également la mise en place de moyens satisfaisants pour prendre en charge les personnes souffrant d'addictions aux jeux, à la nourriture etc. car les conséquences de certaines de ces conduites peuvent également être dévastatrices sur le plan personnel, professionnel ou social.

Finalement, on remarque que ces auteurs offrent un regard différent sur les addictions et mettent en avant le fait que « l'objet de l'addiction n'est pas la drogue, ou une autre source de stimulation, mais l'expérience que fait la personne dépendante avec cet objet » (Loonis & Peele, 2002, p.221). Une personne peut ainsi développer des comportements addictifs avec n'importe quel objet, dans la mesure où celui-ci induit un comportement « aliénant » chez elle. Ainsi, comme le relève Valleur et Matysiak (2004) :

Etre "accro" à une série télévisée ou à un jeu sur console peut se révéler anodin pour la majorité d'entre nous. Mais pour d'autres, ce sont des jours et des nuits passées à jouer au

dépend de toute vie sociale et affective. [...] Cet exemple rare mais réel met en lumière un élément qui distingue la dépendance ordinaire de l'addiction : le désinvestissement affectif et social.

(p.21)

Nous pouvons maintenant distinguer plus clairement les trois termes, parfois utilisés de manière similaire dans le cadre de la toxicodépendance qui sont : la toxicomanie, la dépendance et l'addiction. Comme nous l'avons vu, la *toxicomanie* est avant tout le fruit d'une construction socio-historique. Son sens varie selon le moment (temporel), le lieu et les acteurs qui tentent de le définir. Ainsi, « la toxicomanie semble davantage se rapporter au sujet, et à ses caractéristiques sociales et individuelles, qu'à l'objet de sa consommation » (Farges, E., 2002, p.19). La notion de *dépendance* reflète les dimensions de soumission et d'appartenance que la personne toxicodépendante peut ressentir vis-à-vis du produit. « Le terme « dépendance » fait généralement référence à une substance, alors que dans celui d' « addiction », le produit à moins d'importance que la conduite du sujet » (Zorn, 2006, p.17). Il y a donc une distinction à faire entre les addictions, et certaines formes de compulsions, de dépendance. Le concept d'*addiction* désignerait plutôt des situations originales pour lesquelles des termes tels que dépendance, compulsions ou impulsions ne seraient pas suffisamment précis ou insuffisamment spécifiques. Ces situations naissent la plupart du temps en fonction des difficultés existentielles que l'individu traverse. La conduite addictive devient une réponse pour aller « moins mal » ou pour tenter de régler ses difficultés. De ce fait, progressivement, la personne incarne davantage le rôle que son addiction lui impose, plutôt que celui qu'elle devrait jouer conformément à ce qui est attendu d'elle, que cela soit par la société, la famille etc. Ainsi, « l'objet de l'addiction est plus que le centre de la vie, il centre la vie de l'addict et le définit. Il sera alors un joueur, un alcoolodépendant ou un toxicomane, avant d'être un mari, une femme, un père ou une mère... » (Valleur & Matysiak, 2004, p.20). L'addiction représente donc avant tout une souffrance psychique particulière : « Il y a addiction à partir du moment où il y a souffrance du sujet, sentiment d'aliénation que l'on ne retrouve pas dans tous les cas de dépendance, même si celle-ci est accrue » (Zorn, 2006, p.17).

Ces précisions rejoignent le constat de Michel Perrin, pour qui:

La drogue recèle des paradoxes propres par le fait qu'elle se trouve associée tout à la fois au bon et au mauvais, à l'interdit et au prescrit, à la liberté et à la dépendance, au religieux

et au profane, à la vie et à la mort, à “l’acte gratuit” et à l’exploitation économique... Elle est à la charnière de l’individuel et du social, du physique et du mental. C’est un “opérateur” exceptionnellement efficace, permettant un jeu social et un jeu intellectuel d’une grande ampleur. Et c’est certainement là l’une des raisons de son développement quasi universel.

(cité par Dugarin & Nominé, 1988, p. 586)

Ainsi, on remarque que derrière la « drogue » se cachent d’innombrables objets et sujets, plus ou moins tabou, qui influencent la compréhension que chacun se fait de ce phénomène et des personnes qui le composent. Après avoir explicité les termes rattachés au concept d’addiction et tenté d’en définir les contours, il me semble important de situer « la toxicomanie » dans le contexte politique actuel. Comme nous l’avons vu, ce concept est avant tout le résultat d’une construction sociohistorique. Ainsi, les politiques en vigueur influencent énormément les représentations sociales sous-jacentes et les prises en charge proposées aux personnes toxicodépendantes. Dès lors, nous allons maintenant nous intéresser aux politiques en vigueur en matière de drogue dans notre pays afin de voir la manière dont elles influencent la prise en charge de cette population. La Suisse a mis en place un modèle spécifique, celui des quatre piliers, prenant en compte l’évolution du phénomène complexe que représente la toxicomanie.

2.1.5 La politique suisse en matière de drogues : le modèle des quatre piliers

Avant de nous intéresser à la politique actuelle en matière de drogues, il convient de jeter un bref regard sur le passé afin de comprendre comment et pourquoi la Confédération suisse s’est engagée dans la politique en matière de drogues.

Comme nous l’avons évoqué, ce n’est qu’à la fin des années 1960 que la consommation de drogue augmente fortement. En Suisse, « c’est en 1972 que l’on a eu à déplorer les premiers décès dus à l’héroïne » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.10). Ce constat engendre une prise de conscience et, trois ans plus tard, une nouvelle disposition est ancrée dans la Loi fédérale sur les stupéfiants : « les cantons doivent faire de la prévention et proposer des traitements aux personnes toxicodépendantes » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.10). Pour ce faire, la Confédération reçoit le mandat légal d’apporter son soutien aux cantons et aux autres acteurs œuvrant dans le domaine de la drogue. Cependant, le nombre de personnes toxicodépendantes

augmente considérablement vers la fin des années 1980 : « à partir de 1987, des scènes ouvertes de la drogue ont commencé à se former dans plusieurs villes, rendant visible la misère des toxicomanes » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.10). Ce contexte difficile engendre une forte pression de l'opinion publique pour y remédier. Les milieux politiques sont alors contraints d'agir et proposent la mise en place de différents dispositifs de soins pour y faire face :

Les scènes ouvertes, l'augmentation du nombre de décès dus à la drogue, la désinsertion et la misère des consommateurs de drogues et la peur de la propagation du Sida sont des raisons généralement admises pour expliciter l'enclenchement d'une politique d'urgence qui va s'articuler en terme de risques à vaincre ou au moins à maîtriser.

(Châtel & Soulet, 2002, p. 191)

Ainsi, les cantons, les villes et la Confédération renforcent leur engagement en matière de politique de la drogue et commencent à mettre en place, en plus des mesures déjà existantes, des dispositions visant à la *réduction des risques*. « C'est ainsi qu'est née la politique dite des quatre piliers comprenant des mesure dans les quatre domaines suivants : prévention, thérapie, réduction des risque, répression » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.10). Nous définirons plus bas les objectifs de chacun de ces piliers de manière détaillée.

En 1994, le modèle des quatre piliers est « explicitement entériné par le Conseil fédéral » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.10). Les professionnels et spécialistes en matière de drogues sont également satisfaits de ce modèle, car il permet la mise en place d'une aide répondant aux besoins effectifs de la population toxicodépendante. Le peuple montre également son accord en rejetant deux initiatives populaires qui n'auraient pas été compatibles avec la politique des quatre piliers :

- L'initiative « jeunesse sans drogue » en 1997, rejetée à 71% (Rapport ProMeDro III).
- L'initiative « Droleg » en 1998, visant une politique extrêmement libérale, rejetée à 73% (Rapport ProMeDro III).

Par ailleurs, « ce modèle a bénéficié d'une reconnaissance internationale importante et plusieurs pays ont maintenant des modèles allant dans le même sens » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.11). Toutefois, l'ancrage légal de ce modèle prendra plusieurs années. En effet, après la fermeture, en 1995, de la dernière scène ouverte de la drogue au Letten à Zürich, « l'importance de la problématique de la drogue a diminué drastiquement dans les enquêtes auprès de la population »

(Rapport ProMeDro III, 2006, p.11). En effet, lorsque la population n'est plus concrètement confrontée aux difficultés vécues par les personnes toxicodépendantes de part le fait qu'elles ne se manifestent plus dans les rues, les problématiques liées aux drogues ne sont plus considérées comme un problème pour la population. De ce fait, la pression de jusqu'ici exercées par l'opinion publique sur les politiques diminue et avec elle l'intérêt pour lutter contre les difficultés engendrées par la consommation de psychotropes. Cela a d'autres implications, puisque « quelques-unes des mesures de politique de la drogue sont mises en question du fait des économies imposées aux services publics » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.11). Ainsi, les problématiques liées aux drogues sont reléguées au second plan.

Cependant, en 2002, de nouvelles controverses voient le jour avec le projet de révision de la loi sur les stupéfiants prévoyant, entre autre, la décriminalisation de la consommation de cannabis. « Des enquêtes réalisées alors ont montré qu'il n'existait aucune majorité claire dans la population en faveur d'une politique donnée » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.11). Ainsi, la révision de la loi devant donner un ancrage légal à la politique des quatre piliers échoue devant le parlement en 2004. De fait, en dépit des succès attestés de cette politique en matière de drogue, il faut attendre la votation de la révision partielle de la Loi fédérale sur les stupéfiants (LSTUP) en novembre 2008, pour permettre *l'ancrage légal de ce modèle*. En effet, cette dernière est acceptée par tous les cantons à 68%. Ces résultats significatifs indiquent une évolution quant à l'adhésion à une politique donnée et une prise de conscience de l'importance d'une prise en charge efficace pour les personnes toxicodépendantes. Le modèle des quatre piliers adopté par la Confédération en tant que concept en 1990, est donc ancré dans la loi 18 ans plus tard. Cependant, sur le terrain, de nombreux projets sont effectués avant 2008 et c'est sans doute sur la base des progrès constatés que la population a souhaité valider ce modèle en l'ancrant au sein de la Constitution.

Tâchons maintenant de définir le rôle et les objectifs qui sous-tendent les quatre piliers du modèle de la politique suisse en matière de drogue et voyons dans quelle mesure ils exercent une influence en terme de lien social. Il est important de noter que « les quatre piliers ne doivent pas être considérés comme autant de champs d'intervention isolés, car il existe des interactions multiples entre eux » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.18).

- *La prévention*, « contribue à réduire la consommation de drogues en évitant que des gens ne se mettent à en consommer et à développer des problèmes de dépendances » (Rapport

ProMeDro III, 2006, p.19). Comme on le sait, beaucoup d'individus, et particulièrement les jeunes, sont amenés à essayer la consommation de drogue à un moment ou à un autre. De fait, la prévention ne vise pas à éradiquer ces expérimentations, mais plutôt à éviter la dissolution du lien social en permettant au jeune de ne pas développer une dépendance au produit, en évitant qu'il ait des conduites à risque pouvant l'amener à une consommation problématique. Le but visé étant avant tout le maintien de la qualité de vie des personnes et « éviter des détériorations de la santé. Les substances elles-mêmes et leur statut légal (drogues légales ou illégales) passent ainsi à l'arrière plan » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.19). L'enjeu de ce pilier va dans le sens du renforcement du processus de socialisation à travers les différents types d'affiliation sociale, par exemple familiale, scolaire, professionnelle, amicale, et ce en amont du passage à l'acte ou de l'installation dans une conduite de dépendance.

- *La thérapie* a pour but de permettre aux personnes toxicodépendantes « de sortir durablement de la dépendance ou de garder cette perspective ouverte. De plus, elle favorise la santé et l'intégration sociale » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.20). Ainsi, l'objectif visé par le secteur des traitements est non seulement de maintenir le lien social afin d'éviter toute marginalisation mais surtout de favoriser et d'accompagner les personnes concernées dans un processus de soins susceptible de leur permettre de retrouver une place digne au sein de la société. Diverses propositions sont faites aux personnes toxicodépendantes dans le but de préserver leur qualité de vie ou les aider à s'en sortir : des sevrages, des centres de soins ambulatoires et résidentiels, ainsi que des institutions postcures. Mais aussi les programmes de substitution à la méthadone ainsi que la prescription médicale d'héroïne.
- *La réduction des risques* « contribue à diminuer les conséquences négatives de la consommation de drogues pour les usagers eux-mêmes et, indirectement pour la société, en rendant possible une consommation entraînant moins de problèmes individuels et sociaux » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.21). Comme on l'a vu, sa mise en place fût principalement liée à l'apparition du SIDA dans les années 1980. Au départ, son but était avant tout de limiter la transmission d'infections telles que les hépatites ou le VIH chez les usagers-injecteurs de drogue. Cependant, elle s'est ensuite élargie dans le but de

considérer la santé des usagers de manière plus globale en prenant en compte les risques sanitaires selon les produits, les personnes et leur environnement. Aussi, elle s'adresse « à l'ensemble des consommateurs qui encourent des risques, quelle que soit la substance qu'ils prennent » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.21).

La réduction des risques doit également permettre de préserver la qualité de vie de l'entourage de l'usager de drogue, ainsi qu'une réduction des coûts sociaux liés à la drogue. De ce fait, l'un des buts secondaires est de « diminuer la présence des problèmes de drogues sur l'espace public » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.21). Cette approche concerne donc à la fois la vie concrète des citoyens consommateurs de psychotropes et celle des citoyens non-consommateurs. Prendre soin des premiers c'est aussi s'occuper des seconds en défendant l'appartenance des uns et des autres au même tissu social. A Genève, *la réduction des risques* se manifeste entre autre par l'échange de seringues et la mise à disposition de kit d'injection au sein des Bus Itinérant de Prévention Sida (BIPS), de l'ouverture de lieux d'accueil avec espace d'injection et récemment d'inhalation, tel que le « Quai 9 » de l'association Première Ligne, ou la prescription légale de traitement de substitution comme la méthadone, le subutex, l'héroïne ou la morphine (Cf : *Annexe I* : carte du réseau genevois des structures concernées par les problèmes de toxicodépendance).

- *La répression* vise « l'application de l'interdiction des drogues illégales, [...] et contribue, en particulier à éviter les conséquences négatives de la consommation de drogues pour la société » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.22). Ainsi, il s'agira de réprimer la consommation, le commerce et l'importation de drogue dans le but de rendre le produit moins accessible, en particulier auprès des jeunes. Toutefois, dans certaines circonstances, *la répression* peut également contribuer à la marginalisation des consommateurs. Ainsi, elle est à double tranchant en termes de lien social dans la mesure où elle tente de minimiser les conséquences négatives de la consommation de drogues, mais cela davantage dans l'optique de « protéger » *la société*, au risque de rompre le lien social que tentent de maintenir les personnes toxicodépendantes au sein de cette même société. Dès lors, il convient de trouver « un juste équilibre entre la réduction des effets négatifs de la consommation de drogues pour la société d'une part et pour le consommateur d'autre part » (Rapport ProMeDro III, 2006, p.22).

Il y a actuellement un grand débat autour des politiques de lutte contre les toxicomanies. On peut le résumer de manière synthétique par les positions contradictoires suivantes :

- D'un côté les partisans d'une interdiction légale de la consommation, et de la mise en place de traitements basés uniquement sur l'abstinence.
- De l'autre, les partisans de l'accès légal et contrôlé à certains produits.

Dans ce débat, bon nombre de professionnels et d'experts considèrent que l'essentiel réside surtout dans la lutte contre l'exclusion, le respect de la personne toxicodépendante et l'accès à des traitements qui répondent aux différents besoins des personnes concernées. Ils estiment qu'il est indispensable de prendre en compte, dans une loi, l'ensemble des drogues, légales ou illégales. Cependant, cette tendance ne se traduit pas toujours dans les décisions politiques.

Après avoir tracé les contours du contexte tant historique, sémantique que politique dans lequel s'inscrit la toxicomanie, il convient de s'attarder sur les incidences sociales que celle-ci engendre pour les personnes toxicodépendantes. Que signifie être « toxicomane » dans nos sociétés occidentales ? Qui sont les personnes « toxicodépendantes » ? Quelles possibilités s'offrent à elles dans notre pays aujourd'hui ? Qu'entend-on par insertion, réinsertion ? Autant de questionnements qui nous permettront de finaliser le contexte global qui définit et entoure la problématique complexe de la toxicomanie.

2.2 Addiction et socialisation

2.2.1 Les personnes toxicodépendantes

« J'ai horreur de dire que je suis toxicomane, parce que je suis plein d'autres choses aussi et les problèmes de dépendance que j'ai c'est UNE chose parmi d'autres... J'ai pas cette étiquette et je pense pas que dans la rue ça se lit sur mon front... »
Emilie

Comme nous l'avons évoqué dans les chapitres précédents, la personne qui consomme des drogues, de manière régulière ou occasionnelle, ne se considérera, et ne sera pas nécessairement considérée, comme toxicodépendante aux yeux de la société. C'est avant tout *l'usage* ou plutôt *le mésusage* qui constitue le principal facteur de risque. Ainsi, comme nous l'avons relevé, une personne peut entretenir différents types d'usages avec le produit (Corty 2000) : *récréatif et occasionnel ou nocif* (notion d'abus), ce dernier devenant alors problématique. De fait, il est important de circonscrire ces différents usages qui permettent de distinguer en tout cas deux types de consommateurs de psychotropes :

- *Le toxicodépendant* ou « toxicomane avéré » (Castel, 1998), entretenant un usage *nocif* au produit,
- le *consommateur intégré* (Farges, E., 2002), entretenant un usage *récréatif* et/ou *occasionnel* avec le produit.

Castel (1998) propose une définition du « toxicomane avéré » sans jugement de valeur, en plaçant la conduite et non le produit, au centre de la problématique : « le toxicomane avéré est celui qui organise une part essentielle de sa vie personnelle et sociale autour de la recherche et de la consommation d'un ou de plusieurs produits psychotropes » (p.25). C'est cette définition qui va me servir de référence pour qualifier le toxicodépendant tout au long de ce travail. A l'inverse, *le consommateur intégré* réussi, à « faire cohabiter différentes lignes biographiques⁶ (travail, famille) avec sa consommation de drogue qui ne constitue donc pas l'intégralité de son mode de vie » (Farges, E., 2002, p.23). Il est donc important de les distinguer, car ces termes se

⁶ Par ligne biographique il faut comprendre le fait qu' « un individu ordinaire peut se représenter sa vie comme organisée autour de quelques lignes principales d'investissement : l'histoire de son enfance, celle de ses amours, sa carrière professionnelle, éventuellement son parcours politique, intellectuel » (Castel, 1988, p.26).

réfèrent à deux populations distinctes. Nous nous intéresserons à ces deux types de consommateurs, en commençant par le toxicodépendant.

On ne peut pas dire qu'il existe un « parcours type » du toxicodépendant ou un « profil » psychologique donné. Toutefois, on peut relever un certain nombre d'étapes plus ou moins généralisables que le toxicodépendant est amené à traverser, en passant par la première rencontre avec le produit pour aller jusqu'à la possibilité de s'en sortir. Ce cheminement effectué par l'individu est influencé par de multiples paramètres (sociaux, personnels, contextuels etc.) qui lui sont propres. Le produit utilisé ainsi que la manière de le consommer, peuvent également représenter des facteurs influençant le parcours et l'identité-même du toxicodépendant :

Le crack et l'héroïne restent associés à la décrépitude du "toxicomane", désocialisé, méprisé, et l'on constate un évidement des pratiques associées à cette image, notamment l'injection qui symbolise la perte de contrôle et incarne la limite à ne pas franchir.

(Fontaine & Fontana, 2004, p.10)

Par opposition, l'utilisation de la cocaïne s'est énormément accrue ces dix dernières années et est plutôt associée aux classes plus « aisées » de la société ou aux milieux de la nuit, alors que l'héroïne reste la drogue la plus « sale » et dangereuse aux yeux de la population en général. Par ailleurs, il semblerait que les médias aient participé à la « popularisation » de certaines substances « éveillant d'autant plus de curiosité qu'ils les parent d'un parfum de scandale et de plaisir défendu » (Morel, Hervé & Fontaine, 2003, p.76).

De plus, l'image que le consommateur a de lui-même influence également sa manière de se définir et ainsi, la construction de son identité : « Se percevoir ou non comme dépendant, accéder, craindre ou revendiquer le statut de "toxicomane" ou simplement celui d'usager de drogues, conditionnent en partie et connotent l'histoire de la personne avec les drogues » (Fontaine & Fontana, 2004, p.11). En effet, lorsqu'une personne consommatrice de drogue prend conscience qu'elle est progressivement devenue toxicodépendante, la représentation qu'elle a de ce groupe de personnes vient influencer sa propre représentation d'elle-même. Elle fait alors partie de « ce groupe » qu'on appelle communément « les tox » ou « les toxicos ». Cette « étiquette », au sens que lui donne Becker (1985), l'influencera passablement dans ses décisions et dans sa construction identitaire. En effet, selon cet auteur, « Le comportement déviant est ce que les gens

étiquettent comme tel ; le déviant est celui à qui on a réussi à coller cette étiquette » (Becker, 1985, p.12).

Néanmoins, on peut relever un certain nombre d'étapes « clefs » jalonnant la trajectoire d'un toxicodépendant. Essayons d'en faire l'énumération de manière succincte en gardant à l'esprit qu'il s'agit du « parcours type » d'une personne partant d'un état de non-dépendance à un état de toxicodépendance avéré. Sont donc exclus ici les personnes pour qui la consommation occasionnelle ou régulière de psychotropes n'engendre pas de conséquences néfastes sur leur vie au quotidien.

Il semblerait que toute personne ayant été au contact avec un psychotrope se souvienne de sa « première expérience » avec le produit. Celle-ci peut se faire de manière plus ou moins préméditée, lors de soirées, au cours de l'évolution d'un groupe déjà constitué ou par initiation, d'un partenaire, un collègue ou un ami. Cette « première fois » ne se passe pas toujours comme on l'avait imaginé, les effets négatifs pouvant être ressentis décident certains à ne pas réitérer l'expérience. D'autres, plus « téméraires » s'adonneront à de nouvelles tentatives, glissant alors *parfois* d'un usage occasionnel à un usage régulier. Durant cette période de découverte, l'utilisateur apprend beaucoup sur le produit.

Il acquiert des compétences sur les qualités, les doses, les provenances, les modalités de consommation. (...) A ce stade, le sentiment qui prédomine est celui d'être comblé de bienfaits et de découvertes, de trouver dans la consommation de produit(s) soulagement et/ou jouissance, d'en tirer du bien-être sans en perdre le contrôle, "puisque je peux m'arrêter quand je veux".

(Morel *et al.*, 2003, p.77)

Par conséquent, durant cette phase, le consommateur occasionnel devenu régulier a le sentiment qu'il gère sa consommation et ne voit pas en quoi cette dernière pourrait lui être néfaste. Toutefois, sans s'en rendre compte, il peut glisser d'un usage *occasionnel* du produit, à un *usage nocif*, et c'est à ce moment là que le contexte dans lequel il évolue, tant professionnel, social que familial joue un rôle décisif. En effet, le maintien de liens sociaux et la possibilité d'accéder à de l'information relative à la prévention pour préserver sa santé, sont des éléments déterminants pour la suite. Par ailleurs, et de manière plus générale, il est évident que « pour la plupart des

toxicomanes issus d'un milieu social particulièrement défavorisé, les menaces d'exclusion sociale étaient présentes avant même les premières consommations de drogues » (Castel, 1998, p.113). Ainsi, une fois de plus apparaît le fait que le contexte dans lequel la personne évolue et les paramètres qui en découlent jouent un rôle prédominant dans sa trajectoire de vie. Cependant, de manière générale et pour tout individu, l'*usage nocif* peut amener une désorganisation graduelle de l'existence sociale, psychique et corporelle, enclenchant le processus de dépendance. Celle-ci se traduira de manière différente selon les produits psychotropes consommés, selon leurs effets (état de manque plus ou moins violent, crainte de la descente⁷ etc.) et leur coût. Lorsque les finances ne peuvent plus permettre l'achat du produit utilisé « au départ » le consommateur peut alors se diriger vers des produits meilleurs marchés tels que les médicaments (benzodiazépines etc.). Par ailleurs, si l'argent fait défaut, l'entrée dans la délinquance peut être considérée comme « un recours immédiat pour assurer un minimum de maintenance et d'équilibre » (Morel *et al.*, 2003, p.78). Les conséquences de tels comportements peuvent amener la personne à s'absenter plus fréquemment de son lieu de travail, à ne pas pouvoir tenir ses engagements tant financiers que sociaux. Elle peut alors rompre avec le *pôle du travail*, ce qui participe davantage à la détérioration de sa qualité de vie. Nous reviendrons sur le rôle que peut jouer le pôle du travail dans la vie d'une personne toxicodépendante plus loin (cf.2.2.4).

Ainsi, petit à petit, la personne entre dans une seconde phase, durant laquelle l'évitement d'un état de manque est structurel. En effet, sa vie tourne de plus en plus autour de ce sentiment bientôt omniprésent; dès le matin elle pense qu'il va lui falloir trouver du produit afin d'éviter des états physiques douloureux. Petit à petit, elle prend conscience de son état de *dépendance* et tente alors parfois, de s'en sortir. Le quotidien devient alors beaucoup plus dur à vivre compte tenu des multiples « essais de sortie » que la personne effectue. Son estime d'elle-même se trouve affectée par le fait qu'elle se sent souvent « dépassée », elle ne maîtrise plus son quotidien : « des périodes de luttes intenses pour arrêter (parfois couronnées de succès un certain temps) succèdent à des périodes de relâchement et de redécouverte passionnée du produit » (Morel *et al.*, p.78). Ainsi, le consommateur est dans une double démarche, tentant d'arrêter, mais ne pouvant

⁷ La notion de « descente » fait référence au moment où l'effet ressenti du produit diminue progressivement. Selon les produits, la descente peut être plus ou moins rapide et plus ou moins « douloureuse » selon l'effet de manque qui peut en découler.

parfois pas s'empêcher de reconsommer. Il effectue alors diverses actions se soldant par des échecs ou des possibilités de s'en sortir.

Néanmoins, lorsque ce n'est pas le cas, la difficulté redouble d'importance, car les échecs répétés sont de plus en plus fatigants et démoralisants.

L'identité de « toxicomane » est là, renforcée par les institutions (justice, police, santé), comme une destinée rejetée au milieu d'une cohorte errante qui se défait et se reforme au fil des plans, des départs en cure, des overdoses, des rechutes des uns et des autres.

(Morel *et al.*, p.78).

Ainsi, après une phase de découverte plutôt « calme », lorsque les tentatives de soins pour s'en sortir sont infructueuses, la personne peut se retrouver dans un cercle vicieux dont il est de plus en plus difficile de sortir.

En effet, si la personne passe plusieurs années dans cette « spirale » engendrant souvent un « repli » sur soi, il n'est pas rare qu'elle laisse derrière elle une partie de son réseau social (famille, amis), un travail ou des activités sociales. Ce processus peut alors entraîner diverses complications, somatiques d'une part, mais également une certaine exclusion sociale pouvant parfois être émaillée par des passages en prison, à l'assistance sociale, etc. Cette période de « galère » est des plus délicate, et donne, parfois, l'impulsion nécessaire à la personne pour demander de l'aide et entreprendre ou ré-entreprendre une démarche de soins.

Ainsi, il est important de se rendre compte que la sortie de la toxicomanie exige un processus dynamique complexe (Castel, 1998). En effet, il inclut à la fois la réalité psychique de l'individu, mais également ses différentes contraintes familiales, sociales, économiques, politiques et éthiques qui forment sa réalité existentielle. De plus, comme nous l'avons vu, il faut désormais également compter avec les éléments issus de la politique « des quatre piliers » incluant la « réduction des risques », qui a également des répercussions sur cette sortie de la dépendance et surtout sur les modalités de celle-ci (cf.2.2.6).

Finalement, retenons l'idée que toute personne toxicodépendante semble suivre sa propre « trajectoire ». Ce terme indiquant le fait que : « la toxicomanie n'a rien d'un état figé et inamovible, mais qu'entre plaisirs et souffrances, elle est au contraire une histoire dynamique,

marquée par des étapes transitoires, des vécus intenses, des destinées variables » (Morel *et al.*, 2003, p.78)

Pour conclure, rappelons que cette « modélisation » de parcours avancée par Morel *et al.* (2003) n'est évidemment qu'indicative et inspirée par les cas rencontrés par les chercheurs durant ces dernières années. Toutefois, il est clair que nombre d'histoires ne s'y conformeront pas, mais n'oublions pas que ce parcours concerne la population toxicodépendante, c'est-à-dire les « toxicomanes avérés » et non les consommateurs intégrés. Cependant, il est évident qu'au sein même de cette population d'autres trajectoires peuvent être rencontrées : certaines personnes s'arrêtent d'elles-mêmes lorsqu'elles prennent conscience des dommages que la poursuite de la consommation pourrait engendrer, d'autres commencent directement avec une consommation massive, etc. Ainsi, ce « parcours type » offre une certaine lecture et des points de repère quant à l'évolution qui semble être la plus répandue pour une personne toxicodépendante.

Intéressons nous maintenant à l'usager occasionnel de drogue, le *consommateur intégré* dont nous avons parlé en début de ce chapitre. En quoi consiste son profil ? Que signifie « gérer » sa consommation ?

2.2.2 Consommateurs intégrés et gestion de la consommation : mythe ou réalité ?

« Tant que je devais pas en prendre tous les jours, que j'en prenais quand j'avais vraiment mal et que j'étais intégré socialement parce que j'avais un travail, je me sentais pas exclu ou toxicomane... »

Marco

L'évolution qu'a subie, ces vingt dernières années, la problématique de la toxicomanie, nous contraint à nous arrêter sur ce phénomène, non pas nouveau mais plus communément admis aujourd'hui, que représente la consommation gérée de drogues dures (Soulet, 2002). La définition la plus large de cette population est la suivante : « usagers ne fréquentant aucune structure de prise en charge sanitaire ou sociale ou non repérés par le dispositif d'application de la loi » (Rapport TREND, cité par Fontaine, 2006, p.20). Ainsi, cette définition se réfère à toute personne consommant des produits illicites, que ce soit avec ou sans traitement de substitution. Même si

cette population est difficile à chiffrer de par son « inexistence statistique », « on peut toutefois supposer que la proportion est significative comme l'ont montré certaines recherches » (Soulet, 2003, p.331).

Jusqu'ici, bon nombre de recherches sur les consommations de drogues concernaient plutôt des populations minoritaires dites « marginales ». Cependant, depuis une dizaine d'années davantage d'auteurs s'intéressent aux usagers « cachés ». Dans un premier temps, cette thématique a plutôt été abordée en référence à des individus consommant des produits illicites dans le but de faire face à une réalité de plus en plus complexe, avec des professions demandant une implication toujours plus conséquente, confrontées à un stress important devant être géré d'une manière ou d'une autre.

Répondre à toutes les sollicitations, s'efforcer d'entrer dans le cadre, correspondre aux attentes qui sont présentées comme basiques à défaut d'être naturelles, allier efficacité et longévité dans la vie quotidienne est devenue un véritable parcours du combattant. (Hautefeuille, 2004, p.9).

Ainsi, la consommation de psychotropes trouverait sa source dans ce surmenage auquel nombre d'individus sont confrontés au quotidien et représenterait un « outil d'intégration » (Fontaine, 2006, p.32). Des valeurs comme « le travail au mérite » ou la valorisation de l'effort personnel peuvent, en effet, les pousser à être de plus en plus « inventifs » pour se surpasser et devenir plus efficace. « L'usage de psychotropes vise à supporter, à accepter le compromis nécessaire, parfois même à permettre l'intégration » (Fontaine, 2004, p. 4).

Toutefois, peu de recherches se sont consacrées aux personnes s'adonnant à une consommation occasionnelle, autre que comme une réponse à des besoins de performances ou dans le but de faire face à une réalité parfois devenue trop difficile à affronter. C'est comme s'il fallait trouver des raisons « socialement admises » pour expliquer la consommation de produits illicites : l'augmentation du stress au travail, la péjoration des conditions de vie, la détérioration du lien social etc.

Sans doute ne s'est-on pas penché jusqu'ici sur la consommation de drogues par des personnes socialement intégrées et anonymes parce qu'elles n'étaient pas considérées comme les auteurs et acteurs d'un « problème » de société, de santé ou d'ordre public.

L'intégration sociale par le travail suffisait à ce qu'elles ne soient pas assimilées à des dangers potentiels.

(Fontaine, 2006, p.19)

Or, plusieurs études récentes ont montré qu'un nombre non négligeable de personnes insérées professionnellement et socialement, ont une consommation « contrôlée » de drogues dures et n'entretiennent ainsi aucun contact avec les réseaux professionnels de traitement à la dépendance. « Ces consommateurs intégrés gèrent leur consommation, puisqu'ils la rendent compatible avec d'autres engagements ordinaires » (Soulet, 2003, p.331). C'est aussi ce que constatent Kübler et Hausser (1996) dans le cadre de l'étude exploratoire qu'ils ont menée auprès d'une population cachée de consommateur d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical, et relèvent dans leur conclusion qu'il serait intéressant de se pencher davantage sur la manière dont les consommateurs assurent le contrôle de leur consommation.

De plus, il existe également un certain nombre de personnes en traitement à la méthadone qui continuent de consommer régulièrement des produits tels que de l'héroïne, de la cocaïne ou des benzodiazépines sans remettre en cause leur intégration ou réintégration au sein de la société.

Ces poursuites de consommation ne mettent cependant pas en question la satisfaction quasi unanime à l'égard de ces traitements de substitution : meilleure santé, diminution des délits, inscription dans un cadre sécurisant... D'une certaine façon, malgré une forte tentation d'y voir des formes de rechutes, force est de constater que ces pratiques ne semblent pas nécessairement problématiques, ni socialement, ni individuellement.

(Soulet, 2003, p.331)

Ainsi, il est intéressant de se demander comment, certaines personnes, après des périodes de consommation incontrôlée et problématique, parviennent à gérer une consommation de drogues dures, en mettant en place un usage qui n'est apparemment plus problématique. Ou comment, des personnes socialement intégrées parviennent à consommer des produits illicites sans « sortir du circuit », et poursuivre leur vie de manière ordinaire ? Quelles sont les modalités déployées ? En quoi consistent ces systèmes de gestion ? Une recherche mandatée par l'Office fédéral de la santé publique a tenté de comprendre de quelles manières ces personnes parviennent à gérer leur

consommation illégale⁸. Elle a été menée auprès de 38 personnes consommatrices, dont la moitié suivait un traitement de substitution à la méthadone. Il me semble important d'expliquer, en quelques lignes, ce que cette recherche a démontré.

L'analyse des pratiques de consommation des personnes en rapport avec leur mode de vie démontre que la consommation contrôlée se base sur une diversité de règles, de style propre aux individus. Quatre *logiques de gestion* peuvent être dégagées :

- *Une logique du métier* : savoir concrètement utiliser la drogue de façon à minimiser les risques sanitaires et sociaux qu'engendre sa consommation.
- *Une logique du sens* : penser sa consommation afin d'établir avec la drogue un rapport non tourmenté, notamment dans l'élaboration d'un sens positif à sa pratique consommatoire.
- *Une logique des valeurs* : être capable d'adhérer à d'autres valeurs et de poursuivre d'autres intérêts en dehors de la consommation.
- *Une logique d'adaptation* : savoir agir en tenant compte des situations qui se présentent, résoudre des problèmes imprévus, trouver des solutions, et ceci sur la base des connaissances détenues (dimension professionnelle), du sens attribué au produit (dimension symbolique), des valeurs partagées (dimension axiologique).

(Soulet, 2003, p.340)

Ainsi, le consommateur doit pouvoir comprendre et s'approprier ces quatre logiques, et développer les compétences qui s'y rapportent pour pouvoir tendre à une zone optimale de gestion. L'atteinte de celle-ci doit être considérée comme un défi. Des règles doivent être posées et continuellement réévaluées, selon le contexte dans lequel la personne évolue et les enjeux existants autour de sa consommation.

Tentons de résumer les capacités s'attachant à chaque logique et permettant de différencier une maîtrise minimum d'une gestion optimale de la consommation.

⁸ Soulet, M-H., en collaboration avec Caiata Zufferey, M., et Ouevray, K., (2002) *Gérer sa consommation. Drogues dures et enjeu de conventionalité*. Editions Universitaires de Fribourg, Suisse.

La logique du métier

Une « carrière » de toxicodépendant se développe sur une certaine durée. Avec le temps, l'individu accumule toutes sortes d'expériences lui permettant de mettre en place ou de s'approprier certaines règles. Il apprend à connaître les formes « acceptables » de consommation, les réactions aux divers produits, les endroits à fréquenter et les manières de s'y tenir, les types de relations à entretenir avec les dealers, etc. Ces éléments représentent autant de « méthodes » de gestion entretenues avec le monde extérieur.

Cet apprentissage permanent forme le discours et les pratiques de ces initiés qui ne sont, au fond, que des personnes qui signalent, par l'observation des principes et maîtrise du lexique propre à cette activité socialement organisée qu'est la toxicomanie, leur appartenance à un univers particulier.

(Castel, 1998, p.150)

Par conséquent pour parvenir à gérer sa consommation, l'individu doit s'approprier tout un ensemble de savoirs objectifs indispensables ainsi que des règles et des savoirs-faire. *Trois domaines* essentiels constituent les *savoirs fondamentaux* (Oeuvray, 2008) :

- *l'approvisionnement du produit*, c'est-à-dire où acheter des substances de bonne qualité, de manière discrète ? Pour ce faire, le gestionnaire doit s'entourer de personnes fiables et doit être en mesure de distinguer les produits acceptables et ceux qui ne le sont pas. Les produits de bonne qualité étant généralement les plus chers, « les aspects financiers agissent comme garde-fous » (p.28), le gestionnaire se fixe alors un prix limite à ne pas dépasser.
- *L'ensemble des conditions estimées nécessaires pour encadrer la consommation* : « où, quoi, quand, avec qui. Les gestionnaires choisissent avant tout des lieux sûrs » (p.29).
- *La gestion du manque* : « les gestionnaires organisent d'avance des appuis pour s'assurer que le manque soit aussi supportable que possible » (p.29).

Ainsi, la différenciation entre une gestion optimale et minimale va dépendre de l'appropriation qu'aura le gestionnaire de ces savoirs fondamentaux. Celle-ci pouvant être : aléatoire, formelle ou

intégrale. « Une appropriation aléatoire ou formelle peut correspondre à l'acquisition de savoirs pertinents et aussi à des connaissances parfois lacunaires des risques impliqués » (p.28).

La logique du sens

Cette logique demande un travail réflexif important de la part du gestionnaire, portant sur deux domaines :

- Autours du *produit* en tant que tel, se justifiant par « le plaisir obtenu et accordé comme une forme de loisir ou comme répit dans un quotidien perçu comme morne ou difficile » (p.29).
- Autours des *rappports sociaux*, c'est-à-dire le fait de participer à la vie de groupes auxquels on appartient.

Dès lors, « la différenciation entre la zone de gestion minimale et la zone de gestion optimale s'exprime par le rapport entretenu avec le produit et, plus généralement l'activité de consommation » (p.29). Ce rapport peut-être : distancié lors d'une gestion optimale de la consommation, pour se diriger vers un rapport problématique, voire fusionnel. « Un rapport distancié se caractérise par une relation avec la consommation qui est à la fois apaisée et lucide » (p.31).

La logique des valeurs

Il s'agit de la capacité du gestionnaire d'adhérer à des valeurs collectives indépendantes de la consommation. Il est question principalement de « la valeur primordiale du travail, une qualité de vie au-delà du travail, la présence d'activités prônant le bien-être telle que les loisirs et les vacances, l'importance d'un budget équilibré, la priorité de la famille et surtout des enfants » (p.31). Il peut également s'agir de se mettre certaines « barrières » qu'on ne souhaite pas franchir pour obtenir le produit de consommation, tels que refuser le vol, la prostitution ou le trafic.

Le continuum allant de la zone de gestion limitée à la zone optimale s'explique par l'attachement au monde conventionnel et, plus concrètement, par le développement de lignes bibliographiques diversifiées (être consommateur mais aussi ami, travailleur, parent, fan de musique, sportif...).

(Ouvray, 2008, p. 32)

Ainsi, le rapport au monde peut être *conventionnel* (c'est-à-dire avec une diversification des lignes bibliographiques), *marginal* ou *alternatif*. En général, les gestionnaires ayant un attachement aux valeurs conventionnelles travaillent et apprécient leur profession. Ils sont également capables de s'investir dans leur relations affectives, s'intéressent aux événements sociopolitiques, votent, voyagent. « Différencier la gestion optimale d'une gestion limitée, dans cette logique revient donc à reconnaître un certain capital social que ce dernier soit hérité, acquis ou laissé en friche » (Ouvray, 2008, p.32).

La logique d'adaptation

La logique d'adaptation entre en compte lorsque la personne est face à une situation imprévisible et qu'elle doit trouver une solution pour y remédier. Pour ce faire, elle table entre autre sur ses capacités de « débrouillardise », mais également sur une planification importante visant à éviter les situations imprévisibles, en les rendant extrêmement rares.

L'enjeu de cette logique est donc la réussite même de la gestion. Il s'agit concrètement de mettre en place une organisation spatio-temporelle capable aussi bien de se rassurer que de voir diminuer les craintes de son entourage. Ainsi, on ne consomme jamais avant d'aller travailler. On planifie les consommations pour qu'elles correspondent aux absences des enfants. De même on choisit scrupuleusement les lieux pour consommer.

(Ouvray, 2008, p.33)

La personne doit donc mettre en place des stratégies efficaces, impliquant la plupart du temps la mobilisation de ses propres réseaux sociaux. Lorsque ces stratégies sont différenciées, le gestionnaire peut puiser dans plusieurs espaces de vie (famille, amis, travail, loisirs) pour inventer des formes créatives de gestion, tout en préservant chacun des espaces. Elles sont opérationnelles lorsque « les gestionnaires utilisent les ressources mises à disposition par les proches partageant le « secret » de leurs activités » (p.34). Finalement, lorsque les stratégies sont limitées, l'individu se trouve dans la zone minimale de gestion car ses stratégies s'appuient presque uniquement sur le réseau restreint du monde social de la consommation. De ce fait, les personnes pouvant être mobilisées sont limitées et leur soutien précaire, ce qui peut engendrer un

certain isolement social. Ainsi, tout comme dans la logique précédente, la logique d'adaptation dépend également du capital social de la personne, ainsi que des possibilités qu'elle aura à mobiliser une personne « alliée » à sa cause.

Finalement, on se rend compte que même si la gestion de la consommation de drogues dures est possible, elle n'est pas pour autant évidente. Chacune des logiques comporte des savoirs, des capacités, des stratégies qui ne sont pas faciles à mobiliser et à réunir. Toutefois, le fait de différencier ces quatre logiques permet de mieux comprendre sur quoi repose cette gestion, ce qui nous permettra d'analyser de manière plus pointue certains aspects relatés dans les entretiens.

Après avoir défini de manière claire les deux types d'usagers de drogues, il convient de s'attarder quelque peu sur la notion de lien social. Qu'entend-on par lien social, et dans quel mesure celui-ci est-il mis à mal dans un mode de vie toxicodépendant ?

2.2.3 Toxicodépendance et lien social

De manière générale, la toxicodépendance s'inscrit dans un contexte de malaise social, de crise de valeurs, d'identité, mais aussi de performances, d'inégalités des chances et d'individualisme. De ce point de vue, il est clair que la toxicodépendance est étroitement liée à de nombreuses autres dimensions affectant les individus: une certaine détresse psychologique, une pression quotidienne, une dégradation de la qualité de vie, la précarisation, le chômage et bien d'autres choses encore. Par conséquent, on peut dire qu'il s'agit d'une problématique multidimensionnelle, parce qu'elle a des répercussions tant sur la santé physique et mentale des individus que sur leur vie économique et sociale. Elle a des causes multiples et énormément de conséquences pour la personne, car elle peut affecter son équilibre psychique, interférer sur sa qualité de vie, ses relations interpersonnelles et son rôle au sein de la société.

Ainsi, dans certains cas, la toxicomanie avérée peut engendrer une rupture de lien, que celui-ci soit familial, professionnel ou amical. On parle alors de « lien social » au sens large. Ce terme, aujourd'hui très utilisé, et dans de multiples contextes, fait référence aux écrits d'Emile Durkheim (1893). Sa thèse « De la division du travail social » (1893) est, en effet, considérée comme l'introduction au lien social (Paugam, 2008). Ce concept a suivi une évolution importante et continue d'évoluer, mais les écrits de Durkheim représentent une base sur laquelle les

chercheurs en sciences sociales s'appuient, en particulier par rapport au concept fondateur de *solidarité mécanique* et *solidarité organique* utilisé pour définir l'évolution de la solidarité lors du passage des sociétés traditionnelles aux sociétés modernes.

La solidarité mécanique correspond à la solidarité par similitude. Elle renvoie aux sociétés traditionnelles dans lesquelles les individus sont peu différenciés les uns des autres, partagent le même sentiment, obéissent aux mêmes croyances et adhèrent aux mêmes valeurs.

La *solidarité organique* est la forme opposée, celle qui caractérise les sociétés modernes. Ce qui fait le lien social dans ce cas, c'est avant tout l'interdépendance des fonctions, laquelle confère à tous les individus, aussi différents soient-ils, une position sociale précise.

(Paugam, 2003, p.8)

Ainsi, dans nos sociétés majoritairement *organiques*, la fonction sociale de l'individu est importante car elle lui indique sa position sociale. Aujourd'hui, la fonction de « salarié » est très importante et mise en avant, conférant une position mais également une reconnaissance de l'individu aux yeux de la société (cf. 2.2.4). Le statut de toxicodépendant octroie, en ce sens, une position sociale et donne des indications quant aux fonctions censées l'accompagner. En effet, lorsque la personne se considère comme toxicodépendante, elle le devient également aux yeux de la société. Il lui est alors difficile de se « reconstruire » une identité propre, dépourvue des « stigmates » engendré par son parcours de vie : « étiqueté toujours comme toxicodépendant ou au mieux comme récidiviste potentiel, l'individu est loin d'être ré-accepté à part entière dans le jeu social » (Caiata Zufferey, 2006b, p.148). Ce processus signifie que le lien social peut s'effriter progressivement, mettant ainsi la personne toxicodépendante en dehors de toute forme de groupement organisé. Toutefois, il est évident que la toxicodépendance « est un cofacteur de passivité sociale et de désocialisation. Un cofacteur certes puissant, mais ce n'est jamais le moteur unique de l'échec du lien social » (Morel, et al., 2003, p.84).

Dans la vie du toxicodépendant, le pôle du travail représente un élément favorisant le maintien du lien social. En effet, lorsqu'elle parvient à maintenir un emploi, la personne toxicodépendante remplit avant tout sa fonction de « salarié » et le travail représente alors un signe d'appartenance lui permettant de diversifier ses lignes biographiques et de rester « affiliée » à la société. C'est

pour cette raison qu'il me semble important de consacrer le prochain chapitre au travail, car il représente le pôle d'insertion et de réinsertion par excellence.

2.2.4 Travail et lien social

*« Quand on parle du fait d'arriver à être quelqu'un dans la vie,
c'est bien entendu dans le sens du travail... parce que sinon dans quoi ? »
Esteban*

De nos jours, le lien social s'établit majoritairement à travers une activité salariale et cela « par la force des choses » car l'individu passe le plus clair de son temps sur son lieu de travail. En effet, « aujourd'hui, il ne fait aucun doute que ce soit par l'emploi que l'on s'intègre vraiment dans la vie sociale » (Meda, 1995, p.17). Ainsi, celui-ci permet la socialisation, la sociabilité, les rapports aux autres et un sentiment d'appartenance. Or, cela n'est pas la finalité du travail puisqu'il sert avant tout à des fins de production et non dans le but d'établir un lien social. Toutefois, il conduit à cela « essentiellement parce qu'il est la forme majeure d'organisation du temps social et qu'il est le rapport social dominant » (Meda, 1998, cité par Clerc & Tharin, 1999, p.14). De ce fait, il occupe depuis plusieurs années, un rôle intégrateur car il participe à la définition de la norme sociale et représente une valeur fondamentale tant au niveau économique, psychologique que culturel. On peut cependant se demander si le travail représente le seul moyen de maintenir le lien social. Meda (1998) remet en question ce rôle intégrateur du travail : « le travail est devenu une nécessité telle dans notre société que nous sommes prêts à tout pour lui conserver une place, sans nous interroger sur les conséquences d'un tel attachement pour notre vie sociale » (cité par Clerc & Tharin, 1999, p. 21). En effet, lorsqu'une personne travaille à 100% par exemple, elle n'a que peu d'occasions d'établir des liens sociaux au dehors de son emploi et sa famille. Ainsi, il semblerait que « si le travail est à l'évidence le principal moyen du lien social, c'est bien parce qu'il finit par occuper l'ensemble de l'espace social » (Meda, 1996, p.18). Néanmoins, il apparaît important que le travail n'apparaisse pas comme le seul médiateur de lien social, dans la mesure où, aujourd'hui, de plus en plus d'individus sont sans emploi. Or, même si l'on sait que le travail ne représente pas la seule activité collective possible, sa valorisation sociétale est telle qu'il devient une fin en soi, un objectif à atteindre envers et contre tout. Ainsi, il semblerait que le lien social établi au travail soit plutôt le fruit des représentations sociales en vigueur aujourd'hui. Toutefois, comme le relèvent Maranda, Negura et De Montigny (2003), les représentations

sociales agissent « comme des régulateurs sociaux, car elles induisent des modes de fonctionnement, des règles de conduite, une éthique. [...] En somme, les représentations sociales sont une manière d'interpréter et de penser la réalité quotidienne pour y agir » (Maranda *et al.* 2003, p.273). Dès lors le travail, comme espace privilégié d'insertion, semble être avant tout le fruit des représentations sociales, mais comme celles-ci induisent fortement les comportements des individus, ils font de l'emploi un élément indispensable à leurs vies. C'est en tout cas ce que j'ai pu constater dans plusieurs entretiens, révélant que le travail joue un rôle primordial et surtout « intégrateur » dans le processus de réinsertion des interviewés. Nous verrons de quelle manière ceux-ci l'expliquent, lors de l'analyse des entretiens.

Voyons maintenant ce qu'on entend par réinsertion, insertion ou intégration, qui sont des termes proches et parfois confondus. Afin de pouvoir se baser sur un vocabulaire commun, il apparaît important de les définir de manière distincte.

2.2.5 Réinsertion sociale et toxicodépendance

*« Le but d'une réinsertion, pour qu'elle soit positive,
c'est de trouver d'autres plaisirs ailleurs...
Et c'est ça aussi qui est compliqué... »*

Nora.

Comme nous l'avons vu, le phénomène « drogue » représente un sujet de société considérable, car il met en évidence de multiples enjeux tant politiques, sociaux qu'individuels. Aujourd'hui, il existe une préoccupation générale au sein du réseau professionnel s'occupant de cette problématique, mais également à certains niveaux politiques, visant à déconstruire les *a priori* et les préjugés qui ont longtemps dominé le débat autour des rapports aux drogues.

A présent, « la tendance est d'élargir le champ d'analyse et de reconnaître les enjeux individuels et collectifs qui sont à la base des problématiques liées à la consommation de drogues » (Riviera Largacha, 2007, p.9). Cette évolution a également des répercussions notables sur les facteurs intervenants dans la réinsertion sociale des personnes toxicodépendantes.

Par *réinsertion sociale*, il faut comprendre le fait de s'insérer à *nouveau* dans un système. Les termes relatifs à l'insertion étant multiples, il est important de les distinguer.

L'insertion est un processus de développement de ses compétences, de ses connaissances, ses « capitaux », pour trouver sa place au sein du fonctionnement social. Le mot « capital » est à comprendre au sens que Bourdieu (1980) lui donnait. Selon cet auteur, ce terme constitue les ressources sociales dont une personne dispose, lui permettant d'obtenir des avantages sociaux. Ils sont au nombre de quatre :

- *le capital économique*, mesurant l'ensemble des ressources économiques d'un individu, comprenant tant son revenu que son patrimoine,
- *le capital culturel*, mesurant l'ensemble des ressources culturelles dont dispose un individu, (capacités de langage, maîtrise d'outils artistiques, etc.), le plus souvent attestées par des diplômes.
- *le capital social*, faisant référence à l'ensemble des ressources liées à la possession d'un réseau de relations sociales durables (famille, amis, connaissances etc.)
- *le capital symbolique*, désignant tout autre forme de capital (culturel, social, économique) étant reconnu au sein d'une société.

Les capitaux culturels et économiques représentent, pour Bourdieu (1980), les deux capitaux les plus importants dans nos sociétés. *L'insertion* concerne donc une majorité de la population et non un groupe en particulier. Ainsi, en ce qui concerne la population toxicodépendante, il s'agira plutôt de délimiter ce que Castel appelle les *zones d'affiliation* de l'individu (1994) et de lui permettre, le cas échéant, de s'y ré-affilier par le biais de la réinsertion pour finalement y être à nouveau inséré.

Pour Castel (1994) le développement d'un mode de vie toxicodépendant peut conduire à une désaffiliation, c'est-à-dire le fait de conjuguer l'absence de travail et l'isolement social. La désaffiliation peut s'inscrire dans différents contextes selon la trajectoire de vie de la personne, mais elle intervient lorsque l'individu est en perte de repères et qu'il s'éloigne de ce qui constitue ses liens d'attachement avec son milieu social. Selon l'auteur, le contexte dans lequel se situent les zones d'affiliation et de désaffiliation est en profonde mutation tant sur le plan de l'insertion sociale que professionnelle. De ce fait, les contours de ces zones sont flous et en constante évolution. En effet, selon lui, trois situations sont possibles :

- *Une zone d'intégration* : un individu bénéficie d'un emploi stable et expérimente une insertion relationnelle forte.
- *Une zone de vulnérabilité* : un individu entretient un lien précaire avec son travail et présente une fragilité relationnelle.
- *Une zone de désaffiliation* : le lien à l'emploi de l'individu est absent et ce dernier vit dans l'isolement social.

(Boivin & De Montigny, 2002, p.9)

Par conséquent, plus la personne est proche de la zone de désaffiliation, plus elle manquera d'autonomie dans l'une ou l'autre des sphères privées de sa vie. Dès lors, la *réinsertion* peut être définie comme :

Un état que connaissent ceux qui ont vécu une certaine forme de désinsertion dans une ou l'autre des sphères de leur vie, soit dans les sphères psycho relationnelles, socio professionnelles et socio communautaires, et qui s'engagent dans une démarche d'autonomie. Ainsi, contrairement à la croyance populaire, ce sont autant les gens qui maintiennent un lien chancelant avec le travail et dans leurs relations sociales qui vivent cet état que ceux dont les liens sont plus robustes, sans être tout à fait solidifiés.

(Boivin & De Montigny, 2002, p.11)

Par conséquent, la *réinsertion* constitue un premier pas dans l'acquisition d'une place reconnue dans la société. Elle représente par ailleurs un défi important, dans la mesure où les personnes sont amenées à renouer avec leurs proches, le monde du travail, mais également avec elles-mêmes. Cette confrontation à une nouvelle réalité représente un pas délicat, car elle peut faire ressurgir des difficultés tant relationnelles que sociales. Celles-ci sont plus importantes pour les personnes toxicodépendantes qui, parfois, « ont évité les rencontres réelles avec les autres pendant leurs années de consommation » (Boivin & De Montigny, 2002, p.11). De plus, lors de cette étape, il est souvent nécessaire de « développer ou de consolider les unes après les autres les compétences requises pour rendre la personne la plus autonome possible avant même qu'elle ne réintègre la communauté » (Boivin & De Montigny, 2002, p.11). Ces auteurs ont en effet constaté que les personnes toxicodépendantes évoluant dans une zone de vulnérabilité ou de désaffiliation avaient tendance à manquer d'autonomie, que cela soit dans leur rapport aux autres, par rapport à

leur capacité d'implication dans des activités diverses ou leur capacité à trouver un emploi. En ce sens, la réinsertion doit pouvoir rendre la personne autonome en lui permettant d'acquérir des compétences réelles pour faire face aux défis de la vie quotidienne. Car bon nombre de personnes parviennent à développer une autonomie « de façade » leur permettant d'évoluer au sein de notre société sans pour autant vivre des expériences valorisantes ou assumer des responsabilités. C'est pourquoi, durant la période de réinsertion, il apparaît fondamental d'offrir aux personnes la possibilité de développer leur autonomie afin qu'elles puissent acquérir des compétences leur permettant d'être *acteur* de leur vie future.

Dès lors, la période de réinsertion est fondamentale car elle fait *le lien* entre la période de toxicodépendance et l'intégration à la vie en société. De fait, de multiples enjeux sont présents, car c'est lors de ce processus que la personne pourra mettre à l'épreuve les connaissances et compétences acquises pendant sa période de soins. Ainsi, la réinsertion peut représenter l'accomplissement d'un processus en marquant un passage réussi d'un mode de vie toxicodépendant à un mode de vie « ordinaire », mais elle peut également révéler les manques ou les difficultés toujours présentes dans la vie de l'individu, le poussant parfois à retourner vers une consommation abusive. De fait, pour mener à bien la tâche de réinsertion, la personne a souvent besoin d'une aide ou d'un soutien accru pour *préparer* ce processus de *réinsertion*, avant même d'envisager une *réintégration* au sein de la société. Cette aide « peut provenir du milieu ou être offerte par des services spécialisés en la matière » (Boivin & De Montigny, 2002, p.11).

Dès lors, la démarche de *réinsertion* est à voir comme un processus au long cours, pouvant déjà trouver sa source au début du processus de soins, voire pendant la période de consommation. Le but sous-jacent devrait être la mise en place d'un projet de vie permettant progressivement à la personne de « changer ses représentations d'individu fragilisé ne pouvant pas avoir accès à ce monde socioprofessionnel » (Boivin & De Montigny, 2002, p.11). L'étape ultime du processus de réinsertion est alors la *(ré) intégration* de l'individu au sein de la société, impliquant une coopération entre la personne anciennement toxicodépendante et les autres membres de la société. Celle-ci est *intégrée* à proprement dit lorsqu'elle sent qu'elle a une place dans la société et qu'elle assume un rôle de citoyen similaire aux autres membres de celle-ci.

Voyons maintenant les dispositifs existant dans notre pays pour favoriser la *réinsertion* puis *l'intégration* des personnes toxicodépendantes.

2.2.6 *S'en sortir* », en Suisse aujourd'hui : quelles possibilités, quelles implications ?

*Ce qui est important c'est... De toujours retourner vers le soutien...
Ce qui est important aussi c'est de garder des attaches, un lien, et pas tout couper...
Mais ça, j'apprends encore...
Emilie*

Comme nous l'avons évoqué, la diversification des possibilités de sorties aujourd'hui est une réalité et les institutions suisses en tiennent compte dans les programmes de soins qu'elles proposent. En effet, plusieurs alternatives s'offrent à la personne (suivi résidentiel, ambulatoire, stabilisation à la méthadone etc.) et elle peut choisir la voie qui lui semble être la plus appropriée à sa situation. Toutefois, cela suppose un travail de sa part, pas toujours évident à réaliser, afin d'effectuer son choix, tout en sachant qu'il n'a pas la même valeur « normative » aux yeux de la société. En effet, il n'est pas rare qu'une personne continue de considérer qu'un individu est toxicodépendant lorsque celui-ci suit un traitement à la méthadone, par exemple. De ce fait, « le toxicodépendant qui s'en sort n'est plus appelé à suivre une voie unique et prédéterminée, mais doit construire lui-même son chemin de rémission en le dessinant et en le validant par un travail de légitimation » (Caiata Zufferey, 2006a, p.55). Par *travail de légitimation*, il faut comprendre le fait que la personne doit désormais étayer son choix quant à la manière dont elle envisage son processus d'affranchissement. Elle défend vis à vis d'elle-même comme de ceux à qui elle s'adresse qu'elle s'est bel et bien approprié le sens de sa démarche et les raisons de son choix. Désormais sa quête de sortie passe par un travail d'appropriation de l'option de sortie qu'elle aura choisie, pour qu'elle puisse l'intégrer et lui donner du sens : « il s'agit de faire continuellement sens de son chemin tant à ses propres yeux qu'aux yeux de son entourage » (Caiata Zufferey, 2006a, p.87).

Les recherches menées par cette auteure sur près de dix ans, ont permis de dégager trois formes d'éloignement de la toxicomanie:

- *L'abstinence totale d'héroïne et de cocaïne,*

- *La consommation occasionnelle d'héroïne ou de cocaïne* : aucune fréquence minimale ou maximale n'a été fixée pour déterminer qu'est-ce qui constitue une consommation occasionnelle, le critère de l'autodéfinition faisant foi,
- *La stabilisation à la méthadone ou à un autre produit légal de substitution* : les personnes stabilisées à la méthadone sont celles qui suivent un traitement de substitution à long terme et parviennent de cette manière à rétablir une vie sociale et professionnelle conventionnelle.

(Caiata Zufferey, 2006b, p.98)

Cependant, si cette pluralisation des « voies de sortie » crée une richesse du fait qu'elle offre à chaque individu la possibilité de trouver celle qui lui convient, elle peut également avoir des effets négatifs. En effet, l'éventail des choix étant plus grands, il n'est pas toujours évident de savoir celui qui convient : « si d'une part la pluralisation enrichit l'éventail du possible en offrant plusieurs options praticables, d'autres part, elle met en question le bien fondé de ces options, puisque la validité intrinsèque de chacun des trois types de sorties s'avère affaiblie par l'existence des deux autres » (Caiata Zufferey, 2006a, p.86). En effet, pour la personne toxicodépendante souhaitant s'en sortir, il n'est pas évident de choisir la modalité de sortie la plus appropriée, car chacune d'elle peut potentiellement être remise en question par la comparaison avec les deux autres options. Il y a une vingtaine d'années, la voie la plus souvent soutenue était celle de l'abstinence, ainsi, les consommateurs voulant sortir de ce mode de vie visaient « l'idéal » de l'abstinence. Aujourd'hui, elle devient « une possibilité » parmi d'autres, et il est parfois difficile de savoir quelle modalité semble la plus adaptée. Par exemple, le choix d'effectuer une stabilisation à la méthadone ou de recourir à une prescription médicale d'héroïne ou diacétylmorphine (comprimé) peut poser différentes questions pour une personne étant sur le « chemin de sortie » du type : « puisque je suis toujours dépendant d'une substance, suis-je alors toujours toxicomane ? » ; « combien de temps puis-je prendre de la méthadone, de l'héroïne, sans être « reconsidérée » comme toxicomane ? ». Or, toutes ces interrogations que la personne toxicodépendante est amenée à se poser sont légitimes, mais il ne s'agit pas uniquement d'une question de « choix de sortie » : « ce n'est pas l'adoption d'un ou de plusieurs comportements prédéterminés qui définit ce qu'est un affranchissement à l'heure actuelle, mais la manière dont l'individu valide, et fait valider, le comportement adopté » (Caiata Zufferey, 2006a, p.87).

Concrètement, les personnes souhaitant s'en sortir doivent faire face aux chamboulements de leur existence, dans le but de restaurer une forme d'autonomie et de construire pas à pas les bases d'une vie plus stable. Elles sont donc amenées à « vivre le changement » ce qui constitue une difficulté singulière. En effet, « changer » signifie également pouvoir « faire le deuil » de certains éléments de sa vie en acceptant d'aller vers autre chose. Ce choix n'est pas anodin et représente un défi puisque les changements peuvent être également source d'angoisse dans la mesure où la personne se dirige vers « l'inconnu » qu'il convient d'apprivoiser. Ce moment charnière dans l'évolution de la personne toxicodépendante est délicat car il peut faire ressurgir des difficultés sous-jacentes : « tout changement est générateur de « petites crises » : il nécessite un « travail sur soi », une modification de certaines habitudes, une perturbation des routines antérieures. Il faut apprendre à nouveau, parfois repartir à zéro » (Dubar, 2000, p.33). Ainsi, de manière subjective, « les individus doivent parvenir à se détacher d'un facteur d'identité fortement stigmatisé et devenu dominant dans le rapport à soi comme dans le regard d'autrui : celui de toxicomane » (Milhet, 2006, p.61). Dès lors, ils se doivent de lutter contre un sentiment d'indignité, afin d'envisager leur passé de personne toxicodépendante comme une expérience de vie et non comme une honte. Or, pour les aider dans cette démarche, elles ont besoin d'être reconnues en tant que sujet singulier. Ainsi, ce processus de sortie doit être compris comme un « processus d'autotransformation » (Caiata Zufferey, 2006a, p.62) provenant d'une démarche personnelle et portée par l'individu maître et auteur de ses actes. Pour parvenir à cette « autotransformation », l'individu a la possibilité de choisir entre plusieurs modalités de sortie. Caiata Zufferey (2006) en dégage trois :

- *l'autorémision*, c'est-à-dire lorsque la personne s'en sort sans aucune intervention institutionnelle, ou en l'ayant expérimentée de manière très éphémère et discontinue.
- *Les programmes résidentiels* : ce sont des institutions, appelées parfois « communautés thérapeutiques » dans lesquels les individus vivent de plusieurs mois, à plusieurs années parfois, dans le but de s'affranchir de leur problème de dépendance.
- *Les traitements de substitution* : il s'agit d'une prescription légale de méthadone ou d'autres produits de substitution, sous contrôle médical.

A noter que dans cette classification, l'auteure ne mentionne pas le fait que les programmes résidentiels ont intégré les traitements de substitution ainsi que les institutions dites

« ambulatoires », présentes aujourd'hui dans les réseaux socio-sanitaires de la plupart des cantons suisses, y compris genevois. Nous verrons plus loin l'exemple du centre de jour *Entracte* qui est une institution socio-éducative de l'association Argos. Il existe également des institutions ambulatoires médicales (publiques ou privées) telles que la Consultation de la Rue Verte, de la Navigation, le Trait d'Union, pour les Hôpitaux universitaires de Genève ou la Fondation Phénix (cf : *Annexes 1*). La diversification des offres ambulatoires font que pour leur processus d' « autotransformation » un nombre croissant de personnes toxicodépendantes choisissent de se soigner dans ces structures.

Ceci étant, comme le relève Castel et comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises dans ce travail, il est important de ne jamais perdre de vue qu'« il n'existe pas de voie royale pour guider la sortie et que l'effort pour s'en sortir mobilise des ressources très différentes, qu'il s'agisse de recours institutionnels, de supports sociaux (milieu familial, professionnel, amical, de voisinage) ou de moyens et capacités individuels » (Castel, 1998, quatrième de couverture).

2.2.7 Une réponse spécifique : L'association ARGOS

Argos est une association privée au sens de l'article 60 et suivants du Code Civil Suisse. Elle se compose d'une assemblée générale (annuelle) et d'un comité de bénévoles et existe depuis 1977. Elle est subventionnée par l'état de Genève et dispose de deux sources de financement. La première est une subvention fixe versée par le Département de la Solidarité et de l'Emploi (DSE), la seconde lui vient du paiement des jours de traitement facturés aux institutions dont dépendent les résidants (Hospice Général, Assurance Invalidité (AI), Service des prestations complémentaires (SPC- Ex OCPA), Services sociaux extra-cantonaux).

Reconnue d'utilité publique, elle vise à créer et gérer des dispositifs destinés à la prise en charge de personnes toxicodépendantes. D'un point de vue plus global, elle a comme perspective la lutte contre l'exclusion et l'encouragement à l'insertion, tant professionnelle que sociale. Pour ce faire, elle gère plusieurs institutions qui accompagnent les personnes toxicodépendantes dans leur démarche d'affranchissement. La population étant très hétérogène et l'évolution de la problématique toujours en mouvement, les institutions ont été amenées à mettre en place des projets institutionnels permettant une adaptation aux diverses exigences de ces personnes. Afin d'offrir des prestations au plus près de leurs besoins, Argos a été conduite à revisiter et clarifier

ses différentes pratiques dans ses lieux d'accueil. Cette réflexion a permis de mettre en place un concept global d'intervention appelé: « De la consommation à l'abstinence – de l'exclusion à l'insertion ». Ce « parcours type » de l'utilisateur d'Argos se base avant tout sur le lien d'accompagnement interpersonnel et utilise ce lien comme support au processus de changement au sein de chaque cadre institutionnel. Il décline de manière dynamique, l'interdépendance des offres thérapeutiques internes et externes d'Argos, permettant aux personnes de passer de l'exclusion à l'insertion et de la consommation à l'abstinence. Nous verrons un peu plus loin et de manière détaillée en quoi consiste ce programme.

L'accompagnement proposé au sein des institutions vise avant tout une amélioration de la qualité de vie des personnes toxicodépendantes. Ainsi, les professionnels d'Argos accueillent toutes personnes confrontées à des problèmes de dépendance ainsi que leurs proches. Il existe un centre de jour (L'Entracte), deux centres résidentiels (le Centre Résidentiel à Moyen Terme CRMT), le Toulourenc) et un secteur Ateliers.

En matière de structures, Argos met à disposition des locaux et des équipements offrant un accueil et/ou un lieu de vie chaleureux et sécurisant, adapté aux différents types de prise en charge. En matière de dépendances, Argos met en œuvre les moyens nécessaires (formation de son personnel, etc.) afin de devenir un centre de compétence en matière de toxicodépendance(s).

(Référentiel d'Argos, septembre 2008, p.7)

L'action d'Argos s'inscrit dans le cadre de la politique genevoise en matière de lutte contre les toxicomanies, elle repose sur une approche convergente et intégrée des différentes fonctions de l'Etat et du privé. Sa démarche est conforme à la politique des quatre piliers et se traduit dans un programme thérapeutique qui répond aussi bien aux besoins et aux attentes des usagers que des autorités cantonales.

Argos a quatre objectifs principaux au sein de ses institutions⁹ :

1. Soutenir la démarche d'abstinence et d'insertion de personnes majeures dépendantes de produits psychotropes.

⁹ Site web : <http://www.argos.ch/buts/> (dernière consultation : le 07.12.09)

2. Accueillir, accompagner, traiter et orienter les personnes consommatrices qui font appel à elle.
3. Agir contre l'exclusion et encourager l'insertion.
4. Modifier par ses différentes actions les représentations stigmatisantes et simplificatrices liées à la toxicomanie.

Voyons maintenant quel « parcours » l'association a mis en place pour les personnes toxico-dépendantes.

2.2.8 Le « parcours Argos »

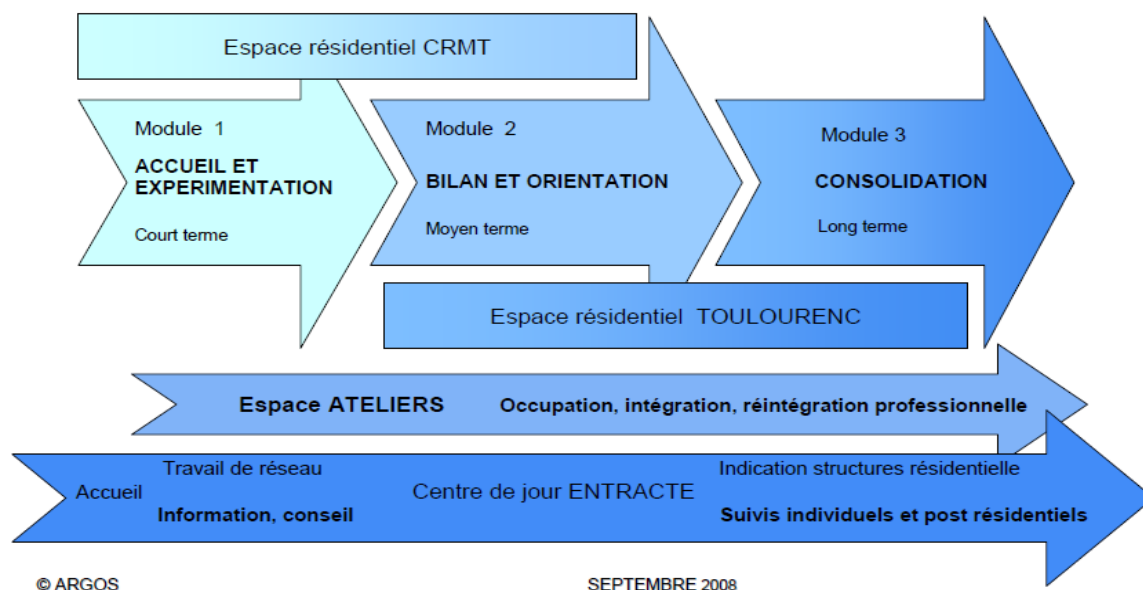
Le but de l'association Argos et des institutions qui la constituent, est de permettre aux personnes toxicodépendantes de passer « de la consommation à l'abstinence », en passant par des périodes de substitution, de sevrage et d'abstinence, lorsque cela est possible. L'abstinence étant d'abord à comprendre comme *un moyen* permettant de faire différentes expériences susceptibles de soutenir une prise de conscience et un processus d'affranchissement complexe. Par conséquent, les professionnels ont mis en place le « parcours Argos » qui se décline de façon modulaire. Il s'adresse à des personnes qui se trouvent confrontées à des besoins et des objectifs propres, à des moments particuliers de leur trajectoire de vie par rapport à leur addiction.

Ainsi, lorsqu'une personne entre dans « le parcours Argos », les professionnels à qui elle s'adresse vont lui proposer un accompagnement au cours duquel, non seulement un lien va se tisser, mais un projet de vie va également se mettre en place, en rapports avec ses besoins, les problèmes spécifiques qu'elle traverse, et ce dans le but de lui proposer une prise en charge adaptée à sa situation.

Comme évoqué plus haut, le but principal de ce parcours individualisé est d'améliorer la qualité de vie de la personne. Pour ce faire, les professionnels travaillent au niveau de l'estime de la personne, de sa santé et de son insertion, tant sociale que professionnelle. Ceci afin de soutenir le processus de changement souhaité, afin de lui permettre de passer progressivement d'une situation d'exclusion, de marginalité, à une intégration et une insertion sociale. Pour mener à bien ce parcours, ils s'appuient sur *cinq domaines de prestations* (Référentiel d'Argos, septembre 2008, pp. 9-15) :

- *les problèmes de dépendance*
- *la santé*
- *l'intégration sociale et la qualité de vie*
- *l'insertion professionnelle*
- *le travail en lien avec les familles.*

Ainsi, lorsqu'une personne souhaite commencer un accompagnement ou un traitement en ambulatoire et/ou en résidentiel dans le but de traiter ses problèmes de dépendance, elle s'inscrit dans la démarche modulaire illustrée dans le schéma suivant:



Tout le parcours et l'offre de chacune des structures qui en découlent sont basés sur les cinq domaines de prestations que nous venons d'indiquer.

Le *premier domaine*, celui des *problèmes de dépendance*, est le plus important puisqu'il représente le « point de départ » d'une démarche de traitement. Ainsi, lorsqu'une personne toxicodépendante souhaite prendre en main les difficultés liées à son addiction, elle commencera par un entretien à l'Entracte. Là-bas, des professionnels la conseillent sur les possibilités de traitement dont elle dispose, et évaluent le type de prise en charge pouvant lui être le plus

bénéfique. Le but du processus de traitement est de pouvoir accompagner la personne dans un questionnement relatif à son rapport aux drogues et aux diverses fonctions de celles-ci dans sa vie, mais aussi de définir concrètement de quelle manière la soutenir face aux multiples difficultés associées à sa conduite de consommation (stabilisation, sevrage, traitement résidentiel, hospitalisation, etc.). A la suite de cette période en ambulatoire, si la personne souhaite non seulement approfondir la compréhension de son rapport aux drogues, mais aussi traiter tous les dommages « collatéraux » de celui-ci, elle pourra intégrer le CRMT pour une période de 4 à 12 mois, et/ou le Toulourenc pour un séjour de 12 à 18 mois.

Les buts de ces institutions sont de permettre aux résidents-es de stabiliser leur période post-sevrage, de tenter une expérience de non-consommation et de s'en tenir à leur traitement de substitution. Ce faisant, elles s'abstiennent de leur conduite d'automédication. Pour accompagner les personnes toxicodépendantes dans cette période, les professionnels disposent de moyens tels que les entretiens de référence (Programme d'Accompagnement Individualisé (PAI)), les groupes thérapeutiques, les activités sportives et corporelles, l'art thérapie, les ateliers. De plus, la gestion de la vie communautaire implique la confrontation aux règles et aux exigences d'un lieu de vie institutionnel. Ils disposent également d'un accompagnement médical, de contrôle lorsque cela s'avère nécessaire (tests d'urine). Par ailleurs, un accompagnement par rapport à la gestion des sorties est effectué, que celles-ci soit faites de manière autonome ou non, ainsi qu'un travail en lien avec la famille.

Au terme de son parcours au CRMT, si la personne en ressent le besoin, mais surtout sur la base d'une évaluation personnelle confrontée à celle des professionnels à partir d'objectifs définis, elle peut poursuivre son projet de soin au Toulourenc pour un séjour de longue durée. Cette institution a des objectifs similaires à ceux du CRMT, et va poursuivre le processus sociothérapeutique engagé, en l'approfondissant et en le consolidant.

Durant le « parcours Argos » et dans tous les lieux, les professionnels s'intéresseront à *la santé* de la personne, qui représente *le second domaine de prestation*. Les buts seront de permettre aux personnes toxicodépendantes de développer leurs capacités à améliorer leurs conditions d'existence tant au niveau physique, mental, que social. Par ailleurs, elles seront amenées à développer une meilleure intégration des processus de santé (hygiène corporelle, équilibre

alimentaire, usage de drogue dans un meilleur environnement etc.), afin de renforcer leurs compétences et leur responsabilité personnelle. Une attention particulière est portée aux activités corporelles et sportives dans le cadre du programme sociothérapeutique. Cet espace permet aux résident(e)s de développer une meilleure condition physique, dans un cadre d'apprentissage qui privilégie à la fois la reconnaissance de ses limites et la possibilité d'éprouver du plaisir, notamment à travers la dimension du jeu collectif.

Le troisième domaine de prestation concerne l'intégration sociale et la qualité de vie. Les objectifs généraux de ce domaine sont de permettre à la personne toxicodépendante de sortir du processus d'isolement, en favorisant l'établissement de nouveaux liens sociaux, en développant ses compétences personnelles et en l'aidant à construire de nouveaux réseaux d'intégration, dans le but d'améliorer sa qualité de vie. Pour ce faire, souvent, la personne devra, entre autres, « faire le deuil » d'anciens groupes d'appartenance, pour acquérir un équilibre social, tenter de restaurer ses liens familiaux, développer un nouveau sentiment d'appartenance et construire un projet réaliste pour son avenir post-institutionnel.

Le quatrième domaine de prestation est celui de la réinsertion professionnelle, dont les objectifs sont multiples :

- Stimuler ou réactiver les compétences nécessaires à la réalisation d'une démarche d'insertion professionnelle.
- Evaluer et conseiller la personne en fonction de sa situation et l'accompagner dans un projet d'insertion professionnelle réaliste.
- Développer des structures d'ateliers favorisant l'accès au monde du travail.
- Renforcer les réseaux existants et développer le partenariat avec les différents services de l'état, les institutions et les entreprises privées.

Dans un premier temps, les résidents participent tous les matins aux différentes activités proposées dans le cadre des Ateliers. Ce cadre leur permet de se trouver en situation de travail, à la fois en rapport avec les contraintes de la vie communautaire mais aussi par le biais de tâches spécifiques (bois, menuiserie, apiculture). Ensuite, en fonction de l'évolution du processus de soin, la personne entreprend des démarches spécifiques en vue de sa réinsertion. Celles-ci visent

à la soutenir dans un processus d'orientation et d'expérimentation, qui lui permet de définir ce qu'elle souhaite sur le plan professionnel et de quelle manière elle va concrétiser ses aspirations en fonction de ses ressources et des contraintes relatives au contexte professionnel choisi.

Finalement, le *cinquième domaine de prestation* est relatif au *travail en lien avec les familles*. Pour Argos, il est important de pouvoir associer la famille, le conjoint(e) et/ou les enfants au traitement, afin de favoriser et soutenir le processus de changement recherché. Les objectifs généraux de ce domaine sont d'explorer les différentes étapes de la genèse de la toxicodépendance du résident, de partager certains de ces éléments, comme ceux qui sont en lien avec sa réalité présente, avec sa famille et d'évaluer tant ses besoins que ceux de ses proches afin d'intervenir auprès des personnes qui le souhaitent. Pour ce faire, les professionnels font une évaluation des données structurelles et dynamiques de la famille, et mettent en place une collaboration avec elle, afin d'améliorer la qualité de la communication en son sein. De manière plus individuelle, le résident sera amené à faire un bilan (autobiographie) de son histoire de vie, il pourra bénéficier d'entretiens individuels, de couple ou de famille, et travaillera sur ses représentations familiales et son positionnement vis-à-vis de celle-ci.

A la suite de son passage en résidentiel, la personne bénéficie d'un suivi « d'insertion post-résidentiel », au centre de jour de l'Entracte. Le but est alors de poursuivre, dans le cadre ambulatoire, ce qui a été développé en résidentiel. Le retour à la « vie normale » après un séjour de parfois plus d'une année et demie n'est pas évident, et la personne peut avoir besoin d'aide pour structurer son quotidien, prévenir ou gérer une reconsommation, poursuivre sa construction identitaire et soutenir le développement de nouvelles appartenances sociales.

Cette description du « parcours Argos » est importante dans la mesure où toutes les personnes interviewées sont passées par l'une de ces institutions et y font référence dans les entretiens. Ainsi, cette présentation offre une vue d'ensemble sur les prestations de l'association et permettra de situer plus clairement les dires des interviewés au moment de l'analyse.

Dans ce chapitre, j'ai tenté de mettre en exergue les éléments résultant de la relation entre l'addiction et la socialisation. Ce chapitre est linéaire ou « chronologique » dans la mesure où il part de l'individu toxicodépendant pour aboutir aux possibilités de réinsertion dont il dispose à

l'heure actuelle. J'ai ainsi pu définir les contours du terme de « toxicodépendant », en distinguant « le toxicomane avéré » du « consommateur intégré », ceci afin d'éviter une « généralisation » du terme et des personnes qu'il peut désigner. J'ai ensuite montré de quelle manière le toxicodépendant s'inscrit au sein de la société en évoquant le lien social qui les lie, et particulièrement le lien assuré par le biais du travail qui, comme on l'a vu, occupe une grande partie de l'espace social et qui est souvent mis à mal lors d'une toxicomanie avérée. Je me suis ensuite concentrée sur les possibilités de réinsertion qui s'offrent aux personnes toxicodépendantes en Suisse et à Genève plus spécifiquement.

Ainsi, après avoir délimité les contours de la problématique de ce travail, je vais maintenant aborder les aspects relatifs à la méthodologie en expliquant la démarche mais également les outils utilisés pour mener à bien cette recherche.

3. Méthodologie

3.1 Questions et hypothèses de la recherche

La *question principale* de cette recherche est la suivante : *quels sont les facteurs permettant ou facilitant la réinsertion sociale de personnes toxicodépendantes ?*

Ainsi, cette recherche a été réalisée dans le but de mettre en évidence les différents facteurs favorisant le processus de réinsertion sociale au regard du processus de soin (traitement du symptôme et de sa genèse). Ce processus complexe peut être fractionné en trois parties chronologiques distinctes : sa mise en place, son expérimentation et sa finalité (réussite ou échec). De ce fait, trois questions sous-tendent la première :

- Quels sont les éléments favorisant *la mise en place* du processus de réinsertion ?
- Que signifie « se réinsérer » dans la vie de tous les jours, et comment cela se concrétise-t-il ?
- Quels sont les facteurs intervenant dans la dernière étape de la réinsertion, c'est-à-dire *la (ré)intégration* de la personne au sein de la société ?

Pour répondre à ces questions, j'ai choisi, au niveau de la méthode, d'interviewer huit personnes ayant eu des problèmes de dépendance y compris Emilie, une année après sa sortie du Toulourenc. Ceci afin de comparer les parcours de chacune et de mettre en évidence les facteurs ou éléments ayant favorisés leur processus de réinsertion, tant social que professionnel. Ont-elles développé des stratégies spécifiques ? Y a-t-il des points communs dans leur parcours ? Quels éléments ont été, au contraire, source de difficulté ?

Sur la base du projet effectué avec Emilie et après lecture de quelques ouvrages consacrés à la réinsertion des personnes toxicodépendantes, il m'est apparu que certains éléments pouvaient représenter des facteurs favorisant la réinsertion sociale des personnes toxicodépendantes. J'ai décidé de les considérer comme *des hypothèses* pouvant m'aider à mettre en place mon guide d'entretien (cf : *Annexe 3*) et étayer certaines pistes de réflexions. Ces hypothèses sont au nombre de trois :

- 1) *Une personne n'ayant pas atteint un certain degré d'affranchissement d'une conduite addictive est limitée dans son processus de réinsertion.* Etant donné que cette démarche demande un investissement personnel important, je suppose que si le symptôme (la dépendance au produit) est encore présent, il laisse alors peu d'espace à l'expérimentation de nouveaux objets. Il me semble en effet que la personne ne sera pas en mesure de s'impliquer de manière suffisamment conséquente dans ce processus complexe que représente la réinsertion.
- 2) *Le retour à une vie professionnelle active est un élément clé dans la mise en place de la réinsertion sociale d'une personne ayant eu des problèmes de dépendance.* Le rôle du travail me semble primordial dans le processus de réinsertion et représenterait un facteur le favorisant. En effet, l'accès à l'emploi concrétise un retour à une vie « normale » et semble jouer le rôle de « moteur » dans une nouvelle étape de vie.
- 3) *Une personne ayant terminé sa formation professionnelle avant d'avoir rencontré des problèmes de dépendance parviendra plus facilement à se réinsérer professionnellement.* La formation me semble être un élément favorisant la réinsertion professionnelle dans la mesure où elle traduit la possession de capitaux culturels (Bourdieu 1980). C'est-à-dire les ressources (connaissances, savoir-faire, compétences, diplômes, etc.) sur lesquels la personne pourra s'appuyer tout au long du processus de réinsertion.

Lors des entretiens, j'ai donc tenté de voir si ces hypothèses se vérifiaient auprès des personnes interviewées tout en étant attentive aux autres éléments qu'elles pouvaient apporter. Ceci dans le but de mettre en évidence, lors de l'analyse, d'autres éléments pouvant détailler, nuancer ou invalider lesdites hypothèses. Car il est évident qu'en utilisant l'entretien semi-directif (cf. : 3.2.3), les personnes ont évoqué de multiples autres aspects en rapport avec leur réinsertion que je n'avais pas forcément imaginé au préalable.

Par ailleurs, l'analyse des entretiens ouvre également un espace de réflexion plus large, par rapport à l'évolution des modalités de sortie et les répercussions qu'elles ont sur le processus de réinsertion social et professionnel. En outre, elle me donnera l'occasion de m'attarder sur les difficultés que peuvent rencontrer les interviewés notamment par rapport à la recherche de leur place au sein des dynamiques propres aux formes de lien social présentes dans notre société.

Cette recherche est donc avant tout qualitative, exploratoire et basée sur un petit échantillon. Le *but* étant d'offrir un regard concret, sur ce processus long et fastidieux qu'est celui de la réinsertion sociale et professionnelle.

3.2 Démarche méthodologique

3.2.1 *Les sujets*

En ce qui concerne la population de ma recherche, je souhaitais interviewer des personnes en phase de réinsertion, réinsérées depuis peu, ou depuis plusieurs années, afin d'avoir une vision large. Ma recherche s'est limitée à huit personnes, mon but étant d'illustrer une problématique et mener une réflexion à propos de celle-ci.

3.2.2 *Constitution de l'échantillon*

Il ne m'a pas été difficile de trouver des personnes intéressées, car j'avais déjà quelques contacts. D'une part du fait de mon stage effectué au Toulourenc de février à juin 2008, et d'autre part par le biais d'un travail que j'ai effectué également sur la thématique de la toxicomanie lors du premier semestre universitaire de 2008. J'ai donc repris contact avec deux des personnes que j'avais interviewées cette année là, qui ont accepté de participer à nouveau à un entretien. J'ai également contacté de manière directe une ancienne résidente du Toulourenc et une seconde qui terminait son séjour que j'avais rencontrée lors de mon stage. Finalement, je suis passée par le biais d'un éducateur du centre de jour Entracte pour être mise en contact avec trois autres personnes.

Par ailleurs, je souhaitais avoir un échantillon mixte et « équilibré » en terme de genre, raison pour laquelle j'ai interviewé quatre hommes et quatre femmes. Au niveau de la nationalité, trois des sujets sont suisses, tandis que les cinq autres sont immigrés : quatre européens et un latino-américain. Ils ont entre 26 et 48 ans et la durée de leur toxicodépendance varie entre cinq et 20 ans. Par rapport à celle-ci, tous les sujets ont suivi un traitement de substitution à la méthadone à un moment donné ou durant toute leur période de soins, et tous ont été polytoxicomanes.

Les entretiens ont été menés entre février et août 2009, excepté celui d'Emilie qui s'est déroulé en novembre 2009. Ainsi, ils sont le reflet de la situation de chacune des personnes à un moment donné, ayant évolué plus ou moins rapidement pendant le cheminement de ce travail : quelque chose qui était vrai en février, ne l'est peut-être plus aujourd'hui. Dès lors, il est important de noter que ces entretiens sont en quelque sorte des « tranches de vie », soumises aux évolutions du quotidien de chacun.

Par ailleurs, tous les participants ont un parcours institutionnel, et ont plus particulièrement, fréquenté les institutions d'Argos. Que cela soit le Centre Résidentiel à Moyen Terme (CRMT), le Toulourenc ou l'Entracte, ils sont tous passés au minimum par l'une de ces structures. Ainsi, les résultats ne peuvent en aucun cas être généralisés à « l'ensemble des personnes toxicodépendantes de la scène genevoise », d'une part parce que l'échantillon est très restreint, mais également parce que je n'ai interviewé que des personnes ayant un parcours institutionnel. Ce choix méthodologique et théorique vient du fait que ma démarche de recherche ne vise pas à mener une étude comparative entre deux groupes cibles ni à dégager des éléments spécifiques propres à ces types de population. Mon ambition étant de confronter mon expérience d'accompagnement avec celle d'autres personnes, par rapport à leur processus de réinsertion. La recherche de personnes ayant vécu un processus de réinsertion professionnelle sans l'aide d'aucune institution de soin, constitue de plus, un obstacle en soi.

Par ailleurs, les personnes interviewées étaient toutes volontaires et furent très disponibles pour répondre à mes questions. Nous nous sommes rencontrés, parfois chez eux, chez moi, à l'université ou dans un café, toujours selon les possibilités et envie de chacun. Je n'ai eu aucun désistement ou oubli de rendez-vous. Je leur ai expliqué le but de mon mémoire en leur disant que je m'intéressais principalement au processus de réinsertion des personnes ayant eu des problèmes de toxicodépendance. Je leur ai également dit que les entretiens seraient enregistrés puis retranscrits afin de pouvoir les analyser et effectuer une réflexion sur la thématique citée. Ensuite, je leur ai garanti l'anonymat, d'une part en utilisant des prénoms fictifs, et d'autre part en minimisant les réflexions en rapports avec des aspects personnels. Ainsi, afin de garantir l'éthique de la recherche, j'ai envoyé les retranscriptions à chacune des personnes interviewées afin de vérifier si mes dires étaient corrects et s'ils acceptaient que j'en utilise le contenu. Tous ont donc lu les retranscriptions en apportant parfois certains changements, et m'ont donné leur

accord pour les utiliser lors de l'analyse. Un participant (Marco) n'a pas souhaité lire la retranscription et m'a dit qu'il ne voyait pas d'inconvénient à ce que je l'utilise pour ma recherche. Finalement, je leur ai demandé si elles souhaitaient que leur retranscription fasse partie des annexes de ce mémoire, étant donné qu'elle comporte des éléments personnels et que malgré l'anonymisation il existait un risque que l'identité de chacun soit reconnue. Ainsi, trois des huit retranscriptions figurent dans les annexes de ce travail afin de respecter le choix de chaque personne interviewée.

Par ailleurs, sur les huit personnes participantes, sept furent véritablement disposées à parler sans retenue de leur vécu, de leurs expériences en tant que toxicodépendant ainsi que de la manière dont elles s'en sont sorties. Je fais l'hypothèse que leur parcours institutionnel les a véritablement aidé à en parler de manière ouverte et aisée. Sans doute n'était-ce pas le cas selon moi, au début de leur parcours de soins, mais au terme de celui-ci, j'ai pu remarquer que toutes avaient de la facilité à parler d'elles-mêmes, à l'exception de Lucie, qui fût plus réticente à parler de certains aspects plus personnels de son passé. Raison pour laquelle, lors de son entretien, nous avons véritablement axé notre échange sur la période de réinsertion, et moins sur ce qui s'était passé avant. Je n'ai eu aucune difficulté à prendre en compte son besoin dans ma retranscription, car il me semblait très important que chaque personne se sente libre de dire ce qu'elle pensait sans influence de ma part. Par ailleurs, il m'a semblé que la manière de procéder avec Lucie m'a également permis de traiter le sujet d'une manière plus « ciblée » que lors des sept autres entretiens.

Ainsi, compte tenu de cette facilité d'expression par rapport à leur propre histoire, la plupart des entretiens ont duré entre 45 minutes et deux heures, voire plus. Cette situation s'explique d'une part, parce que ces personnes étaient à l'aise avec leur situation passée, et d'autre part parce que l'entretien semi-directif leur laissait une grande liberté de parole (cf. : 3.2.3). En effet, comme je l'ai expliqué plus haut, les participants parlaient librement et je venais, de temps à autre, demander des précisions ou changer quelque peu l'orientation de la discussion.

3.2.3 *Récolte des données : l'entretien semi directif*

Pour cette recherche, j'ai décidé d'utiliser l'entretien semi directif dans le but de laisser un maximum de liberté aux interviewés, tout en essayant de centrer le discours, au fil du temps, sur le sujet qui nous intéressait plus particulièrement ; celui de la réinsertion. Ainsi, je commençais les entretiens par une question large du type : « parle-moi un peu de ton histoire de vie », et au fil du récit, au moment opportun, je relançais la personne pour qu'elle poursuive ou approfondisse le sujet qu'elle avait entamé. Pour ce faire, j'ai utilisé un « guide d'entretien » qui comportait des thèmes, avec des types de questions pouvant être posées (cf. : *Annexe 1*). Les questions s'articulaient autour de *quatre thèmes principaux*:

- *L'histoire de vie* : situation passée et actuelle de la personne, son parcours en tant que toxicodépendant, son parcours de soins et ce qu'il lui a apporté.
- *La phase de réinsertion* : comment s'est-elle mise en place, quels ont été les obstacles, les facilitateurs ?
- *Le domaine professionnel* : ont-ils un travail aujourd'hui, comment l'on-t-ils obtenus, est-il dans leur domaine de formation etc.
- *Les perspective d'avenir* : quels sont leurs projets, leurs envies pour la suite.

Le but était avant tout de pouvoir aborder tous les thèmes afin d'avoir des éléments pour répondre à la question centrale ainsi qu'aux diverses hypothèses. Toutefois, la totalité des thèmes n'a pas toujours été abordé, ou parfois certains beaucoup plus approfondis que d'autres, selon le discours de chacun. L'utilisation du guide me fût particulièrement utile pour les deux premiers entretiens, mais lors des suivants j'avais les questions en tête et je n'ai plus eu réellement besoin de m'y référer. L'importance était avant tout donnée à « l'utilité » des questions en relation avec ma recherche. En effet, dans la théorisation ancrée, « le chercheur se demande toujours si les questions qu'il pose aux personnes qu'il interviewe sont bien dans une relation d'interdépendance avec le problème qui concerne sa recherche » (Mucchielli, 2007, p. 24). Cet effort de recherche de relation entre les questions posées et la question centrale de la recherche n'était pas toujours évident à effectuer, car les récits des interviewés étaient souvent passionnants et la tentation de m'éloigner de mon sujet pour en aborder d'autres fut souvent présente. Cela se ressent d'ailleurs

dans les retranscriptions des premiers entretiens qui contiennent plus de détails sur l'histoire de vie des interviewés pour se focaliser, au fil de la pratique, sur les éléments plus spécifiques à leur réinsertion tant sociale que professionnelle.

3.2.4 *Les particularités de la retranscription*

Le cadre que je viens d'explicitier, m'a conduit à procéder de manière peu conventionnelle lors de la retranscription des entretiens. En effet, pour que celle-ci soit compréhensible pour tout un chacun, j'ai décidé de procéder de manière non ordinaire. Je n'ai donc pas retranscrit leurs paroles et les miennes comme lors d'un VERBATIM habituel, mais j'ai plutôt raconté leur histoire en me mettant à la place du « narrateur », tout en introduisant un maximum de citations. Ainsi, je n'ai pas toujours TOUT retranscrit dans les moindre détails, car parfois la discussion s'égarait vers des sujets s'éloignant du mien, souvent très intéressants, mais laissant la place à des digressions, parfois anecdotiques, n'apportant pas vraiment d'éléments pour la compréhension de mon sujet et donc pour l'interprétation des résultats. Concrètement, ces moments « non retranscrits » sont signalés par le signe : « (...) » qui évoque que la personne continue de parler mais que je ne retranscrit pas ce qu'elle dit. Au moment de l'analyse des entretiens, un second signe apparaît : « [...] », faisant cette fois référence au fait que certaines paroles ne sont pas citées et que l'extrait est donc coupé, mais l'entièreté de l'extrait apparaît dans l'entretien. Par ailleurs, pour les citations des interviewés, j'ai préféré les faire apparaître en italique dans le but de distinguer les citations bibliographiques des citations « orales ». Pour les citations orales de plus de 40 mots, j'ai adopté la même norme que pour des citations directes (Pelgrims, 2007). C'est-à-dire, « sans guillemet dans un paragraphe en soi dont toutes les lignes débutent avec le même retrait marginal à gauche que celui choisi pour débiter chaque nouveau paragraphe » (p.6).

Lors de la retranscription des entretiens, je suis restée plutôt factuelle et j'ai retranscrit les parties les plus importantes en rapport avec ma problématique. Malgré cela, je pense que j'ai tout de même retranscrit la majorité des paroles des interviewés, en laissant de côté les éléments anecdotique. Toutefois, je suis consciente que cette manière de retranscrire sort un peu de l'ordinaire et qu'en faisant ainsi, j'ai pratiqué une sorte de « sélection » des informations. Néanmoins, tout en « narrant » une partie des entretiens de manière personnelle, j'ai tenté de rester objective et de ne pas déformer les propos des intervenants par mes propres attentes.

Par ailleurs, comme je l'ai évoqué plus haut, on peut également remarquer une différence entre le premier entretien (celui de Vincent) et le dernier (celui de Stefano), qui est beaucoup plus axé sur la période de réinsertion et comporte moins de détails. Le premier entretien a duré beaucoup plus longtemps, (plus de deux heures), alors que celui de Stefano a duré environ quarante-cinq minutes. Ainsi, on peut noter qu'au fil de la pratique de l'entretien, je suis parvenue à axer d'avantage sur les éléments « utiles » à mon sujet, tout en laissant un maximum de liberté aux personnes interviewées. J'ai donc pu remarquer que tous comme les entretiens, les retranscriptions se sont davantage « affinées » au fil du temps. Toutefois, cela dépend en grande partie du sujet interviewé, certains souhaitant aller dans plus de détails que d'autres, etc. Ainsi, indépendamment de la façon de mener l'interview, la sensibilité de chacun et la manière d'appréhender l'entretien se ressent également dans la forme que celui-ci prend, selon la manière qu'aura la personne de « se raconter ». Cela signifie que, malgré mon souhait de rester factuelle, j'ai tout de même été dépendante du discours de chacun, de ce que la personne souhaitait ou non révéler et de son aisance à évoquer son passé. Ce sont donc des éléments totalement subjectifs qui font partie de la spécificité des données qualitatives.

Finalement je dirais la retranscription « non-ordinaire » qui avait pour but premier de faciliter le travail mais surtout la compréhension des propos, m'a pris énormément de temps (environ 60 heures) car le travail est double : d'une part retranscrire, mais également « narrer » certaines parties, ce qui demande un exercice de style et une certaine chronologie des faits pour que la retranscription ne soit pas totalement décousue.

3.2.5 L'analyse des données

Lors de l'analyse, je me suis retrouvée face à une masse considérable d'informations qu'il me fallait impérativement « organiser » pour ne pas offrir une analyse décousue ou partielle. Il m'a paru important de m'appuyer sur un outil de travail qui me permettait d'avoir une méthode claire pour analyser les entretiens de manière systématique et efficace. Pour ce faire, j'ai décidé d'analyser les données de manière « thématique ». L'analyse thématique est un type d'analyse qualitative que Paillé et Mucchielli ont explicité dans leur livre : « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales » (2003). Cet ouvrage propose plusieurs manières d'analyser les

données qualitatives, tels que les techniques d'analyse par conceptualisation, à l'aide de catégories conceptualisantes, ou l'analyse thématique, que j'ai choisi d'appliquer.

Avec l'analyse thématique, la thématization constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique). L'analyse thématique consiste, dans ce sens, à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'un verbatim d'entretien, d'un document organisationnel ou de notes d'observation. »

(Paillé & Mucchielli, 2003, p.165)

Ainsi, j'ai procédé à un travail de thématization sur tous mes entretiens, en cernant « par une série de courtes expressions (les thèmes) l'essentiel d'un propos ou d'un document » (Paillé, Mucchielli, 2003, p.166). Je l'ai fait de manière systématique en notant en marge les thèmes significatifs afin de repérer plus facilement les endroits où ils étaient évoqués. Cette démarche m'a aussi permis de dégager les similitudes ou les différences entre mes entretiens.

L'une des difficultés de cette démarche est de ne pas se perdre dans une multitude de thèmes et de toujours rester centré sur l'objet de l'étude, les questions de recherches etc., en y revenant dès que l'on semble s'en éloigner. Par thème, il faut comprendre : « un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant tout en fournissant des indications sur la teneur des propos » (Paillé & Mucchielli, 2003, p.170.) Or, si cela semble aisé lorsqu'on l'appréhende, ce n'est pas toujours le cas lors de la thématization à proprement parler, car il existe un risque de trop détailler les thèmes, et ainsi, de se perdre. De plus, il est également tentant de vouloir interpréter les thèmes trouvés, ou les paroles des interviewés, alors que cela n'est pas le but :

L'analyse thématique n'a pour fonction essentielle ni d'interpréter (contrairement à l'analyse en mode d'écriture), ni de théoriser (contrairement à l'analyse à l'aide de catégories conceptualisantes), ni de dégager l'essence d'une expérience (contrairement à l'analyse phénoménologique). Elle est d'abord et avant tout une méthode servant au relevé et la synthèse de thèmes présents dans un corpus.

(Paillé & Mucchielli, 2003, p.176).

Ainsi, il faut toujours être prudent et ne pas se laisser glisser vers des interprétations incongrues, afin de rester concret et de « coller » à l'essence des propos des interviewés. « Le rôle des thèmes est ainsi de répondre graduellement aux questions de la recherche en prenant appui sur les données empiriques » (Paillé & Mucchielli, 2003, p.181).

Par ailleurs, il est évident que le travail de thématization ne s'arrête pas uniquement à l'étiquetage des entretiens. En effet, en « règle générale, (...) l'analyse débouche sur la construction d'une représentation synthétique et structurée du contenu analysé » (Paillé & Mucchielli, 2003, p.182). De ce fait, il m'a fallu lire mes entretiens à plusieurs reprises, effectuer diverses thématizations, ces dernières ayant évolués au fil des relectures, afin de trouver et de distinguer les éléments importants des détails. J'ai également dû procéder à des choix quant à la « signifiante » de chaque thème. Dans quelle mesure un thème évoqué par deux interviewés peut-il être considéré comme significatif pour l'analyse et la présentation des résultats ? Est-ce réellement une question de proportion ? A cela les auteurs répondent de manière claire : « toute information pertinente en lien avec les objectifs finaux de l'enquête revêt potentiellement une importance donnée. Autrement dit, (...) les informations récurrentes ne sont pas les seules informations à posséder une valeur » (Paillé & Mucchielli, 2003, p.189). Ainsi, cela complique d'autant la thématization et l'analyse des entretiens, dans la mesure où, même si un thème n'est abordé que par un seul des participants, cela ne signifie pas pour autant qu'il n'est pas intéressant et utile à l'analyse des données.

Il ne m'a pas toujours été facile de procéder à une analyse de manière systématique, la spontanéité cherchant parfois à prendre le dessus. Cependant, je me suis rendue compte de l'avantage d'une telle approche, car même si elle est relativement coûteuse, elle permet, au terme de la démarche, de dégager les éléments vraiment saillants et ainsi d'organiser son analyse de manière beaucoup plus efficace. Toutefois, il n'est pas évident de ne pas procéder à une thématization trop rapide, il m'a donc fallu me contraindre à relire et à questionner mes thèmes avant de me « lancer » dans l'analyse proprement dite.

Par conséquent, la thématization de mes huit entretiens ne fût pas une mince affaire, car la convergence souvent attendue ou recherchée entre eux ne fût pas toujours vérifiée et cela a parfois été une source de stress. En effet, comme le but de l'analyse est de pouvoir confirmer ou

infirmier les hypothèses de travail, il est parfois difficile de ne pas « diriger » l'analyse des entretiens pour y parvenir. Je pense que même si je l'ai sans doute un peu pratiqué, j'ai réellement tenté d'appliquer une méthode claire afin de ne pas biaiser mon analyse, même si cela est d'autant plus tentant lorsque l'on travaille avec des données qualitatives. Toutefois, malgré mes « lacunes » d'apprentie-chercheuse, j'ai énormément appris à travers le processus que m'a demandé ce travail.

3.3 Méthodologie de recherche

3.3.1 *La recherche qualitative*

Comme je l'ai évoqué plus haut, cette recherche est qualitative. Son but est de donner un aperçu des comportements et des perceptions des gens, mais également de permettre d'étudier leur vécu et leurs opinions de façon plus approfondie que par le biais d'un questionnaire par exemple. Ainsi, l'objectif plus général est de générer des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une problématique est perçue par la population cible, ici des personnes toxicodépendantes.

L'approche qualitative m'a permis de traiter les récits recueillis à partir de la méthode de la théorisation ancrée ou *grounded theory* développée par Glaser et Strauss (1967). Avant d'explicitier de manière détaillée les principes de cette méthode, revenons plus précisément sur ce qu'est une recherche dite qualitative et ce qu'implique sa mise en place.

Le but des recherches de ce type est avant tout d'explicitier ou de décrire un phénomène social.

Une méthode qualitative est une succession codifiée de processus de travail intellectuel proprement humain (...) Ce travail se fait dans le but d'explicitier, en compréhension, à l'aide de concepts induits de l'observation, la structure intime et le fonctionnement interne d'un phénomène social.

(Mucchielli, 2007, p. 23)

Ainsi, la méthode qualitative « donne une réponse à la question : “que se passe-t-il ici, face à telle situation-problème ?” » (Mucchielli, 2007, p. 23). De ce fait, les phénomènes sociaux étudiés peuvent être de nature et de complexité très diverses, et se situer à tous niveaux de l'organisation

de la société : niveaux micro, méso, ou macro-social. La généralisation des recherches dites qualitatives peut donc être très variable, certaines souhaitant pouvoir généraliser l'explication du phénomène en question de manière théorique, en l'examinant sous tous ses aspects et en se basant généralement sur l'analyse d'un échantillon conséquent. D'autres recherches, comme celle-ci, tiennent plutôt à rester « au niveau de la compréhension du cas spécifique ou de quelques cas typiques » (Mucchielli, 2007, p. 23).

En tous les cas, la place des données du terrain est fondamentale et, de ce fait, le rôle du chercheur dans le recueil de celles-ci est également crucial. En effet, il se doit de les sélectionner précautionneusement, car c'est sur la base de celles-ci qu'il fondera toute son analyse. Ainsi, il est important que le chercheur ne perde jamais de vue de « prendre soin de délimiter son recueil de données qui doit entrer dans une « perspective » de recherche » (Mucchielli, 2007, p.24). Finalement, au moment du traitement des données, le chercheur est à nouveau en première ligne car « il ne dispose pas d'instrument mécanisé d'aide à l'analyse » (Mucchielli, 2007, p.24) comme c'est le cas dans d'autres types de méthodologie de recherche plutôt quantitative.

Ainsi, dans les recherches qualitatives, le chercheur doit avoir une posture « compréhensive », c'est-à-dire une posture étant portée par une volonté de saisir le fonctionnement d'un phénomène social en se plongeant au cœur de ses mécanismes constitutifs. Ceux-ci ne sont pas à découvrir « en faisant appel à des éléments de théories existantes. Ils sont à trouver par sommation inductive et généralisation à partir d'un grand nombre d'observations » (Mucchielli, 2007, p.25). De ce fait, le chercheur s'efforce de « s'imbiber » d'une certaine réalité concrète afin d'en saisir le sens. C'est une des raisons pour laquelle j'ai choisi ce type de méthodologie, et plus précisément celle de la théorisation ancrée, car elle permet de rester au plus près du terrain, en effectuant sans cesse des allers-retours entre la théorie et les données, et ainsi offrir un regard concret sur le phénomène social analysé. Ma formation ayant été avant tout théorique, il m'importait qu'elle s'achève sur une note plus « pragmatique », reflétant la complexité d'une réalité concrète.

3.3.2 *La théorisation ancrée ou grounded theory*

La théorisation ancrée, comme son nom l'indique, trouve sa source (son « ancrage ») sur le terrain lui-même. Ainsi, la recherche par théorisation ancrée est basée sur des données concrètes que le chercheur obtient en interviewant les acteurs du phénomène social analysé. Cette démarche de recueil de cas représente le premier procédé de toute recherche qualitative. Elle est, comme nous l'avons vu, capitale, car les données sur lesquelles le chercheur va travailler doivent prendre en compte « la perspective dans laquelle se situent les acteurs sociaux » (Laperrière, 1997, p.312). Il faut dès lors que cette perspective soit la même pour tous les acteurs que l'on va interviewer et que le phénomène social étudié soit lui aussi délimité, car comme l'évoque Mucchielli (2007) en se référant à Laperrière :

La compréhension du moindre phénomène social, fait appel à l'ensemble du système social, lequel est impossible à décortiquer dans sa totalité. Ainsi, l'examen d'un phénomène social nécessite bien qu'on le circoncrive dans des limites à l'intérieur desquelles le chercher pourra fouiller.

(p. 3)

Le second aspect de la théorisation ancrée est la « thématization » du corpus, qui représente un travail important et complexe. Comme on l'a vu, il s'agit de mettre en relation des thèmes au sein du corpus et en rapport avec la question de recherche, qui apparaissent comme redondants. Le but étant de les comparer les uns aux autres afin d'aboutir à une certaine « généralisation » pour en tirer des éléments de synthèse. L'objectif de ce processus étant de parvenir à trouver une forme et un sens au phénomène social, autrement dit de parvenir à en « comprendre la logique sous jacente (le sens) » (Mucchielli, 2007, p.15).

Ainsi, on remarque que les processus nécessaires à toute méthode qualitative sont « ceux de l'intelligence humaine » (Mucchielli, 2007, p.18). Il s'agit de :

- *la comparaison* ; « l'esprit humain, pour comprendre le monde et pouvoir s'y situer fait des rapprochements et compare » (p.19) ;
- *la catégorisation* ; « lorsque les choses se ressemblent, l'esprit humain essaie de les catégoriser, de les nommer, de généraliser. » (p.19)

- *la mise en relation* ; « l'esprit humain essaie de repérer des choses qui vont se ressembler ou avoir des différences, il est toujours dans une quête de "mise en relation" de choses qui peuvent se rapprocher » (p. 20)
- *l'invention de forme et de sens* ; « la recherche du sens des éléments composant le phénomène et du sens du phénomène tout entier est donc l'aboutissement de la recherche qualitative. » (p.21)

Pour Mucchielli (2007), ces processus intellectuels « naturels » permettent de valider de manière technique l'ensemble des méthodes qualitatives :

Pour moi, montrer que les méthodes qualitatives reposent sur un travail intellectuel naturel (fait spontanément par toute intelligence humaine) et universel (effectué par tous les hommes), est une manière forte de valider et de justifier les méthodes qualitatives.
(p.21)

Pour conclure, je dirai que lors de l'analyse des entretiens, je suis toujours partie des données du terrain mais j'ai souhaité apporter une « validation » théorique de mes propos en me référant, lorsque cela était possible, à des ouvrages relatifs aux sujets énoncés. Ainsi, j'ai tenté de faire un « mixte » entre la théorisation ancrée et une approche plus théorique en vérifiant mes idées issues de l'analyse des données au sein de la littérature existante. J'ai également enrichi le cadre théorique de ce travail au cours de l'analyse des entretiens. Ce mémoire a donc un aspect « circulaire » dans la mesure où les éléments rencontrés dans le cadre théoriques sont réutilisés et parfois détaillés, au moment de l'analyse.

4. Présentation des acteurs

4.1 Le « cas » d'Emilie

Emilie est une femme de 40 ans, sortie en novembre 2008 d'un séjour de dix mois au Toulourenc. C'est avec elle que j'ai effectué un projet lui permettant de commencer un processus de réinsertion sociale et professionnelle. Avant de préciser la nature et les modalités de ce projet, revenons sur le parcours de vie d'Emilie. Il m'a semblé important d'aborder son histoire de vie de manière plus détaillée que celle des autres acteurs de la recherche car, d'une part elle est importante pour comprendre le processus de réinsertion mis en place avec elle, et d'autre part parce qu'elle représente le « point de départ » des démarches ayant menées à la réalisation de ce mémoire.

4.1.1 Histoire de Vie

(Tous les prénoms cités dans cette partie sont fictifs. Ce récit a été effectué sur la base de l'autobiographie qu'Emilie a écrite lors de son séjour au Toulourenc et sur des informations qu'elle m'a transmises de manière orale.)

Emilie est née en 1969 à Genève. Elle vit une enfance difficile entre un père alcoolique quittant très tôt le nid familial et une mère alcoolique et toxicodependante. Ils divorcent avant qu'Emilie ait un an. Toute son enfance est pénible et Emilie se trouve rapidement (avant l'âge de 4 ans) placée dans divers foyers avec son frère aîné Julien. Durant l'adolescence son frère commence à consommer de l'héroïne. Emilie en est dégoûtée et se promet de ne jamais y toucher.

A 14 ans elle vit dans un foyer à Genève et a des difficultés scolaires. Elle y reste jusqu'à ses 18 ans, elle sort beaucoup et commence à fumer des joints avec ses amis. A l'âge de la majorité, il est exigé des adolescents de posséder un projet professionnel pour pouvoir continuer à fréquenter le foyer. Emilie ayant beaucoup de difficultés à l'école, ses éducateurs lui propose de faire un séjour linguistique d'une année aux Etats-Unis.

Là-bas, elle vit dans une famille et apprécie énormément le pays. Elle a une vie active et sportive. Elle tombe amoureuse de Jack et souhaite pouvoir rester aux USA, mais elle doit renouveler son VISA. Elle revient en Suisse pour repartir une année là-bas, mais lorsqu'elle arrive à Genève en 1989, elle n'a pas les moyens de repartir. Elle a des projets, souhaite faire une école de tourisme dans le but de pouvoir retourner aux USA. Malheureusement, étant donné qu'elle a un appartement, elle doit rapidement trouver un travail pour subvenir à ses besoins. N'ayant pas de formation, elle devient serveuse dans un bar. Ses projets de formation tombent à l'eau, elle sort énormément. Jack revient la voir, mais leur relation ne peut pas continuer car il ne cautionne pas le mode de vie qu'Emilie a choisi. Il repart aux USA.

La même année, Emilie perd sa grand-mère dont elle était très proche et rencontre Matt dont elle tombe très amoureuse. Cependant, Matt est toxicodépendant et leur relation devient rapidement difficile. Emilie voyant les ravages causés par l'héroïne sur son frère ne souhaite pas y toucher, mais un jour, à 21 ans, elle « craque ». Elle commence par consommer uniquement le week-end, avec Matt, mais devient rapidement dépendante. Elle reste avec lui pendant 2 ans, puis décide de le quitter. Elle part chez une amie et tente de se sevrer par elle-même. A 24 ans, elle rencontre Julien, qui est alcoolique. Emilie continue de consommer, tant des drogues que de l'alcool.

En 1997, elle tente de s'en sortir en intégrant le Toulourenc. Elle n'est toutefois pas prête à l'abstinence, alors elle quitte l'institution après plusieurs mois, sur un coup de tête. Elle retourne chez Julien et consomme différents produits, méthadone, héroïne, benzodiazépine etc. Son « train de vie » ne lui permet pas d'assurer un travail stable. Elle se retrouve alors au chômage, puis à l'Hospice général. Elle effectue plusieurs cures de méthadone, mais sans succès. Elle voyage avec Julien mais leur relation est avant tout portée sur la consommation.

En 1999, leur histoire se termine, Emilie se retrouve sans logement. Elle intègre alors le CRMT mais ne peut pas y rester car elle ne parvient pas à ne pas boire à l'intérieur. Elle ne peut pas réintégrer cette institution, et n'a toujours pas de logement, alors, elle intègre Le Pertuis, un foyer d'urgence. Elle peut donc bénéficier d'un appartement. Elle est très seule et rencontre alors David qui est très déprimé lui aussi. Ils ne se sont pas vraiment choisis, mais dans leur solitude, il préfère rester ensemble. David est un cocaïnoman, mais Emilie n'a jusqu'à lors jamais consommé de cocaïne. Un jour toutefois, elle lui demande si elle ne peut pas en prendre avec lui.

Elle « tombe dedans » et devient compulsive : elle se met alors à voler, et se prostitue. C'est une période très difficile pour elle, période de honte et de dépression. Elle doit quitter le Pertuis et intègre un autre foyer d'urgence, le Raccard. Elle effectue des cures de méthadones et les médecins lui prescrivent de nombreux antidépresseurs, mais elle continue à boire énormément. Elle tente alors un traitement à l'Antabuse pour l'alcool.

Un jour, le foyer brûle, et les résidents doivent se déplacer à l'Armée du salut. Emilie arrête l'Antabuse et recommence à boire. Elle n'a plus de logement et erre d'hôtels en hôtels en côtoyant la précarité et la marginalité de très près. Elle effectue plusieurs sevrages aux Crêts et à Belle-Idée, mais ne parvient pas à s'en sortir. Elle reprend sa vie mais « se dégoûte », elle espère que la mort viendra la chercher car elle ne parvient pas à se la donner, mais cela ne se passe pas. Elle va parfois « cirer au secours » à l'Entracte ou à Quai 9, mais ne parvient pas à entreprendre un traitement.

Un soir, la police l'arrête pour tapage nocturne, elle n'est plus elle-même. Elle est alors internée à Belle-Idée de force. Cela lui fait un « déclic » et elle décide de quitter Genève.

Emilie tentera d'arrêter de consommer pendant plus de 14 ans sans y parvenir. N'ayant pas de projet de vie, peu d'amis, elle n'a pas de soutien. Sa mère est décédée, son frère gravement malade du SIDA et elle n'a plus de contact avec son père qui a refait sa vie. Elle ne parvient donc pas à ne pas retourner aux produits qu'elle utilise comme « antidépresseurs ». Ils lui procurent une sensation de bien-être et lui donne de l'assurance, raison pour laquelle elle en est tant dépendante.

En 2004, elle est « au bout du rouleau », un matin elle se réveille dans une chambre capitonnée à Belle-Idée. Les psychiatres lui disent qu'elle est en décompensation. Elle décide d'entreprendre une cure à la Villa les Crêts et d'arrêter tous les médicaments. Après cela, elle n'a nulle part où aller, alors elle décide de se rendre aux Oliviers (centre résidentiel), à Lausanne. Elle y restera jusqu'en février 2006. Ce temps là bas est très difficile, elle se sent déprimée, mais son esprit est clair : elle souhaite changer de vie ; elle rentre à Genève. N'ayant pas d'appartement, elle passe quelque temps à la « Maison de l'ancre » (centre résidentiel). Elle entreprend alors un stage en crèche et cela se passe bien. Elle revoit un homme qu'elle avait rencontré aux Oliviers et dont

elle est amoureuse. Malheureusement celui-ci décède d'une overdose. Emilie n'en peut plus de voir partir tous les gens qu'elle aime à cause de la drogue. Elle se sent seule et désespérée. Elle se remet alors à boire et en 2000 elle fait une overdose au Quai 9.

La vie qui s'en suit n'est pas plus gaie, elle fait plusieurs rechutes et finit par aller à la clinique Belmont pendant un mois. Elle demande alors du secours à l'Entracte où elle rencontre une éducatrice qui l'aidera beaucoup. Elle ne peut pas rester « dehors », la vie étant beaucoup trop rude, elle fait alors une demande pour intégrer le CRMT. Elle y entre le 15 juin 2007, pour accéder, quelques mois plus tard, au Toulourenc, 16 ans après son premier passage. Là-bas, elle entreprend des démarches afin de pouvoir bénéficier d'une rente AI, rente qu'elle obtiendra durant l'été 2008. Elle reste 10 mois au Toulourenc, à la suite de quoi elle trouve un appartement et diverses activités bénévoles.

4.1.2 Le projet effectué avec Emilie

Dans le cadre du stage en institution spécialisée, obligatoire en Master éducation spéciale, j'ai du mettre en place un projet avec Emilie, résidente au Toulourenc. C'est elle qui m'a fait part de son désir de réaliser un projet de « réinsertion sociale » ; objectif corroborant parfaitement avec les exigences de mon stage. Comme on l'a vu, Emilie n'a pas eu l'occasion, durant sa vie, de travailler de manière stable ou de se former professionnellement. Elle n'a donc pas pu mettre en place des contacts fiables dans le domaine professionnel, ni acquérir des expériences gratifiantes. Ainsi, dans une optique d'avenir et surtout de sortie, elle a exprimé le souhait de pouvoir effectuer diverses activités bénévoles afin de « se sentir utile » et donner un sens à sa vie. Pour cela, elle avait besoin d'un « coup de pouce » car elle ne savait pas vraiment par où commencer, ne possédait pas les « outils » (informatiques entre autres), et n'avait pas une confiance en elle suffisante pour mener à bien un tel projet.

Nous avons alors, ensemble, fixé différents objectifs :

- Apprendre à mieux utiliser Internet (pouvoir écrire des mails de demande de bénévolat aux diverses associations) ;
- Parvenir à téléphoner et aller à un entretien sans trop stresser. (Jeux de rôles, mise en situation) ;
- S'ouvrir sur l'extérieur par le biais de petits jobs bénévoles ou activités de loisirs.

Pour ce faire, nous nous sommes vues une vingtaine de fois, à raison d'un entretien par semaine, où nous avons, progressivement, mis plusieurs choses en place.

Les premiers temps, nous avons surtout utilisé Internet. J'ai appris à Emilie comment faire des recherches sur différents moteurs de recherches afin de trouver des lieux susceptibles d'être intéressés par du bénévolat. Ensuite, nous avons regardé de quelle manière envoyer un email, faire des envois multiples etc. Elle a rapidement reçu des réponses de la part des associations, positives et négatives. Toutefois, elle était motivée par l'idée d'avoir un retour, et même s'ils n'étaient pas *tous* positifs, certains ont répondu à son offre de manière favorable et lui on proposé un entretien.

Nous avons alors préparé chaque entretien. Durant toute la durée du stage, Emilie s'est présentée dans différents lieux : le Centre Genevois du Volontariat (CGV), les associations de Camarada et du Pallier. Ces trois rendez-vous ont donné des résultats positifs et Emilie a pu entreprendre différents « jobs » bénévoles pour le CGV, moments qui lui ont permis de rencontrer de nouvelles personnes. De plus, après une période d'essai, elle a également obtenu une place fixe au Pallier (une fois par semaine) et à Camarada (deux fois par semaine). Nous nous sommes vues plusieurs fois après la fin de mon stage pour discuter de ces interventions dans les divers lieux, penser à d'autres manières de faire, d'autres éléments à apporter, parler de sa manière de vivre les choses etc.

4.2 Portrait des personnes interviewées

Le but de ce chapitre est d'offrir une brève description des acteurs de cette recherche, afin d'avoir leur « portrait » en tête lors de l'analyse des entretiens. Cependant, ces descriptions sont très sommaires et n'ont pas pour but de donner la biographie de ses personnes. En effet, l'intérêt est centré sur les faits, ceci dans le but d'évoquer les éléments me semblant essentiels par rapport à ma question centrale et mes hypothèses de travail. Ainsi, dans ces descriptions, nous trouverons avant tout :

- L'âge, l'origine et l'état civil des interviewés (afin de garantir l'anonymisation des données, aucune nationalité n'est donnée)

- Les formations suivies
- Récapitulatif du parcours de soins
- Rapport avec la justice
- Emplois et/ou formations poursuivies après la démarche de soins
- Leurs perspectives d'avenirs

L'ordre de présentation des acteurs s'est fait en rapport avec le moment de leur entretien. Ainsi, le premier sujet présenté est également le premier ayant été interviewé et ainsi de suite. Il m'a semblé important de signifier cet ordre, car comme évoqué plus haut, lors de la retranscription certaines différences peuvent être constatées dans la manière d'aborder les entretiens au fil du temps. Afin d'offrir une « vue d'ensemble » de chaque situation, les portraits seront présentés sur huit pages distinctes.

4.2.1 Vincent

Age, origine et état civil

Vincent a 39 ans, il est célibataire et méditerranéen. Il est arrivé en Suisse lorsqu'il était enfant.

Formations

Parcours scolaire ordinaire.

Apprentissage en tant que mécanicien-technicien. Obtention du Certificat Fédéral de Capacités (CFC).

Rapport avec la justice

Vincent a commis plusieurs délits de vols ce qui l'a conduit à effectuer un peu plus de cinq ans de prison à Genève.

Parcours en tant que toxicodépendant

Sept ans de toxicodépendance, polytoxicomanie, traitement de substitution à la méthadone. Aujourd'hui abstinent.

Récapitulatif du parcours de soins

Séjour au CRMT en 2002 (quelques mois)

Séjour au Toulourenc en 2002 (une année)

Emplois et formations poursuivies après la démarche de soins

2003-2008 : Emploi dans une entreprise de nettoyage

2004 : Cours d'informatique (financés par le chômage)

2006 : Cours pour l'établissement du cahier des charges et de l'offre commerciale

2009 : Cours de « force de vente » (financés par le chômage, obtention du diplôme de vendeur professionnel)

Emploi dans une autre entreprise de nettoyage avec d'avantages de responsabilités.

Perspectives d'avenir

Ouvrir sa propre entreprise de nettoyage. Vincent reprendra l'entreprise de nettoyage d'une personne arrivant à la retraite.

4.2.2 Lydia

Age, origine et l'état civil

Lydia a 48 ans, elle est célibataire. Née en Europe centrale, elle grandi en Suisse.

Formations

Lydia ne termine pas l'école obligatoire et n'effectue aucune formation professionnelle.

Langues : allemand, italien, français, anglais

Parcours en tant que toxicodépendant

20 ans de toxicodépendance, polytoxicomanie, traitement de substitution à la méthadone (terminé à son entrée au Toulourenc).

Maintient d'une activité professionnelle malgré une consommation accrue.

Aujourd'hui abstinente.

Récapitulatif du parcours de soins

Plusieurs tentatives de soins dans différents lieux et cantons.

Séjour au Toulourenc d'une année (1997), elle en sort totalement abstinente.

Emplois actuel

Occupe un poste à hautes responsabilités en tant qu'assistante de direction dans l'aviation privée.

Perspectives d'avenirs

Projetée de partir vivre en Israël d'ici quelques années.

4.2.3 Esteban

Age, origine et état civil

Esteban a 38 ans. Il est originaire d'Amérique du Sud et vit en Suisse depuis onze ans suite à un mariage d'amour avec une suisse. Il est actuellement divorcé.

Formations et/ou emplois

Bac industriel de chimiste et laborantin (Amérique du Sud)

Emploi en tant que laborantin (Amérique du Sud)

Cours de français (1996, Genève)

Cours d'informatique : obtention de plusieurs diplômes (informaticien « Help Desk »)

Informaticien (Genève)

Parcours en tant que toxicodépendant

Environ 20 ans de toxicodépendance. Majoritairement cocaïnomanie (crack) puis polytoxicomane. Poursuit un traitement de substitution à la méthadone depuis huit ans (diminution progressive pour atteindre l'abstinence).

A toujours maintenu une activité professionnelle (brèves coupures (maximum quatre mois) : Hospice Général, chômage)

Récapitulatif du parcours de soins

Passage d'un mois au CRMT, ne lui convient pas.

Suivis ambulatoire à l'Entracte depuis trois ans (encore actuellement).

Emplois et/ou formations poursuivies après la démarche de soins

Cours d'informatique : programmes « Microsoft » (plusieurs certifications obtenues).

Informaticien dans une banque genevoise.

Perspectives d'avenir

Suivre les cours d'informatique requis pour devenir ingénieur informaticien (Microsoft).

Terminer son traitement de substitution en printemps 2009.

4.2.4 Nora

Age, origine et état civil

Nora a 26 ans, est suisse et célibataire

Formations

Apprentissage de commerce (employée de banque) (non terminé)

Second Apprentissage de commerce (employée de Mairie) (obtention du CFC, 2003)

Parcours en tant que toxicodépendant

Environ dix ans de toxicomanie, majoritairement héroïnomanie, puis polytoxicomane. A suivi un traitement de substitution à la méthadone (aujourd'hui terminé).

A toujours maintenu une activité professionnelle (apprentissage, stage, travail) tout en consommant.

Récapitulatif du parcours de soins

Plusieurs tentatives de soins, dont un premier séjour au CRMT (6 mois) puis au Toulourenc (18 mois) en 2002.

Deuxième séjour au Toulourenc, en 2008, pour 12 mois (Sortie été 2009).

Emplois et/ou formations poursuivies après la démarche de soins

Au chômage, avec missions temporaires et petits emplois « au noir ».

Perspectives d'avenir

Effectuer un séjour linguistique en Irlande, en été 2009 afin d'obtenir un diplôme d'anglais.

4.2.5 Lucie

Age, origine et état civil

Lucie a 33 ans et est méditerranéenne. Elle est célibataire et est arrivée à Genève il a huit ans.

Formation

A suivi une formation universitaire dans son pays d'origine mais n'obtient aucun diplôme.

Parcours en tant que toxicodépendant

Cinq ans de toxicodépendance avec traitement de substitution à la méthadone, aujourd'hui terminé.

Récapitulatif du parcours de soins

Se fait aider par l'association « Première Ligne » pour entamer un processus de soins ; plusieurs tentatives seront effectuées.

Séjour d'une année au Toulourenc (2006)

Contacts réguliers avec un éducateur d'Entracte (encore actuellement)

Aujourd'hui abstinente.

Emplois et/ou formations poursuivies après la démarche de soins

Formation universitaire en cours.

Perspectives d'avenir

Terminer sa formation commencée à la suite de sa sortie du Toulourenc.

Poursuivre ses études avec un Master universitaire et/ou quitter Genève pour vivre dans une autre ville.

4.2.6 Marco

Age, origine et état civil

Marco a 39 ans, il est suisse. Il est divorcé et a un enfant.

Formations et/ou emplois

Apprentissage de commerce (obtention du CFC)

Langues : français, allemand, anglais, espagnol, italien

Employé au Service technique de Swissair (pendant sept ans)

Missions temporaires diverses

Parcours en tant que toxicodépendant

Problèmes de dépendance survenus dans un contexte sportif d'élite : dépendance à la morphine dès l'âge de 17 ans, puis polytoxicomanie progressive.

Il travaille tout en maintenant une consommation et ne se considère pas comme dépendant jusqu'à l'âge de 33 ans.

Traitement de substitution à la méthadone pendant quatre ans, arrêté progressivement durant son séjour au CRMT.

Récapitulatif du parcours de soins

Douze mois dans une institution dans le canton de Fribourg

Trois mois au CRMT (2006).

Neuf mois au Toulourenc (sortie été 2009).

Emplois et/ou formations poursuivies après la démarche de soins

Entraîneur sportif

Après obtention d'un contrat d'essai dans un magasin de pièces détachées.

4.2.7 Stefano

Age, origine et état civil

Stefano est méditerranéen, il a 33 ans et est célibataire.

Formations

Abandonne ses études à l'âge de 16 ans. (Aucune formation)

Employé en tant que pizzaiolo de 16 à 27 ans.

Parcours en tant que toxicodépendant

Huit ans de toxicodépendance, majoritairement héroïnomane, puis polytoxicomane.

Maintient d'une activité professionnelle pendant toute la durée de sa toxicodépendance.

Stefano prend un traitement de substitution (méthadone) depuis quatre ans en le diminuant progressivement dans le but d'être abstinent.

Récapitulatif du parcours de soins

Suivi en ambulatoire à l'Entracte depuis quatre ans (encore d'actualité aujourd'hui).

Emplois et/ou formations poursuivies après la démarche de soins

Informaticien chez « Réalise » (pendant 18 mois).

Informaticien dans une entreprise privée (depuis février 2009).

Perspectives d'avenir

Faire valider ses acquis en informatique et suivre des cours pour l'obtention d'un CFC.

Continuer à progresser et à se former dans le domaine informatique.

Terminer son traitement de substitution en mars 2009.

5. Analyse des entretiens

Au terme de la passation des huit entretiens, et de la relecture consécutive de ceux-ci, la complexité mais également la diversité des expériences de sortie de la dépendance furent flagrantes. Comme nous l'avons évoqué, cela met en évidence le fait qu'aujourd'hui, le toxicodépendant est face à de multiples opportunités d'affranchissement, entre lesquelles le choix n'est pas toujours évident. En effet, il doit établir son propre chemin d'éloignement de la dépendance empli d'incertitudes et d'ambivalence car son nouveau statut peut être emprunt d'ambiguïté : à quel moment peut-il se sentir *anciennement* toxicodépendant ? A quels critères peut-il se référer pour s'octroyer le droit de se définir comme tel ? Car aujourd'hui, de par les multiples changements opérés, les contours de la toxicomanie sont flous. L'individu ne peut s'appuyer sur aucun principe étant donné que la présence du produit, l'installation d'une dépendance ou la fréquence de la consommation n'entrent plus forcément en ligne de compte pour la définir.

La frontière entre toxicomanie et non-toxicomanie est devenue ambiguë, changeante, indéterminée. Les seuils permis/défendu et normal/pathologique en matière de consommation ont été remis en question. (...) Dès lors, que signifie s'en sortir quand il n'y a plus une seule manière jugée acceptable de se construire à l'égard des drogues ? (Caiata Zufferey, 2006a, p.85).

Les modes de prise en charge et les formes de rémissions poursuivies étant alors multiples, le concept de « sortie », ne doit pas être compris comme une forme de *guérison*. « D'un point de vue sociologique, « sortir » signifie rétablir un mode de vie conventionnel, retrouver la crédibilité, se considérer et être considéré comme un citoyen à part entière » (Caiata Zufferey, 2006a, p.85).

Cela met donc en avant l'aspect pluriel que peuvent prendre les formes d'affranchissement actuelles, mais également le fait qu'aucune définition ne permet à l'individu en « phase de sortie » d'avoir une référence sur laquelle s'appuyer pour auto-évaluer sa position. Castel (1998a) propose toutefois une définition ne mettant pas en jeu le type de moyens utilisés pour parvenir à la sortie de la toxicomanie : « le toxicomane avéré est celui qui organise une part essentielle de

sa vie personnelle et sociale autours de la recherche et de la consommation d'un ou plusieurs produits psychotropes » (p.25). Ainsi, la personne étant sortie de la toxicomanie est celle qui parvient à réorganiser son mode de vie de manière à ce que le produit n'occupe pas le centre de son existence mais que celui-ci soit pris par autre chose. Or, cette « autre chose » pour la plupart des interviewés, est incarnée par *le travail* ou *la formation*, éléments apparaissant dans tous les entretiens et qui confirme ma seconde hypothèse de départ, postulant que le retour à une vie professionnelle active représenterait un élément clé de la mise en place de la réinsertion sociale d'une personne ayant eu des problèmes de dépendance.

5.1 Le travail

A la lumière de mes entretiens, j'ai pu remarquer que pour la majorité des interviewés le travail était un facteur primordial dans leur réinsertion. Cela confirme donc la seconde hypothèse de ce travail qui est : *le retour à une vie professionnelle active est un élément clé dans la mise en place de la réinsertion sociale d'une personne ayant eu des problèmes de dépendance*. Toutefois, j'affinerai mon propos car j'ai constaté que le travail, tout en étant un élément clé dans la mise en place de la réinsertion sociale des interviewés, pouvait incarner plusieurs rôles distincts selon les individus. J'en ai relevé quatre explicités ci après.

5.1.1 Le travail comme identité sociale

Dans la perception d'Esteban, considérer que l'on a un « bon » travail renvoie au statut ou à l'identité sociale que l'insertion permet d'obtenir : *« le travail c'est super important parce que c'est ce qui te permet d'être dans la société et d'arriver à faire quelque chose. Parce que quand on parle du fait d'arriver à être quelqu'un dans la vie, c'est bien entendu dans le sens du travail... Parce que sinon, dans quoi...? »* (Esteban). Pour lui, le travail est une valeur prépondérante, et cette citation le confirme. Parmi les huit interviewés, Esteban est la personne ayant maintenu une consommation et un emploi durant le plus d'années consécutives. Selon lui, cela a été possible entre autre, par sa manière de consommer. Travaillant dans le domaine informatique, il consommait essentiellement de la cocaïne :

Je consommais toujours, mais pas beaucoup si tu veux... [...] Mais dès que j'ai commencé l'héroïne ça a été beaucoup plus dur de travailler... J'ai eu des missions,

maximum six mois... [...] Je finissais par perdre mon boulot, ou bien parce que je manquais, ou bien parce que les gens se rendaient compte que j'étais un peu bizarre... [...] Surtout avec l'héroïne, parce que tu t'endors, et puis la couleur de ta peau elle est grise, verte, on a une couleur de malade quoi... Alors qu'avec la cocaïne, c'est pas le cas, ça se voit beaucoup moins... Même si on est très nerveux, on a des sautes d'humeurs, on se fâche pour n'importe quoi, on est un peu lunatique, physiquement ça se remarque moins...

(Esteban, extrait d'entretien, p.2)

Compte tenu de son mode de consommation qu'il a « géré » pendant quelque temps, il n'a été au chômage que durant de courtes périodes. Si l'on se réfère au modèle de Soulet (2003), son comportement traduit une appropriation « intégrale » de la « logique du métier » acquise au long de ses nombreuses années de toxicodépendance (en tout près de vingt ans). Cette logique consiste à « savoir concrètement utiliser la drogue de façon à minimiser les risques sanitaires et sociaux qu'engendre la consommation. » (Soulet, 2003, p.340). Cette pratique lui aura permis de consommer tout en gardant son emploi, mais elle est aussi soutenue par une logique des valeurs, c'est-à-dire le fait d'« être capable d'adhérer à d'autres valeurs et de poursuivre d'autres intérêts en dehors de la consommation » (Soulet, 2003, p.340). En effet, Esteban n'envisage pas sa vie sans situation professionnelle enrichissante : « le statut professionnel contribue grandement à la construction de l'identité des personnes. » (A. Fontaine, 2006 p. 31) Ainsi, il semblerait qu'il ne porte pas le « stigmate » du toxicomane, il ne se qualifie d'ailleurs jamais comme tel. Cependant, de manière paradoxale, il explique que le fait d'avoir géré sa consommation a prolongé sa toxicodépendance : « *si j'avais perdu mon boulot, ma maison et si je m'étais retrouvé dans la rue avec vraiment rien, probablement que j'aurais fait plus de choses pour m'en sortir plus vite... Mais le fait de toujours pouvoir gérer un peu, a fait que je me suis drogué plus longtemps...* » (Esteban). Ainsi, il explique que s'il n'avait pas consommé aussi longtemps, il aurait sans doute pu gravir les échelons beaucoup plus rapidement :

Si j'avais arrêté des années en arrière, aujourd'hui j'aurais... je serais probablement gérant ou manager informatique... J'aurais un super poste. [...] Sans aucun problème j'aurais réussi à monter... Mais bon, c'est toujours les drogues qui ont toujours fait, à la longue, des histoires...

(Esteban, extrait d'entretien, p.4)

Ainsi, on se rend compte que même lorsque la personne parvient à gérer sa consommation, il peut y avoir certaines répercussions négatives. Cependant, il semble que le maintien d'un emploi ait participé au fait qu'Esteban ne se soit jamais senti « marginalisé » et cela malgré les conditions parfois difficiles dans lesquels il a évolué :

Moi je peux pas dire que je suis quelqu'un qui a été en dehors de la société quoi... Je n'ai jamais été à la gare pendant des mois, je n'ai jamais dormi, je sais pas... Dans des trucs où il y a des SDF, j'ai jamais été en prison de ma vie, donc voilà quoi... J'ai toujours réussi à avoir de bonnes relations avec les gens avec lesquels j'ai travaillé, du coup avoir de bons certificats.

(Esteban, extrait d'entretien, p.4)

Par conséquent, pour lui, la pérennité d'un emploi, mais également la « certification » de celui-ci, c'est-à-dire le fait de disposer d'attestations de travail, représente une « preuve » de « non-marginalité ». On perçoit ici une certaine logique d'appartenance : puisqu'en maintenant une activité professionnelle, qui plus est attestée par un document officiel, Esteban reste affilié au corps social, le travail représentant le lien d'appartenance à la société.

Toutefois, il existe différentes manières de s'y sentir affilié, cela peut passer par le travail bien sûr, mais également via d'autres aspects sociaux tels que les statuts relationnels, le couple, la famille. On peut faire l'hypothèse que comme ceux-ci représentent certaines difficultés pour Esteban (il vit avec son ex-femme mais n'entretient plus de relation conjugale avec elle, sa famille est en Amérique du Sud), le lien d'appartenance avec la société est alors majoritairement porté par le travail.

5.1.2 Le travail ou les activités journalières comme organisateurs temporels

Dans un premier temps et de manière très pragmatique, il semblerait que pour une partie des interviewés, le travail joue principalement le rôle « d'organisateur temporel » et de source de motivation. En effet, il semble important pour eux de « revivre » des journées structurées, définies par un rythme, un but vers lequel tendre quotidiennement. Mais également, et plus simplement une raison de se « lever le matin ». Stefano en fait part lorsqu'il explique ses début en tant qu'informaticien: « *alors j'ai commencé à travailler à « Réalise », j'ai repris un rythme ;*

je me levais le matin avec un but, j'ai commencé à m'activer, je suis rentré dans ma passion. » Ainsi, pour lui, le fait d'entamer une activité semble être le moteur d'une réorganisation plus complexe et plus intériorisée. Marco quant à lui envisage le fait de travailler et d'avoir des activités parallèles comme une sécurité : *« j'ai une structure, parce qu'à côté de mon boulot, j'ai mes entraînements avec les enfants, à côté de ça je fais du volley, donc j'ai mes entraînements plus les matchs le week-end, donc le travail plus les activités sportives, ça aide... »* Aussi, le travail ou les activités en général ont pour fonction, dans un premier temps, de permettre à la personne de s'éloigner de son ancien mode de vie, souvent centré autour de la recherche du produit, recherche qui fini par ordonner totalement son quotidien. Car l'abandon du mode de vie toxicodépendant laisse souvent place à un vide concret et symbolique auquel la personne doit faire face. Emilie l'exprime très bien dans cet extrait:

Quinze jours après avoir trouvé l'appartement j'ai emménagé, j'ai fermé la porte et... WAOW! J'ai eu une monstre montée d'angoisse, j'étais seule... Alors que ça se passait super bien au Toulourenc quoi... J'avais consommé juste une fois à Noel, donc j'avais seize mois d'abstinence, et en arrivant chez moi j'ai attendu quoi, deux ou trois heures et j'ai été acheté...

(Emilie, extrait d'entretien, p.1)

Aussi, elle doit trouver des stratégies pour réinvestir son quotidien. Caiata Zufferey (2006) définit celles-ci comme « stratégies de gestion du vide » : « il s'agit d'un côté de prévoir comment meubler le temps libre qui se dégage de l'abandon de la toxicodépendance, [...] d'un autre côté, il faut se donner volontairement des buts existentiels capable de fournir une orientation à son quotidien » (2006b, p.145). Emilie en fait part lorsqu'elle évoque sa sortie du Toulourenc : *« j'avais une grosse peur en sortant, c'était d'être inactive... »* ; *« j'ai de la peine à être toute seule dans mon appart, ma grande difficulté c'est de fermer la porte et de me dire "qu'est-ce que je fais maintenant ?" »*. Ayant une peur féroce du « vide de l'existence » et ne donnant pas sens à son quotidien, elle est rapidement retournée vers ce qu'elle connaissait le mieux : la consommation. Car lorsque la personne devient une *consommatrice avérée*, ce n'est pas uniquement son rythme de vie qui est marqué par la présence du produit, celui-ci finit également par lui « indiquer les lieux et les personnes à fréquenter, forger les compétences, définir l'échelle des valeurs, déterminer la manière d'utiliser le temps, l'argent, marquer l'identité » (Caiata

Zufferey, 2006b p. 137). Emilie l'exprime à nouveau clairement lorsqu'elle évoque la période où elle s'est séparée de son ami et a perdu son emploi de « maman de jour » :

Je me suis vraiment retrouvée seule... Alors qu'est-ce que j'ai fait ? J'allais au bistro, voir des gens que je connaissais, et c'est-à-dire, je refaisais la même vie qu'avant de rentrer au Toulourenc, voilà... La vie que je connaissais ! Parce que si je suis seule je sais que si je vais au bistro, je bois un verre, je sais que je suis beaucoup moins inhibée... [...]

Quand je me sens vraiment trop seule ben ma famille, c'est la zone... Et j'ai tellement plus de facilité... Enfin, j'ai tellement eu plus d'expériences de survie, de galère et tout, que quand j'ai une vie normale des fois je la trouve monotone et ennuyante...

(Extraits d'entretien, p. 1 et p.3)

De ce fait, c'est son mode de vie tout entier que l'individu doit changer, ré-appivoiser : « le toxicodépendant doit développer une hypothèse sur la réalité, un attrait vers des dimensions conventionnelles de l'existence, en raison de leur capacité supposé apporter un sentiment de bien-être, de quiétude, d'accomplissement » (Caiata Zufferey, 2006b, p.139).

Or, les entretiens montrent que l'une des « dimensions conventionnelles » vers laquelle la personne soit amenée à se tourner dans un premier temps est le travail. D'une part parce qu'il représente, comme je l'ai évoqué, le symbole de l'intégration sociale, mais également parce qu'il offre une structure temporelle qui bénéficie d'une valeur normative pour la société. Se normaliser passe alors par l'accès à cette forme de structuration. Cependant, il me semble que ce rôle « d'organisateur » que le travail, ou les activités quotidiennes peuvent prendre, dure peu de temps, et laisse ensuite place à deux possibilités :

- soit l'individu parvient à « intérioriser » et apprécier sa nouvelle façon de vivre, avec les avantages et les contraintes qu'elle représente, pouvant ainsi considérer son activité salariale comme faisant partie du processus de sortie et constituant une fin en soi,
- soit il la considère uniquement comme un « barrage », sorte de « contre feu » qui lui permet de rester éloigné du produit, position qui risque à court ou moyen terme de ne pas résister et de conduire vers une rechute.

Essayons de voir de plus près ce que cela signifie concrètement.

5.1.3 *Le travail vécu comme un « aboutissement », une « concrétisation »*

Ce côté « organisationnel » et concret que le travail peut avoir dans un premier temps, me semble souvent supplanté par un rôle plus abstrait vécu comme un « aboutissement », une concrétisation personnelle. En effet, il semblerait que l'accès à un travail ou à une formation permettent aux individus, d'une part, de se sentir valorisés et/ou de ne plus se sentir perçus comme « toxicomanes », ne se sentant plus jugés comme tel par la société. Or, dans le but de se distancer de cette « étiquette » et parvenir à engendrer une « nouvelle identité », l'individu se doit de diversifier et/ou normaliser ses lignes biographiques. Ce terme est à comprendre au sens qu'Ogien (1999) lui donne, c'est-à-dire comme :

La suite d'événements que l'on peut rattacher à l'une des formes d'engagement qu'un individu contracte dans les détours de son existence sociale. Cette notion récuse l'idée d'unicité de la biographie, en admettant un postulat : la vie d'un individu peut rarement être appréhendée comme une histoire linéaire, homogène et définitive.

(p.121)

Ainsi, l'individu sera amené à définir ou redéfinir ses lignes biographiques par rapport à ses nouvelles aspirations. Pour cela, « il faut qu'il parvienne concrètement à occuper ces nouveaux espaces, qu'il réussisse à poursuivre ses intérêts et à fonctionner en respectant les codes que les nouvelles lignes biographiques réclament » (Caiata Zufferey, 2006b, p.137).

Or, il semblerait que l'une des « lignes biographiques » les plus utilisées au début du parcours de réinsertion, soit celle représentée par le travail, la formation, car, comme nous l'avons vu, ce paramètre défini considérablement l'identité de la personne. Lors des entretiens, j'ai pu constater que le fait d'accéder à un poste stable ou s'investir intensément dans une formation, représente le début d'une « nouvelle vie » permettant de tourner la page sur une époque de dépendance passée. L'accès à cette dimension représente en quelque sorte une preuve que l'emprise de la période d'addiction est « révolue », ou en passe de l'être :

Ce que je veux dire c'est que j'ai recommencé à zéro, et c'est une autre vie...(...) tu dois recommencer à zéro en essayant de faire abstraction de ce que tu as vécu, parce que tu ne

peux pas l'utiliser dans ta vie professionnelle ou sociale. Donc il faut faire des réglages avec toi-même tout le temps...

(Lucie, extrait d'entretien, p.5)

Ainsi, pour Lucie, entreprendre une formation et s'y investir intensément a représenté la « clé » de sa sortie : « *pour moi c'est sûr, c'est ça qui a été le moteur.* » Cela l'a aidé à se « lancer » et à trouver un nouveau sens à sa vie. De plus, pour vivre « en harmonie » avec la société, elle évoque le fait qu'il est important pour elle de mettre de côté son passé de toxicodépendante. On peut le comprendre pour deux raisons distinctes. D'une part dans le but de « retrouver une place qui corresponde à ses intérêts et à ses valeurs et qui est en mesure de fournir un rythme et des significations à l'existence, en dehors, cette fois-ci, de l'emprise totalitaire de la pratique toxicodépendante » (Caiata Zufferey, 2006b, p.142). Et d'autre part car cette expérience de vie ne possède aucune « valeur » selon les normes et les attentes de la société.

En effet, il semblerait que pour plusieurs des interviewés « le slogan “once addict, always an addict” nie la possibilité de la délivrance totale et définitive du toxicodépendant » (Caiata Zufferey, 2006b, p.147). De fait, il est préférable, aux yeux de Lucie, de ne pas mentionner son expérience de toxicodépendance, pour ainsi mieux se « fondre dans la masse ».

Lorsque Marco parle de son Curriculum Vitae et des éventuels « trous » causés par ses quatre ans de dépendance puis de soins, il est évident pour lui que cela ne sera aucunement explicité : « *j'aurais pas mentionné mon expérience dans la toxicomanie, ça c'est clair... parce que maintenant on te demande toujours d'être toujours plus polyvalent, professionnel et tout ça, donc si tu sors un truc comme ça, c'est difficile, ça peut que te desservir...* ». Toutes les personnes ayant fait référence à leur « CV » ont tenu un discours plus ou moins similaire à celui de Lucie et Marco. Vincent par exemple, n'explique pas pourquoi il ne mentionne pas cette expérience, mais explique concrètement que c'est ce qu'il a choisi de faire : « *moi par exemple, avec tous mes trous, ben je fais des blocs quoi (...) je mets toutes mes expériences acquises sans spécifier les dates.* » C'est comme si l'idée même de mentionner ses difficultés ne lui était pas venue à l'esprit. Ainsi, quelles que soient les raisons invoquées, les personnes m'ayant parlé de cet aspect dans leurs recherches d'emploi, ont toutes préféré ne pas citer leur vécu de toxicodépendant. Ce choix est également rendu possible par le fait que les circuits habituels d'insertion se sont passablement élargis aujourd'hui. Le fait d'évoquer « une année sabbatique » par exemple ne pose pas de problème et ne sera pas « mal vu » de la part d'un employeur. En effet :

La normalité d'un itinéraire rectiligne fondée sur l'idée d'un passage école-travail sans coupure, s'est quelque peu estompée : succession de petits boulots, tentatives de prolongation d'études, séjour à l'étranger, initiatives professionnelles avortées paraissent qualifier actuellement la majorité des jeunes.

(Castel, 1998, p.159)

Ainsi, certains interviewés comme Lydia, profitent de cette évolution des mentalités et se situent dans cet « entre deux », ne racontant pas leur expérience véridique mais en ne dissimulant pas non plus les « trous » : « *j'ai choisi d'être honnête jusqu'à un certain point, j'ai dit qu'il y a eu un moment où j'étais plus sûre de vouloir faire la secrétaire et que je m'étais arrêtée pour faire un travail sur moi...* ». Dès lors, en invoquant le fait d'avoir fait « un travail sur soi » Lydia a l'impression de dire « *presque la vérité* », mais il est évident que le jugement de l'employeur ne sera pas le même lorsque quelqu'un invoque un « travail sur soi » ou une période de dépendance... Il est donc toujours question, comme le relève Fontaine (2006), d'apparences et de « socialement acceptable » :

Se conduire “normalement” ne consiste-t-il pas avant tout à maintenir les apparences, à respecter les codes et les règles implicites lorsque c'est absolument nécessaire, et à apprendre à gérer parallèlement, si besoin en les dissimulant, ses déviances, ses bizarreries, aussi variées qu'il existe de vies et d'individus pour les raconter ?

(p. 59)

Esteban évoque également ce « maintien des apparences », en se référant à un autre aspect ; celui de l'apparence physique dans des démarches de recherche d'emploi. Pour lui, une « bonne présentation » représente également un facteur favorisant l'accès à un poste : « *j'ai pas une trop mauvaise présentation, j'ai la chance que ça se voit pas le fait que je me drogue ou que je me droguais... ça se voit pas dans ma façon d'être...* ». Ainsi on ressent ici l'importance de l'apparence physique dans les relations interindividuelles. Fontaine y fait également référence dans son livre (2006) portant sur des personnes consommatrices de drogues de manière régulière, voire quotidienne, et insérées professionnellement :

Ils n'ont pas la “gueule de l'emploi” de l'utilisateur de drogues et sont tout à fait conscients d'échapper, grâce à cette particularité, à la répression et à la stigmatisation. (...) Dans le monde du travail, l'important est “d'avoir l'air clean”.

(p. 61)

Une fois de plus, on remarque à quel point la norme et le « socialement correct » influence la manière de se conduire, mais également de se vivre en tant que toxicodépendant ou ex-toxicodépendant. Nora évoque ce côté « stigmatisant », qui est une des raisons qui la pousse à quitter Genève pour commencer un nouveau départ et réellement tourner la page : « *des fois je suis dans un bon état d'esprit, je me dis que c'est cool, que je pars à l'aventure, ça me donne un sentiment de liberté, où j'aurais pas d'étiquette donc je pourrais tout recommencer...* ». On sent que le « poids du passé » représente un obstacle pour Nora et que, pour se sentir crédible aux yeux des gens, elle préfère faire « ses preuves » ailleurs et revenir avec une tout autre « étiquette » : celle de la jeune femme émancipée qui revient « diplômée d'anglais en poche » et avec de belles choses à raconter... Il semblerait en effet que « le passé toxicodépendant laisse en héritage un stigmate discréditant en mesure de susciter le doute chez la personne elle-même et des suspicions chez son entourage » (Caiata Zufferey, 2006b, p. 147).

On se rend compte dès lors, à quel point le désir de normalisation est présent chez nombre de consommateurs. Les travaux des Soulet, Caiata Zufferey et Oeuvray (2003) soulignent cette dimension également chez des consommateurs intégrés, gérant leur consommation. Or, y parvenir demande justement d'avoir intégré des aspects normatifs, conventionnels, mais également de « s'approprier » les nouvelles dimensions de la vie. Un aspect pouvant accélérer ou favoriser cette « appropriation » me semble être le rapport que la personne entretient avec son travail, c'est-à-dire la manière qu'elle aura de considérer son emploi. A-t-il plutôt une dimension alimentaire ou est-il une source de plaisir, de découverte ? Il apparaît que dans le second cas l'implication et l'« appropriation » sera plus grande. Cette dimension est manifeste dans le témoignage de Stefano lorsqu'il fait référence à son travail actuel : « *pour moi c'est une passion, donc ça me pèse pas, je vais pas travailler juste pour avoir un salaire à la fin du mois, j'y vais parce que ça me plaît...* ». Or, tel n'était pas le cas lorsqu'il exerçait le métier de pizzaiolo, celui-ci était uniquement un travail alimentaire, il le vivait comme une obligation : « *j'ai toujours travaillé, je m'arrangeais, parce que j'avais pas le choix, j'étais seul ici, donc si je travaillais pas, c'était pas possible* ». Ainsi, même pendant ses périodes de consommation il maintient un travail pour « survivre » : il travaille pour pouvoir manger et doit manger pour pouvoir travailler, il en va de même dans le rapport au produit. Comme son travail est difficile, qu'il ne l'apprécie plus et qu'en plus il déprime, il consomme pour supporter son quotidien : « *j'ai recommencé à*

consommer en fait pour éviter de trop souffrir entre guillemets ». Ainsi pour revenir à la logique « de survie », Stefano travaillait pour se payer ses consommations et consommait pour pouvoir supporter son travail quotidien : tant sur le plan physique que moral, il était entré dans un cercle vicieux et entretenait un rapport complexe et douloureux avec son travail. Or aujourd'hui cette relation est toute autre. Il a *choisi* le métier d'informaticien et celui-ci le passionne, ce qui lui permet de l'appréhender d'une manière différente.

Lucie est un peu dans la même dynamique dans la mesure où sa démarche d'affranchissement, mais également de réinsertion, sont portées par sa passion :

Si j'avais pas eu cette passion qui a un moment est devenue tellement évidente pour moi, je crois pas que j'aurais fait tous les efforts que j'ai fait... » ; « je suis déterminée parce que je sais que c'est mon truc, c'est quelque chose de naturel, parce que ça m'intéresse tellement ! (...) j'ai trouvé vraiment quelque chose dans lequel je peux m'épanouir de toutes les façons et qui investit 100% de mon être.

(Lucie, extrait d'entretien, p.5)

Ainsi, on sent que le réinvestissement de soi dans de nouvelles lignes biographiques est indispensable au processus d'affranchissement. En effet, cela amène la personne à « redéfinir son inscription personnelle au monde, à retrouver une place qui correspond à ses intérêts et ses valeurs et qui est en mesure de fournir un rythme et des significations à l'existence, en dehors, cette fois-ci, de l'emprise totalitaire de la pratique toxicodépendante » (Caiata Zufferey, 2006b, p.147). Tout comme l'évoque l'auteure, il ressort des entretiens qu'il apparaît nécessaire qu'après un certain temps le travail ne joue plus uniquement ce rôle « structurant » pour la personne, mais qu'il trouve un sens propre dans sa vie. Car, si tel n'est pas le cas, il ne peut pas s'avérer épanouissant pour cette dernière dans la mesure où il représente uniquement un « barrage » face au produit.

5.1.4 L'instrumentalisation du travail

Lorsque le travail n'est pas intériorisé et vécu comme une fin en soi, il ne garde plus que sa dimension structurante, dimension se réduisant à maintenir à distance les différents produits psychotropes. Dans ce sens on peut dire que le travail est instrumentalisé, c'est-à-dire qu'il a

d'une part pour fonction de tenir le produit loin de soi, et d'autre part de détourner l'intérêt persistant qu'éprouve la personne pour le produit (automédication) :

Au début je pense que je vais devoir tout le temps me remettre en question, toujours me dire "non j'y vais pas, non", ça sera un combat de tous les jours...(...) Mais y'aurait déjà un cadre, j'aurais l'école toute la journée, je verrais des gens qui seraient sur le campus, donc dans une ambiance light et tout... Je serai quand même dans un milieu un peu protégé quoi...

(Nora, extrait d'entretien, p. 8)

Cette citation de Nora montre qu'elle souhaite avant tout se « protéger » de l'attrait du produit en mettant en place des « gardes fous », ici représentés par l'école qu'elle fréquenterait lors de son séjour linguistique. Avec ce type de point de vue, on peut imaginer que « la ligne biographique de la drogue continue à primer dans l'organisation existentielle du sorti » (Caiata Zufferey, 2006b, p.146). Cela ne signifie pas obligatoirement une rechute car la personne s'implique dans des activités et des mondes sociaux liés à son parcours d'affranchissement. Toutefois, lorsque le projet est porté de la sorte, son but est alors plutôt flou : est-ce qu'elle s'investit parce qu'elle en a envie, parce qu'elle est motivée, parce que cela l'intéresse ? Ou est-ce qu'elle s'investit parce que cela peut lui permettre de mettre le produit à distance ? Il est vrai que même si le but sous-jacent peut être de tenir le produit à distance, cela peut également représenter un pas pour la personne en lui permettant malgré tout de s'engager dans une nouvelle vie. Cependant, je pense tout de même que l'implication dans le projet n'est pas la même dans la mesure où les valeurs qui le soutendent ne sont pas vraiment claires. Il me semble dès lors que la pérennité du projet risque d'être mise à mal de part le fait que l'activité est effectuée avant tout dans le but de tenir le produit à distance. Néanmoins, j'é mets ici *une hypothèse* dans la mesure où je n'ai pu constater cela que dans l'entretien d'Emilie, car les autres acteurs entretenant ce type de rapport au travail (Nora et Marco) n'avaient pas encore expérimenté concrètement les projets qu'ils s'étaient fixés.

En tout les cas, pour Emilie, il apparaît clairement que même si plusieurs motivations soutendent son envie de faire du baby-sitting, le premier « but » de cet emploi est de faire « barrage » avec le produit :

C'est juste un mois après ma sortie du Toulourenc que j'ai commencé à être maman de jour, et ça occupait presque tout mon temps...Du coup j'étais toujours occupée par cette

famille, j'étais très peu dans mon appartement... Et puis j'ai bien tenu quoi, j'ai tenu six ou sept mois avec de temps en temps des consommations. [...]

C'est clair que je pouvais pas me permettre d'aller travailler pétéée avec la petite, et puis de toute façon les weekends je les passais avec son parrain qui est quelqu'un d'abstinent, donc c'était nickel quoi... Mais... c'est un peu comme si j'avais quitté le Toulourenc pour aller dans une autre famille, donc je me suis jamais retrouvée toute seule chez moi... »

(Emilie, extraits d'entretien p. 2 et p.3)

Emilie est consciente que cette manière de faire est plus ou moins « artificielle » dans la mesure où son emploi et sa relation représente en quelque sorte une « substitution » au cadre présent au Toulourenc. Il apparaît donc comme « évident » qu'une telle organisation ne peut pas être efficiente, Emilie ne pouvant pas réellement se l'approprier.

On perçoit un engagement plus ou moins similaire chez Marco, pour qui le travail joue avant tout un rôle structurant. Il est indispensable à son équilibre, mais également nécessaire pour ne pas déprimer :

Pour moi en tout cas, par rapport à mon parcours de vie, le travail ça te prends 8h par jour, ça te structure, et en plus si t'es réalisé dans ta profession, c'est essentiel... Parce que un mois avant ma sortie j'avais toujours rien trouvé, et je voulais pas me retrouver trop longtemps au chômage, parce que pour moi j'ai toujours dit, la réinsertion elle passe par un boulot, sinon je vais faire quoi ? Je pense que je me serais aussi renfermé sur moi-même, m'enfermer entre quatre murs pour pas consommer, mais tu déprimes quoi...

(Marco, extrait d'entretien, p. 3)

On remarque ici un élément significatif quant à l'évolution dans laquelle Marco se situe par rapport à son « passé » de toxicomane. Pour lui, le travail sert d'une part à la réinsertion, mais représente également un « substitut » au produit en ce sens où il est utilisé pour éviter de se confronter à une dépendance peut-être encore présente. En effet, Marco évoque le fait que s'il n'avait pas trouvé rapidement du travail, il aurait peut-être été contraint de se renfermer sur lui-même, mais également « *entre quatre murs* » pour ne pas consommer.

Ainsi, se pose une question centrale quant à la relation qu'entretient l'individu avec le produit, et la place que celui-ci occupe dans sa manière de faire face à ce qu'il vit. Que cela soit en étant

abstinent, en suivant un traitement de substitution, ou en consommant de manière occasionnelle, quel rapport entretient-il avec la substance ? S'en sent-il affranchi ? Ce point est crucial dans la question de la réinsertion, car comme j'ai pu le constater dans les entretiens, le positionnement de la personne par rapport au produit est capital dans sa manière d'appréhender sa réinsertion, tant sociale que professionnelle. Cela nous amène ainsi à une autre hypothèse évoquée en début de ce travail, qui est celle de l'importance de l'atteinte d'un certain degré d'affranchissement pour effectuer une expérimentation professionnelle. Autrement dit : addiction et réinsertion sociale sont-ils compatibles ? Si oui de quelle manière ? Et si non pour quelles raisons ?

5.2 Les rapports au produit dans la réinsertion sociale et professionnelle

On peut observer trois catégories de rapport au produit dans les entretiens, engendrant des conséquences différentes dans la mise en place mais surtout dans le vécu de la réinsertion au quotidien, tant sociale que professionnelle. Ces rapports peuvent être : *ambigu, thérapeutique ou d'abstinence*.

La personne entretient un *rapport ambigu* au produit lorsqu'elle ne parvient pas à définir la nature de ce qui les lie. S'en sent-elle encore dépendante ? Est-ce que les psychotropes représentent une tentation pour elle, si oui pourquoi ? Se sent-elle « menacée » par l'utilisation du produit ?

Le *rapport ambigu* se définit par opposition à un *rapport défini* envers le produit. Lorsque la personne parvient à expliquer la nature du lien qu'elle entretient avec produit, on peut dire qu'elle a un *rapport défini* avec lui, mais celui-ci peut être de différentes natures :

- *Rapport thérapeutique* : le produit (la méthadone, le subutex, l'héroïne ou encore l'antabus) représente un « remède », il est prescrit par un médecin et la personne l'utilise de manière hétéro-médiquée.
- *Rapport d'abstinence* : le produit ne fait plus partie de la vie de la personne, elle s'en abstient et le considère comme un élément faisant partie de son passé.

Finalement, il existe une troisième catégorie de rapport défini, à savoir *le rapport contrôlé*, qui n'apparaît pas véritablement dans le processus de réinsertion des personnes interviewés, mais qui représente une catégorie importante des rapports que les personnes « sorties » peuvent entretenir avec le produit. Lorsque l'individu a un *rapport contrôlé* au produit, il peut consommer tout en

étant insérée au sein de la société, il reconnaît entretenir une relation avec les psychotropes, mais celle-ci est délimitée.

Voyons maintenant les différents rapports que les interviewés entretiennent avec le produit et la manière dont la nature de la relation entretenue intervient dans la mise en place et l'expérimentation du processus de réinsertion.

5.2.1 Rapport ambigu ou « indéfini »

Lorsque la personne entretient encore un rapport indéfini au produit, il lui est plus difficile d'envisager sa réinsertion sereinement car ses projets sont entravés par la peur de retourner à une conduite de dépendance. Lors d'un rapport ambigu, la personne souhaite s'affranchir d'une conduite mais ne parvient pas à imaginer que celui-ci ne fasse plus partie de sa vie. En effet, lorsque la personne a ce type de rapport avec le produit, elle doit sans cesse lutter pour l'éviter et cela lui demande une énergie considérable, énergie qu'elle ne peut pas investir dans d'autres projets. Lors de la mise en place de la réinsertion, rien n'est encore concret, la personne doit « faire ses preuves », comme nous l'avons vu, et montrer tant à son entourage qu'à son patron, par exemple, qu'elle est digne de confiance. Cela représente une pression qui n'est pas toujours facile à gérer, mais si à cela s'ajoute le fait qu'elle doit sans arrêt lutter avec le produit, on peut imaginer la fragilité de la pérennité de son projet. On ressent un rapport indéfini avec le produit chez trois interviewés : Emilie, Marco et Nora.

Pour Nora, les choses sont confuses : *« j'adorerais de me dire que j'ai une vie normale, j'ai un cercle d'amis, je travaille, je suis bien et puis je peux faire des petits extras de temps en temps... J'adorerais pouvoir me le dire, mais je pense qu'au départ c'est pas possible. (...) Pour l'instant c'est RIEN et après à voir comment je me sens aussi et tout... »*. Son discours reflète l'attrait qu'elle a encore pour le produit, qui la séduit toujours malgré ce qu'elle a pu traverser : *« quand tu retournes au produit c'est vrai que tu penses pas aux conséquences, tu penses au plaisir, au truc éphémère qui va pas durer longtemps mais qui va te procurer un soulagement et du plaisir quoi... »*. Or, Nora le mentionne ensuite, il lui faudrait trouver d'autres plaisirs, mais c'est justement ce qui est compliqué. Dès lors, on sent qu'elle appréhende sa réinsertion avec beaucoup de doutes, des craintes plus ou moins conscientes du rapport ambigu qu'elle a encore

avec le produit. Pour elle, « le mieux » serait de ne pas consommer, mais « l'idéal » serait de pouvoir consommer tout en étant réinsérée, ce qui n'a pas été possible jusqu'ici... Ce rapport flou avec le produit peut alors, me semble-t-il, entraver la réussite d'une réinsertion de par le fait qu'il empêche la personne de s'y investir réellement, de la porter.

Pour Marco, le rapport est également « faussé » car il dit souhaiter être abstinent mais ne prend pas cette modalité de sortie réellement par choix : « *mon but c'est l'abstinence, parce que moi je connais mon fonctionnement, donc je sais qu'il faut que je fasse très attention entre ce que tu peux contrôler et ce que tu contrôles pas... parce que moi j'ai souvent contrôlé et puis voilà ça m'a quand même amené, une fois qu'il y a pas mal de trucs, au dérapage final quoi...* » Ainsi, il envisage l'abstinence non pas par choix mais par obligation, puisqu'il ne voit pas d'autres alternatives, reconnaissant qu'il n'est pas parvenu à « contrôler » sa consommation auparavant. Dès lors comment peut-il réellement adhérer à ce projet et tendre vers l'abstinence ? Il semble encore entretenir un rapport ambigu avec le produit mais veut le « contrer » par la pratique d'une activité professionnelle. Comme on l'a vu pour lui, le but d'un travail est avant tout de « l'empêcher de consommer ». Ainsi, s'il n'obtient pas de travail, que se passera-t-il ? Il envisage de devoir s'enfermer pour ne pas consommer, mais on sait que cela n'est pas envisageable très longtemps. Il est frappant de constater que Marco, tout comme Nora, ne parvient pas à expliquer les raisons qui pourraient le mener à cette « perte de contrôle » et à un retour vers le produit. Son regard ne se porte pas sur les raisons l'amenant à faire cette expérience, comme si celles-ci étaient subies. Ainsi, il met en avant la nécessité d'avoir une activité, lui permettant de détourner son regard du produit. Cependant, en faisant cela, il n'essaye pas de comprendre son propre fonctionnement pour pouvoir ensuite le modifier. Dès lors, il perçoit l'abstinence comme *un but* à atteindre, un idéal. Est-ce le sien ? Celui de sa famille ? De la société ? C'est une autre question. En tout cas, il ne voit pas dans ce comportement *un moyen*, une expérience au service d'autres expériences (cf. : 5.4).

Finalement, Emilie est celle qui entretient le rapport le plus ambivalent avec le produit étant donné qu'elle s'inscrit dans un processus de réinsertion en se définissant comme dépendante:

Je pense que je serai toute ma vie dépendante, ça, ça se soigne pas... Mais vu que je le sais, le médicament ben c'est de pas consommer... C'est l'abstinence... Même la méthadone c'est pas une solution pour moi, parce que j'arrive pas à l'utiliser comme

traitement, ça m'empêche pas d'aller consommer à côté... J'ai pris de l'Antabus aussi, pour pas boire, mais le jour où je décide de boire le week-end j'arrête l'Antabus trois jours avant...

(Emilie, extrait d'entretien, p.7)

Son discours est interrogateur dans la mesure où elle souhaite être abstinente alors qu'elle se définit comme dépendante. Elle évoque les différents traitements qu'elle a pu expérimenter et qui n'ont pas été satisfaisants, alors elle vise l'abstinence qu'elle ne parvient pourtant pas à atteindre. Là aussi Emilie montre qu'elle fait du *moyen* de l'abstinence un *but* à atteindre. Cette confusion l'amène à chercher des solutions concrètes pour sortir de sa dépendance, le problème étant qu'elle ne parvient pas à les vivre car elles incarnent toujours le rôle de « barrage », et ne peuvent ainsi pas être vécues pleinement. Emilie souhaite, par exemple, pouvoir mettre en place différents projets sur lesquels elle pourrait s'appuyer. Or, lorsque la personne essaye de bâtir un nouveau projet sur un socle instable, l'édifice ne peut qu'être fragile. La logique évoquée par Emilie ne peut pas, dès lors, porter ses fruits, car les solutions envisagées sont paradoxales : « *je sais que si je me pète je vais me priver de ce rêve (partir au Caire) et de tout le reste... Donc j'arrête de me péter, même si j'aime ça, pour pas me priver de tous les autres plaisirs de la vie... [...] ça fait 20 ans que je sais ça, mais je reviens toujours !* ». Ainsi, elle fait le constat par elle-même que la solution proposée n'en est pas réellement une, puisqu'elle évoque le fait qu'elle *sait* ce qu'elle est censée faire ou ne pas faire, mais qu'elle ne parvient pas à l'appliquer. Cela montre la complexité dans laquelle une personne ayant de nombreuses années de toxicodépendance se trouve ; comment changer de mode de vie ? Par ailleurs, cela met également en évidence un autre volet, à savoir de quelle manière apprend-on à changer ? Emilie fait un constat douloureux : savoir quelque chose ne signifie pas toujours pouvoir l'appliquer. Entre les deux se déploie tout le champ de la formation d'adulte et des processus d'apprentissage, que je ne peux pas aborder dans le cadre de cette recherche mais qui pourrait faire l'objet de réflexions futures.

En tous les cas les entretiens démontrent que la réussite d'une démarche de réinsertion ne peut pas reposer sur un seul élément, quel qu'il soit : il faut que la personne puisse s'appuyer sur des bases solides pour envisager sa réinsertion. Pour ce faire, il me semble primordial qu'elle ait défini le rapport qu'elle entretient ou souhaite entretenir avec le produit pour pouvoir changer de mode de vie et ainsi parvenir à mener à bien un projet de réinsertion. Ainsi, définir le rapport que

l'on entretient avec le produit ne signifie pas forcément « devenir abstinent », mais entretenir une relation d'équilibre avec celui-ci, que cela soit par le biais de l'abstinence, d'un traitement de substitution ou d'une consommation réellement contrôlée.

5.2.2 Rapport thérapeutique

La personne qui décide d'entreprendre un traitement de substitution dans le but de s'affranchir d'un mode de vie toxicodépendant passe d'un rapport d'automédication à un rapport d'hétéromédication, dans la mesure où elle laisse entrer un tiers dans le lien qu'elle entretient avec le produit. En effet, celui-ci est contenu dans le cadre du traitement médical et repose sur l'alliance thérapeutique existant entre le toxicodépendant et son médecin. Il s'agit dès lors non plus d'une logique de consommation, mais bien d'une logique de soin ; le traitement de substitution étant utilisé pour permettre à la personne de s'insérer dans la société. Ainsi, si l'on « caricaturait » la situation, la personne prendrait son traitement de substitution comme une personne en dépression prendrait son traitement antidépresseur.

J'ai diminué petit à petit, là je prends toujours, je suis à 30ml, mais quand j'ai commencé j'étais à 110ml... Et en dosant je suis arrivé à 30... Mais je vais arrêter, mais il faut prendre son temps, parce qu'une fois, je l'avais déjà arrêtée mais de manière trop rapide, et ça m'avait pas du tout aidé, parce que c'est beaucoup trop dur physiquement t'es vraiment pas bien, tu peux pas continuer à travailler... Donc après cette tentative j'ai décidé de le faire beaucoup plus tranquillement pour être sûr que ça marche, mais j'en ai marre...

(Stefano, extrait d'entretien p. 2)

On comprend ici que Stefano est « obligé » de suivre ce traitement pour continuer de travailler. L'effet du manque étant trop prononcé lors d'un arrêt brutal, s'il décidait d'interrompre son traitement cela l'empêcherait de maintenir son emploi. Ainsi, on remarque que le rapport au produit n'est plus celui d'une personne « addict », mais celui d'une personne souhaitant se soigner et respectant pour cela les doses prescrites par son médecin. Dès lors :

L'offre de substitution ne se limite pas au remplacement d'un produit par un autre, une intoxication légale et contrôlée remplaçant une intoxication illégale et dangereuse. Elle suggère, à l'arrière plan, d'autres déplacements, d'autres substitutions (Gibier 1997)

visant d'une part à réduire progressivement les pratiques sociales des toxicomanes jugées à risques et, d'autre part, de favoriser leur insertion sociale.

(Saïd, 2006, p. 148)

Esteban explique bien la différence entre un rapport « thérapeutique » entretenu avec la méthadone, et un rapport addictif étant donné qu'il a connu les deux : « *je me piquais avec la méthadone, pendant des années et des années, donc je l'utilisais pas du tout comme un remède, mais comme une drogue...* ». Aujourd'hui celui-ci prend de la méthadone dans le but d'être abstinent. Il est obligé de suivre un traitement de substitution car, tout comme Stefano, les désagréments causés par le manque ne pourraient pas être supportables s'il arrêtait trop brutalement. Toutefois, son traitement ne lui procure aucune sensation de plaisir, comme cela pouvait être le cas lorsqu'il se l'injectait. C'est uniquement dans le but de « moins souffrir » physiquement qu'il le poursuit, car les effets indésirables provoqués par celui-ci sont tout de même présents : « *j'en ai vraiment marre de prendre ça, c'est vraiment chiant, parce que tu transpires, tu as chaud-froid, tu bailles, tu as les bras qui piquent, qui t'embêtent...Y'a toujours des effets secondaires donc tu te sens jamais vraiment bien...Même en l'utilisant comme un remède...* ». Ainsi on se rend compte que même en entretenant un rapport « thérapeutique » avec le produit de substitution, les choses restent difficiles pour « le sorti », car malgré son obstination et sa motivation, l'arrière plan de son ancien mode de vie est présent quotidiennement. Alors intervient la difficulté de se débarrasser du jour au lendemain de ce qu'ils ont été durant de nombreuses d'années, la nécessité de prendre du recul et de plaider pour le temps, car la construction de leur « nouvelle vie » est une entreprise difficile.

Là encore les ressources secondaires (un travail, une passion, une famille, etc.) de la personne jouent un rôle fondamental dans la mesure où elles lui permettront, ou non, de passer à travers les difficultés présentes indépendamment du traitement et de l'envie de s'en sortir. Il serait en effet tentant pour certains, d'abandonner cette contrainte que représente un traitement à la méthadone et de revenir à un mode de vie toxicodépendant si ceux-ci ne sont pas sûrs des raisons qui les animent dans leur démarche d'affranchissement (cf.: **5.3**).

Dans tous les cas, on peut dire que si la personne parvient, malgré les difficultés que cela représente, à maintenir ce rapport « thérapeutique » et « hétéro-médiqué » avec le produit, il

pourra l'utiliser comme ressource dans le quotidien de sa réinsertion. En ce sens, on comprend que l'un des buts visés par les traitements de substitution, en plus de l'aspect purement physique (réduction des sensations de manque), est bien de « contraindre le toxicomane à abandonner un mode de vie organisé autour d'une activité déviante, la toxicomanie, pour entrer dans un projet de substitution global destiné à l'intégrer dans la société conventionnelle » (Saïd, 2006, p. 148).

Par ailleurs et de manière plus subjective, on peut dire que cette pratique (les traitements de substitution), rendue plus accessible et plus compréhensible par la politique de réduction des risques, permet également à l'individu « d'accéder à un autre statut plus citoyen, soit en tant qu'usagers de drogues, soit en tant que patient ordinaire dans les cabinets médicaux » (Saïd, 2006, p.160). Dès lors, ceci peut, me semble-t-il, aider l'individu à s'éloigner de cette « étiquette » de toxicomane qui paraît parfois lui « coller à la peau » et l'empêcher de s'engager dans un autre mode de vie : « la normalisation du traitement est ainsi le gage d'une normalisation des comportements et l'abandon des pratiques toxicomaniaques » (Saïd, 2006, p.149).

5.2.3 Rapport d'abstinence

Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique de cette recherche, il y a une quinzaine d'années encore, la « porte » de sortie privilégiée par la société et les professionnels pour une personne toxicodépendante, était celle de l'abstinence. Aujourd'hui les « voies de sortie » se sont multipliées et complexifiées, mais l'abstinence reste une modalité d'affranchissement fortement pratiquée, et très souvent visée comme « un but en soi ». Cela apparaît chez une majorité des personnes interviewées : « *pour moi c'était clair, réinsertion rimaient forcément avec abstinence... et de manière générale je dirais que c'est le mieux, sinon la personne peut éventuellement être sous traitement de méthadone, mais il faut qu'il y ait un suivi !* » (Lydia). Les paroles de Lydia sont peut être également le reflet de l'époque à laquelle elle a effectué son parcours de soins. Lorsqu'elle sort du Toulourenc en 1998, les problématiques relevées par le développement des mesures réduction des risques mise en place en 1991 commencent à faire évoluer les choses, mais ce ne sont que les débuts. Toutefois, même pour les personnes ayant terminé leur parcours de soin récemment, l'abstinence continue de représenter un « idéal » :

T'as besoin d'être abstinent pour avoir une vie normale et arriver à...à franchir des échelons hiérarchiquement parlant, arriver quelque part quoi...Tu peux pas réussir à

avoir une carrière dans ton travail si tu ne t'abstiens pas du produit quoi...c'est impossible.

(Esteban, extrait d'entretien, p.4)

Pour moi ça aurait été difficile de consommer et de travailler...même si c'était que de la méthadone, parce que je trouve que t'es quand même dépendant...

(Vincent, extrait d'entretien, p.7)

Ainsi, à partir du moment où la personne reconnaît l'abstinence comme *moyen* pour expérimenter ou réaliser certains objectifs personnels, elle parviendra mieux à s'engager dans une nouvelle étape de vie. Cette expérimentation exprime le processus de deuil qu'elle a pu mener et intérioriser vis-à-vis de sa conduite d'automédication. Lucie, par exemple, ne souhaite plus entretenir de lien avec le produit de quelque manière que ce soit:

Pour moi, un traitement de substitution c'était rester dans une certaine façon de vivre que je voulais pas... [...] Pour moi ça devient inimaginable de replonger... [...] Ce que je veux dire c'est que j'ai recommencé à zéro, et c'est une autre vie... [...] Quand même c'est assez profond, ça me tente plus du tout...

(Lucie, extraits d'entretien)

On remarque que les choses sont claires pour elle : sa vie de toxicodépendante est derrière elle, et elle ne souhaite plus ne serait-ce que s'en rapprocher. Il n'y a pas d'ambiguïté quant à l'attrait du produit ; mais surtout vis-à-vis de sa fonction « soignante ». On remarque que « rien » ne vient entraver son projet, pas même les nombreuses difficultés qu'elle rencontre, que ce soit par rapport au logement ou au financement de ses études. Elle semble donc avoir réuni les deux « piliers » rendant la réinsertion possible sur le long terme : la remise en cause de sa pratique toxicodépendante sur laquelle elle peut s'appuyer pour aller de l'avant, ainsi qu'un rapport défini au produit. Le constat de Lucie exprime clairement le processus de deuil évoqué plus haut, dans la mesure où elle montre qu'elle a acquis des compétences qui lui permettent de faire face aux aléas de la vie d'une manière différente que par le passé.

5.2.4 *Rapport contrôlé*

Il est possible d'avancer que les personnes capables de gérer leur consommation sont celles qui ont acquises suffisamment de compétences dans les différentes logiques développées par Soulet (2003). Les diverses composantes de ces logiques renvoient à la fonction de tiers que joue par exemple les normes sociales, les valeurs, la conventionalité. Ces réalités symboliques permettent aux consommateurs de « cadrer » leur consommation et indique que la logique d'automédication a été dépassée. Ceci étant, la dimension contrôlée de la consommation ne signifie pas pour autant que la personne ne rencontre plus de difficultés vis-à-vis du rapport qu'elle entretient avec le produit. En effet, le risque de « perdre la maîtrise » de la consommation reste malgré tout présent.

Dès lors, il est possible d'esquisser une hypothèse d'un rapport contrôlé à «deux faces » :

- *Rapport de consommation contrôlé* : la personne garde un lien actif avec les substances psychotropes qu'elle cadre à l'aide de différentes compétences. (Soulet, Caiata Zufferey, Ouevray, 2003)
- *Rapport d'abstinence contrôlé* : la personne est abstinente mais s'autorise des consommations ponctuelles. Dès lors, la consommation n'occupe plus une fonction significative et signifiante pour elle.

Ainsi, dans le cas d'un rapport de *consommation contrôlée*, il s'agit plutôt d'une maîtrise du *rapport au produit*, notamment à partir d'autres ressources personnelles et environnementales. Dans ce cas, nous dirions que la personne s'abstient du mésusage ou de l'abus. Tandis que lors d'un rapport d'*abstinence contrôlée*, il s'agit de maîtriser *un comportement*. En effet, la personne gère sa vie « tout court », c'est à dire qu'elle est capable de prendre soin de ses difficultés, de ses besoins et de ses manques d'une autre manière qu'en consommant. Elle maîtrise les usages des moyens qui lui sont utiles et bénéfiques, la consommation pouvant faire partie ponctuellement de sa vie, au même titre que d'autres conduites.

Finalement, on constate que la première hypothèse de ce travail, qui était de postuler qu'*une personne n'ayant pas atteint un certain degré d'affranchissement d'une conduite addictive est limitée dans son processus de réinsertion*, se vérifie, dans la mesure où les interviews démontrent

que le rapport qu'entretient « le sorti » avec le produit influence considérablement sa manière de vivre sa réinsertion au quotidien.

Par ailleurs, lors de l'analyse, il m'a semblé qu'un élément pouvait faciliter la définition du rapport que l'individu entretient avec le produit. Il s'agit de savoir précisément, et d'avoir intériorisé, les raisons pour lesquelles la personne souhaite changer de mode de vie. Cela peut paraître « logique », mais il apparaît dans les entretiens que selon les raisons invoquées, la réinsertion sera plus ou moins facilitée.

5.3 La remise en cause de la pratique toxicodépendante comme facteur de mise en place de la réinsertion sociale

Les lectures consécutives de mes entretiens m'ont amené à penser qu'un élément indispensable à la mise en place d'un processus de réinsertion « efficace » est le fait d'avoir remis en cause pour des raisons claires et intériorisées la pratique d'un mode de vie toxicodépendant. Sur quels éléments et/ou expériences se basent les interviewés pour remettre en cause leur pratique ?

Il m'apparaît important de revenir sur les raisons qui ont poussé les interviewés à entreprendre une démarche d'affranchissement car j'ai pu constater que selon la « nature » de ces raisons, la démarche de réinsertion était plus ou moins portée par la personne. Pour Castel et ses collègues (1998):

Il faut que le toxicomane pose un regard négatif sur l'activité qu'il mène et que la conception qu'il se fait de ce qu'il devrait être en tant qu'être humain ne cadre plus avec ce qu'il constate être le quotidien de la consommation de drogue.

(p. 166)

Cependant, « poser un regard négatif » n'est pas suffisant pour remettre en question la pratique, il faut que la personne aille plus loin et « problématise » véritablement son mode de vie toxicodépendant pour se rendre compte de ce qui l'a dérangé, ce qu'elle souhaite changer véritablement, pourquoi elle souhaite le faire et surtout, comment va-t-elle le faire. Plusieurs arguments peuvent ainsi être développés. Caiata (2006) en développe quatre pouvant être utilisés pour analyser le discours des interviewés. Toutefois, il est important de comprendre que ces

arguments ne sont pas indépendants les uns des autres. Ils peuvent s'additionner, s'entraîner les uns les autres, être vécus simultanément ou séparément. Ainsi il n'est pas question ici de « classer » les arguments de remise en cause selon les individus mais plutôt d'en prendre conscience, de les comprendre et de voir dans quelle mesure ceux-ci peuvent influencer sur leur manière d'aborder leur sortie.

5.3.1 *L'épreuve du fond*

Il s'agit de l'un des facteurs les plus courant compte tenu du fait qu'il représente une contrainte pour la personne, dans la mesure où celle-ci est amenée à remettre en cause sa pratique parce qu'elle a l'impression de ne pas avoir d'autres choix. Ayant atteint « *le fond du trou* » (Marco), la personne se voit obligée de modifier ne serait-ce que partiellement son mode de vie : « *je suis arrivée au bout d'un moment où j'avais plus rien, j'avais plus de boulot, j'avais des dettes, donc avec ma mère on a commencé à voir ce qu'il y avait comme possibilités pour que je m'en sorte...* » (Lydia). Ainsi, à la base de ce sentiment de « non retour » se trouve souvent le constat que les choses se détériorent: de plus en plus de portes se ferment, les conditions de vie dans lesquelles la personne évolue sont de plus en plus précaires et risquées, les liens sociaux qu'elle entretient s'effritent... Toutefois :

Il importe de remarquer que l'épreuve du fond est une expérience totalement subjective ; ces événements peuvent être caractérisés par un niveau de tension dramatique fort hétérogène. Néanmoins, tous sont lus comme le signe de l'implication de l'individu dans une voie sans issue.

(Caiata Zufferey, 2006b, p.114)

Nous pouvons en effet constater la subjectivité de cette expérience dans les entretiens qui montre l'hétérogénéité de cette expérience. Prenons l'exemple d'Emilie, Marco et Vincent.

Pour Emilie, c'est en effet l'accessibilité à une période de consommation la mettant dans un état très difficile, qui l'a poussé à changer de direction et tenter de s'en sortir : « *j'ai plus de facilité à stopper quand je suis en pleine dépression, que tout va mal et que je me sens seule, que quand tout va bien et tout... ça c'est... ça a toujours été comme ça...* ». Ainsi, on sent que pour elle c'est le fait « d'aller mal » qui est le moteur d'un changement qui l'a conduit à essayer de s'en sortir. Il

ne s'agit pas encore d'un point de « non retour », mais les dégâts sont assez flagrants pour indiquer une nouvelle voie à suivre. Cependant, elle évoque le fait que « *ça a toujours été comme ça* », ce qui signifie qu'elle s'est retrouvée face à des *épreuves de fond* à maintes reprises mais que celles-ci n'ont pas « suffi » à remettre définitivement sa pratique en question.

Pour Marco, c'est également lorsqu'il se rend compte qu'il est tombé très bas que cela lui sert de « déclic » : « *c'est vraiment jusqu'à ce que tu te trouves au fond du trou et que t'arrives au bord du gouffre que voilà... c'est là que tu te rends compte que t'as vraiment un problème et qu'il faut faire quelque chose.* ». Il semble être dans un état si critique que « le fait de revenir en arrière surgit comme la seule option encore praticable » (Caiata Zufferey, 2006b, p.114). On peut donc imaginer qu'il se dirige vers la sortie parce qu'il n'envisage pas d'autre possibilité, mais on peut, à nouveau, se demander si ce constat est suffisant pour porter une démarche de soins, coûteuse en terme de temps et d'investissement personnel. Il semblerait plutôt que ce constat permette un premier « état des lieux », mais qu'il faille mobiliser d'autres arguments pour pouvoir avancer sur une nouvelle voie. En effet, dans cette perspective il s'agirait de « désapprendre » une manière de faire, c'est-à-dire de lâcher le comportement d'automédication pour pouvoir en acquérir une autre. Cette démarche suppose le développement d'un nouveau processus d'apprentissage au cours duquel la personne prend conscience de la façon dont elle acquière de nouvelles compétences (démarche réflexive). Vincent, par exemple, part également de l'observation de l'état de détresse dans lequel il se trouve, mais prend également appui sur d'autres éléments :

De l'automne 2000 à fin 2001, je me suis défoncé comme un malade. [...] je ne ressemblais plus à rien ; le vrai tox quoi. [...] Vers la fin de l'année j'étais prêt à mourir, je jouais avec la mort, en me disant que si je crevais c'était pas grave. Mais un jour j'ai eu le déclic, ma mère est venue chez moi et ma trouvé sur le sol, comme un déchet. Elle m'a mis une paire de claques, et ça m'a quand même réveillé. J'ai décidé d'aller à l'Entracte pour faire quelque chose.

(Vincent, extraits d'entretien, p.5)

On remarque que cet état de « déchéance » décrit par Vincent le conduit à se définir comme « *le vrai tox* ». En se désignant comme tel il s'associe aux « catégories de jugement courantes, produisant les clichés les plus répandus à propos de la nature, du caractère, de la personnalité ou de l'essence du toxicomane » (Castel, 1998, p.151). C'est ce type de mise en relation entre soi et

« le tox » auquel notre sens commun fait référence qui peut également participé à remettre en question la pratique de la personne et la faire entrer dans un processus véritablement réflexif. De plus, Vincent évoque le fait que sa mère l'aie vu dans cet état comme un élément « déclencheur ». Ainsi, à *l'expérience de fond* s'ajoute une valeur morale, d'une part parce qu'il constate qu'il est en train de se marginaliser et, ainsi, de tendre de plus en plus vers « *le vrai tox* », mais également parce qu'il se rend compte que sa situation a des incidences sur d'autres personnes :

Les dégâts avec un contenu moral renvoient plutôt au sentiment de « faire du mal » à l'entourage et de « casser les espoirs de la famille, ainsi qu'au dégoût de soi et des situations auxquelles la pratique anémique contraint celui qui s'y adonne.

(Caiata Zufferey, 2006b, p. 115)

Dès lors, le regard que *l'autre* oblige à porter sur soi représente un élément pouvant amener la personne à prendre conscience des dommages que sa consommation engendre, tant sur elle-même que sur ceux qui l'entourent. Cela nous amène au second argument pouvant permettre la problématisation de la consommation : *le constat des dommages*.

5.3.2 *Le constat des dommages*

La consommation problématique de psychotropes, peut causer certains « dommages » tant physiques que psychiques dont la personne prend conscience à un moment donné de manière plus lucide que lors de *l'épreuve du fond*. Elle se rend compte alors que le « remède », le produit psychotrope, devient désormais plus néfaste que le mal qu'il traite.

Les dégâts retenus comme suffisamment affligeants pour remettre en cause la pratique peuvent avoir un degré de gravité différent et appartenir à la sphère sociale, morale, affective ou physique.

(Caiata Zufferey, 2006b, p.114)

Pour Stefano par exemple, plusieurs constats lui ont permis de se diriger vers une démarche de soins. Le premier fut celui de remarquer qu'il était « au bout » et qu'il était temps de faire quelque chose : « *j'avais tout abandonné, le travail, les amis, je me renfermais chez moi, là ça allait vraiment plus.* » Ainsi, ce premier constat effectué par rapport à « l'urgence » de la

situation lui donne « l'impulsion » d'une démarche pour s'en sortir et il décide de se faire hospitaliser. Cependant, à cela s'ajoutent plusieurs autres constats comme le fait de s'apercevoir que sa consommation a également des conséquences physiques importantes:

J'ai eu un décollement de la rétine, donc j'ai presque perdu mon œil gauche, et ça c'était à cause de tous ce que je consommais, héroïne, ecstasy, coke... Alors je sais pas si c'est à cause de ça, mais moi je me suis mis dans la tête que c'était à cause de ça : rester les yeux grands ouverts pendant des nuits et des nuits entières... Donc déjà ça, ça m'a fait changer.

(Stefano, extrait d'entretien, p.3)

Pour Esteban c'est également le fait de voir certains dommages physiques qui a participé à sa remise en question: « *mes bras sont assez marqués, j'ai des grosses, grosses marques à cause des piqûres, c'est vraiment comme si c'était brûlé... (...) il faut que je puisse me reconstruire physiquement aussi un peu, j'aimerais voir si je peux améliorer mes mains, si je peux faire de la chirurgie ou quelque chose pour améliorer un peu mes mains et mes bras...* ». Ainsi, les atteintes à l'intégrité physiques peuvent participer à l'apparition d'un regard plus critique sur le mode de vie du toxicodépendant. Par ailleurs, par « intégrité physique » on entend également la prise de conscience de la dépendance ou de l'expérience répétée des douleurs corporelles que celle-ci peut provoquer.

D'un point de vue social, la constatation de la marginalisation peut également avoir un effet percutant, comme pour Nora par exemple :

C'était vraiment la dèche quoi, c'était la rue, bon j'avais toujours mon appart, mais je trainais toute la journée à rien faire, j'avais pas trop de tunes, donc je passais ma journée à trouver des plans, des trucs comme ça...J'avais faim, j'arrivais plus trop à m'acheter à manger, c'était un peu la merde quoi...

(Nora, extrait d'entretien, p.8)

On sent ici que, tout comme pour Vincent, le fait de se sentir proche de la marginalité représente un élément pouvant provoquer le retour en arrière car la personne se perçoit comme un « junky » : « cet individu totalement désocialisé et errant sans plus aucune attache sociale ou morale » (Castel, 1998, p.153). Il n'est pas rare en effet que les individus « utilisent » cette

conception du « drogué » « comme un repoussoir leur permettant de se définir en s'opposant à cette figure disqualifiée » (Castel, 1998, p. 153).

Finalement, la remise en question peut également avoir lieu à cause de dommages vécus sur le plan affectif, c'est-à-dire lorsque la consommation induit la perte ou la remise en question profonde des relations significatives :

Avec ma femme ça ne se passait pas très bien... (...) elle a toujours été un peu comme une « maman » pour moi...Mais il y a trois ans en arrière je me suis quand même dit que c'était pas possible non plus que je continue jusqu'à que j'ai 60 ans à avoir une maman...(...) je me suis dit qu'il fallait quand même que j'arrive à faire quelque chose de ma vie moi tout seul, que j'arrive à être indépendant et autosuffisant...

(Esteban, extrait d'entretien, p.5)

Ainsi, on sent qu'il prend conscience qu'en continuant ainsi, il ne pourra pas atteindre les objectifs auxquels il aspire, et que l'unique possibilité de pouvoir le faire serait de changer de mode de vie. Dès lors, on comprend que la remise en question d'une pratique addictive n'est pas obligatoirement basée sur le constat d'éléments négatifs, mais peut également être soutenue par des ambitions diverses.

A la base de la décision de s'en sortir se trouvent parfois des motivations positives comme l'existence d'intérêts alternatifs à la drogue, des projets futurs et de responsabilités familiales ou professionnelles.

(Caiata Zufferey, 2006b, p. 115)

Pour Esteban, plusieurs raisons se sont cumulées, et lui ont permis de s'investir réellement dans son projet d'affranchissement. Dès lors, il me semble que lorsque la personne a pu expérimenter, exprimer et comprendre de diverses manières les raisons pour lesquelles elle ne souhaite plus être toxicodépendante, sa démarche de soin ainsi que le processus de réinsertion qui en découle, sera d'avantage porté et intériorisé. La personne prend conscience à travers la reconnaissance des dommages « collatéraux » de son addiction que la « solution » qu'elle avait envisagée est devenue plus dramatique que le problème lui-même. Il faut dès lors qu'elle affronte différemment ses maux avec, en plus, les conséquences parfois dramatiques, de ses choix.

5.3.3 La peur des risques

Une autre dimension, plus pragmatique celle-ci, vient du fait que : « c'est en prenant conscience des dommages éventuels qui pourraient encore survenir que le toxicodépendant parvient à remettre en question son mode de vie » (Caiata Zufferey, 2006b, p.116). Tout comme *le constat des dommages*, les risques peuvent être de multiples natures: sociaux, moraux ou affectifs. Par exemple, au niveau de la sphère sociale, la peur de la marginalisation peut pousser les individus à prendre un autre chemin. Les conséquences morales de l'usage, la crainte de perdre les relations amoureuses ou affectives, ou la peur de la mort peuvent également entrer en ligne de compte. Pour Stefano, les dommages physiques constatés ont été le point de départ d'un enchaînement de constatations. Le fait d'avoir fait de la prison l'a également amené à prendre conscience des risques qu'il encourait : « *j'avais fait quinze jours de prison, ça m'a fait changer aussi... Et puis j'ai quand même eu le décès de quelqu'un de très proche qui était dans le produit, donc ça a été des événements qui m'ont donné le déclic... Sans ces moments très forts peut être que j'y pas serais arrivé...* ». Ainsi, plusieurs arguments ont joué un rôle déterminant pour lui. Non seulement le constat des dommages que le produit avait eu sur lui, la peur de certains risques qu'ils encouraient mais également l'épuisement vis-à-vis du produit : « *j'étais toujours en bagarre avec le produit à me demander si : "j'y vais, j'y vais pas, je consomme, je consomme pas..."* », autant d'éléments qui ont participé à la création de la base sur laquelle il a pu trouver un appui pour entreprendre ses démarches.

5.3.4 L'épuisement de l'expérience

L'argument ici évoqué est celui de la diminution progressive du « pouvoir de séduction » du produit et du plaisir qu'il est censé procurer : « cet affaiblissement de l'intérêt porté à l'usage toxicodépendant est lié principalement à deux facteurs : la lassitude vis-à-vis du mode de vie organisé autour de la drogue et la perte du plaisir » (Caiata Zufferey, 2006b, p.117). Ainsi, ce constat rend l'usage de drogue dépourvu de sens : « à quoi rime ma vie aujourd'hui ? » ; « quel est l'intérêt pour moi de me droguer ? ». Esteban y fait référence :

Si tu arrives à un point et que tu te demandes : « pourquoi je continue là ? Est-ce que je vais pouvoir grandir, ou arriver à mes objectifs comme être humain, en continuant tous le

temps avec les substances... ? Et tu te rends compte que le produit n'est pas fait pour quelqu'un qui veut arriver quelque part...

(Esteban, extrait d'entretien, p.3)

Ainsi, il prend conscience que ce mode de vie ne pourra pas le conduire à ce qu'il attend et souhaite pour son futur. Son quotidien organisé autour du produit « se déroule toujours selon la même cadence, le futur n'étant alors qu'une continuation du présent » (Caiata Zufferey, 2006b, p.117). Or, comme Esteban a des ambitions pour son avenir, il se rend compte qu'un mode de vie de toxicodépendant ne lui permet pas de les réaliser :

Le produit ayant perdu son pouvoir de séduction, la pratique routinisée et désormais vidée de sens apparaît au toxicodépendant dans toute sa vacuité, l'encourageant ainsi à prendre en considération, du moins théoriquement, la possibilité de la sortie.

(Caiata Zufferey, 2006b, p.117).

Cette dynamique se présente alors comme le point de départ du processus thérapeutique. Cependant, certaines personnes, comme Nora, entretiennent toujours un rapport hédoniste avec le produit qui continue de la séduire malgré les difficultés que la consommation d'héroïne a pu engendrer dans son passé :

Y'a aussi un truc indéniable je pense, c'est la notion de plaisir qui est clair, le plaisir que tu ressens avec l'héro, y'a rien de comparable (...) Et c'est vrai que c'est ça qui est hallucinant...Et quand tu retournes au produit, c'est vrai que tu penses pas aux conséquences, tu penses au plaisir, au truc éphémère qui va pas durer longtemps mais qui va te procurer un soulagement et du plaisir quoi...

(Nora, extrait d'entretien p.10)

On peut émettre l'hypothèse que le facteur de l'âge intervient dans le rapport qu'entretient Nora avec le produit. En effet, malgré le fait qu'elle a déjà une dizaine d'années d'expérience de toxicodépendance, elle n'a que 26 ans, et comme l'ont relevé Stimson et Oppenheimer (1982) « de bien des manières, l'addiction, est un mode de vie exclusivement réservé aux jeunes » (p.161). En effet, il semblerait que l'âge et le nombre d'année de toxicodépendance de la personne participe à l'apparition de cette lassitude. D'une part parce que le produit n'a plus le même attrait, mais d'autre part, parce qu'il empêche l'accès à une évolution sur le long terme. « *Mon objectif à relativement court terme, c'est d'avoir un bon boulot, d'avoir un appartement à*

moi et de le payer moi tout seul, et de pouvoir m'en sortir de mes dettes... parce que j'ai presque 70'000.- d'impôts et je voudrais finir avec tout ça... » (Esteban). On se rend compte que malgré le fait qu'Esteban ait toujours maintenu un emploi, qu'il ait également pu évoluer malgré sa dépendance, cette dernière ne lui a pas permis de réaliser certains objectifs majeurs pour lui qu'il souhaite aujourd'hui atteindre. On sent qu'il y a là-dedans tout un travail de maturation et de réflexion que l'individu doit mener s'il veut changer de mode de vie, en particulier lorsque celui-ci est installé depuis de nombreuses années.

La sortie n'est possible que lorsque la situation est « mûre », c'est-à-dire lorsque la lassitude du drogué est telle qu'il cherche une issue définitive, ou qu'un accident soit interprété comme le signe d'une nécessité pressante de changer une situation dont on conçoit, soudain, qu'elle ne peut plus que s'aggraver.

(Castel, 1998, p.161).

Ainsi, il semblerait que les diverses raisons poussant la personne à entamer un processus de soins puissent, dans certains cas, également être déterminants lors de la réinsertion sociale. Selon moi, ils représentent la « base » du processus, et servent d'appui à la personne pour aller de l'avant et ne pas retourner vers un mode de vie toxicodépendant. En effet, si les arguments invoqués sont clairs mais surtout intériorisés par la personne, elle pourra s'y référer. Que cela soit lorsqu'elle doute de la voie qu'elle a prise, ou lorsqu'elle est face à des difficultés induites par le processus de réinsertion, le souvenir de ces arguments pourra être un outil supplémentaire pour aller de l'avant. Tel est le cas, par exemple, de Stefano et Esteban pour qui les fondements de leur nouveaux choix de vie sont clairs mais également multiples, leur servant ainsi « d'appui » pour ne pas envisager un retour en arrière.

Toutefois, il apparaît que dans certains cas, les arguments explicitant l'arrêt d'une conduite addictive *favorisent* la mise en place de la démarche de soins mais ne représentent pas pour autant des facteurs *déterminants* au moment de la réinsertion. Il semblerait dès lors qu'un autre élément entre en ligne de compte : celui du parcours de soins. Essayons de voir dans quelle mesure celui-ci peut influencer la réinsertion sociale.

5.4 Le parcours de soins comme facteur de réinsertion

La plupart des interviewés le disent, le travail thérapeutique est primordial pour changer de mode de vie : *« j'ai bien compris qu'en fait c'est nous qui décidons... mais pour s'en rendre compte il faut faire un grand travail ! (...) j'ai eu la chance que j'étais vraiment motivée, j'avais fait le travail, j'avais bien détecté ce qui pouvait me poser problème... »* (Lydia). Il semble en effet important que la personne puisse effectuer un travail introspectif pour comprendre son fonctionnement. Cependant, cette seule démarche n'est pas suffisante pour concrétiser le processus de réinsertion : *« il y a moyen de travailler sur ses problèmes, sur soi-même, mais aussi sur le reste ; travailler sur les deux plans quoi... »* (Marco). Dans cet extrait, Marco se réfère au fait que, selon lui, il existe un manque au Toulourenc quant à la préparation de la réinsertion et la confrontation au monde « réel » : *« il faut pas attendre la fin du séjour pour se consacrer à ça... (...) pour moi qui aie toujours travaillé dans ma vie, à part pendant quatre-cinq ans, la réinsertion c'était quand même ce qu'il y a de plus important, c'était la finalité de mes deux ans de résidentiel »* (Marco). On remarque que plusieurs interviewés font le constat qu'il existe un déséquilibre entre le processus thérapeutique, les démarches et les moyens mis en place pour la réinsertion. Cependant, les discours ne sont pas similaires pour les personnes ayant passé par un centre résidentiel ou ambulatoire. Essayons de comprendre les raisons sous-jacentes à ces différences.

5.4.1 En centre résidentiel

Cinq personnes ont effectué un parcours résidentiel, et toutes ont relevé le fait que peu de choses concrètes étaient mises en place pour le processus de réinsertion : *« il n'y avait pas grand-chose qui était mis en place pour la réinsertion, alors je me suis dit que je pouvais bien chercher du boulot depuis chez moi. »* (Vincent). ; *« j'ai compris surtout que le vrai travail commencerait quand je serai dehors... Parce qu'à l'intérieur on est protégé, c'est différent... »* (Lydia). On peut en effet supposer que le cadre résidentiel n'est pas représentatif de la réalité quotidienne de tout un chacun, et devrait s'attacher par conséquent, à se rapprocher davantage de la réalité sociale et professionnelle des résidents. Or, la démarche telle qu'elle se pratique aujourd'hui, privilégie un travail thérapeutique centré sur les dimensions psychoaffectives de l'histoire personnelle et familiale des résidents. Ce travail se base, dans un premier temps, sur l'explicitation des raisons

ayant poussé la personne à se diriger vers une pratique toxicodépendante, par l'élaboration d'une autobiographie à partir de laquelle les professionnels pourront élaborer un travail thérapeutique. Il est évident que cette dimension est cruciale et représente le point de départ du processus d'affranchissement, car c'est en identifiant les *causes* ayant menés la personne à un mode de vie toxicodépendant, que les *solutions* pourront se dessiner :

Par l'identification des causes qui sont à l'origine de sa toxicomanie, la personne peut délimiter son problème de drogue, elle peut l'isoler, l'objectiver et elle peut projeter son affranchissement en désignant l'option qui semble être la plus adaptée à ses difficultés.

(Caiata Zufferey, 2006b, p.235)

En effet, étant donné la complexité du « choix » de la modalité de sortie (traitement de substitution, abstinence, contrôle de la consommation) et le travail de légitimation qui l'accompagne, il convient que les personnes puissent « penser » leur sortie, déjà au moment où elles entrent au sein de l'institution, ceci dans le but d'avancer sur des bases solides. « Penser la sortie » signifie également préparer la réinsertion, en filigrane, tout au long du parcours de soin.

Or, il semble que vu la place importante que prend la prise en charge thérapeutique au sein de l'institution, la perspective de la réinsertion ne soit intégrée que lors du troisième module du séjour, qui dure entre trois et six mois. Cependant, compte tenu de l'importance de ce qui compose le processus de réinsertion, cette période me semble trop courte, ne prenant pas suffisamment en compte les réalités auxquelles la personne sera confrontée à sa sortie.

En effet, si l'on regarde l'organisation du programme des institutions (CRMT, Toulourenc) les journées sont découpées en deux types d'activités (cf. : *Annexes : 2.1, 2.2*) : le matin étant consacré aux ateliers, et l'après-midi au travail thérapeutique et administratif. Les résidents sont également amenés à s'occuper du jardin, du ménage ou de la cuisine, ce qui leur permet « l'endossement rigoureux de rôles conventionnels diversifiés » (Caiata Zufferey, 2006b, p.195). Ainsi, l'individu est amené à faire l'expérience concrète de nouvelles identités, lui permettant d'en redécouvrir les normes et les valeurs, mais également les conséquences qu'elles impliquent en termes de responsabilités et de gratification. Cet horaire dure la quasi-totalité du séjour, soit entre neuf et quinze mois selon que la personne effectue un séjour de 12 ou 18 mois. Parallèlement à cela, l'offre en résidentiel est principalement axée sur le travail thérapeutique, la toxicodépendance étant traitée comme « le signe d'un malaise existentiel profond, la thérapie

communautaire est centrée non pas sur la drogue, mais sur la personne ; la prise en charge est donc totale, la rééducation profonde » (Caiata Zufferey, 2006b, p.199). L'objectif visé est donc avant tout un changement interne de l'individu, lequel est rendu d'autant plus réalisable dans le cadre résidentiel, étant donné qu'il offre plusieurs avantages. En effet, la personne quitte le milieu de la drogue et peut établir des relations basées sur autre chose que la recherche et l'usage du produit psychotrope. Par ailleurs, elle peut faire cette expérience de nouveaux rôles au sein des activités proposées, et jouit d'emblée d'une identité d'ancien toxicodépendant. Cependant, je pense que la mise en situation à l'aide des activités proposées est nécessaire et bénéfique, mais surtout *dans un premier temps*. Comme je l'ai évoqué, elle permet à la personne de retrouver un rythme, d'être confrontée à des contraintes en terme d'horaire, d'attention, de respects des consignes, de qualité de l'activité etc. Toutefois, la durée de cette expérimentation me semble trop longue puisqu'elle ne permet l'introduction du processus de réinsertion qu'au cours des derniers mois du séjour. Dès lors, la confrontation au monde « extérieur » à la sortie de l'institution peut être difficile à vivre et mettre l'individu en échec, malgré l'acquisition d'une meilleure connaissance de lui-même et des progrès effectués lors du séjour. En effet, lorsque :

la structure soutenant la réglementation stricte de la vie quotidienne disparaît ; les rôles acquis en communauté ne sont pas toujours renouvelables à l'extérieur. [...] La réinsertion dans la société ordinaire n'est ainsi pas toujours évidente pour quelqu'un qui a longuement séjourné dans la communauté thérapeutique.

(Caiata Zufferey, 2006b, p.199)

C'est pourquoi il semblerait judicieux et bénéfique d'introduire la possibilité d'expérimenter une activité professionnelle (stage, mission temporaire, atelier protégé) dans le cadre résidentiel. En effet, cette mise en situation permettrait, dans un premier temps, de mettre les individus en situation plus réaliste: « *Au Toulou ils ont ces ateliers, mais tu finis à midi, donc je trouvais ça trop court, en plus y'a pas tout le monde qui est doué manuellement, mais ils sont peut-être doués pour autre chose, donc ça correspond pas à tout le monde...* » (Marco). Ainsi, les personnes pourraient choisir un domaine correspondant davantage à leurs intérêts et cela leur permettrait surtout d'évaluer concrètement leurs capacités et compétences et de repérer les difficultés rencontrées. Difficultés qu'ils pourraient alors travailler à l'aide des moyens thérapeutiques de l'institution. Ce faisant, le travail thérapeutique serait poursuivi, non plus uniquement sur les vécus passés et leurs incidences présentes, mais également sur les réalités présentes et concrètes

rencontrées dans un contexte d'expérimentation professionnelle (apprentissage par l'expérience). Ainsi, cette double démarche leur donnerait l'occasion d'acquérir des *compétences* en termes de connaissances (de soi, de l'environnement), de savoir-faire et de savoir-être. « Les savoir-faire sont la maîtrise d'outils et de méthodes dans des contextes spécifiques et les savoirs-être sont les attitudes et les comportements des personnes, les façons d'agir et d'interagir » (Anandy & Tharin, 1999, p.130)

Actuellement, tout se passe comme si certaines personnes ne parvenaient pas à transférer (au sens cognitif du terme) les connaissances acquises au cours du travail thérapeutique au moment de leur réinsertion. Ainsi, cette situation les empêche de « transformer » ces connaissances en compétences. Ce terme est à comprendre au sens que Perrenoud (1999) lui donne :

Une compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes.

(p.16)

Or, il semblerait que lorsqu'elles sortent du cadre institutionnel, certaines personnes ne parviennent pas à mobiliser les compétences acquises lors de leur séjour, et se retrouvent « perdues » ne sachant pas comment faire face, concrètement, à leur quotidien, professionnel ou non. Elles ne possèdent pas les « outils » ou du moins, ne parviennent pas à les transposer au nouveau contexte. Bien qu'elles aient conscience des éléments théoriques relatifs à leur situation, elles ne parviennent pas pour autant à les mobiliser concrètement :

J'ai un gros problème de dépression chronique, qu'il faudrait que je soigne dans le fond quoi...Parce que moi quand ça va, y'a pas de problème, j'y pense même pas, mais c'est quand je peux plus me lever le matin que je vois tout en noir et que j'ai plus de raison de vivre, ben j'me dis que le seul truc qui peut me redonner du « peps » c'est ça quoi...

(Nora, extrait d'entretien, p.10)

Le fait ici que Nora reconnaisse l'état dans lequel elle peut se trouver à certains moments, ne lui est pas d'un grand secours puisque malgré le travail thérapeutique effectué pendant son année de résidentiel, elle ne semble pas être parvenue à apprendre de quelle manière elle peut faire face à ses difficultés autrement qu'avec l'aide du produit. Ainsi, il apparaît que « le succès du passage

de la communauté à la société ordinaire dépend, en dernière analyse, surtout de la force du changement intérieur de l'individu » (Caiata Zufferey, 2006b, p.199). C'est ce changement, porté par plusieurs éléments, que nous détaillerons dans le chapitre suivant.

De manière concrète, il apparaît que ces différents éléments renforcent l'idée d'un nécessaire équilibre entre le travail thérapeutique et les expériences de mise en situation professionnelle, afin de permettre le processus de transformation de connaissances en compétences :

Il y a toujours des connaissances « sous » une compétence, mais elles ne suffisent pas. Une compétence est quelque chose que l'on sait faire. Mais ce n'est pas un simple savoir-faire, un « savoir-y-faire », une habileté. C'est une capacité stratégique, indispensable dans les situations complexes. La compétence ne se réduit jamais à des connaissances procédurales codifiées et apprises comme des règles, même si elle s'en sert lorsque c'est pertinent. Juger de la pertinence de la règle fait partie de la compétence.

(Perrenoud, 1999, p. 18).

Ainsi, l'acquisition de compétences par le biais de l'expérimentation professionnelle permettrait de préparer, de manière plus concrète et plus efficace, le retour à une vie sociale et professionnelle active. De plus, elle permettrait aux personnes ayant peu ou pas d'expérience de travail de se confronter à la vie professionnelle au sein d'un cadre sécurisant. Ils seraient alors plus « armés » pour affronter leur sortie, et se sentiraient peut-être moins « désarmés » face à la vie à l'extérieur de l'institution. Nora l'évoque lorsqu'elle dit qu'elle aurait souhaité pouvoir bénéficier d'un espace de transition au terme de son premier séjour au Toulourenc :

J'ai eu un surplus de liberté qui m'a péter à la gueule...du coup j'allais boire quelques verres, j'ai fumé quelques joints et j'avais rien à faire, parce que tous le monde bossait, je savais pas quoi faire...[...] Parce que j'avais pris l'habitude d'être avec des gens, de toujours avoir quelqu'un sous la main, quand j'étais au Toulou, j'étais toujours entourée...[...] Moi ce qui m'aurait convenu à l'époque je pense c'est quelque chose comme des appartements protégés, ou on est plusieurs, on est libre, mais y'a toujours quelqu'un...

(Nora, extrait d'entretien, p.5)

On remarque que le cadre sécurisant dans lequel elle a évolué pendant son séjour ne lui a pas permis d'acquérir certains outils pour faire face au « vide » auquel elle pourrait être confrontée en sortant de l'institution. Or, j'é mets l'hypothèse que si elle avait pu expérimenter de manière plus

concrète (à travers des mises en situations professionnelles, ou des recherches d'emploi sur le long terme par exemple) en quoi consisterait sa vie à l'extérieur, le « saut » aurait été moins grand. Elle aurait pu préparer son retour à la vie « ordinaire » et développer certains outils concrets pour apprendre faire face au « vide » d'une manière différente.

Cette « mise en situation » est totale lors d'un suivi ambulatoire, dans la mesure où la personne reste dans son contexte de vie habituel, pouvant ainsi travailler directement sur les éléments vécus au quotidien. De cette manière, la personne peut s'intéresser concrètement aux difficultés qu'elle rencontre, essayer de les analyser avec un professionnel et mettre en place de nouvelles compétences pour y faire face. Intéressons nous à présent aux possibilités qu'offre une prise en charge ambulatoire, par rapport à l'articulation entre parcours de soins et réinsertion.

5.4.2 En centre ambulatoire

Les entretiens montrent que pour plusieurs personnes, le suivi ambulatoire représente un facteur favorisant la concrétisation du processus de réinsertion. En effet, pour Lydia, Lucie, Stefano, Esteban et Vincent, le fait de continuer une démarche thérapeutique dans un centre de jour spécialisé ou en psychothérapie, représente un moyen indispensable à leurs yeux pour soutenir et renforcer leur processus de réinsertion.

Ca m'a permis de saisir mes comportements actuels, et ça m'a beaucoup aidé à faire ces liens là, pour savoir qui je suis, comment je fonctionne et comment j'évolue...(...) et puis pour moi c'est bien de pouvoir me confier à quelqu'un, parce que tu vois, moi je suis seul, j'ai des amis autour de moi mais ça m'embête un peu de parler de sujets relationnels et tout ça...(...) lui (l'éducateur de l'Entracte) il connaît bien le domaine, donc je peux aller droit à l'essentiel.

(Vincent, extrait d'entretien, p.8)

Je suis quand même allé à l'Entracte toute les semaines, encore aujourd'hui depuis quatre ans, et j'ai aussi vu un psychologue pendant sept-huit mois... Ça m'aide quand même d'aller à l'Entracte, là-bas ils sont bien, j'avais un éduc' qui m'aidait énormément, je pouvais tout lui dire, des fois il voyait des choses que moi je voyais pas forcément.

(Stefano, extrait d'entretien, p.3)

Le travail que j'ai fait avec Marc (éducateur à l'Entracte) c'était surtout sur moi-même, et les autres choses, comme le travail, ou les études et le fait de m'engager avec quelqu'un, tout ça c'est secondaire... Bien que ça t'aide, parce que tu prends un engagement et ça t'aide à tenir, mais le plus important c'est de pouvoir faire un travail avec toi-même...

(Esteban, extrait d'entretien, p.3)

En fait si tu as été dépendante d'une chose, tu peux aussi être dépendante d'autre chose, comme des relations... Et c'est pas qu'avec les relations que tu vas avoir une autonomie, pour savoir ce qui te satisfait... Donc je pense vraiment qu'il y a tout un travail thérapeutique à faire pour comprendre, que même si on est toute seule, ben on est pas si mal... Parce que finalement on a beaucoup de choses qui peuvent nous remplir... je crois que le travail sur soi est quand même un élément principal... c'est l'unique façon de changer.

(Lucie, extrait d'entretien, p.3)

Après j'ai aussi fait une analyse avec quelqu'un qui n'était pas dans le milieu de la toxicomanie parce que c'était pas ma toxicomanie qu'on travaillait. [...] et je faisais aussi une postcure au Toulou, j'avais des rendez-vous avec Paul souvent... (...) Ça m'a beaucoup servi qu'il soit là pour moi [...] parce que dès que j'allais mal je pouvais l'appeler...

(Lydia, extrait d'entretien, p. 7)

Ces remarques permettent de faire le constat, que ces personnes conçoivent l'activité professionnelle et le suivi thérapeutique comme des *moyens*, qui leur permettent de prendre soin de leur qualité de vie. Le fait qu'elles soient capables d'agir de telle manière laisse penser qu'elles ont appris à « apprendre à se connaître », et savent de quelle manière réagir lorsqu'elles se trouvent en difficulté, que cela soit dans le cadre de leur activité professionnelle ou privée. Cette observation souligne à contrario, comme je l'ai brièvement mentionné plus haut, que le processus de réinsertion est beaucoup plus difficile dès lors que l'activité professionnelle ou le suivi thérapeutique n'est envisagé que comme un *but à atteindre*, ou une manière de mettre à

distance le recours au produit. En effet, en agissant de la sorte, la personne montre qu'elle n'a pas acquis de nouvelles compétences pour affronter ce qu'elle vit :

J'espère que ça va marcher cette histoire d'école, pour que je puisse avoir ces trois mois encadrés et que je débarque moins...Y'aurait déjà un cadre, j'aurais l'école toute la journée, je verrai des gens qui seraient sur le campus, donc dans un milieu un peu plus « light » et tout... Je serai quand même dans un milieu un peu protégé quoi...

(Nora, extrait d'entretien, p.8)

Cette citation illustre le fait que Nora n'envisage pas la possibilité d'utiliser cette expérience d'études comme un *moyen* de se découvrir, d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences. Mais plutôt comme une manière de se protéger de l'attraction qu'exerce le produit sur elle. Cela signifierait qu'elle n'est pas parvenue à apprendre à « apprendre à se connaître » malgré le processus thérapeutique suivis :

Moi c'est mon grand handicap aujourd'hui, de savoir ce qui me plaît, où sont mes intérêts et dans quoi je peux m'épanouir et comment je peux me réconcilier avec moi-même...[...] ça c'est des trucs que je sais pas... et c'est pas en dix mois que t'apprends ça.

(Nora, extrait d'entretien, p.10)

On retrouve une attitude similaire chez Emilie, lorsque celle-ci explique :

Pour moi la plus grande difficulté c'est construire... pour pouvoir arrêter de me dire "au mon Dieu qu'est-ce que je vais faire ce week-end ? ", avoir des choses bien établies, des petites habitudes... Parce que tant que j'ai rien construit, j'ai rien à perdre, donc c'est pas une cuite de plus qui va bouleverser ma vie...

(Emilie, extrait d'entretien, p.7)

Ainsi, pour ces deux personnes, le fait d'avoir effectué un travail sur elles-mêmes ne leur a pas suffi pour trouver de nouveaux centres d'intérêts et investir de nouvelles lignes biographiques. Dès lors, elles souhaitent se réinsérer dans l'univers de la conventionalité, mais ne savent pas comment s'y prendre, ne parvenant pas à prendre appui sur toutes les expériences vécues jusqu'ici. Par ailleurs, lorsqu'elles évoquent les rechutes qu'elles ont pu vivre en sortant du Toulourenc, elles font référence à une « perte de contrôle » comme nous l'avons vu précédemment. De fait, elles imputent leur comportement à un événement « extérieur », qu'elles disent ne pas pouvoir contrôler. En faisant cela, elles ne parviennent pas à s'interroger sur les

raisons de ces pertes de contrôle. Or, il semblerait que ce qui compte avant tout pour parvenir à « s'en sortir » est :

La manière dont la personne interprète les différentes circonstances dans lesquelles elle se retrouve, ainsi que l'usage que somme toute elle en fait : chaque événement, chaque acte, chaque contexte peut jouer un rôle d'appui ou au contraire entraver la rémission en fonction du regard que l'individu y porte et sur la base de sa plus ou moins grande disposition à en exploiter les aspects favorables dans une logique de sortie.

(Caiata Zufferey, 2006b, p.163)

Ainsi, il semble primordial que la personne parvienne à donner du sens à ce qu'elle entreprend, mais également à ce qu'elle vit, afin qu'elle n'ait pas l'impression de « subir » son quotidien, mais réellement d'en être l'actrice. Pour ce faire, l'un des moyens est de réfléchir sur les manières de faire ou de réagir que l'on opère dans différents contextes. Dans un suivi résidentiel, la mise en situation par l'expérimentation concrète permettrait de développer cette forme d'analyse, car la personne serait accompagnée par un professionnel dans ses démarches de réflexion par rapport à sa pratique quotidienne, aux difficultés rencontrées, aux choix effectués etc. Cela lui permettrait de donner un sens à ce qu'elle vit et du coup, de se rendre compte de l'incidence qu'elle peut avoir sur ses actions.

Cela se fait de manière beaucoup plus « naturelle » en centre ambulatoire, dans la mesure où la personne se questionne sur ce qu'elle vit et y attribue un sens avec l'aide des professionnels. Dès lors, la réponse ambulatoire seule ou en prolongement d'une démarche résidentielle apparaît comme un *facteur de renforcement* du processus de réinsertion, en offrant un soutien continu et une possibilité d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences, aussi bien par rapport à l'expérience professionnelle, qu'à l'histoire de vie de la personne.

5.5 La formation professionnelle comme facteur de réinsertion

La troisième hypothèse de ce travail, était d'avancer qu'*une personne ayant terminé sa formation professionnelle avant d'avoir rencontré des problèmes de dépendance parviendra plus facilement à se réinsérer professionnellement*. A la lumière des entretiens, il me semble important de

distinguer deux *dimensions* dans l'idée que la formation puisse représenter un facteur favorisant la réinsertion.

- Une dimension « certifiante » de la formation ; c'est-à-dire le fait de posséder un diplôme attestant des compétences acquises.
- Une dimension « cognitive » de la formation ; c'est-à-dire le fait de pouvoir mobiliser les connaissances et compétences acquises lors de sa formation au moment du processus d'affranchissement et au moment de la réinsertion.

Intéressons nous à ces deux aspects de manière distincte.

5.5.1 La dimension « certifiante » de la formation

Le sens commun voudrait que le fait de posséder un diplôme, accroisse les possibilités de la personne de se réinsérer professionnellement. En effet, dans notre société, les employeurs demandent d'être « qualifiés », ce qui sous-entend posséder un titre l'attestant. Par titre, il faut comprendre toutes sortes de diplômes, issus de diverses formations ;

- Formations secondaires (CFC, Maturité etc.)
- Formations académiques (Université, Hautes écoles etc.)
- Formations continues ou en cours d'emploi (formation complémentaires à la formation initiale, cours dans un domaines spécifique, etc.)

Cependant, à la lumière des entretiens, il semblerait que si l'obtention d'un diplôme représente un atout indéniable, *l'expérience professionnelle* pèse tout autant au moment de la réinsertion, en particulier lorsqu'il s'agit d'effectuer des recherches d'emplois. Pour Lydia par exemple, qui occupe un poste d'assistante de direction, ce sont ses expériences qui lui ont permis d'accéder à un poste à responsabilités : « *même si j'avais pas de papier, j'avais des certificats de travail, j'avais les langues, l'expérience* ». C'est comme si lorsque la personne a beaucoup d'expériences de travail, le diplôme ne s'avérait plus autant nécessaire: « *pour trouver mon travail j'ai eu beaucoup de chance, parce que moi, j'ai toujours eu une « double vie » dans le sens où, même quand je consommais, j'ai toujours travaillé...bien sur ceux qui ont jamais travaillé c'est autre chose... C'est pas impossible, mais c'est autre chose...* » (Lydia). De fait, la pratique s'avère avoir

un « poids » important puisqu'elle atteste des compétences concrètes, réelles de la personne. Cependant, lorsque celle-ci a un diplôme *et* de l'expérience, les possibilités de trouver un emploi semble d'autant plus grandes. Vincent l'évoque lorsqu'il parle de la « valeur ajoutée » apportée par ses expériences et certifiées par des diplômes divers :

T'as pas besoin de te justifier, si j'avais pas réussi (son CFC) je pense que ça m'aurait quand même un peu plus handicapé, pour me faire accepter, surtout après la prison, j'aurais du mettre beaucoup d'énergie pour qu'on croie en moi...Mais là je te parle des années nonante quoi, aujourd'hui c'est quand même différent. [...] ce que je mets surtout en avant c'est ce que je fais maintenant quoi, depuis 2004 jusqu'en 2008, et là je te marque une page complète de ce que je sais faire, et après j'ajoute un diplôme derrière, donc ça me fait un super CV.

(Vincent, extrait d'entretien, p. 6)

Ainsi, on remarque que pour lui, l'obtention d'un CFC représente une aide dans ses démarches dans la mesure où il atteste qu'il a achevé sa première formation. Cependant, ce qui est mis en avant dans ses démarches actuelles semble être davantage les expériences et les *formations complémentaires* effectuées après ses problèmes de toxicodépendances, qui elles, offrent une « plus value » lors des recherches d'emplois. Esteban y fait référence lorsqu'il évoque les formations qu'il a effectuées dans le domaine informatique : « *la dernière certification je l'ai faite la semaine passée, et il me manque encore quatre certifications pour devenir ingénieur Microsoft, donc je pense encore continuer.* ». Dans ce domaine en constante évolution, il apparaît que la possession de diplômes récents représente un atout au moment de l'embauche, mais également parce qu'ils permettent une continuité dans l'expérience professionnelle, et favorisent l'acquisition et le transfert des compétences.

Il me fallait quand même me perfectionner pour me démarquer, avoir des techniques de vente avec toutes les étapes que ça comporte, parce que je connaissais pas... Donc ces deux mois m'ont été très utiles, avec ça j'ai un diplôme de force de vente, avec ça t'as un diplôme de vendeur en fait.

(Vincent, extrait d'entretien, p.7).

Ici, Vincent relève le fait que l'obtention de diplômes complémentaires lui permet de mieux pouvoir « se vendre » sur le marché de l'emploi, mais également acquérir des outils supplémentaires à l'exercice de son métier.

Par ailleurs, il semblerait que l'attestation de l'expérience par le biais de *certificats de travail* semble représenter un atout tout aussi important que l'obtention d'un diplôme : « *sur le papier c'est marqué noir sur blanc quelles sont mes compétences, qu'est ce que j'ai fait etcetera. [...]* j'ai quand même fait deux ans là-bas avec deux autres personnes passionnées d'informatique, ils sont restés une année et demi, après j'étais seul six mois, mais on a fait du super boulot ! » (Stephano). Ces certificats de travail donnent des éléments concrets quant aux compétences réelles de la personne, sur lesquels les employeurs peuvent s'appuyer pour faire leur choix. Ainsi, bien que Stefano n'ait aucun diplôme attestant de ses compétences en tant qu'informaticien, il est parvenu à obtenir un poste en tant que tel au même titre qu'une personne ayant eu un diplôme.

Par conséquent en ce qui concerne les interviewés, il semblerait que lorsque la personne a beaucoup d'expériences, sans toutefois disposer d'un diplôme, l'absence de celui-ci ne semble pas constituer un obstacle insurmontable. Dès lors, il apparaît aujourd'hui que bien que la « certification » soit requise, elle ne soit pas (ou plus) suffisante pour autant : posséder un diplôme *et* de l'expérience semble nécessaire.

Nora, par exemple, a obtenu son CFC de commerce, mais n'a pas accumulé beaucoup d'expériences professionnelles continues compte tenu du fait de ses problèmes de dépendance, survenus parallèlement à sa formation. Dès lors, on peut faire l'hypothèse qu'il lui sera plus difficile de trouver un emploi, entre autre de part ce manque concret d'expérience professionnelle continue. Ainsi, on se rend compte que *le moment* où la personne entre dans un mode de vie toxicodépendant représente un élément crucial par rapport à l'usage et l'utilité qu'elle pourra faire de son diplôme. Il s'agit plutôt de se demander si elle sera en mesure de remobiliser les connaissances et compétences acquises lors de sa formation, au moment du processus de réinsertion. En effet, si l'on reprend l'exemple de Nora, elle consommait de l'héroïne et divers médicaments durant ses deux apprentissages, le premier de 18 à 19 ans, et le second à 21 ans. De fait, on peut se demander si elle a réellement pu s'y investir dans la mesure où elle tentait avant tout de « jongler » entre la drogue et son travail d'apprentie. Ainsi, lors de son premier apprentissage elle explique :

Je consommait beaucoup à côté du travail, mais quand je bossais j'essayais de pas prendre de médic, j'arrivais à gérer... Et en fait à six mois de mon CFC, je gérais plus du

tout, j'avais sombré complètement et puis j'étais émotionnellement super fragile... je faisais que pleurer, j'étais vraiment... limite suicidaire, vraiment mal, tellement seule, c'était horrible quoi... et un jour je me suis endormie sur mes papiers à la banque, donc s'est mal passé !

(Nora, extrait d'entretien p.3)

Dans cet extrait, elle fait référence à la troisième année de son premier apprentissage, en sachant que les deux premières s'étaient déroulées de la même manière. On peut donc dire de manière quasi certaine qu'elle n'a pas pu, durant cette période, s'investir dans sa formation et bénéficier des apprentissages qu'elle pouvait lui amener. Il en a été de même lors de son second apprentissage au sein d'une Mairie, où elle explique que malgré le fait qu'elle se rende compte qu'il s'agissait d'une seconde chance pour terminer son CFC, elle n'a pas pu s'empêcher de recommencer à mener une « double vie » : « *j'ai vite recommencé à avoir une double vie, j'avais les cours, j'avais l'entreprise et puis entre temps je faisais des allers-retours avec la gare...* ». Cependant, malgré ces conditions difficiles, elle obtient son CFC. Ainsi, on peut supposer que ces expériences lui auront permis d'acquérir des compétences « parallèles » aux compétences purement scolaires et cognitives difficilement accessibles à ce moment là. Ces compétences « parallèles » peuvent alors prendre plusieurs formes : « Saisir la moindre opportunité pour soi, négocier ce qui ne paraît pas négociable, se débrouiller avec « rien », ne pas « se faire avoir », mais aussi développer la capacité de rassembler, d'organiser » (Rouleau-Berger, 1997, p.138). En effet, durant sa période de toxicodépendance, la personne peut acquérir un certain nombre de compétences ou ressources, qu'elle pourra réutiliser si elle parvient à les remobiliser dans un autre contexte que celui défini pendant cette période. Cependant, parallèlement à l'expérience et l'acquisition de ces potentielles ressources, la personne n'est pas toujours en mesure de « capitaliser » les enseignements de son apprentissage, car elle n'en a pas forcément la disposition psychologique et physique pour y parvenir. On peut faire l'hypothèse que ce fut le cas pour Nora, dans la mesure où le fait de constamment « jongler » avec son travail d'apprentie et la recherche du produit ne la rendait pas « disponible » face à ses apprentissages.

De plus, dans sa trajectoire de vie, apparaissent toutes les questions relatives à sa construction identitaire. En effet, c'est dans une configuration délicate qu'elle s'est construite dans la mesure où sa période de toxicodépendance a commencé très jeune (16-17 ans) et aduré jusqu'à ses 24 ans. De fait, on peut émettre l'hypothèse qu'il lui sera plus difficile d'accéder à un retour à la

conventionalité dans la mesure où, depuis son adolescence, elle a évolué dans ce mode de vie toxicodépendant. De plus, comme le relève Caiata Zufferey (2006), « les ressources symboliques de l'individu dépendent en premier lieu des expériences qui ont précédé la toxicodépendance » (p.166). Dès lors, on peut imaginer qu'étant donné l'âge auquel Nora a commencé à consommer, elle n'a pu vivre que peu d'expériences avant d'entrer dans la toxicodépendance.

Ainsi, il apparaît que le moment où survient l'entrée dans un mode de vie toxicodépendant soit déterminant quant aux « outils » dont disposera la personne au moment de sa réinsertion.

Le type de vie menée avant l'entrée dans la drogue et l'âge du début de la toxicodépendance sont en ce sens très importants : si dans le passé la personne a eu des engagements conventionnels, si elle a baigné dans un contexte marqué par des valeurs, des rôles et des relations ordinaires, elle a alors eu l'occasion de développer des logiques, des codes d'action autres que la drogue.

(Caiata Zufferey, 2006b, p.166)

On remarque dès lors que si la personne a eu l'occasion de vivre différentes expériences *avant* d'entrer dans un mode de vie toxicodépendant, elle pourra s'y référer et les utiliser au moment de se réinscrire dans la conventionalité. Par ailleurs, lorsqu'elle parvient à maintenir des *implications durables* dans la société conventionnelle *pendant* sa période de toxicodépendance, cela peut également lui permettre d'exercer concrètement d'autres rôles et d'autres manières de vivre, l'obligeant à ne pas fonctionner uniquement selon les principes imposés par la drogue. Tel est le cas, par exemple, de Lydia ou Esteban qui ont maintenu un emploi sur le long terme, tout en étant dépendants. Leurs expériences peuvent alors être réutilisées lors de leur processus de réinsertion.

Par conséquent, plus que la question du diplôme, il apparaît que c'est plutôt la « dimension cognitive » de la formation qui entre en jeu dans le processus de réinsertion, dans la mesure où elle représente un « bagage » en terme de ressources et de compétences tant cognitives que d'apprentissage.

5.5.2 *La dimension « cognitive » de la formation*

Comme nous venons de le voir, il semblerait que les apprentissages accumulés, que ce soit durant une formation initiale, lors de formations continues ou sur le terrain à proprement parler, constituent un facteur favorisant autant la réinsertion que le diplôme en lui-même. Il apparaît toutefois que plus qu'une question de certification, il soit avant tout question de « capitaux culturels » qui permettent l'élaboration mais surtout le soutien continu du processus de réinsertion. Il semblerait que le tout soit de pouvoir réutiliser, remobiliser les connaissances et compétences acquises au long du parcours de vie de la personne, que cela soit durant son cursus scolaire, professionnel ou de parcours de soins. Comme le relève Perrenoud (1995) en faisant référence aux savoirs des élèves : « au bout du compte, en principe, l'élève devrait être capable de mobiliser ses acquis scolaires en dehors de l'école, dans des situations diverses, complexes, imprévisibles » (p.1). Or, il en va de même pour toutes sortes d'acquis, qu'ils soient scolaires, professionnels ou personnels. Pour parvenir à les mobiliser dans différents contextes, l'individu doit être en mesure de *transférer ses connaissances* et de *construire ses compétences*. Ces deux expressions désignent deux éléments complémentaires :

- pour être utiles, les savoirs scolaires doivent être transférables ;
- mais ce transfert exige plus que la maîtrise de savoirs, il passe par leur intégration à des compétences de réflexion, de décision et d'action à la mesure des situations complexes auxquelles l'individu doit faire face.

(Perrenoud, 1995, p.1)

Ainsi, le processus est identique lorsque la personne est amenée à changer de mode de vie, à entreprendre une réinsertion. Elle doit mobiliser d'anciennes connaissances, en apprendre d'autres, se les approprier, tout en les réajustant à un nouveau contexte, dans le but d'apprendre à vivre autrement. Pour ce faire, elle doit, comme nous l'avons évoqué, apprendre à se connaître afin de saisir ses fonctionnements, mais surtout dans le but de mettre en place de nouveaux moyens de faire face aux difficultés rencontrées. « *J'avais plus trop la motivation, mais j'avais de la peine à l'exprimer... Alors en parlant avec Jacques (éducateur de l'Entracte) ça m'a beaucoup aidé, à savoir dire les choses, expliquer ce que je pensais...Il m'a donné des outils quoi...* » (Vincent). Par le biais des entretiens qu'il effectue à l'Entracte, Vincent apprend de nouvelles compétences, comme le fait de savoir défendre son point de vue :

C'est une compétence que de pouvoir soutenir son point de vue sans fuir la confrontation, en écoutant les autres, en tenant compte de leur avis, en faisant des compromis quand il faut prendre des décisions. L'acquisition de cette compétence requiert certaines connaissances, sur le fond aussi bien que linguistiques et psychosociologiques, mais elles ne servent à rien si on ne peut les mobiliser face à un interlocuteur et construire une « stratégie argumentative » efficace, adaptée au contenu, au moment, au destinataire.

(Perrenoud, cité par Brossard, 1999, p. 16)

Dès lors, sous le terme « compétences » se regroupent une multitude de savoirs, comme le fait d'être capable d'argumenter, de justifier ses comportements, de défendre ses droits, mais également de planifier, d'organiser son quotidien etc. Or, comme nous l'avons vu dans l'entretien d'Emilie, il ne suffit pas de « savoir » comment faire, pour pouvoir le faire concrètement. Pour Piaget (1932), apprendre ne signifie pas ajouter des informations les unes aux autres. Il s'agit de *transformer* des connaissances en confrontant des informations reçues avec des informations acquises antérieurement dans le but d'en produire de nouvelles. Ainsi, il est question d'appropriation des connaissances, ce qui indique la position *active* de l'individu au sein du processus.

Il y a toujours des connaissances « sous » une compétence, mais elles ne suffisent pas. Une compétence est quelque chose que l'on sait *faire*. [...] C'est une capacité stratégique, indispensable dans les situations complexes. La compétence ne se réduit jamais à des connaissances procédurales codifiées et apprises comme des règles, même si elle s'en sert lorsque c'est pertinent. Juger de la pertinence de la règle fait partie de la compétence.

(Perrenoud, cité par Brossard, 1999, p.17)

Dès lors il en va de même pour tout type d'apprentissage, quel qu'il soit. Par exemple, pour Lucie, le fait de parvenir à monter un dossier, chercher des fonds, s'en sortir financièrement etc., fait appel à un certain nombre de compétences sur lesquelles elle a pu s'appuyer :

J'ai eu la chance de profiter d'un statut à l'Hospice Général, comme si j'étais en formation professionnelle pour cette année. Ce qui m'a donné le temps de me préparer un dossier pour demander des bourses et des fonds privés, pour l'année qui arrive, dont j'attends la réponse bientôt, ainsi qu'une demande de bourse de l'uni. Et pour vivre j'ai des boulots le samedi, et je travaille un peu dans une bibliothèque.

(Lucie, extrait d'entretien, p. 4)

Comme le montre cet extrait, on remarque que Lucie parvient à organiser et planifier les choses pour parvenir à son but : recommencer sa formation. Cela n'est pas un processus évident, il demande en effet la mobilisation de plusieurs compétences qu'elle a acquises au long de sa vie.

Cela peut être une compétence de savoir chercher du travail, se présenter devant un employeur potentiel, se former en fonction de l'évolution des places disponibles. Il faut mettre des mots précis sur de telles compétences et les construire à partir d'une connaissance précise de la vie réelle des gens.

(Perrenoud, cité par Brossard, 1999, p.18)

Car apprendre à évoluer au sein de la société ne se fait pas uniquement en essayant de « coller » aux normes de celle-ci. Ainsi, il ne suffit pas de s'immerger dans un groupe social pour en acquérir les modèles sociaux et culturels, la socialisation étant, de fait, dynamique et interactive.

La personne n'absorbe pas par osmose le cadre de référence auquel elle est confrontée, mais elle intègre le nouveau monde symbolique dans sa propre économie identitaire, en réajustant les différentes socialisations dont elle a été l'objet de manière à unifier son univers identitaire.

(Caiata Zufferey, 2006b, p.190)

Dès lors, la réinsertion tant sociale que professionnelle, prend appui sur les connaissances et compétences préalablement acquises de l'individu. « La « mémoire incorporée » que l'individu s'est constituée au long de sa trajectoire sociale joue ainsi un rôle important pour l'intériorisation des schèmes d'action ultérieurs » (Caiata Zufferey, 2006b, p.190). Les ressources symboliques assimilées avant l'entrée mais également pendant le mode de vie toxicodépendant représentent donc une « base » sur laquelle de nouveaux modèles culturels peuvent être évalués, modifiés, ou ajoutés.

Tout en étant discontinu, tout en se réalisant de manière morcelée dans des univers différents ou des époques différentes, la resocialisation peut déboucher sur d'autres modes de sentir, penser et agir le jour où la configuration du contexte ranime les schèmes d'actions conventionnels déjà incorporés.

(Caiata Zufferey, 2006b, p.191)

Les individus n'étant pas égaux face aux ressources symboliques qu'ils possèdent, il me semble que les professionnels devraient davantage s'attacher à leur développement dans le but de préparer concrètement la personne à sa réinsertion tant sociale que professionnelle.

6. Conclusions

6.1 Synthèse

La question centrale de ce travail était de savoir s'il existe des *facteurs* favorisant la mise en place et la réussite du processus de réinsertion. L'analyse des entretiens m'a permis de relever *trois facteurs* interdépendants les uns des autres :

1) La définition du rapport au produit

La personne doit entretenir *un rapport défini* au produit, qu'il soit *contrôlé*, d'*abstinence* ou *thérapeutique*, pour concrétiser son processus de réinsertion. Ces éléments vont dans le sens de ma première hypothèse qui postulait qu'*une personne n'ayant pas atteint un certain degré d'affranchissement d'une conduite addictive est limitée dans son processus de réinsertion*. En effet, lorsque la personne peut définir le rapport qu'elle entretient avec le produit, cela lui permet de développer une conduite adaptée à sa situation, et envisager un projet de réinsertion conforme à ses besoins. Au contraire, lorsqu'elle a un rapport ambigu avec le produit, il lui sera beaucoup plus difficile d'utiliser les expériences effectuées pendant son processus de réinsertion car celles-ci seront « parasitées » par une conduite addictive l'empêchant de s'investir pleinement dans de nouvelles lignes biographiques. Par ailleurs, le fait de savoir et de comprendre les *raisons* pour lesquelles elle souhaite abandonner cette conduite, constitue un élément *favorisant* cette clarification (cf. : **5.2**). En effet, plus cette dimension est intériorisée, plus la personne est capable de *s'engager* pleinement dans ce processus.

2) Le travail

Le *travail* représente un second facteur, dans la mesure où il permet un retour effectif à la conventionalité et « concrétise » le processus de réinsertion. En effet, comme l'analyse des entretiens l'a montré, le fait de travailler représente un moteur dans un premier temps, et devient ensuite un objectif en soi. En ce sens, ma seconde hypothèse se vérifie puisqu'elle postulait le fait que: *le retour à une vie professionnelle active est un élément clé dans la mise en place de la*

réinsertion sociale d'une personne ayant eu des problèmes de dépendance. Cependant, j'apporterai un complément à celle-ci en ajoutant que le travail représente un facteur de concrétisation de la réinsertion à moyen terme *uniquement* lorsque la personne a pu définir le rapport qu'elle entretient avec le produit. Car comme nous l'avons vu, dans le cas contraire, le travail est « instrumentalisé » et ne remplit plus qu'une fonction de « barrage » (cf. :5.1.4). De fait, le premier facteur est indispensable à la pérennité du second dans le sens où la personne ne sera pas en mesure de maintenir un emploi sur le long terme si elle reste ambivalente vis-à-vis de sa consommation.

3) L'âge

Le troisième facteur mis en évidence concerne *l'âge* auquel la personne débute sa trajectoire de toxicodépendance. En effet, plus cette dernière est jeune, plus son processus de formation (scolaire, professionnel, personnel) en aura été affecté. La dimension envahissante de son rapport au produit et l'usage de celui-ci auront perturbé plus ou moins durablement son processus d'apprentissage ainsi que l'acquisition de connaissances et le développement de compétences. De ce fait, lors du processus de réinsertion, elle aura beaucoup plus de difficultés à mobiliser certains acquis et pourra se trouver désavantagée face à une personne qui serait entrée plus tard dans un mode de vie toxicodépendant et qui pourrait, de fait, se référer à divers éléments « conventionnels » et compétences acquises, pour construire sa réinsertion. Ces éléments permettent de confirmer la troisième hypothèse de ce travail qui postulait *qu'une personne ayant terminé sa formation professionnelle avant d'avoir rencontré des problèmes de dépendance parviendra plus facilement à se réinsérer professionnellement.*

La « réussite » du processus de réinsertion serait donc étroitement liée aux trois facteurs évoqués ci-dessus. Toutefois, leur efficacité dépend de la manière dont le professionnel, en étroite collaboration avec l'usager, les articuleront. En effet, je pense qu'il est nécessaire de traiter en *premier lieu* le rapport au produit qui constitue, selon moi, le pré-requis du processus de réinsertion. Toutefois, pour proposer un traitement de qualité, il convient que *parallèlement* le professionnel attache une attention particulière à la formation ou aux expériences professionnelles préalables à la toxicodépendance de la personne, car elles constituent un capital de ressources que l'individu peut utiliser tout au long du processus de soin. Que cela soit dans sa

manière de définir son rapport au produit, ou d'envisager la suite de son projet de vie, de nombreux éléments trouvent leur source dans cette époque « préalable » à la toxicodépendance. Ainsi, en partant du « potentiel » réel de la personne, le professionnel peut alors lui offrir un *accompagnement individualisé*, centré sur ses acquis et ses « lacunes ». Le facteur du travail vient alors *en dernière partie* dans la mesure où il ne peut se concrétiser durablement qu'à partir du moment où les deux facteurs précédents sont suffisamment étayés.

Finalement, de manière sous-jacente, ces constats révèlent que les individus ne sont pas « égaux » quant aux capitaux dont ils disposent et qu'il convient dès lors d'être particulièrement attentif à l'évaluation de ceux-ci pour la mise en place du processus de soins. Ainsi, lors de la définition du processus de réinsertion, il est extrêmement important de dégager toutes les informations liées à ces trois facteurs afin de construire un projet « sur mesure », car comme nous l'ont montré les trajectoires des interviewés, il existe autant de formes de réinsertion que d'individus.

6.2 Les limites de la recherche

L'échantillon restreint de cette recherche qualitative, ne me permet aucunement de généraliser les propos avancés. Toutefois, tel n'était pas le but de ce mémoire, puisqu'il s'agissait avant tout d'offrir un regard empirique sur une thématique complexe. De ce fait, je relèverais plutôt *l'hétérogénéité des profils des personnes interviewées* comme limite de cette recherche. Par hétérogénéité j'entends le fait que les huit sujets ne possédaient pas le même recul par rapport à leur phase de réinsertion. Or, je ne me rendais pas forcément compte, au moment du choix des participants, que selon le temps qui s'était écoulé depuis leur réinsertion, leur discours comporterait plus ou moins de détails par rapport à cette phase. Si l'on revient brièvement sur les « profils » des huit personnes interviewées, par rapport au « recul » vis-à-vis de leur processus de réinsertion, il s'en dégage trois « catégories » distinctes:

1) Les personnes ayant peu de recul par rapport à leur processus de réinsertion

- Nora était *en « phase » de réinsertion*, dans le sens où elle s'apprêtait à quitter le Toulourenc un mois après l'entretien, et n'avait, par conséquent, pas encore d'éléments sur son processus de réinsertion en dehors de l'institution.

- Marco venait de quitter cette même institution un mois avant notre rencontre, et avait, tout comme Nora, peu d'éléments relatifs à l'expérience de sa réinsertion à l'extérieur,
- Emilie était sortie du Toulourenc depuis une année, et continuait son processus de réinsertion.

2) Les personnes ayant 1 à 4 ans de recul par rapport à leur processus de réinsertion

Lucie, Esteban, Stefano et Vincent étaient engagés dans leur réinsertion depuis un à quatre ans.

3) La personne ayant plus de dix ans de recul par rapport au moment de sa réinsertion

Lydia s'était réinsérée socialement et professionnellement il y a plus de dix ans.

Ainsi, tous portent un regard très différent sur « leur sortie » puisque pour deux d'entre eux, Nora et Marco, elle n'était pas encore réellement « effective » au moment de l'entretien, alors que pour Lydia, elle remontait à de nombreuses années. Cette différence de « recul temporel » par rapport à l'expérience de sortie de la dépendance est enrichissante, mais également délicate dans la mesure où les données sont, de ce point de vue, plus difficilement comparables. En ce sens, elle représente une limite dans l'analyse de la recherche.

Dès lors, il me semble qu'il aurait été plus judicieux de prendre un échantillon de personnes ayant un profil plus homogène quant à leur réinsertion, c'est-à-dire étant réinsérées depuis un à six ans, tel que Lucie, Esteban, Vincent et Stefano, car leur expérience de sortie est encore assez récente pour s'y référer sans trop de recul d'une part, et comporte suffisamment d'éléments concrets d'autre part. De plus, le contexte politique et socio-économique est plus ou moins similaire ce qui n'est pas le cas pour une personne s'étant réinsérée il y a une dizaine d'années. Je souhaitais pouvoir aborder l'influence de l'évolution des politiques au moment de la réinsertion des interviewés, mais du fait de la petite taille et de l'hétérogénéité de l'échantillon cela ne fût pas possible. Je pense que pour y parvenir, il conviendrait d'effectuer une comparaison entre deux groupes cibles par exemple: des personnes s'étant réinsérées il y a 10 ou 20 ans, et d'autres s'étant réinsérées depuis un à six ans.

Finalement je dirais qu'un échantillon plus « homogène » quant à la « temporalité » de la réinsertion aurait favorisé une analyse plus spécifique car il aurait permis de prendre en compte moins de variables différentes. Toutefois, l'analyse n'est pas pour autant invalidée, car les témoignages de ces personnes m'ont permis d'amener des éléments de compréhension du phénomène qu'est le processus de réinsertion sociale, ces aspects d'hétérogénéité représentant une limite quand à la « généralisation » des résultats au sein même de l'échantillon.

Par ailleurs, je pense qu'un « risque de biais » peut avoir été introduit de part la manière dont j'ai pris contact avec les personnes interviewées, puisque trois d'entre elles (Lucie, Esteban et Stefano) m'ont été « conseillées » par un éducateur de l'Entracte. Elles entretiennent donc de bons rapports avec l'institution et sont « satisfaites » de l'accompagnement reçu puisqu'elles le poursuivent depuis plusieurs années. Ainsi, le « biais » consisterait dans le fait que ces trois personnes n'ont pas relevé de « manque » quant à leur prise en charge au sein de l'institution. Toutefois, rien ne me permet d'établir un lien de « cause à effet » entre leur discours et le fait qu'il m'ait été conseillé par un professionnel. Néanmoins, je pense que pour exclure cette forme de risque il aurait peut-être été plus judicieux d'effectuer une demande directe aux usagers, en allant présenter le sujet de mon mémoire directement au sein de l'institution. Ne sachant pas quel type de relation ils entretiennent avec le personnel, (s'ils sont de passage, s'ils viennent très régulièrement etc.) l'éventuel « biais » aurait été contrôlé.

Finalement, je dirai que l'analyse des entretiens m'a fait prendre conscience de la multitude des sujets sous-jacents à la problématique de la réinsertion des personnes toxicodépendantes. Le nombre et la complexité de ces thématiques a restreint leur approfondissement dans la mesure où leur développement aurait pu faire l'objet d'une analyse spécifique. Je pense par exemple aux thèmes suivants :

- l'acquisition et le transfert des compétences,
- le développement de l'identité,
- la sociologie et la psychologie du travail,
- la sociologie de la reproduction,

et bien d'autres encore. Cependant, l'objectif et la forme de ce travail ne me permettant pas d'effectuer une analyse plus approfondie, je me suis contentée de les définir brièvement ou d'y

faire référence afin qu'ils apparaissent comme des éléments latents à la problématique de la réinsertion sociale et professionnelle. Ainsi, ceci représente une limite dans la mesure où l'analyse aurait été d'autant plus étoffée si j'avais pu les développer davantage.

6.3 Perspectives

6.3.1 Par rapport à la recherche

Comme je l'ai évoqué, je pense qu'il serait intéressant d'effectuer une recherche avec un échantillon plus important en terme de nombre d'interviewés et plus homogène quant au recul par rapport au processus de réinsertion. Une comparaison entre des sujets suivant un traitement en ambulatoire et d'autres en institution résidentielle pourrait également être intéressante. Ceci dans le but de comparer les pratiques professionnelles et d'évaluer les outils utilisés pour accompagner les individus dans leur processus de réinsertion. Je préconiserai la même approche en termes de récolte des données car je pense que l'entretien relatif au parcours de vie de la personne représente une source riche et fiable dans l'analyse qualitative en sciences humaines.

6.3.2 Par rapport au terrain

Comme je l'ai relevé tout au long de ce travail, sortir de la toxicodépendance est une entreprise fastidieuse car elle est tributaire du contexte sociopolitique dans lequel elle s'inscrit. Cependant, en plus des facteurs « environnementaux », la réinsertion dépend avant tout de *l'histoire de vie* de chacun. En effet, l'analyse des entretiens a montré que les individus ne sont pas « égaux » en termes de ressources, pour affronter cette étape, que cela soit au niveau de leur entourage, de leur parcours de formation ou de la durée de leur toxicodépendance. Parallèlement, il semblerait qu'aujourd'hui *les compétences requises* pour réintégrer une vie sociale et professionnelle soient de plus en plus conséquentes. Dès lors, pour s'engager dans un processus de réinsertion, l'individu doit être capable de les mobiliser. Mais comment mobiliser des compétences qu'on ne possède pas encore ou qui se sont trouvées « gelées » pendant un certains nombres d'années? Il apparait finalement que pour parvenir à « faire sa sortie », et se réengager dans la conventionalité, l'individu doit avant tout être *autonome* sur plusieurs plans (Boivin & De Montigny, 2002):

- Au niveau *psychorelationnel*, c'est-à-dire dans ses rapports aux autres. La personne doit pouvoir s'appuyer sur ses ressources personnelles pour envisager le rapport à autrui et ne pas être en difficulté relationnelle et/ou sociale. Etant donné les nombreux défis soulevés par le marché du travail et sa communauté, *l'autonomie psychorelationnelle* est cruciale pour l'acquisition ou le renforcement des deux autres niveaux d'autonomie.
- Au niveau *sociocommunautaire*, c'est-à-dire par rapport à la capacité de l'individu à s'impliquer dans la communauté par le biais d'activités culturelles ou sociales. Lorsqu'elle est autonome sur ce plan, la personne est alors en mesure de faire les différentes démarches s'imposant à elle pour avoir accès aux ressources du milieu.
- Au niveau *socioprofessionnel*, c'est-à-dire le fait de pouvoir s'engager dans une formation professionnelle ou se réinsérer professionnellement. L'autonomie professionnelle signifie donc la capacité à trouver un emploi, et/ou une formation, mais surtout à la maintenir.
- Au niveau de la *consommation*, c'est-à-dire le fait d'entretenir un rapport clair avec le produit, quel qu'en soit la nature (rapport thérapeutique, contrôlé, d'abstinence).

Aussi, il me semble que le travail du professionnel devrait se consacrer à favoriser *les diverses autonomies* de l'individu, à tous niveaux. A la base de ce processus d'autonomisation intervient la capacité de la personne à « se connaître », car c'est ainsi qu'elle parvient à cerner ses besoins et conscientiser son problème pour envisager des solutions adaptées. Cette conscientisation « pourra l'aider à trouver les moyens qui lui permettront de réaliser, en partie au moins, ce à quoi elle aspire en tenant compte de ses forces et de ses limites personnelles et conjoncturelles » (Boivin & De Montigny, 2002, p.21). Le professionnel peut aider la personne dans ce processus de « clarification » de ses besoins, mais il me semble qu'à la suite de cela, une *mise en pratique* est nécessaire.

En effet, je pense que les institutions résidentielles devraient attacher une attention plus particulière au processus de réinsertion en permettant aux personnes « en voie de sortie » de mettre en place un projet sur le *long terme*. Ceci en effectuant un « diagnostic » de leur « niveaux d'autonomie » par rapport aux quatre dimensions évoquées plus haut. Concrètement, cela concernerait en premier lieu l'évaluation du rapport que la personne entretient avec le produit au moment où elle entre dans l'institution, mais également, le recensement des expériences préalables à sa toxicodépendance. Car il me semble que le travail d'accompagnement serait

beaucoup plus efficient s'il était davantage individualisé et effectué sur la base des connaissances et compétences *de la personne*. Chacun devrait bénéficier d'un accompagnement personnalisé car, comme je l'ai dit, tout projet de réinsertion est unique. Marco le relève dans son entretien lorsqu'il évoque les multiples « outils » qui pourraient être développés pour permettre à la personne de « diriger » et « choisir » sa réinsertion au Toulourenc :

Il faudrait faire des tests de compétences, des bilans, puis qu'ils (les éducateurs) aient des contrats avec eum... l'état, pour des places d'apprentissage, y'a peut-être des gens qui veulent étudier, peut-être certains qui veulent refaire un apprentissage, d'autres qui veulent juste bosser, certains n'ont pas du tout de formation, alors voir quelles sont les qualités, voir où sont les expériences, qu'est-ce qu'ils peuvent faire et tout ça...

(Marco, extrait d'entretien, p.2)

L'analyse des entretiens me permet d'avancer que l'évaluation des connaissances et des compétences de la personne, mais surtout l'expérimentation concrète au sein de l'institution représenterait un outil intéressant. Cela permettrait aux personnes une « mise en situation » et une évaluation continue de leurs acquis, et de leur « lacunes » auxquelles elles pourraient pallier, au sein de l'institution, avec l'aide des professionnels.

Pour faire un parallèle avec le projet effectué avec Emilie, je pense qu'il aurait été beaucoup plus « efficient » dans son processus de réinsertion, s'il avait pu débiter beaucoup plus tôt dans son parcours de soin. En effet, elle aurait bénéficié d'une évolution par pallier, et surtout de l'occasion de vivre ses expériences de bénévolat sur un plus long terme *au sein* de l'institution, afin de pouvoir mieux se les approprier, mais également les gérer une fois sortie.

Finalement je dirais, comme le relève Boivin et De Montigny, que « sans une attention particulière à l'individu, les pratiques en matière de réinsertion et d'intégration sociales seraient vaines et peu prometteuses de lendemain » (Boivin & De Montigny, 2002, p.21).

6.4 Conclusion personnelle

Ce travail a été mené sur deux ans, et représente la concrétisation de ma formation en éducation spécialisée. Il m'a permis d'apprendre énormément sur la posture de « chercheuse » et ce qu'elle implique, mais également par rapport à ma position en tant que professionnelle.

Malgré ma formation, j'ai eu beaucoup de difficultés à définir ma posture de chercheuse ainsi qu'à maîtriser les outils que celle-ci requière. En ce sens, la théorisation ancrée que propose l'analyse qualitative est riche car elle permet de « coller » à une réalité et d'en saisir les éléments concrets, par le biais des entretiens. Toutefois, il m'a été difficile de ne pas vouloir vérifier mes idées ou mes hypothèses au sein de la littérature, afin de leur donner une certaine « légitimité ». C'est pour cette raison que malgré l'angle choisi (la théorisation ancrée), de nombreux retours à la théorie sont présents au sein de l'analyse. Je pense que cela est dû au fait que la recherche de type empirique est quelque chose de nouveau pour moi et qu'il m'est encore difficile de m'affranchir de la posture très théorique qu'il m'a été demandé de développer pendant ma formation.

Par ailleurs, la pratique des entretiens ne fut pas évidente mais s'est révélée très formatrice. Ma manière de les mener a évolué au fil du temps et j'ai pu, au gré des interviews, acquérir une certaine aisance, me permettant d'axer davantage sur mon sujet principal. L'analyse des entretiens fut délicate et m'a permis de me rendre compte de la pertinence de l'utilisation des outils méthodologiques de l'analyse thématique que je ne saisisais pas forcément au préalable.

Par ailleurs, je dirai que le fait d'avoir effectué cette recherche seule ne fut pas toujours facile. D'une part compte tenu de la charge de travail et de l'organisation temporelle que cela demande, mais surtout par le manque que cela engendre en terme de discussions et de confrontations d'idées autour des sujets découverts au fil du temps.

Par ailleurs, ce travail m'a permis de me positionner dans une démarche *professionnalisante* puisqu'il est intervenu à la suite de mon stage de Master et est en rapport avec une thématique qui m'intéresse particulièrement. Il m'a conforté dans le choix de ma profession et m'a donné énormément d'éléments pour mieux comprendre la problématique complexe qu'est la

toxicodépendance, ainsi que les particularités de la population qui l'a compose. Je pense avoir acquis de nombreuses connaissances par le biais de ce mémoire, qui, je l'espère, pourront être concrétisées en compétences dans mon avenir professionnel.

Finalement, ce travail représente avant tout une aventure humaine, la rencontre de personnes, de problématiques et d'histoire de vie, qui m'ont énormément enrichi sur le plan personnel.

7. Bibliographie

Angel P., Richard D., Valleur M., (2000). *Toxicomanies*, Paris, Masson.

Angel P., Angel S., Valleur M., (2000). Contexte, Drogues et Société, in *Toxicomanies*, Paris, Masson, pp.9-55.

Angel P., Richard D., Valleur M., Chagnard E., (2005). *Toxicomanies 2^{ème} édition*, Paris, Masson.

Becker, H.S., (1985). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris.

Bision, Y., (1996). L'évolution du contrôle de l'usage des stupéfiants, in *Usage de stupéfiants. Politique européenne*, Genève, Georg éditeur, pp.19-36.

Blouin, M., Bergeron, C., et all., (1995). Dictionnaire de la réadaptation, tome 1 : termes techniques d'évaluation. Québec : Les Publications du Québec.

Boggio, Y., Catticin, S., Cesoni, M. L., Lucas, B. (1997). *Apprendre à gérer. La politique suisse en matière de drogue*. Georg, Genève.

Brossard, L., (1999, septembre). Construire des compétences, tout un programme ! Entrevue avec Philippe Perrenoud, *Vie pédagogique*, n° 112, , pp. 16-20.

Brust, J., (2007). *L'aspect neurologique des addictions*, Elsevier.

Caiata Zufferey M., (2006a). S'en sortir dans un contexte de réduction des risques : trajectoires multiples nouveaux défis, *Psychotropes (Bruxelles) : Revue internationale des toxicomanies et addictions*, vol. 12, n°1, pp. 81-92.

Caiata Zufferey M., (2006b). *De la toxicomanie à la conventionnalité, Sociologie des sorties de la drogue à l'époque de la réduction des risques*, Editions Seismo, Zürich.

Caiata Zufferey, M. (2006c). *Sociologie des sorties de la drogue à l'époque de la réduction des risques*. Ed. Seismo.

Castel, R., (1998). *Les sorties de la toxicomanie*, Editions universitaires Fribourg, Suisse.

Castel, R., Bernard-Pellen M., Bonnemain C., Boullenger N., Coppel A., Leclerc G., Ogien A., et Weinberger M., (1998). *Les sorties de la toxicomanie. Types, trajectoires, tonalités*, Editions universitaires Fribourg, Suisse.

Cattacin, S., Lucas, B., Vetter, S., (1996). *Modèles de politique en matière de drogue. Une comparaison de six réalités européennes*. L'Harmattan, Paris.

Châtel, V., Soulet M.H., (2002). *Faire face et s'en sortir, Vol. 2 : développement des compétences et action collective*, Ed. Universitaires Fribourg Suisse.

Clerc, A., Tharin, A., (1999). *Formation, jamais sans ? Analyse du parcours professionnel de six jeunes sans formation certifiée*, Travail effectué dans le cadre de la formation ESTS, 1999.

Courty, P., (2001). *Le travail avec les usagers de drogues : Pour une approche humaine des soins*, Ed. ASH, Paris.

Dubar, C., (2000). *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*, Paris, PUF.

Dugarin, J., & Nominé, P., (1988). Toxicomanie : historique et classifications In : *Histoire, économie et société, Toxicomanie : alcool, tabac, drogue. N°4*.

Escohotado, A. (1995). *Histoire élémentaire des drogues des origines à nous jours*. Ed. du Lézard, Paris.

Farges E., (2002). *Les états face aux drogues : Analyse de la transition des politiques publiques en matière de toxicomanie au modèle de la réduction des risques. Etude comparative entre le France et l'Italie*. Mémoire de licence, Université Pierre Mendès France, Institut d'Etudes Politiques de Grenoble.

Farges, F. (2000). Dépendance, abus, usage, in Angel, P., Richard, D., Valleur, M., (2000) *Toxicomanies*, Paris, Masson, pp.16-22.

Fernandez, L. & Sztulman H. (1997). Approche du concept d'addiction et psychopathologie. *Annales Médico-Psychologiques*, 155(4), pp. 255-265.

Fontaine, A. & Fontana, C. (2004). *Usages des drogues (licites, illicites) et adaptation sociale*, in *Psychotropes, Volume 10*, n°2.

Fontaine, A., (2004, 3^{ème} trimestre). Drogue et travail, des enjeux politiques, économiques et personnels, *Revue Toxibase*, n°15, pp. 1-4.

Fontaine, A., (2006). *Double vie ; les drogues et le travail*, Les Empêcheurs de penser en rond, Le Seuil, Paris.

Hautefeuille, M., (2004, 3^{ème} trimestre). Drogue et monde du travail : le dopage au quotidien, *Revue Toxibase*, n°15, pp. 9-11.

John, C.M. Brust, (2007). *L'aspect neurologique des addictions*, Elsevier.

Kübler, D. & Hausser D., (1996). Evolution des mesures de la Confédération destinée à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical : étude exploratoire auprès d'une population cachée, *Cahier de recherche, Doc IUMSP*, n°111.

Laperrière, A., (1997). *La théorisation ancrée, démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées*. In : Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, & Pires (Eds). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Gaétan Morin éditeur : Montréal, Paris, Casablanca, pp.341-364.

La politique suisse en matière de drogue, (2006). *Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogues (ProMeDro III) 2006-201*, Office fédéral de la santé publique OFSP.

Le Poulichet, S., (2002). *Les addictions*. PUF., Paris.

Loonis, E. & Peele, S. (2000). Une approche psychosociale des addictions toujours d'actualité. *Bulletin de Psychologie*, n°446, vol. 53(2), pp. 215-224.

Matysiak, J-C., Valleur, M., (2002). *Les addictions. Dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique*. A. Collin, Paris.

Meda, D., (1996). Le déclin du travail ?, *Sciences humaines hors-série*, n°13.

Memmi, A., (1979). *La Dépendance, esquisse pour un portrait du dépendant*, édition Gallimard, Paris.

Milhet, M., (2006). Les traitements de substitution vus par les patients : quelle trajectoire pour quelle sortie ?, *Psychotropes (Bruxelles) : Revue internationale des toxicomanies et addictions*, Vol. 11, n°1, pp. 55-69.

Morel, A., (2000). *Prévenir les toxicomanies*, Paris, Dunod.

Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B., (2003). *Soigner les toxicomanes*, Paris : Dunod.

Mucchielli, A., (2007). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives, *Recherche qualitative – Hors Série – n°3*, Actes du colloque Bilan et Perspectives de la Recherche Qualitative, pp. 1-27.

Ogien, A., (1999). *Sociologie de la déviance*, Armand Colin, Paris.

Paillé, P., Mucchielli, A., (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Éditions Armand Colin.

Paugam, S., (2008). *Le Lien social*. Paris : PUF.

Pedinielli, J.-L., Rouan, G., Bretagne, P., (1997). *Psychopathologie des addictions*. Paris : PUF.

Perrenoud, P., (1995). Des savoirs aux compétences : de quoi parle-t-on en parlant de compétences ? *Pédagogie collégiale*, Vol. 9, (n° 1), pp. 20-24.

- Perrenoud, P., (1999). Construire des compétences, tout un programme. *Vie pédagogique*, 112, pp.16-20.
- Piaget, J., (1932). *Le jugement moral chez l'enfant*, Paris, Presses universitaires de France.
- Reynaud, M., Parquet, Ph-J., Lagrue, G., (2000). *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Odile Jacob, Paris.
- Richard D., Pirot S., Senon J.L., (2000). Les principales drogues, *Toxicomanie*, Paris, Masson, pp.79-132.
- Rosenzweig, M., (1998). *Les drogues dans l'histoire entre remède et poison. Archéologie d'un savoir oublié*. De Boeck, Belin, Paris, Bruxelles.
- Rosenzweig, M., (2002, octobre). Au delà de la Cura et du Toxicon: vers une ontologie du plaisir ? *Le Portique, Revue de philosophie et de sciences humaines*. [Page Web]. Accès : <http://leportique.revues.org/document134.html>.
- Rouleau-Berger, L., (1997). *Les travaux en Friche : le monde de la petite production urbaine*, Paris : Edition l'Harmattan.
- Soulet, M.H., (2003). Enjeux de conventionalité et consommation gérée de drogues dures, *Déviance et Société, Vol. 27, N°3*, pp. 331-351.
- Stimson, G., Oppenheimer, E., (1982). *Heroïn Addiction*, Londres, Tavistock.
- Suer, C., (2004). Eduquer le toxicomane, *Psychotropes, Volume 10, n°2*.
- Valleur, M., Matysiak, J-Cl. (2002). *Les addictions, toxicomanies, dépendances: repenser la souffrance psychique*. Paris : Armand Collin.
- Valleur, M., Matysiak, J.-Cl. (2003). *Sexe, passion et jeux vidéo : les nouvelles formes d'addictions*, Paris : Flammarion.
- Valleur, M., Matysiak, J-Cl., (2004). *Les nouvelles formes d'addiction. L'amour, le sexe, les jeux vidéo*. Champs, Paris : Flammarion.
- Valleur, M., Richard, D., Senon, J-L. (2004). *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Larousse, coll. "In Extensio", Paris.
- Villagero G., (1992). Entre peurs et excès, l'alcoolisme et la toxicomanie en France au XIXe siècle, *Drogues, politique et société*, Paris, Le Monde (Éd.), pp. 288-304.
- Zorn, J. (2006). *De l'habitude à l'addiction*, Mémoire de Bachelor, Université de Lausanne : Faculté des Sciences Sociales et Politiques.

8. Annexes

Annexe 1 : Les institutions d'ARGOS

1.1 Le secteur ambulatoire : L'Entracte



L'offre socio-thérapeutique de l'Entracte s'inscrit dans le cadre de la mission globale d'ARGOS, elle est complémentaire aux programmes du CRMT et du Toulourenc (voir plus bas). Le cadre général de sa mission peut être résumé de la manière suivante : offrir un accompagnement personnalisé, non jugeant et accessible à tous dans un lieu qui accueille, du lundi au vendredi de 10h à 17h, toutes personnes toxicodépendantes confrontées aux difficultés liées à leur situation.

Son premier objectif est d'offrir un soutien adapté aux besoins de chacun en vue d'améliorer sa qualité de vie en prenant soins des différents aspects qu'elle concerne. Des thématiques variées peuvent être abordées telles que les problèmes de dépendance, la santé, l'intégration sociale et professionnelle ou les relations familiales. Pour se faire, l'équipe éducative répond aux demandes qui lui sont adressées aussi bien sur le plan administratif, économique, professionnel que relationnel ou somatique. Les professionnels de l'Entracte accueillent et accompagnent les personnes toxicodépendantes, quelle que soit leur situation de consommation. Il peut s'agir de personnes en consommation active, en traitement de substitution à la méthadone, dans les services publics (HUG) ou dans des institutions privées (Fondation Phénix), mais aussi chez des médecins privés (membre du GPMA). Elles peuvent aussi être abstinentes mais confrontées à des difficultés psychosociales ou à des problèmes sociaux, administratifs etc. Ils répondent aussi aux besoins de certaines familles des personnes qu'ils accompagnent, ainsi qu'aux différents

partenaires du réseau médical (Service abus de substance, médecine communautaire, médecins privés, Fondation Phénix), social (Hospice Général, OCE, CCCH, OCPA-AI), et pénal (SPI), les centres résidentiels pouvant accueillir des personnes avec un article 60 du Code Pénal Suisse. Par conséquent, le centre de jour doit faire face à une grande diversité de personnes, de situations et de professionnels.

Par ses différentes actions, l'Entracte propose aux personnes concernées d'améliorer concrètement leur qualité de vie et de les soutenir dans leur processus d'affranchissement. Concrètement il propose un lieu d'accueil sécurisant, un suivi individualisé à travers des entretiens réguliers où sont abordés des aspects personnels, organisationnels, administratifs, ainsi qu'un soutien concret pour les différentes démarches propre à leur situation, (impôts, dettes, logements, etc.). Cet accompagnement est assuré par un ou deux référents selon la situation. A côté des aspects individuels, l'Entracte propose des moments de partage collectif. Une fois par semaine, le mardi, l'équipe accueille celles et ceux qui le souhaite pour partager un « brunch ». Ce repas est gratuit et ouvert à toutes les personnes ayant un suivi à L'Entracte. Ce moment concrétise le processus d'accompagnement dans lequel sont engagés l'équipe et les usagers. L'accueil permet aussi d'avoir des moments de détente autour d'un café, une partie de cartes, ou d'autres jeux de société. Un membre de l'équipe peut ou non participer à ces moments. Lorsque les personnes qui fréquentent l'Entracte le permettent, des sorties ou d'autres activités peuvent être réalisées. Leur fréquence dépend de la motivation et de l'envie des usagers.

A côté de ces offres relationnelles, le lieu dispose également d'une douche que les usagers peuvent utiliser à leur gré ainsi que la possibilité de faire leur lessive une fois par semaine, l'accès à du matériel informatique et à Internet. Cependant, pour bénéficier de l'accueil et de l'accompagnement offert par l'équipe, les personnes doivent avoir exprimé une demande de soutien et de suivi, demande à partir de laquelle s'élabore le projet d'accompagnement individualisé (PAI). Chaque personne suivie à l'Entracte a un PAI, lequel recense les objectifs qu'elle a définis, les moyens mis ou à mettre en œuvre, et les résultats obtenus. L'établissement du PAI se fait lors d'un entretien au cours duquel un « état des lieux » est fait à propos des conditions de vie et de la dépendance de la personne, ainsi que la définition d'objectifs adaptés, lesquels feront l'objet d'une évaluation périodique.

L'Entracte est aussi responsable du processus d'admission pour les institutions résidentielles d'Argos (CRMT, Toulourenc). Ce qui l'amène à collaborer étroitement avec le service d'addictologie des HUG qui comprend le Zephir et le Sirocco pour les sevrages, les consultations ambulatoires de la Navigation et de la Rue Verte ainsi que l'hôpital des Crêts. Il collabore également avec la médecine communautaire et la clinique privée de Belmont, et peut aussi accompagner les admissions dans d'autres institutions extra-cantoniales. Par ailleurs, dans le cadre du parcours ARGOS, il assume, suivant les besoins, les suivis post-résidentiels. Il assure aussi une présence régulière à Quai 9 (espace d'accueil et d'injection de l'association Première Ligne) Il est donc en étroite relation avec l'ensemble des professionnels des secteurs et services concernés par la problématique des dépendances. A travers cet engagement, son objectif est de favoriser et d'améliorer les liens interprofessionnels à travers un travail de réseau soutenu.

1.2 Le secteur résidentiel

CRMT (Centre Résidentiel à Moyen Terme) :

Module 1 Accueil et expérimentation

Module 2 Bilan et orientation



Le CRMT est une maison située à Thônex pouvant accueillir 15 personnes majeures. Il permet à des personnes sevrées ou en cure de substitution à la méthadone de faire le point sur leur situation globale (somatique, psychologique, administrative etc.), de définir des objectifs et de prendre soins de leurs besoins. Toutefois, ce n'est que depuis septembre 2002 que des personnes bénéficiant d'un traitement de substitution à la méthadone peuvent être admises au CRMT. En effet, suite à l'évolution des besoins et du contexte en matière de toxicomanie à Genève, Argos a décidé d'étendre son offre thérapeutique et intégrer des personnes en cure de maintenance à la méthadone dans l'un des centres résidentiels. Ce projet fait donc partie des prestations Argos depuis 2002 et représente un « tournant » dans l'évolution de l'offre au sein des structures résidentielles d'Argos. Précisions que depuis ce virage, la prescription de méthadone et l'abstinence sont avant tout perçus comme des outils thérapeutiques et non plus comme la finalité du traitement.

Des remédiations ainsi que la mise en place de relations importante entre Argos et le corps médical genevois (psychiatrie et médecine communautaire des hôpitaux universitaires genevois (HUG)) ainsi qu'un partenariat régulier entre l'équipe du CRMT et le Service de Médecine Communautaire ont donc été mises en place pour réadapter son concept d'intervention. Aujourd'hui, les professionnels disposent d'un programme thérapeutique et de médiateurs de soins adaptés à leurs interventions, tels que la référence, les groupe thématiques, l'art thérapie, les ateliers, le sport ainsi que différentes activités.

La personne qui souhaite intégrer cette institution entre dans le premier des trois modules qui compose le « parcours ARGOS ». Ce premier module (entre 1 et 6 mois) est autonome et se compose de trois étapes : intégration, engagement, préparation intégration sociale. Au terme du premier mois, la personne fait un « bilan » afin de savoir si elle souhaite poursuivre l'expérience ou non. Ces premières semaines lui permettent de poser les bases de la relation collaborative qu'elle va développer avec l'équipe ainsi qu'avec ses référents. Cette dynamique se construit avec le réseau de soin et d'aide sociale ainsi que le réseau professionnel à disposition. Le résident apprend également à gérer son expérience d'abstinence, expérience qui est aussi valable pour les personnes au bénéfice d'un traitement de substitution, ces derniers acceptant comme les autres de choisir un moyen le moyen de l'abstinence pour s'engager dans les moyens de soins proposés. Par ailleurs, il est important de rappeler que l'abstinence n'a pas comme but premier l'arrêt définitif de la consommation du résident mais est plutôt perçue comme une expérience permettant d'évaluer la situation et faire un bilan. Pour se faire, le résident bénéficie de groupes spécifiques et essaie d'y participer de manière active. Ses premières sorties sont d'ordre administratives et peuvent être accompagnées. Par la suite, il peut envisager de sortir seul. Les sorties sont considérées comme un outil pédagogique et sont travaillées en référence. Elles doivent être établies par le résident sur la base d'objectifs définis conjointement avec ses référents, ceci dans le but de l'amener à suivre une ligne de conduite et utiliser ces moments comme un moyen de vérifier s'il est en mesure de tenir un engagement et respecter son projet.

Des bilans réguliers ponctuent l'évolution de la personne dans le premier module. Une fois la durée de celui-ci passée, les objectifs définis au départ sont évalués et la personne peut alors envisager de passer au second module, avec ou sans substitution. Pour ce faire, elle devra formuler une demande écrite qui sera réitérée tous les mois, la durée maximale du séjour ne dépassant généralement pas 6 mois. Cependant, pour que ce « passage » puisse se réaliser, un certain nombre de conditions sont nécessaires tels qu'une bonne intégration dans la vie communautaire, une réelle collaboration entre le résident et l'équipe, une bonne intégration des règles de base de la maison ainsi que la réalisation d'une première synthèse. Une fois ce passage effectué, le résident est amené à gérer ses sorties de manière plus régulière. Lors de ses références, il évalue ses compétences et ses motivations pour maintenir son expérience d'abstinence dans une phase d'autonomie plus importante. Il recherche des partenaires afin de mettre en place son projet et prend le rôle de "co-intendant" dans la maison. En effet, il participe à toutes les activités selon les besoins et peut être amené à « parrainer » un nouvel arrivant.

Finally, after 6 months or more in exceptional cases, the resident defines their project « post-CRMT ». In general, the last three weeks at CRMT are the subject of work on the final exit. The resident spends more time outdoors and can also sleep elsewhere. At the end of their stay, they can decide to pursue a therapeutic approach by going to Toulourenc, or resume their life. This final assessment moment « final » often highlights an important element of the therapeutic process, which is the realization that the factor « time » is more important than imagined. The person realizes that they need more time to build their return to society, the process of emancipation being more laborious than they initially thought and it is most often this realization that led them to enter modules 2 and 3.

1.3 Secteur résidentiel : Le Toulourenc

Module 2 Bilan et orientation

Module 3 Consolidation



Le Toulourenc est une institution résidentielle à long terme situé à Troinex. Elle a été créée en 1978 et peut accueillir 10 personnes toxicodépendantes sevrées, sans traitement de substitution. En effet, pour le Toulourenc, l'abstinence est un moyen permettant aux personnes toxicodépendantes d'aboutir à un choix de vie. L'institution offre un accompagnement est un traitement aux personnes désireuses de prendre soin des difficultés et des souffrances liées, d'une part à leur dépendance, et d'autre part à des situations douloureuses, souvent antérieures à ce symptôme. Le cadre général du traitement socio-thérapeutique long terme permet aux résidents de regagner une confiance personnelle et une estime de soi suffisante pour retrouver une place au sein de la société. La durée du séjour s'étend sur une période de 12 à 18 mois, ponctuée de trois étapes. Le programme institutionnel est défini, avant l'entrée, par un processus d'admission, puis au fil des étapes du séjour. La première étape dure trois mois. L'objectif principal pour le résident est de trouver et de se faire une place au sein du groupe. Il est aidé par ses référents qui représentent un point de repère et une base de sécurité pendant tout le séjour. Le résident s'engage dans le programme institutionnel et expérimente divers moyens lui permettant d'évoluer, tels que la référence, les groupes thérapeutiques, les ateliers, le sport et la vie communautaire.

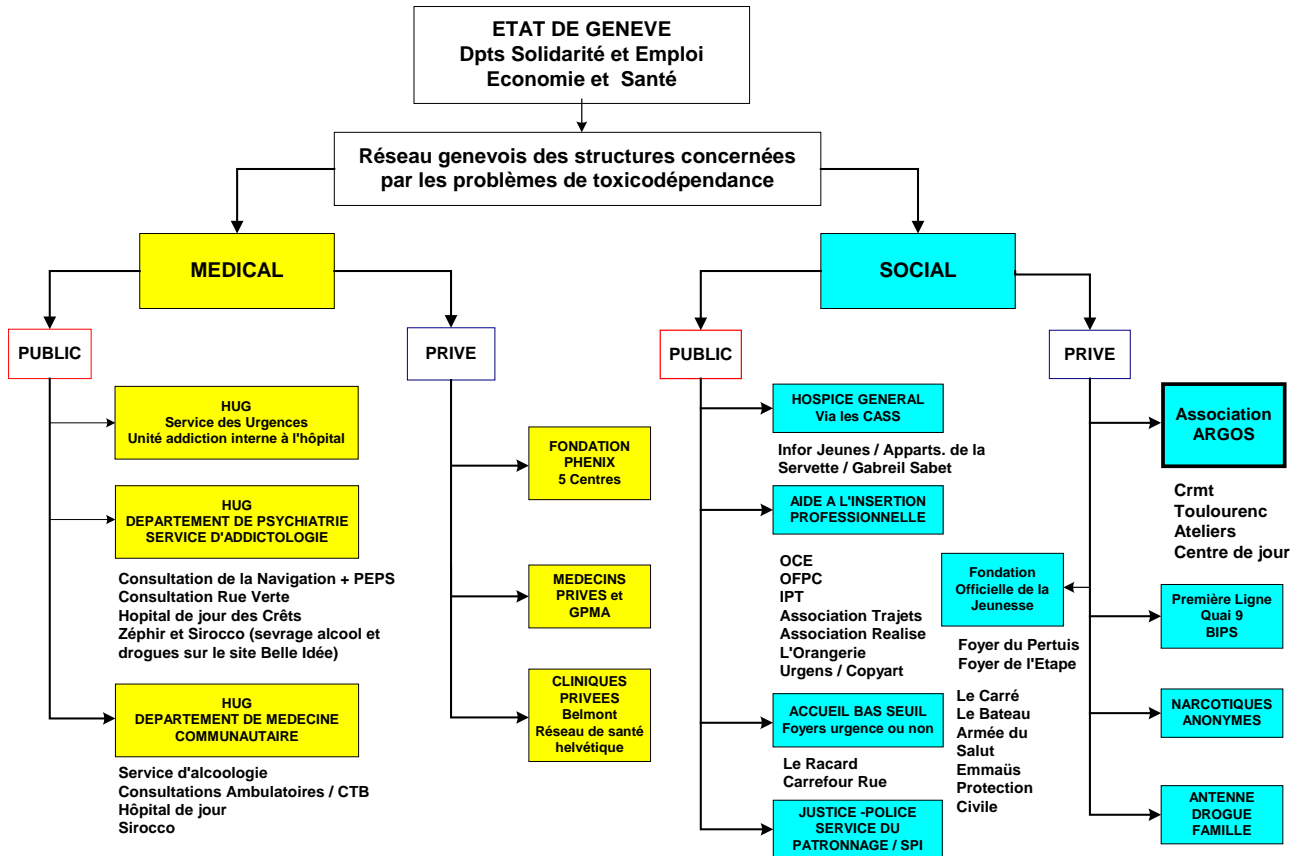
Après trois mois de vie communautaire, le résident s'engage dans un travail d'écriture qui marque le passage d'une première étape. Celui-ci contient son récit de vie, l'histoire de sa toxicomanie et des démarches effectuées pour s'en sortir, sa demande de poursuivre son

traitement et des objectifs personnalisés faisant l'objet d'un travail préalable avec ses référents. Lors de ce bilan une date de fin de séjour provisoire est fixée.

L'objectif principal de la deuxième étape est de continuer à approfondir la connaissance de soi tout en tenant compte des difficultés rencontrées à l'extérieur de l'institution en mettant en place des sorties le week-end de manière progressive.

La dernière étape vise à préparer le départ de l'institution qui représente la réinsertion sociale et professionnelle du résident. Lors de celle-ci, il effectue beaucoup de sorties sur l'extérieur et ne participe plus aux ateliers quotidiens du centre. Il met en place un maximum de contacts, fait des démarches pour l'obtention d'un appartement, d'un éventuel travail etc.

Annexe 2 : Carte du réseau genevois des structures concernées par les problèmes de toxicodépendance



Annexe 3 : Guide d'entretien

1. Histoire de vie

- Parle-moi de ton parcours de vie, et plus particulièrement par rapport à ta période de toxicodépendance ?

Si la personne ne l'aborde pas d'elle-même revenir sur :

- Quand as-tu envisagé d'arrêter ta conduite addictive ?
- Comment t'y es-tu pris(e) ? (Quel parcours de soin ?)
- Comment ton problème de dépendance a évolué ?

2. Phase de réinsertion

- Comment t'y es-tu pris(e) lors de ta réinsertion ? Comment s'est-elle mise en place ?
- Comment t'y es-tu préparé(e) ?

Si la personne n'y fait pas référence, revenir sur :

- As-tu été accompagné(e) dans tes démarches ? Comment ?
- As-tu rencontré des obstacles ? Lesquels ?
- Qu'est-ce qui t'a semblé essentiel ?

3. Domaine professionnel

- Que fais-tu aujourd'hui, as-tu trouvé un emploi ? Comment t'y es-tu pris(e) ?
- Si oui : Es-tu satisfait(e) de ce que tu as trouvé ?
- Si non : souhaites-tu trouver un travail ? Comment comptes-tu t'y prendre ?

Si la personne n'y fait pas référence revenir sur :

- Comment t'es-tu présenté(e) au moment de l'embauche ? As-tu fait référence à ton parcours de vie ? (que mettre sur le CV ?)
- Aujourd'hui, envisages-tu de travailler en continuant de consommer ?

4. Perspectives d'avenir

- Comment envisages-tu les prochaines années ? As-tu des projets ?

Si le sujet n'est pas abordé, revenir sur :

- Quel rapport entretiens-tu avec le produit aujourd'hui ? Es-tu satisfait(e) ? Comment penses-tu que celui-ci va évoluer au fil du temps ?

Annexe 4 : Retranscription des entretiens

4.1 Esteban

Esteban a 37 ans, il est né en Amérique du Sud et est arrivé à Genève en juin 1997, il y a 11 ans. En 1996, il rencontre sa future femme, une suisse, dont il tombe très amoureux. Il a une très bonne situation, et des projets dans son pays, mais elle le « convint » de la suivre en Suisse. Ils sont aujourd'hui divorcés mais vivent toujours sous le même toit car ils entretiennent de bons rapports.

C'est à l'âge 16 ans qu'Esteban commence à consommer de la cocaïne de manière régulière, et ceci tout au long de sa vie : *« je me considère encore addict même si en ce moment je n'en consomme plus... avec la cocaïne, c'est comme les alcooliques, on est toute la vie addict quoi...même si pour moi je me sens... Je suis en cure toujours, donc en cure de méthadone, mais je pense que je suis un addict reconverti, c'est comme un alcoolique qui ne consomme plus d'alcool, il est toujours alcoolique parce que dès qu'il prend un verre, il retombe... alors avec les drogues c'est pareil, bien que ce soit pas exactement comme ça, parce que je connais des gens qui on prit une ligne peut-être mais qui continue a ne pas retomber...mais... en général on peut dire que c'est presque la même chose... alors c'est mieux de même pas prendre un tout petit peu... »*

C'est en arrêtant de prendre de l'héroïne qu'Esteban se remet à reconsommer de la cocaïne de manière quotidienne et cela jusqu'à il y a peu de temps: *« j'ai arrêté d'en prendre il y a six mois et... pour l'héroïne j'ai arrêté il y a plus de trois ans, donc ça fait presque trois ans que je suis en cure de méthadone. Et par rapport à la cocaïne il y a six mois en arrière que j'ai arrêté... Bon il y a deux mois j'ai fait une soirée avec un copain, j'ai fait quelques lignes, mais mon problème c'était surtout de fumer la cocaïne, chose que je ne fais plus du tout... »*

De formation, Esteban est chimiste et laborantin, il a fait un Bac industriel en Amérique du Sud, pendant six ans. Lors des trois dernières années il s'est spécialisé en chimie et a décidé de devenir laborantin : *« j'ai travaillé dans du contrôle de qualité par exemple, pour la fabrication du parfum... Dans n'importe quelle partie de l'industrie qui a besoin d'un laborantin, donc chimie organique, inorganique etc. (...) J'ai fait l'apprentissage, j'ai fini, j'ai eu mon diplôme, et après j'ai continué en pharmacie, j'ai fait deux ans d'études en pharmacie... Après j'ai fait un peu de graphisme et après tout ça j'ai commencé avec l'informatique, et j'ai continué toujours avec l'informatique jusqu'à maintenant. Donc mon métier en fait aujourd'hui c'est informaticien, donc je fais du support informatique ; je travaille dans des banques, dans des sociétés, je travaille comme « help desk », donc comme technicien informatique quoi...je répare les ordinateurs si tu veux...»*

Ainsi, malgré ses difficultés liées à sa toxicodépendance, Esteban a pu mener à bien toutes ses études : *« j'étais déjà toxicomane pendant mes études puisque j'ai commencé à 16 ans, j'ai fini mes premières à 19 ans, et après j'ai continué à étudier de toute façon et à travailler aussi, j'ai continué de travailler toute ma vie... Pour dire, le meilleur travail que j'ai eu c'est un travail qui a duré trois ans, dans une banque ici en Suisse, et pendant ces trois ans j'ai pas beaucoup consommé... Je consommais toujours, mais pas beaucoup si tu veux... et à cette époque là, je*

prenais pas d'héroïne, pas encore à cette époque là... Mais dès que j'ai commencé l'héroïne, ça a été beaucoup plus dur de travailler... J'ai eu des missions, maximum six mois, mais en général à trois-quatre-six mois maximum, je finissais par perdre mon boulot, ou bien parce que je manquais, ou bien parce que les gens se rendaient compte que j'étais un peu bizarre ou... Y'avait toujours quelque chose qui bloquait un peu la possibilité de continuer dans le boulot parce que les gens se rendent compte qu'il y a quelque chose qui n'est pas nette quoi...(...) Surtout avec l'héroïne parce que tu t'endors, et puis la couleur de la peau elle est grise, verte on a une couleur de malade quoi...Alors qu'avec la cocaïne c'est pas le cas, ça se voit beaucoup moins... même si avec la cocaïne, on est très nerveux, on a des sautes d'humeurs, on se fâche pour n'importe quoi, on est un peu lunatique, physiquement, ça se remarque moins(...) »

Esteban obtient donc un titre en tant que laborantin ainsi qu'en tant qu'informaticien « help desk », formation qu'il effectue en Suisse, à l'IFAG. A la suite de ce papier, il se spécialise dans divers programmes « Microsoft » et obtient différentes certifications toujours en tant qu'informaticien : « *la dernière certification je l'ai faite la semaine passée, et il me manque encore quatre certifications pour devenir ingénieur Microsoft, donc je pense encore continuer. Bon maintenant je vais partir en vacances, mais quand je reviens je vais finir mes certifications.* »

Bien qu'il ait toujours maintenu un emploi, sa démarche de soins fut longue : « *ça a commencé il y a trois ans en arrière, et la première chose que j'ai fait c'est de... bon, j'avais déjà commencé une cure de méthadone pour arrêter l'héroïne, mais je me piquais avec la méthadone, pendant des années et des années, donc je l'utilisais pas du tout comme un remède, mais comme une drogue... et ça a fait que mes bras sont assez marqués, j'ai des grosses grosses marques à cause des piqûres, c'est vraiment comme si c'était brûlé... Mais ça c'est la méthadone, c'est parce que c'est pas fait pour s'injecter, si je m'étais piqué avec de la coke ou avec de l'héroïne j'aurais probablement rien, mais la méthadone, c'est trois fois pire... Parce que c'est pas fait pour ça... mais l'effet est similaire à l'héroïne. Donc il y a presque six ans que j'ai arrêté l'héroïne, et il y a trois ans j'ai commencé à vouloir arrêter la coke... Parce que mon problème principal c'était la cocaïne parce que ça a toujours été présent dans ma vie... Alors il y a trois ans j'ai commencé à aller à la clinique de Belmont, avec l'aide de Marc, un éducateur de l'Entracte, et mon médecin privé, je les voyais les deux, et bien ils m'ont aidé à aller à Belmont...Après ça, je suis allé au CRMT, bon je suis resté qu'un mois parce que je supportais pas la vie en communauté, mais j'ai essayé d'arrêter la coke complètement et les piqûres de méthadone... J'ai réussi un moment mais après je suis retourné dans les piqûres et avec la coke aussi, mais j'ai continué à voir Marc tout le temps... A cette époque là, je le voyais deux fois par semaines, après j'ai continué à le voir une fois par semaine, et il y a trois ans qu'on continue de se voir, et il m'a beaucoup beaucoup aidé jusqu'à maintenant, et il y a six mois en arrière j'ai réussi à arrêter vraiment tout, les piqûres et tout quoi... C'est un travail constant et puis a un certain moment il y a un déclic et tu te dis « là j'arrête complètement... ». Je pense qu'il y a beaucoup de choses qui doivent se mettre en place dans ta vie qui te permettent d'arriver à ce point là, et la croissance personnelle de chacun. Si tu arrives à un point et que tu te demandes : « Pourquoi je continue là ? Est-ce que je vais pouvoir arriver à grandir, ou arriver à mes objectifs comme être humain, en continuant tous le temps avec les substances... ? Et tu te rends compte que le produit n'est pas fait pour quelqu'un qui veut arriver quelque part... (...) Le travail que j'ai fait avec Marc c'était surtout sur moi-même, et les autres choses, comme le travail, ou les études et le fait de m'engager avec quelqu'un, tout*

ça c'est secondaire... Bien que ça t'aide, parce que tu prends un engagement et ça t'aide à tenir, mais le plus important c'est de pouvoir faire un travail avec toi-même... »

Compte tenu de son histoire de vie et du fait qu'il n'ait jamais cessé de travailler, Esteban n'a pas été confronté à des démarches de réinsertion sociale ou professionnelle, car il n'a jamais été « exclu » de la société : *« j'ai été pas mal au chômage, mais j'ai toujours réussi à retrouver du travail, à continuer à travailler, j'ai eu des petites périodes de quatre mois maximum ou j'ai été à l'Hospice Général mais j'ai retrouvé du travail derrière et... ça c'est grâce à mon expérience de travail surtout, au fait que je connais beaucoup de choses dans l'informatique, je suis bon là dedans, et aussi parce que j'ai pas une trop mauvaise présentation. J'ai la chance que ça se voit pas le fait que je me drogue ou que je me droguais... ça se voit pas trop dans ma façon d'être... Donc je pense que c'est un tout, et c'est aussi une question de chance... Donc moi je peux pas dire que je suis quelqu'un qui a été en dehors de la société quoi... Je n'ai jamais été à la gare pendant des mois, je n'ai jamais dormi je sais pas... dans des trucs où il y a des SDF, j'ai jamais été en prison de ma vie donc voilà quoi... J'ai toujours réussi à avoir des bonnes relations avec les gens avec lesquels j'ai travaillé et du coup avoir des bons certificats... Alors, je ne suis jamais parti en claquant la porte, vraiment mal, on ne m'a jamais trouvé entrain de me droguer... C'était toujours un peu pas très clair pourquoi je perdais le travail... Bien qu'ils savaient souvent, le fait que j'avais des bonnes relations et qu'ils étaient contents de mon travail sauvait le truc... Donc je gérais quand même quoi, mais si tu veux vraiment garder un job dans la continuité, t'as besoin d'être abstinent pour avoir une vie normale et arriver à... à franchir des échelons hiérarchiquement parlant, arriver quelque part quoi... Tu peux pas réussir à avoir une carrière dans ton travail si tu ne t'abstiens pas du produit quoi... c'est impossible. Je veux dire, il y a des cas, mais c'est vraiment infime... Si j'avais arrêté des années en arrière, aujourd'hui j'aurais, je serais probablement gérant, ou manager informatique... J'aurais un super poste tu vois ?... Sans aucun doute, je suis sûre de ça... et je vais avoir 40 ans dans trois ans, donc rien qu'en Suisse j'ai travaillé 10 ans donc... Sans aucun problème j'aurais réussi à monter... Mais bon, c'est toujours les drogues qui ont toujours fait, à la longue, des histoires... »*

Ainsi, le soutien qu'Esteban a reçu était principalement « psychologique » et non au niveau de sa réinsertion professionnelle. Le travail introspectif qu'il poursuit avec Marc lui permet de mieux comprendre certaines choses et d'avancer dans son travail d'abstinence. Pour lui, le facteur ayant eu le plus de place dans sa « lutte » vers une non-consommation est le travail : *« Depuis que j'étais petit ma maman me disait... Mon grand-père était directeur d'un hôpital par exemple, ma mère est prof de gym et d'anglais et maîtresse d'école, mais elle s'est prostituée toute sa vie à côté de ça, mais... Elle a réussi à faire quelque chose de sa vie, malgré tout ça... Mon père il a même pas fini son école primaire et il a volé toute sa vie, il était délinquant, il a été en prison, après il a travaillé comme chauffeur de camion mais... Il est très bon mécanicien, parce qu'il a appris sur le tas. Actuellement il travaille comme mécanicien, il a réussi à avoir un atelier mécanique mais bon... Pour moi, j'ai la croyance qu'on doit arriver à faire quelque chose de sa vie. Pour moi quelqu'un qui arrive à 60 ans et qui a travaillé 40 ans comme... Je sais pas... comme par exemple serveur dans un restaurant, moi je me sentirais vraiment mal quoi... Je sentirais que je n'ai rien fait dans ma vie... Il me semble que si je commence comme garçon de restaurant et que après il devient maître d'hôtel et que après il arrive à acheter mon propre restaurant, il y a une évolution quoi... Même dans l'informatique, j'ai commencé en répondant au téléphone, après ça j'ai fait des petits projets, et après ça je suis devenu technicien quoi... Maintenant je travaille comme technicien, donc il y a quand même eu une évolution, et je vise à*

être ingénieur, donc... Il me semble qu'il faut avoir des objectifs dans sa vie, et pas se dire « je m'en fou je vais toujours faire la même chose »... Pour moi il faut vouloir... et effectivement le travail c'est super important parce que c'est ce qui te permet d'être dans la société et d'arriver à faire quelque chose. Parce que quand on parle du fait d'arriver à être quelqu'un dans la vie, c'est bien entendu dans le sens du travail... parce que sinon dans quoi ?... (...) »

Esteban explique le fait qu'il ait consommé des stupéfiants sur une période si étendue, entre autre de part le fait qu'il ait toujours pu garder cette continuité professionnelle : *« si j'avais perdu mon boulot, ma maison et si je m'étais retrouvé dans la rue avec vraiment plus rien, probablement que j'aurais fait plus de choses pour m'en sortir plus vite... Mais le fait de toujours avoir pu « gérer » un peu, a fait que je me suis drogué plus longtemps... Mais je pense que le fait de l'âge m'a aidé à vouloir arrêter, et aussi parce qu'avec ma femme ça ne se passait pas très bien. Bon, elle a 20 ans de plus que moi, donc quand on s'est marié j'avais 26 ans, maintenant j'ai 37, donc ça fait 11 ans, et puis eum... Elle a 57 aujourd'hui, elle a toujours été derrière moi, pour m'aider, me seconder, payer des trucs pour moi, bon elle a toujours eu un super bon boulot... Mais elle a toujours été un peu comme une « maman » pour moi... Mais il y a 3 ans en arrière je me suis quand même dit que c'était pas possible non plus que je continue jusqu'à que j'aie 60 ans à avoir une maman... Et à supporter que au moment où j'ai plus de boulot je continue à me droguer parce que de toute façon y'a ma femme qui continue à me payer tout, à subvenir à mes besoins et tout... Je me suis dit qu'il fallait quand même que j'arrive à faire quelque chose de ma vie moi tout seul, que j'arrive à être indépendant et autosuffisant... Voilà... Maintenant il faut que je puisse me reconstruire physiquement aussi un peu, j'aimerais voir si je peux améliorer mes mains, si je peux faire une chirurgie ou quelque chose pour améliorer un peu mes mains et mes bras, et bosser, bosser, bosser quoi... Mon objectif à relativement court terme, c'est d'avoir un bon boulot, d'avoir un appartement à moi et de le payer moi tout seul, et de pouvoir m'en sortir de mes dettes... Parce que j'ai presque 70'000.- d'impôts et je voudrais finir avec tout ça... (...)* »

Actuellement, Esteban est au chômage et postule dans différentes entreprises : *« j'ai eu des entretiens la semaine passé, même hier j'ai eu un bon entretien, mais bon, la semaine prochaine je pars en vacances pur un mois, ça fait 3 ans que je suis pas retourné dans mon pays, ma famille me manque beaucoup... Donc ça va m'aider à me ressourcer, ça va me rendre plus fort pour affronter ce qui vient, et continuer à être abstinent et avoir un bon boulot, un appartement et tout... Et je voudrais finir avec la metha à la fin de l'année, ou maximum jusqu'en mars 2010. Parce que j'en ai vraiment marre de prendre ça, c'est vraiment chiant, parce que tu transpires, tu as chaud-froid, tu bailles, tu as les bras qui te piquent, qui t'embêtent... Y'a toujours des effets secondaires donc tu te sens jamais vraiment bien... Même en l'utilisant comme un remède... La méthadone je trouve que c'est l'erreur de ma vie, j'aurais jamais du prendre de la méthadone... J'aurais du rentrer au CRMT ou à la clinique Belmont, directement en arrêtant l'héroïne sans prendre la méthadone. Parce que là si je prends pas la méthadone, c'est trois fois pire que si je prenais plus d'héroïne, c'est horrible, le mal dure beaucoup beaucoup plus longtemps... Avec l'héroïne tu vas te sentir mal peut-être pendant 3-4 jours mais après ça passe... La méthadone ça peut durer un mois, ou un mois et demi... Et ça passe pas quoi, c'est horrible... ça reste dans ton foi, c'est comme un médicament retard, ça dure dans ton corps pendant plus longtemps... tandis que l'héroïne s'élimine beaucoup plus vite... »*

4.2 Nora

Nora est une jeune femme de 26 ans originaire du canton de Genève. Elle a une sœur jumelle et un grand frère, de six ans son aîné.

Elle vit une enfance ordinaire, ponctuée de phases difficiles : *« les non-dits étaient le quotidien de notre communication...mon père trompait ma mère, qui était femme au foyer... »* A l'âge de 15 ans, pour échapper à l'ambiance familiale devenue trop lourde suite aux problèmes de couple de ses parents, elle se réfugie dans les soirées « techno ». Elle commence également à fumer des joints et prendre des drogues tels que des ecstasys : *« en doublant ma neuvième j'ai vraiment commencé à fumer beaucoup de joints et à démissionner à l'école, et puis j'étais pas intéressée par aller au collège donc j'ai opter pour l'école de commerce, pour faire le diplôme, comme c'était censé être plus facile pour moi on va dire... donc la première année de diplôme j'ai complètement démissionné, et en même temps je commençais à prendre pas mal d'ecsta, continuer à aller en soirée techno tous les week-end, donc je vivais un peu que pour les soirées du week-end, puis la semaine c'était un peu le coma... Donc du coup j'ai raté ma première année de diplôme, et après je suis partie trois mois en Allemagne pour pouvoir me changer un peu les idées, rejoindre ma sœur là-bas qui était jeune fille au père, avant de commencer un apprentissage dans une banque à la rentrée suivante. »* Son voyage en Allemagne se passe bien mais elle continue d'aller beaucoup en soirées, avec sa sœur et des amis de celle-ci. Ainsi, elle prend toujours passablement de drogues telles que des ecstasy, du speed et du LSD, mais cela toujours dans un contexte festif.

Lorsqu'elle rentre à Genève, elle commence son apprentissage dans une banque pendant deux ans et demi. Durant sa première année, elle fait la connaissance d'un garçon dont elle tombe amoureuse : *« suite à mon séjour en Allemagne, avec tous ce que j'avais pris, j'ai fait une grande dépression et pendant six mois je me suis un peu isolée chez moi, je sortais que pour aller travailler ou aller à l'école... je restais dans ma chambre, je parlais plus à mes parents, c'était un peu l'ambiance de merde, et un jour je me suis dis « allez, il faut que je sorte, j'en peux plus », alors j'ai pris un peu de coke et puis je suis allée en soirée, et j'ai rencontré un copain, et en fait on est resté un mois ensemble, c'était du grand n'importe quoi... et après ça, une fois je suis retournée en soirée, et j'ai rencontré un gars, avec qui je suis resté deux ans, c'était un de mes grands coups de foudre de mon adolescence, enfin, j'avais 18 ans... »*

Ainsi, elle rencontre Jonathan. Celui-ci habite en Valais et prend de l'héroïne de temps en temps, en soirée : *« un soir, on s'est retrouvé au bord du lac à Lausanne, et puis moi j'avais envie de connaître quelque chose de nouveau et de voir un peu pourquoi il en prenait, donc j'ai pris mon premier raie d'héro là-bas, (...) j'ai pas mal croché, mais j'ai quand même mis six mois avant d'y retoucher... et puis après une fois j'étais à un apéritif pour une soirée de la banque et puis j'ai bu, et puis après je me suis dit : « tiens pourquoi pas prendre un peu d'héro ? ». J'étais jamais allée à Genève, pour chercher, je connaissais pas en fait, à par à travers Jonathan et Lausanne... et puis à partir de ce jour là, ben je suis allée tous les jours chercher mon paquet à la gare quoi... j'y allais, je faisais tous en cachette...la semaine je consommait tous les jours, mais en cachette, donc je bossais, mais je prenais en même temps, je le faisais aussi en cachette de Jonathan parce qu'on s'était mis d'accord qu'on consommait une fois par semaine, le week-end quand on sortait... (...) pendant une année j'ai fait comme ça, donc en consommant en cachette la semaine et puis sans me cacher le week-end, en pensant que vu que je le disais pas*

j'étais qu'une toxico du week-end tu vois... et un jour il l'a appris, donc je me cachais plus, et puis j'ai cru comprendre que lui aussi, mais j'ai jamais vraiment su... (...) »

Elle a alors 18 ans et ne se cache plus pour consommer. Elle continue de fonctionner en consommant toute la semaine tout en travaillant à la banque, ceci pendant deux ans. Pendant la première année, elle « gère » sa consommation : « *de 18 à 19 j'ai géré parce que j'étais pas tout de suite malade, j'ai mis un certain temps à être malade, à ressentir le phénomène du manque, donc bon, ça me dérangeait pas plus que ça quoi...j'étais toujours un peu fatiguée, peut-être le rhume et tout, mais j'étais pas consciente que c'était dû au fait que j'étais en manque d'héroïne...(...)* ça, ça a duré une année, parce qu'en fait ma sœur elle fouillait un peu dans mes tiroirs, mes habits etc., parce qu'elle se doutait bien qu'il y avait quelque chose qui clochait par rapport à mon attitude et tout ça, et une fois elle a trouvé cinq grammes d'héroïne dans mes affaires et elle est allée dire à mon père... Du coup, il est venu vers moi pour me demandé ce que c'était et tout, puis il était assez désemparé, par rapport au problème quoi... il m'a demandé ce que je faisais avec ça, et puis je lui ai dit que c'était pour me faire de l'argent, que j'en vendais, mais que j'en prenais pas, et du coup il voulait le jeter aux toilettes, et moi je lui ai dis : « non je t'en supplie le jette pas, ça vaut beaucoup d'argent...rends le moi, je vais le vendre et je te jure que j'y toucherai pas.... » puis en fait il me l'a rendu... pour te dire à quel point il savait pas quoi faire quoi...(...) donc à partir de ce jour là, j'ai été obligée d'admettre que je consommais en fait, et en parler franchement à mes parents... et mon père m'a amené chez un de ses amis qui était médecin pour voir ce qu'on pouvait faire pour me prendre en charge médicalement...mais finalement son copain médecin il était un peu désemparé, donc il m'a adressé à la Rue verte¹⁰, (...) puis là, j'ai commencé à prendre de la méthadone...j'avais 19 ans. Donc j'allais tous les midis à la pause, chercher ma méthadone, puis je revenais à deux heures pour bosser... »

Ainsi, elle continue son apprentissage bon gré mal gré. Cependant, étant donné qu'elle avait pris passablement d'héroïne durant une année, elle ne sentait plus l'effet de la méthadone, ni même de l'héroïne, qu'elle continuait de consommer, malgré son traitement. Elle décide alors de prendre des benzodiazépines¹¹ : « *je crois que c'était la pire période de toute ma toxicomanie... t'es toujours dans le brouillard, tu te souviens jamais de rien, j'ai fais n'importe quoi...enfin vraiment...(...)* ça te stone à fond, alors en fait puisque j'en prenais trop illégalement, la Rue verte m'en a prescrit, mais en petite dose, comme ça j'en prendrais moins, mais finalement c'était un peu le schéma infernal, parce que j'en prenais tout le temps, je dormais tout le temps... Enfin, j'ai des souvenirs très flous de cette période parce que j'étais toujours dans le coaltar, je me souvenais de rien... donc du coup, vu que Jonathan, il prenait pas de médic', ça c'est mal passé, parce que j'étais toujours HS (« hors-service »), donc c'était très difficile... (...) j'étais mal et hyper angoissée, je croyais qu'il me trompait tout le temps, enfin c'était horrible quoi ! (...) Donc du coup on a fini par se séparer, moi j'ai continué de plus belle parce que je m'étais dit : « tiens ben je vais pouvoir me droguer en paix maintenant ».

¹⁰ La Rue verte est un endroit où l'on peut trouver des renseignements, des conseils, ainsi que des soins pour les personnes souffrant de dépendance aux différentes drogues (sauf alcool).

¹¹ Les benzodiazépines (BZD) sont une classe de [médicaments](#) aux propriétés [hypnotiques](#), [anxiolytiques](#), [antiépileptiques](#), [amnésiantes](#) et [myorelaxantes](#). Les benzodiazépines sont souvent utilisées pour soulager à court terme l'[anxiété](#), l'[insomnie](#) sévère ou incapacitante. L'usage à long terme peut être problématique à cause de l'apparition d'une [tolérance](#) et d'une [addiction](#) (dépendance). (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Benzodiaz%C3%A9pine>: définition temporaire avant d'en trouver une dans la littérature)

Elle poursuit sa troisième année d'apprentissage en « jonglant » entre le travail et la drogue : « *je consommais beaucoup à côté du travail, mais quand je bossais j'essayais de pas prendre de médic, j'arrivais à gérer... et en fait à six mois de mon CFC, je gérais plus du tout, j'avais sombrer complètement et puis j'étais émotionnellement super fragile... je faisais que pleurer, j'étais vraiment... limite suicidaire, vraiment mal, tellement seule, c'était horrible quoi... et un jour je me suis endormie sur mes papiers à la banque, donc s'est mal passé ! Ils avaient bien remarqué que quelque chose clochait parce que j'étais blanche comme un linge, j'avais une salle gueule, et finalement ce qui c'est passé c'est que j'ai expliqué à mon patron ma situation, et puis on a eu un entretien, ma mère est venue parler, et ça c'est terminé comme ça, en me disant qu'il fallait que j'aie me soigner quoi... donc on a été à la Rue Verte, et ils nous ont parlé des entretiens de familles parce que c'était quand même très problématique dans ma famille, la situation avec ma sœur, la crise conjugale, c'était un peu le bordel... Alors on a eu une réunion de famille à la Rue Verte, mais c'était l'horreur, je m'en souviens encore, j'étais là « mais mon Dieu ! » j'étais tellement à l'ouest, mes parents tellement désemparés, ça avait juste servi à rien à par souligné le malheur qu'il y a avait dans la famille... ! Et puis une fois, ce qui s'est passé c'est que j'étais allée voir des potes sur Martigny, et en rentrant dans le train, j'étais un peu HS et j'ai rencontré un mec dans le train, puis on s'est donné nos numéros. Et puis un jour je suis retournée à Martigny pour revoir ce mec, mais j'étais un peu blindée de pleins de trucs, j'étais pas bien, et en sortant du train, en marchant un peu, je me suis tordue la cheville... et je me suis relevé je pensais que ça allait passé, que c'était parce que j'étais bourrée, mais en fait quand je me suis réveillée j'étais à l'hôpital, je m'étais cassé le tibia péroné, tellement j'étais fragilisée... (...) j'ai eu une semaine de convalescence et j'ai rencontré le psy qui s'occupe de la toxicologie à l'hôpital, et il m'a redonné des adresses, et y'avait l'Entracte dedans... Alors suite à ça j'ai pris contact avec l'Entracte et j'ai eu mes premiers rapport avec Michèle, et elle m'a un peu dit quelles étaient mes possibilités et tout... »*

A ce moment là, Nora à 20 ans, et en mai elle se fait hospitaliser au Crêts¹² puis repart dans sa famille ou elle suit un traitement pendant quatre mois. Mais cette période est très difficile car sa mère est en dépression et que sa situation familiale est toujours tumultueuse. Ainsi, elle se refait hospitaliser aux Crêts¹³ pour un sevrage, afin d'arrêter la méthadone et les benzodiazépines. Là-bas, on lui reparle du CRMT et du Toulourenc : « *on m'a parlé du CRMT et je me suis dit « pourquoi pas ? » de toute façon j'avais plus rien à perdre... donc en 2002 je suis entrée au CRMT pendant 6 mois, et après ces six mois je me suis rendue compte que c'était pas suffisant, et que les gens aux CRMT poursuivaient souvent avec le Toulou, et que moi j'avais peut-être aussi envie d'aller là-bas... mais j'avais pas vraiment conscience dans quoi je mettais les pieds, j'étais un peu à coté de la plaque peut-être, mais j'y suis quand même allée, j'ai fait mes 18 mois là-bas, ça c'est bien passé... enfin... Ma mère était à Bel-Idée, donc je voulais pas que ma famille vienne en entretien, je voulais même pas en parler ni y penser, donc c'est quelque chose que j'ai pas du tout abordé, j'ai surtout reconstruit des choses par rapport à la réinsertion, par rapport à mon apprentissage, pour pouvoir terminer cette troisième année et avoir ce papier, aller jusqu'au bout... »*

¹² **Villa les Crêts** : centre résidentiel dans lequel les personnes souffrant de toxico-dépendance peuvent effectuer un sevrage d'une ou plusieurs substances. Les personnes pouvant bénéficier d'un traitement sont : des personnes en crise psychiatrique et/ou sociale, sous traitement de substitution, désirant se stabiliser et/ou se sevrer d'autres substances; adolescents toxicomanes, personnes dépendantes de l'alcool avec co-dépendance à une autre substance. Le centre accueille uniquement les personnes le souhaitant (entrée volontaire).

Ainsi, pendant son séjour, elle effectue six mois de stage chez Christie's, car son beau-frère y travaille. Elle est en quelque sorte son assistante : « pendant 6 mois je bossais à 50% tous les matins et l'après-midi je retournais au Toulou pour les groupes, les trucs comme ça, donc c'était chouette et j'aimais bien ce que je faisais... C'était un monde à part, que je connaissais pas, la vente aux enchères, c'est des trucs démesurés, et en même temps ça m'a beaucoup redonné confiance en moi, je me suis dit : « tiens, si j'arrive à débarquer dans un tel milieu et fréquenter de telles personnes... » Ça m'avait booster, et j'y croyais... Et puis parallèlement j'avais trouvé un apprentissage pour septembre... » Mais il s'avère que sa sortie du Toulourenc est prévue pour juin et qu'entre temps, durant les vacances scolaires, elle n'a rien de prévu. Elle trouve toutefois un apparemment par le biais de son beau-frère, elle est très positive, mais cela se « gâte » rapidement : « ce qui s'est passé c'est que j'ai eu un retour de manivelle par rapport à la liberté, j'avais 22 ans, c'était l'été... j'ai eu un surplus de liberté qui m'a péter dans la gueule... du coup j'allais boire quelques verres, j'ai fumé quelques joints, et j'avais rien à faire, parce que tous le monde bossait, je savais pas quoi faire... et du coup je me suis vite retrouvé dans un truc où j'avais rien à faire, j'étais seule, y'avait pas mal d'ennui finalement... parce que j'avais pris l'habitude de toujours être avec des gens, de toujours avoir quelqu'un sous la main, quand j'étais au Toulou, j'étais toujours entourée, y'avait toujours quelqu'un à qui parler... Du coup, quand je me suis retrouvée seule dans mon studio avec personne à qui parler, c'était un peu trash... (...) J'allais en posture faire un petit check chaque deux semaines, ou chaque trois semaines pour voir comment j'allais, mais bon... ce n'était pas suffisant... moi ce qui m'aurait convenu à l'époque je pense c'est quelque chose comme des appartements protégés, où on est plusieurs, on est libre, mais ya toujours quelqu'un... »

Ainsi, dans cette dynamique où l'ennui fait partie de son quotidien, Nora se demande chaque jour si elle n'aurait pas meilleur temps de retourner au produit. Et un jour, elle craque : « un soir j'ai bu un peu trop et puis je suis allée chercher... mais en fait j'étais tellement culpabilisée en rentrant chez moi, que j'ai tout jeter aux toilettes, sans rien tirer, j'ai tout jeter... Mais le lendemain, alors que j'étais plus bourrée, plus rien, je suis retournée en acheter... ça m'avait déclenché le truc... et voilà ! Donc j'ai commencé à reconsommer tout l'été, sans dire à mes amis, (...) » Elle continue donc à « jongler » une fois de plus entre la drogue et ses amis, cachant à tous le monde sa consommation. A la fin de l'été, elle a 23 ans, et rencontre Max, un garçon avec qui elle avait pris de la drogue mais qui n'en prenait plus : « du coup on s'est un peu tenu à carreaux les deux, on s'est un peu auto-réguler... mais ça a vite dérapé, j'ai commencé à reprendre de l'héro sans lui dire, donc je jonglais, aussi avec lui... »

Arrivé en septembre, elle commence sa troisième année d'apprentissage au sein d'une Mairie dans le canton de Genève : « là bas ils savaient d'où je venais quels étaient mes problèmes et tout, parce qu'en fait ils reprenaient des gens qui avaient une année à finir et que personne voulait reprendre, un peu pour leur redonner une chance pour finir leur troisième année... (...) donc j'ai fait tous les départements à l'intérieur de la Mairie, c'était pas compliqué et pas forcément très intéressant, y'avait pas mal d'histoires internes à l'entreprise, donc j'ai vite recommencé à avoir une double vie, j'avais les cours, j'avais l'entreprise et puis entre temps je faisais des allés-retours avec la gare... (...) et je jonglais aussi toujours avec Max, quand je le voyais je consommais pas, quand je le voyais pas, je pouvais consommer, puis petit à petit j'ai commencé à même plus respecté ça, donc à la fin, j'étais même pété chez lui... Mais on est resté quand même toute l'année scolaire ensemble, et juste avant que tous les examens commencent ça s'est

terminé, à cause de moi, parce que je continuais la drogue et tout... Mais malgré ça début juin, il était toujours là pour me soutenir, m'appeler le matin pour que je me réveille et tout ça, mais moi j'étais toujours dans la poudre et tout ça... Mais du coup j'ai passé mes exas sans stressé le moins du monde (rires), haut la main en plus, j'ai eu tout entre 5 et 6, sauf en compta ou j'ai eu un 2 mais je m'en foutais... Donc j'ai eu mon CFC, j'étais super contente, j'ai terminé mon contrat à la Mairie, ils étaient supers contents, ils m'ont quand même donné 500.- pour me remercier, c'était cool, mais en même temps j'avais quand même réussi à donné le change, donc c'était pas complètement chaotique... Donc quand j'ai été libérée de tout contrat, j'ai été à Belmont¹⁴ deux semaines pour me retaper et recommencer quelque chose de plus saint on va dire... »

Après ces deux semaines, elle est engagée pour six mois par le père d'un ami au TCS où elle commence à travailler, mais ce poste ne lui plait pas du tout : *« je devais faire que de classer des trucs de merde toute la journée, je bossais avec des gens que j'aimais pas forcément... Du coup, depuis Balexert j'allais à la gare, et du coup ça a recommencé tout de suite quoi, direct après mes deux semaines, c'était reparti. »*

Ainsi, elle recommence le « jonglage » entre le travail et la drogue et parvient à effectuer ses six mois non sans peine, mais lorsque le contrat s'arrête elle retourne à Belmont : *« j'ai dis stop , et on m'a dit stop, le père de mon copain savait quand même très bien, il était compréhensif, il m'a quand même gardé mais il m'a aussi dit qu'il fallait que je fasse quelque chose... donc je me suis mise au chômage et j'ai fait trois semaines à Belmont. »* Là bas, elle reprend contacte avec Michèle, l'éducatrice de l'Entracte, et lui exprime son souhait de reprendre un travail familial, qui commencera quelques temps plus tard, avec un autre éducateur d'Entracte.

Toutefois, lorsqu'elle sort de Belmont, elle replonge rapidement dans un contexte difficile : *« quand je suis sortie c'était la période des fêtes, donc j'ai fêté les fêtes en famille, j'étais sevrée, ça allait... Après je suis allée aux Diablerets avec des potes à la montagne pour faire une semaine de ski, et j'ai quand même pas mal picoler là-bas parce que c'était quand même la fête, c'était pas glauque, mais c'était pas non plus une ambiance très saine... et le dernier jour j'ai voulu prendre un somnifère à base de plantes, un truc homéopathique, pour m'aider à dormir, mais j'en ai pris trop, et du coup j'ai déliré toute la nuit, je voyais des choses, je croyais que le père d'une copine était mort, c'était horrible... Du coup je suis rentrée à Genève parce que je me sentais trop mal... et du coup la première chose que j'ai fait quand je suis rentrée à Genève c'est que je me suis acheté de la dope quoi... j'avais tellement un sentiment de malaise, c'était horrible... »* Ainsi, elle repart dans un engrenage. Etant au chômage elle a d'autant plus le temps pour « s'y perdre »... Elle va donc régulièrement à Quai 9¹⁵ et côtoie le milieu « de la rue » de plus près : *« là c'était vraiment la dèche quoi, c'était la rue, bon j'avais toujours mon appart, mais je trainais toute la journée à rien faire, j'avais pas trop de tunes, donc je passais ma journée à trouver des plans, des trucs comme ça... j'avais faim, j'arrivais plus trop à m'acheter à manger, c'était un peu la merde quoi... du coup là j'ai commencé à me shooter (injection), parce que bon, je voulais passer à quelque chose de supérieur, parce que j'avais aussi moins de sensations... Mais en fait j'ai pas les veines pour donc je me suis vite niqué les veines et puis, voilà quoi... je me suis dit qu'il fallait que je m'arrête... et donc j'ai repris contact avec Michèle,*

¹⁴ La clinique Belmont accueille toutes personnes souffrant de problèmes de dépendance, ceci de manière ambulatoire ou résidentielle. Le programme thérapeutique de la Clinique Belmont a pour objectif d'aider chaque patient à construire et à consolider sa personnalité afin de maintenir son abstinence dans une perspective de long terme. (<http://www.cliniquebelmont.ch/fr/>)

¹⁵ Quai 9 : espace d'accueil et d'injection pour les usagers de drogues à Genève

parce qu'entre temps donc, j'avais commencé à refaire des entretiens seule avec elle, et puis après avec ma mère, mon frère et sa copine, ma sœur aussi, et à la fin y'a même mon père qui est venu, donc y'avait toute la famille qui était là, donc c'était assez difficile et assez éprouvant, et puis j'ai remarqué que je consommait plus quand je les voyais, parce qu'il y avait pas mal d'angoisses et tout, pis eux ça les brassaient, c'était chaud quoi... Et puis en fait en discutant avec Michèle, on s'est demandé si ça serait pas possible de continuer les entretiens de famille, mais en étant en institution... Et à partir de là l'idée à germer... »

Ainsi, elle entreprend un sevrage aux Crêts pendant trois semaines, après quoi elle entre au CRMT pensant n'y rester qu'un mois ou deux afin de garder son appartement. Mais elle se rend rapidement compte que ce temps est beaucoup trop court et qu'elle a besoin de sécurité pour ne pas replonger. Elle fait donc la demande pour refaire un séjour au Toulourenc, qui n'est pas acceptée tout de suite. Finalement, elle y entre en novembre 2008 : *« je sors bientôt et j'espère que ça se passera bien... ça sera difficile... c'est clair que j'ai peur, parce que je repense à tout ce qui s'est passé, et avec l'incertitude que j'ai en moi je me dis « putain mais... ! »... au début je pense que je vais devoir tout le temps me remettre en question, toujours me dire « non, j'y vais pas, non » ça sera un peu un combat de tous les jours... il faut que je me délimite un propre cadre, qui sera le mien et que je respecte quoi qu'il advienne... il faut que je me l'approprie et que je l'habite à 100% ... (...) »*

A la fin de son séjour, Nora a comme projet de partir plusieurs mois en Irlande afin d'apprendre l'anglais dans une école : *« j'espère que ça va marcher cette histoire d'école, pour que je puisse avoir ces trois mois encadrer et que je débarque moins... Y'aurait déjà un cadre, j'aurais l'école toute la journée, je verrai des gens qui seraient sur le campus, donc dans une ambiance plus light et tout... Je serai quand même dans un milieu un peu protégé quoi... C'est pas comme si je débarque avec mes deux valises dans un pub irlandais pour savoir ou je peux crécher quoi... donc ça c'est un truc qui va pas mal prédéfinir... si j'obtiens une bourse je peux faire ça, si je l'obtiens pas, je pourrai pas le faire... j'ai vraiment envie de quitter Genève, j'ai besoin d'une coupure... ça me flipperait trop d'être à Genève... (...) »* Pour mettre en place ce projet de voyage qui représente l'entrée de sa réinsertion, Nora déclare ne pas avoir été réellement épaulée : *« j'ai tout fait toute seule... Bon à part pour les questions administratives, comme le fait de trouver une bourse et tout, là j'ai été aidée... Mais pour le reste... Bon, il faut dire que c'est moi aussi qui ai envie de faire les choses seule, je pense que si je demandais plus d'attention, plus d'aide, ils seraient là... Le truc c'est que pour trouver du travail là-bas, c'est qu'une fois sur place que je pourrai faire quelque chose... Mais pour trouver les associations pour trouver une bourse, j'ai été aidée par un éducateur d'Entracte... Mais en même temps j'ai pas envie d'avoir tout le temps quelqu'un derrière moi, j'ai envie de faire les choses par moi-même... »*

Pour Nora, le fait de pouvoir consommer tout en étant réinsérer, représente « un idéal » : *« J'adorerais de me dire que j'ai une vie normale, j'ai mon cercle d'amis, je travaille je suis bien et puis je peux faire des petits extras de temps en temps... j'adorerais pouvoir me le dire, mais je pense qu'au tout départ c'est pas possible... Peut-être qu'au fil du temps, quand t'as pris tes marques dans la société, que t'as de plus en plus de trucs qui t'importent, tu peux te permettre ce genre de choses... Moi j'ai un ami avec qui j'ai fait le Toulou, en fait c'était un punk, et quand il est sorti du Toulou, il a commencé à organiser des soirées techno dans les milieux associatifs, ben il va super bien aujourd'hui... ! Il a un monstre réseau, il fait la fête il prend des trucs de temps en temps, mais il sera toujours le lundi matin au taf et... lui il avait rien, et maintenant*

ben...il a pas tout, mais il a un réseau immense de gens qui l'aiment qui l'aident, donc il peut faire des choses géniales... Bon il était dans une autre dynamique aussi parce que c'était lui l'organisateur, donc il y avait une motivation derrière, il y allait pas juste en tant que spectateur... Donc lui c'est un exemple d'un gars qui vit bien, mais qui picole bien, mais il gère quoi... Y'en a qui gère en tout cas... Mais moi, en tout cas, je pense qu'il me faudra un certain laps de temps ou j'ai une tolérance zéro, pour pouvoir après pourvoir m'octroyer un verre par ci par là, mais dans un cadre délimité. Bon après je sais que je peux boire un verre de vin en mangeant, ça, ça me conduira pas à plus, mais il me faut un contexte sécure et un peu encadré...Mais le diable pour moi c'est d'aller en soirée, et de me « foutre sur le toit »... parce que là je sais que j'arrêtera pas, et je sais qu'il y a la poudre toujours au bout... Donc il me faudrait une tolérance zéro au début. Il faut que je me dise « c'est plus jamais de poudre », bon moi j'aime pas la coke, mais si on m'offre un trait de temps en temps, ben pourquoi pas, parce que je sais que c'est pas quelque chose qui pourrait me nuire... Mais bon, quand même pour l'instant c'est RIEN et après à voir comment je me sens aussi et tout... »

Ainsi, Nora ne met pas « une croix » sur une consommation occasionnelle à long terme. Ce choix, elle l'explique par un problème de dépression : « j'ai un gros problème de dépression chronique, qu'il faudrait que je soigne dans le fond quoi... parce que moi quand ça va, y'a pas de problème, j'y pense même pas, mais c'est quand je peux plus me lever le matin, que je vois tout en noir et que j'ai plus de raison de vivre, ben j'me dit que le seul truc qui peut me redonner du « peps » c'est ça quoi... donc c'est plutôt dans les moments de dépressions qu'il faudra que je fasse gaffe, parce que...honnêtement moi l'héro, pour moi, c'était un médicament, et il m'a permis de survivre à un moment donné...bon jusqu'à un certain point, on est d'accord, mais c'est vrai que j'ai un mauvais souvenir de l'héro, au même titre que j'en ai un bon... et y'a aussi un truc qui est indéniable je pense, c'est la notion du plaisir qui est clair, le plaisir que tu ressens avec de l'héro, y'a rien qui est comparable (...) et c'est vrai que c'est ça qui est hallucinant...et quand tu retournes au produit, c'est vrai que tu penses pas à toutes les conséquences, tu penses au plaisir, au truc éphémère qui va pas durer longtemps mais qui va te procurer un soulagement et du plaisir quoi... donc je pense qu'aussi le but d'une réinsertion, pour qu'elle soit positive, c'est de trouver d'autres plaisirs ailleurs... et c'est ça qui est aussi compliqué... (...) mais de nouveau, c'est quand ça va pas que tu te dis ça, parce que bon, quand ça va, quand tu vas bien, que tu passes un bon moment avec des amis, ce genre de choses, ben ça te suffit, y'a des trucs comme ça qui nourrissent beaucoup plus, comme aller se balader en montagne, profiter du soleil, des trucs comme ça, et ça c'est le genre d'expériences qu'il faut accumuler et s'en souvenir quand ça va pas, il faut essayer de s'en souvenir... (...) et moi c'est mon grand handicap aujourd'hui, de savoir ce qui me plaît, où sont mes intérêts et dans quoi je peux m'épanouir et comment je peux me réconcilier avec moi-même et me retrouver quoi... ça c'est des trucs que je sais pas... et c'est pas en dix mois que t'apprends ça, donc c'est vrai que je pars un peu avec rien quoi en gros... C'est là où j'ai très peu confiance en moi, puis en même temps putain, pour aller en Irlande toute seule, faudra bien que je me fasse confiance quoi !... C'est énorme quoi... c'est pour ça qu'aujourd'hui j'ai quand même pas mal de doutes... parce que je sais que le plus dur reste à venir et que je vais en chier quoi, donc faudra que je m'accroche... je me dis de temps en temps qu'il y a ça et ça et ça qui sont cool aussi, mais bon... Des fois je suis dans un bon état d'esprit, je me dis que c'est cool, que je pars à l'aventure, ça me donne un sentiment de liberté, où j'aurais pas d'étiquette donc je pourrai tout recommencer et même si ça va pas, ben je reviens...ça je l'ai en moi, mais derrière ça, y'a aussi toutes les difficultés qu'il y a derrière quoi, y'a le fait de quitter le Toulou, quitter ses amis, parce que j'en ai quand même ici, et puis y'a ma

famille avec qui je m'entends quand même beaucoup mieux...enfin voilà ! Donc je sais que je vais me retrouver seule, et mon angoisse c'est la solitude en même temps... (...) mais bon en ce moment je vois un peu tout en négatif, mais je sais qu'il y a plein de trucs positifs derrière... Il y a tout un autre côté qui existe aussi mais que je vois pas encore... Mais d'ici là, je sais que je vais encore changer d'état dix milles fois...(...).

4.3 Emilie

Emilie est sortie du Toulourenc en novembre 2008, pour emménager dans un appartement trouvé grâce à une amie à elle. Son départ fut quelque peu précipité par son déménagement et a, selon elle, également participé aux difficultés rencontrées à sa sortie : *« En quinze jours j'ai du quitter le Toulourenc, moi j'aurais aimé rester un peu plus longtemps et pouvoir faire une transmission... C'est-à-dire venir trois jours dans mon appartement, puis retourner au Toulourenc, pour eum... faire les choses en douceur... Mais bon, c'était faisable avant, mais maintenant ce qui se passe c'est que l'Hospice peut pas payer une institution et un appartement... Donc quinze jours après avoir trouvé l'appartement j'ai emménagé, j'ai fermé la porte et... WAOW! J'ai eu une monstre montée d'angoisse, j'étais seule... Alors que ça se passait super bien au Toulourenc quoi... J'avais consommé juste une fois à Noel, donc j'avais seize mois d'abstinence, et en arrivant chez moi j'ai attendu quoi, deux ou trois heures et j'ai été acheté donc eum... j'ai eu de grosses difficultés dès ma sortie, pendant quinze jours j'ai pas mal rechuté... Mais par contre je me suis vite reprise en main... »*

Ce départ un peu précipité et les difficultés rencontrées ont également eu des répercussions sur ce qu'elle avait mis en place pendant plusieurs mois avant de sortir de l'institution : *« en fait j'avais commencé du bénévolat quand j'étais au Toulourenc, je bossais dans une association, qui s'occupe de femmes immigrées, j'avais commencé en étant au Toulou et j'animais un atelier de cuisine... Et puis ça marchait tellement bien qu'ils m'avaient aussi demandé d'aider une autre femme pour le soutien scolaire les mercredis matins. Ça fait que le mercredi matin et le vendredi matin je travaillais à Camarada, et aussi on avait trouvé l'Association le Pallier qui sont dans les même locaux et qui s'occupent des enfants le mercredi après-midi, donc je faisais ça aussi... Parce qu'en fait moi j'avais une grosse peur en sortant, c'était d'être inactive... Mais rapidement en sortant vu que j'ai rechuté rapidement, j'ai eu assez honte, alors je me suis plus présentée au bénévolat... Et puis j'ai laissé tomber aussi parce que j'avais besoin de plus d'argent pour vivre, parce qu'avec ce que je touche avec l'AI c'est vraiment le minimum vital, et j'ai trouvé un petit job par hasard... »*

En effet, quelques mois avant sa sortie du Toulourenc, Emilie rencontre un homme avec qui elle entame une relation. Celui-ci est le parrain d'une petite fille dont les parents recherchent une « nounou » au moment de sa sortie : *« je suis sortie le 15 novembre du Toulourenc et le 1^{er} décembre j'ai commencé à être « maman de jour », le lundi, mardi et jeudi. Ça arrondissait mes fins de mois, mais c'était aussi « service rendu pour service rendu » parce que j'étais nourrie logée, et j'avais aussi un petit peu d'argent de poche à côté de l'AI... Donc ça c'est organisé comme ça quoi ! Parce que du coup, c'est juste un mois après ma sortie du Toulourenc que j'ai commencé à être maman de jour, et ça occupait presque tout mon temps... Du coup j'étais toujours occupée par cette famille, j'étais très peu dans mon appartement... Et puis j'ai bien tenu quoi, j'ai tenu six ou sept mois avec de temps en temps des consommations, mais... c'était des consommations d'alcool, mais moi ça m'amène tout de suite à l'héroïne, mais c'était rare, c'était quoi, deux week-ends par mois... Parce que c'est clair que je pouvais pas me permettre d'aller travailler pétée avec la petite, et puis de toute façon les weekends je les passais avec son parrain qui est quelqu'un d'abstiné, donc c'était nickel quoi... Mais... c'est un peu comme si j'avais quitté le Toulourenc pour aller dans une autre famille, donc je me suis jamais retrouvée toute seule chez moi... »*

En effet, comme Emilie explique à la mère de la petite Amélie les quelques rechutes qu'elle a eu et qu'un jour elle ne se présente pas au travail, elles décident de mettre en place quelque chose pour que ça n'arrive plus : Emilie doit toujours dormir chez eux la veille du jour où elle travaille pour être sûre d'être là pour s'occuper de la petite. Ainsi elle passe la plupart de la semaine dans cette famille, et le week-end avec Loïc (le parrain de la petite). Cette façon de faire lui convient de décembre 2008 à juin 2009, mais ensuite cela dérape : *« en juin j'ai commencé à avoir des consommations de plus en plus fréquentes, parce qu'avec mon copain ça n'allait pas... Je l'aimais bien, mais c'était pas... j'avais un peu l'impression d'être avec un coach-éducateur...(...) Et j'osais pas lui dire que j'avais des consommations plus fréquentes ; ni à lui, ni à la famille... Parce que tout était relié... (...) Mais en fait, j'étais pas contente de la situation, je me sentais un peu la « petite Cosette » qui va à la campagne dans une jolie petite famille bourgeoise, et le week-end j'étais soutenue par mon « coach » qui était le frère du papa d'Amélie, et du coup j'étais pas bien, je me sentais seule, j'avais plus ma vie... Moi j'aime bien la spontanéité, j'aime bien aller danser, aller voir des concerts... Et le mois de juin arrivant je sortais de plus en plus, je m'autorisais de plus en plus de bières, ce qui m'amenait à l'alcool fort et eum... La maman, elle s'en était rendu compte, alors je lui ai dit que je déprimais, que je me sentais seule... (...) »* Emilie s'apprête alors à prendre trois semaines de vacances durant le mois de juillet, à la suite de quoi elle ne souhaite pas reprendre l'activité de maman de jour. Mais alors qu'il ne lui reste qu'une semaine de travail avant d'être en vacances, cela se passe mal : *« Et un jour, pendant ma dernière semaine de boulot, comme mes consommations étaient de plus en plus fréquentes, je me suis réveillée mal chez la petite, j'étais un petit peu en manque quoi... J'avais jamais consommé d'alcool en sa présence, ça m'était arrivé de prendre un petit peu de métha, pour pallier au manque quoi... Mais ce jour là, ben j'ai craqué, j'ai trouvé une bouteille de Rhum, et je me suis dis « je prends juste une goutte » pour moins me sentir mal... Et en fait ça à fait une goutte, deux gouttes, trois gouttes... Et souvent il y avait une voisine qui venait dans l'après-midi avec son petit garçon pour jouer avec la petite, et discuter avec moi... Et quand elle est arrivée, elle m'a vu un peu...ivre, alors elle m'a dit de partir... Donc ça c'est terminé en rupture... »*

Lorsque cela se termine Emilie ne va pas bien du tout : *« j'ai trouvé très grave d'être ivre devant la petite, alors j'ai tout de suite été à la clinique Belmont pour me faire un mini sevrage, c'était en juillet... »* Elle reste donc deux semaines à la Clinique Belmont. Lorsqu'elle sort, les deux premières semaines se passent bien, mais à la fin du mois d'août elle se retrouve dans une situation de mal-être importante : *« je suis sortie de Belmont et déjà après deux semaines j'ai recommencé à consommer... Parce que du coup, après l'accident grave avec la petite, mon copain m'avais larguée, et en sortant de Belmont, ben je me suis trouvée seule... Comme si je faisais une deuxième sortie du Toulou ; toute seule, dans mon appart... Et vu que j'avais arrêté de m'occuper de mon réseau social, de m'occuper de moi, vu que j'étais toujours avec la famille et mon copain, je me suis vraiment retrouvée seule... Alors qu'est-ce que j'ai fait ? J'allais au bistro, voir des gens que je connaissais, et c'est-à-dire, je refaisais la même vie qu'avant de rentrer au Toulourenc, voilà... La vie que je connaissais ! Parce que si je suis seule je sais que si je vais au bistro, je bois un verre, je sais que je suis beaucoup moins inhibée... Et puis bon je manquais d'affection, c'était les fêtes de Genève, alors j'allais à tous ces concerts... Mais je me rendais bien compte qu'au lieu de faire tous ces concerts, moi qui adore la nature, je pouvais aller faire une marche en montagne... Mais je choisissais la facilité quoi... Je reconsumais, j'étais souvent à la gare de Cornavin, donc l'estime de moi elle a bien baissé... (...) »*

Les moments difficiles qu'elle vit au mois d'août la pousse à retourner à la clinique Belmont en septembre cette fois pour une durée d'un mois : « j'ai remis en place un peu de bénévolat, mais plutôt pour le week-end, où j'ai fait la marche de l'espoir, j'ai monté et démonté des stands, j'ai du vendre des petits cœurs en chocolats pour INSIEME, des trucs comme ça... Mais bon dans un sens je suis contente d'avoir été maman de jour parce que j'ai quand même tenu six mois abstinente, enfin avec quelques petites rechutes à l'alcool ou à l'héroïne, mais sans jamais être dépendante, donc c'était une ou deux fois par mois, parfois trois, parfois qu'une... (...) Mais si tu veux, j'ai l'impression que quand je suis sortie du Toulou je me suis dit : « ça y est j'suis guérie, tout va bien ! », alors j'ai arrêté aussi d'aller à l'Entracte, et puis moi ce qu'il y a c'est que quand je reconsomme je me cache quoi... J'ai honte... Alors quand j'y repense je me dis que j'aurais pas dû, en sortant du Toulourenc, recommencer un job à plein temps... Au début c'était pas un plein temps, mais ça l'est devenu quand j'ai commencé à dormir là-bas parce que je gardais la petite trois jours par semaine, plus une autre fille le mercredi, donc je bossais quatre jours par semaines, et Loïc il avait congé le vendredi, samedi, dimanche, donc j'avais une vie occupée à pleins temps... Donc j'ai jamais ressenti la solitude... J'étais en pleine protection quoi : j'ai quitté le Toulou où j'étais en groupe, en équipe, avec des éducateurs qui me soutenaient et tout...pour arriver dans une famille qui me soutenait, avec une petite fille que j'adorais, le week-end j'avais mon copain qui me soutenait, donc j'étais jamais seule avec moi-même... Et moi ma difficulté c'est ça... j'ai de la peine à être toute seule dans mon appart, ma grande difficulté c'est de fermer la porte et de me dire « qu'est-ce que je fais maintenant ? » alors que j'ai un chouette petit appart, j'ai la chance d'être pas trop moche pas trop conne, et puis d'être sociable quoi... Y'a des gens qui m'aiment bien, qui me proposent de faire des trucs et... et j'ai minimisé les consommations... »

Même si Emilie reconnaît qu'elle a rapidement reconsommer, pour elle, elle a su se « reprendre à temps » : « c'est vrai que j'ai consommé, mais je me laisserai plus jamais dériver pendant six mois quoi, c'est fini ça... J'ai passé un été pourri, je me suis pourri l'été avec ces consommations, mais j'attends pas six mois... Je rebondi assez vite, parce que dès que j'ai vu que je re dérivais, j'ai tout de suite vu l'importance du soutien : du soutien dont j'ai encore besoin de la part des gens qui me connaissent, parce que je peux pas oublier mon passé quoi... Je peux pas oublier qu'il est là et que moi ben... J'aimerais toujours me péter... Je sais que l'héroïne pour moi ça a été un énorme soutien... que pour faire des trucs administratifs ou nettoyer mon appart', ben avec une ligne d'héro je fais tout : c'est tout propre, c'est nickel ! Mais que vu que je suis dépendante, ben je ne peux pas ! Je peux pas me dire « juste une petite », ou « juste une fois »... Mais en même temps je sais qu'aujourd'hui je peux pas non plus me dire « plus jamais ». Je peux pas, parce que j'y crois plus... Mais le truc c'est que j'aime me péter, mais y'a aussi pleins d'autres choses que j'adore... J'aime la nature, la randonnée, j'aime le contact, j'ai un rêve depuis petite fille c'est de partir dans un orphelinat, n'importe où... D'ailleurs là j'ai un projet, enfin une idée, que j'aimerais mettre en place, ça serait de partir au Caire dans un orphelinat. Et je sais que si je me pète je vais me priver de ce rêve et de tout le reste... Donc j'arrête de me péter, même si j'aime ça, pour pas me priver de tous les autres plaisirs de la vie... ça fait 20 ans que je sais ça, mais je reviens toujours ! Parce qu'en plus le plaisir avec l'héro je l'ai pendant deux jours, mais après je déprime très vite et je suis pas bien... Mais aussi je me suis rendue compte que quand dans ma vie je vois que tout va bien, je veux la cerise sur le gâteau et je me dis : « et pourquoi pas une petite bière ? », donc pour moi le danger c'est quand tout va bien, c'est là que je dois faire attention, comme si j'arrivais pas à gérer une

vie normal et le bien être... par contre dès que tout va mal je me dis « stop »... Donc j'ai plus de facilité à stopper quand je suis en pleine dépression, que tout va mal et que je me sens seul, que quand tout va bien et tout... ça c'est... ça a toujours été comme ça, mais j'essaie d'y changer, encore maintenant et je crois que ça sera le travail de toute ma vie quoi... »

Pour Emilie, « réinsertion » ne rime pas avec quelque chose en particulier, il s'agirait plutôt d'un « état » dans lequel la personne se trouve : *« Pour moi une bonne réinsertion c'est d'avoir... pour moi, être réinsérée, s'est être... sereine. On l'est des fois ou on l'est pas, mais moi je le suis jamais encore... Mais pour moi je pense que quand j'aurais plus de problèmes de toxicomanie, c'est que je serai bien dans ma vie. Et pour être bien dans ma vie je demande pas la lune, mais je demande d'être contente de me lever le matin parce que je sais ce que je vais faire, d'avoir des loisirs qui me plaisent, et d'avoir une ou deux personnes sur lesquelles je peux compter... Et être réinsérée c'est avoir une vie sociale aussi, tout en étant à l'AI... C'est de pouvoir croiser les gens en les regardant dans les yeux, en étant contente de moi quoi... Retrouver mon estime... voilà quoi ! Je suis plus toute jeune mais... mais c'est ça quoi... Même si je suis consciente qu'il y aura des jours de déprime comme les gens qui ont jamais eu de problème de dépendance, c'est être bien dans ma vie quoi... Et pour y arriver moi je sais que j'ai besoin de projets... Et je sais aussi que je peux arriver à ça qu'avec l'abstinence, c'est le moyen en fait... Mais pour pouvoir être abstinent, même si c'est pas toute ma vie, il faut que je sois bien avec moi-même, avoir des projets de week-end, me dire que si demain je vais manger avec un super copain, ben aujourd'hui je dois pas boire parce que sinon je vais pas être bien avec ce super copain... Pour être abstinent il faut avoir des choses qui te raccrochent à la vie, qui te disent que si tu consommes tu pourras pas les garder... Mais en même temps des fois j'ai des envies, et je pense pas aux conséquences quoi... Je pense que je serai dépendante toute ma vie... et des fois j'ai envie de me faire une grosse croix sur la main, qui me rappellerait que quand j'ai envie de consommer je vois cette croix qui me dirait que si je vais consommer, je vais jamais rien faire d'autre quoi... ! Parce qu'il y a des jours où j'ai pas envie, mais y'a aussi des jours où je m'accroche au canapé, j'ai envie... Mais je sais tout comment faire pour ne pas consommer, parce exemple je sais que si j'ai envie de consommer, je mets des baskets et je vais faire une énorme promenade, au bout de deux heures je serai complètement détendue... Mais c'est tellement plus facile d'aller prendre le bus qui est à trois minutes de chez moi, et en dix minutes je vais à la gare et j'ai ce qu'il faut... En plus c'est tellement pas cher, ça coûte 15.- un paquet de poudre, alors quand t'as 30 bal par jour pour vivre, tu te dis : « je vais aller me faire un paquet de poudre, et je m'achète un petit steak. » Puis vu qu'une fois que t'as ta poudre, mais que tu consommes occasionnellement, t'es bien, tu fais ton ménage puis tu piques du nez devant ta télé, ben tu passes ton week-end comme ça... ça coûte moins cher que le cinéma... Parce qu'un paquet ça me tient facilement un jour quoi... Mais t'en trouve même pour 12.50.-, et admettons t'as pas de sous, tu vas au Mc Do tu demandes aux gens deux ou trois francs pour un hamburger puis en dix minutes t'as tes quinze bal... Donc la tentation est plus grande, mais tu sais que ça va pas te mener loin... Parce que le mal-être que j'ai qui me pousse à aller chercher de la poudre, il sera encore plus violent le lendemain... Alors pourquoi je recommence toujours ?... Et puis moi je te parle de poudre, mais une bouteille de vodka c'est 20.-... C'est pas cher ! Et moi je sais que je fais plus rien quand je bois une bière... parce que de toute façon je sais pas boire une bière, quand j'en prends une, je pense déjà à la prochaine... Mais je suis tellement mieux quand je bois pas ! Je peux me regarder en face, je peux te regarder dans les yeux sans te mentir... »*

Pour Emilie, le plus important lors des rechutes est le fait de ne pas rester seul : *« ce qui est important c'est... De toujours retourner vers le soutien... Parce que moi j'habite à côté d'Entracte, mais quand j'ai fait mes rechutes, j'ai fermé mes stores et je faisais un détour pour pas passer devant, alors que là bas y'a des éducateurs que j'adore que je connais depuis quinze ans ! Donc ce qui est important aussi c'est de garder des attaches, un lien, et pas tout couper... Mais ça, j'apprends encore... que c'est égoïste de ma part de laisser les gens sans nouvelles alors qu'il y en a qui s'inquiètent... C'est de croire que j'existe aussi... mais ça c'est à force de rechutes quoi...c'est la mésestime de soi... Donc je pense que pour me réintégrer il faut que je fasse petit à petit des choses qui me valorisent... Je parle pas d'écrire un bouquin ou devenir directeur de banque hein... (Rires), mais juste des trucs que j'apprécie... »*

Aujourd'hui, Emilie se dit toujours dépendante: *« je pense que je serai toute ma vie dépendante, ça, ça se soigne pas... Mais vu que je le sais, le médicament ben c'est de pas consommer... C'est l'abstinence... Même la méthadone c'est pas une solution pour moi, parce que j'arrive pas à l'utiliser comme traitement, ça m'empêche pas d'aller consommer à côté... J'ai pris de l'Antabus aussi, pour pas boire, mais le jour où je décide de boire le week-end j'arrête l'Antabus trois jours avant... Après c'est « moi avec moi », je peux avoir toute l'aide que je veux, je peux avoir des gens qui peuvent venir me chercher le matin, on trouvera toujours un moment si on a envie de se péter pour dire « ah ben tiens, je vais aller chercher mon abonnement à la gare... » ! Moi ça fait 20 ans que je suis toxicomane, et à chaque fois que j'ai repris un verre, j'ai replongé ! Donc le risque est trop grand... Alors je vais peut-être pouvoir boire un verre de vin rouge avec un bon repas pendant six mois, mais je sais que je vais vite à l'extrême, il m'en faut toujours plus, donc c'est pas pour tout de suite... Mais peut-être qu'un jour, quand je serais vraiment réinsérée, donc en harmonie avec ce que j'ai envie de vivre, peut-être que je pourrais me le permettre, mais pour l'instant le risque est trop grand...(...) Je pense que quand je rechute, ou quand je rebois, c'est parce qu'il y a rien qui m'accroche, que je suis triste, alors que je sais que c'est pas la solution... »*

Aujourd'hui, pour Emilie, la chose la plus difficile réside dans la construction de choses qui tiennent « pour de bon » : *« Pour moi la plus grande difficulté c'est construire... pour pouvoir arrêter de me dire « au mon Dieu qu'est-ce que je vais faire ce week-end ? », avoir des choses bien établies, des petites habitudes... Parce que tant que j'ai rien construit, j'ai rien à perdre, donc c'est pas une cuite de plus qui va bouleverser ma vie...mais tout en sachant que OUI, parce que c'est une perte de temps... »* Toutefois, même si Emilie dit qu'elle a des problèmes de dépendance, elle ne se considère pas comme toxicomane : *« aujourd'hui je me rends compte que j'ai un problème de toxicomanie, mais je me dis pas que je suis toxicomane... Parce que je suis pas que toxicomane, j'ai horreur de dire que je suis toxicomane, parce que je suis pleins d'autres choses aussi, et les problèmes de dépendance que j'ai c'est UNE chose parmi d'autres...J'ai pas cette étiquette, et je pense pas que dans la rue ça se lit sur mon front...J'arrive à me sentir autre chose que toxicomane, sinon j'irai pas loin quoi... Moi ce que je me dis aujourd'hui c'est : oui, j'ai eu des problèmes de toxicomanie, et je devrais toujours être vigilante par rapport aux substances qui rendent dépendants... »*

Par ailleurs, le fait de quitter le « monde » de la toxicomanie représente une épreuve d'autant plus grande pour Emilie car cela fait 20 ans qu'elle évolue au sein de ce milieu : *« ce qu'il y a c'est que OK, je quitte le milieu de la toxicomanie, mais en même temps j'ai tellement peu l'habitude d'être quelqu'un, entre guillemet, sans problème de toxicomanie, que je suis parfois paumée*

quoi... Si tu veux quand je me sens vraiment trop seule ben ma famille, c'est la zone... Et j'ai tellement plus de facilité... Enfin, j'ai tellement eu plus d'expériences de survie, de galère et tout, que quand j'ai une vie normale des fois je la trouve monotone et ennuyante... J'ai tellement l'habitude de soit aller super bien parce que j'suis pétée, ou super mal, au point qu'il faut que je fasse quelque chose pour m'en sortir... Si tu veux, vivre la dedans c'est comme avoir un job à plein temps quoi... Parce que pour en sortir aujourd'hui, je dois apprendre pleins de choses : « qu'est-ce que j'aime, qu'est-ce que j'aime pas ? »... Mais il paraît que ça s'entraîne... Si tu veux, OK un paquet d'héroïne c'est quinze bal, mais une balade à cheval c'est vingt francs et ça amène beaucoup plus de satisfaction et tout... Mais si tu veux, retourner au produit c'est comme un... un réflexe ! Vu que j'ai été cent-vingt fois à Cornavin et que j'ai été trois fois faire du cheval, ça sera tellement plus facile d'aller à Cornavin... Et ça, même si le ranch, il est en face de chez moi... Ou bien, c'est comme quand je suis pas bien, comme je disais, je pourrais prendre mes baskets et aller faire du jogging, mais j'ai tellement pris l'habitude de descendre au tabac pour m'acheter une bière que... C'est sans réfléchir quoi... Alors que ça s'entraîne, ça prend sans doute des mois et des mois d'entraînement, mais c'est possible... Y'aura des moments plus difficiles que d'autres mais faut tenir quoi... Mais bon, y'a aussi le fait que dans ma période de toxicomanie, j'ai eu des moments de flous, mais vu que j'étais pétée j'ai pas pris l'habitude de vivre des moments moins bien, je vivais toujours les trucs « à fond »... Alors que dans la vie y'en a pleins de moments moins bien... Et il faut apprendre à vivre avec l'ennui, tout en étant lucide quoi... Moi j'ai toujours cru que la vie devait être belle, et vu que la vie était pas belle, j'ai commencé très tôt, parce que vu que la vie était pas bien ben : hop un petit joint, ou hop un petit truc, alors que c'est une belle utopie quoi... C'est qui qui a dit que la vie devait être belle ? (Rires)

En plus des difficultés quotidiennes, Emilie doit également faire face à des problèmes d'ordre financiers : *« J'ai aussi le problème que c'est difficile d'obtenir mes prestations complémentaires, donc le point de vue financier me retiens encore à Genève, donc mon projet de partir au Caire dans un orphelinat ne pourra pas être fait avant juin-juillet... (...) Parce que là je suis encore à l'Hospice, et tant que je suis à l'Hospice je peux pas partir plus d'un mois quoi... Parce que là j'ai 790.- par mois de l'Hospice pour vivre... donc environ 30.- par jour... Donc c'est pas énorme... Mais bon, j'aimerais bien aussi trouver un petit travail, parce que j'ai le droit de travaillé à raison de 30% de mon AI, pour avoir un peu plus de sous... Ça me dirait bien de travailler dans une boulangerie le dimanche, ce genre de choses, parce que là travailler avec des enfants c'est fini... Et j'aimerais aussi plutôt être en contact avec des gens... Mais j'aimerais quand même plus privilégier ma qualité de vie que l'argent... parce que je pourrais trouver facilement deux jours d'usine par semaine, mais je pèterais vite un câble... »*

Malgré les difficultés qu'elle rencontre dans sa vie en dehors d'une institution, Emilie veut garder un discours « optimiste » : *« Moi je crois qu'il faut garder espoir, parce que sinon j'essaie même plus... Dans la consommation je suis mille fois plus malheureuse que quand je consomme pas, mais de ne pas consommer ça demande des efforts, que de consommer ça demande pas... Et puis j'ai repris mes rendez-vous à l'Entracte, et j'ai mis deux trois trucs en place ; avec la Clinique Belmont je fais de la musicothérapie, je fais de la « pleine conscience » et du théâtre thérapeutique... J'ai choisi plus des trucs qui sont un peu artistiques parce que le « blabla » des institutions, je le connais par cœur... et j'ai du Badminton aussi le lundi soir avec la croix bleue, c'est cool... Petit à petit quoi, les choses se mettent en place et j'essaie de les tenir... »*

RESUME

Se réinsérer après une période de toxicodépendance représente un processus dynamique et laborieux. La problématique des addictions subit une évolution importante depuis une vingtaine d'années et influence considérablement le processus de soins de chacune des personnes souhaitant sortir de sa toxicodépendance. Que cela soit par rapport aux modalités d'usages, aux propositions de traitements ou au niveau politique, ces contextes ont également des répercussions sur les « formes de sortie » que les individus peuvent prendre : abstinence, traitement de substitution, gestion de la consommation ; quelle modalité choisir ? De par la multiplicité des possibilités, les frontières entre toxicodépendance et non toxicodépendance sont de plus en plus floues, offrant davantage de liberté aux individus mais également plus de doutes quant aux choix à effectuer. Comment, ou sur quelles bases les individus parviennent à construire leur processus de réinsertion ? La recherche présentée dans ce travail tente de répondre à ces questions à travers le recueil et l'analyse de huit entretiens menés auprès d'anciens toxicodépendants. L'analyse de leur parcours de vie met en évidence et questionne les facteurs ayant favorisés leur processus de réinsertion, tant social que professionnel.