

HETS
HAUTE ECOLE DE TRAVAIL SOCIAL

Réseau social et rétablissement

De l'influence du réseau social des personnes toxicodépendantes sur leur
processus de rétablissement



Travail de Bachelor effectué dans le cadre de la formation à la Haute École de
Travail Social de Genève

Cécilia Diologent, filière éducation sociale, PT09

Nina Lombardo, filière service social, PT09

Sous la direction de M. Patrick Ernst et M. Éric Crettaz

Genève, octobre 2014

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leurs auteurs

RÉSUMÉ

Les problèmes d'addiction sont souvent abordés sous l'angle des politiques de santé publique. Dans notre travail, nous avons traité cette problématique en lien avec le réseau social des personnes toxicodépendantes ayant travaillé leur processus de rétablissement à Argos, association d'aide aux personnes toxicodépendantes. Notre hypothèse est que posséder un réseau social non-consommateur permettrait un ancrage dans une vie abstinente durable et stable.

Pour traiter ce sujet, nous avons posé un cadre théorique qui touche le contexte sociopolitique dans lequel notre travail s'inscrit. Nous avons ensuite réfléchi sur la conceptualisation de la toxicodépendance, des processus de socialisation, de la dynamique des réseaux sociaux et des mécanismes d'appartenance au groupe.

Notre analyse se divise en trois axes. Dans la première partie, nous nous sommes intéressées à ce qui s'est joué au moment de l'émergence de la toxicomanie, en prenant l'angle de la rupture de la socialisation ordinaire et de la marginalisation qui en a découlé. Dans la seconde partie, nous avons envisagé le groupe d'appartenance comme maintien des conduites addictives. Nous terminons cette partie empirique par la sortie du contexte de toxicomanie, que nous avons choisi de traiter en intégrant les principes de résilience.

Notre constatation est que cette problématique est à comprendre dans sa globalité et que le processus de rétablissement dépend de facteurs sociétaux, sociaux, individuels et relationnels.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	5
1.1 Intérêt pour la question de recherche	7
1.2 Une approche globale	7
1.3 Hypothèse et objectifs de la recherche	9
1.4 Plan du mémoire	10
2. CADRE THEORIQUE	12
2.1 Contexte sociopolitique	12
2.1.1 La question de la toxicomanie d'un point de vue sociopolitique et son évolution	13
2.1.2 Sur le plan fédéral	15
2.1.3 Sur le plan cantonal	21
2.1.4 Évolution de la prise en charge médico-sociale au sein de l'Association Argos	23
2.2 Toxicodépendance	27
2.2.1 Les mécanismes de dépendances	27
2.2.2 Le rapport aux produits	29
2.2.3 Les drogues	30
2.3 La socialisation	34
2.3.1 Définition et compréhension	35
2.3.2 Le rôle de l'école et du travail	37
2.3.3 Socialisation de conversion et de transformation	39
2.3.4 L'importance du contexte	40
2.4 Le réseau social	42
2.4.1 Les liens sociaux, toujours en mouvance	44

2.4.2 La famille	46
2.4.3 Les réseaux multiples	48
2.4.4 Liens sociaux des personnes toxicodépendantes	49
2.5 L'appartenance au groupe	50
2.5.1 Fonctionnement général	50
2.5.2 Groupe d'appartenance des personnes toxicodépendantes	52
3. METHODOLOGIE	55
3.1 Champ d'investigation	55
3.2 Cheminement général	58
3.3 Choix théorique	61
3.4 Choix analytique	62
4. ANALYSE EMPIRIQUE	63
4.1 Émergence du contexte de toxicomanie	64
4.1.1 Rupture de la socialisation ordinaire	64
4.1.2 Marginalisation	69
4.2 Contexte de toxicomanie	75
4.2.1 Le groupe d'appartenance comme maintien des conduites addictives	75
4.2.2 Les cartes des réseaux	78
4.3 Sortie du contexte de toxicomanie	90
4.3.1 Point de rupture avec la toxicomanie	90
4.3.2 Processus de rétablissement / processus de résilience	91
4.3.3 Reconstruction d'un réseau social	97
4.3.4 Réseau actuel	99

5. <u>CONCLUSION</u>	104
5.1 Commentaires et remarques	104
5.2 Réponses apportées et pistes de réflexion	108
5.3 Forces et limites de notre travail	110
5.4 Liens au travail social	111
6. <u>REMERCIEMENTS</u>	113
7. <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	115
8. <u>ANNEXES</u>	121

1. INTRODUCTION

Dans notre travail, nous traitons exclusivement la toxico dépendance, c'est à dire, l'addiction aux substances psychoactives. Nous avons souhaité mettre en lumière la dynamique des réseaux entourant la personne toxicodépendante, et l'influence de ceux-ci sur leur processus de rétablissement.

Les apports de la psychologie comportementale permettent de saisir l'importance primordiale du lien à l'autre pour qu'un individu se développe. Les travaux dans les années 1940 du psychiatre et psychanalyste américain René Spitz (1968) ont été les premiers à montrer l'aspect essentiel des interactions sociales avec les autres humains, dans le développement d'un enfant. Le psychologue américain Harry Harlow (1958) a poussé plus loin les recherches de son compatriote grâce à ses fameuses expériences controversées sur des singes. Il a montré à son tour les effets d'une privation totale de liens, de la naissance aux douze premiers mois chez des jeunes primates. L'anéantissement des interactions sociales en est le résultat le plus important. Ces expériences ont donné un éclairage nouveau dans la compréhension des liens sociaux.

Aujourd'hui, les sociologues modernes étudient les conséquences de l'appauvrissement de ces liens dans nos sociétés caractérisées par l'individualisme.

Lorsque l'individualisme est évoqué, il est généralement accompagné d'une connotation négative : égoïsme, repli sur soi. Or, les valeurs individualistes font aujourd'hui partie de la société, au sens même où elles l'ont constituée, au détriment d'une collectivité solidaire. Ce fonctionnement où la primauté est donnée à l'épanouissement personnel n'a pas toujours été. Cette évolution est un processus qui a débuté au début du siècle dernier et qui s'est accéléré dans les années 1960. Cusset parle d'une «nouvelle étape de la modernité (...) caractérisée par le déclin des formes traditionnelles d'appartenance, le réexamen et la révision systématique

des modèles normatifs ou des pratiques sociales, et la remise en cause des rôles sociaux». (Cusset, 2005, p.6).

Être inscrit dès sa naissance dans une société paternaliste, où le cadre du «pater familias» et de l'Église était clairement défini, permettait plus facilement à l'individu de se «couler» dans son rôle social sans que cela appelât à une réflexion approfondie sur le sens de sa vie.

Or, aujourd'hui, le déclin des traditions et des institutions, a comme conséquence, le fait que les individus se construisent de plus en plus par eux-mêmes. La tradition ne les porte plus, et la possibilité du choix l'emporte sur le devoir traditionnel. Mais «en même temps que s'étend l'espace des possibles, s'accroît le territoire des risques qui y sont associés, mais aussi des conflits qui ne sont plus pris en charge par les oppositions traditionnelles entre groupes sociaux et que l'individu doit assumer seuls». (Cusset, 2005, p.6).

Cette mutation n'est pas sans effet sur la manière dont l'individu se lie aux autres. Le lien social devient électif, et donc soumis à la variabilité des relations. Cette dynamique peut engendrer une solitude progressive, pour ceux qui ne «savent pas» ou ne «peuvent pas» être en relation, solitude qui peut conduire à une marginalisation sociale.

Les sociétés économiquement avancées et individualistes, comme la Suisse, ont une tendance marquée à «exclure», à mettre à l'écart, car elles mettent fortement l'accent sur la responsabilité individuelle du salut par soi-même.

L'injonction implicite de la norme est de savoir créer son propre réseau social. Car autant l'individualisation est portée aux nues, autant la solitude est mal considérée, c'est l'un des paradoxes de nos sociétés occidentales. Mais dans les faits, de plus en plus de personnes vivent et se sentent seules.

Dans ce contexte sociétal, se pourrait-il, et sans nier les causes traumatiques liées à l'histoire de la personne, que l'existence ou l'absence d'un réseau social

constitué de non-consommateurs, puissent influencer le rétablissement d'une personne toxicodépendante.

1.1 Intérêt pour la question de recherche

La question initiale tire son origine de deux démarches différentes elles-mêmes liées à nos contextes professionnels.

Nina : travaillant quotidiennement dans un foyer pour toxicodépendants en phase de réinsertion, j'ai développé une grande sensibilité pour cette population. Au cours de discussions informelles avec certains résidents, la question de la reconstruction d'un réseau social a souvent été au centre des échanges. J'ai alors commencé à élaborer une hypothèse de recherche que j'ai ensuite partagée avec Cécilia.

Cécilia : éducatrice dans un foyer pour adolescents, j'ai été interpellée par les mécanismes de dépendances et d'appartenance à un groupe. Il m'a semblé que des liens pouvaient être faits entre la question de recherche et la réalité des jeunes du foyer dans lequel je travaille. Ma méconnaissance de la problématique de dépendance a éveillé une envie de creuser ce sujet.

Nous nous sommes dit que l'absence de préconstruits, de connaissances théoriques et pratiques, pourrait apporter un éclairage neuf sur notre questionnement qui est devenu, dès lors, une préoccupation commune.

1.2 Une approche globale

Nous comprenons la personne toxicodépendante comme étant une partie d'un système. Sa pathologie est l'élément déclencheur de toute une série de conduites dans la sphère privée comme publique. Il nous semble dès lors important

de nous pencher sur tous les éléments du système en privilégiant une approche globale afin de nous approcher d'une compréhension générale de cette problématique.

Actuellement, une importance croissante est donnée à l'extension du réseau dans les prises en charge médico-sociales, ceci a contrario d'une volonté de reproduction du modèle familial, prônée dans les années 1990.

Les préoccupations des professionnels ne sont plus seulement centrées sur le toxicomane et son lien au produit, mais s'étendent aux liens entre les toxicomanes et les professionnels. Le réseau médico-social est donc l'objet d'investissements, de préoccupations, de financements par les pouvoirs publics, car plus il est étendu, plus grand sera le nombre d'individus pouvant en bénéficier. Comme l'a indiqué Pollien (2002), «les usagers le plus souvent en état de déstructuration identitaire, sans repère ni projet, n'ont plus qu'à se laisser happer par les structures institutionnelles et à s'y laisser guider. La cohérence de la vie quotidienne des personnes en difficulté est assurée par la cohérence des réseaux institutionnels de prise en charge.» (Pollien, 2002, p.7).

Les dispositifs institutionnels ont la particularité de s'être grandement diversifiés ces dernières années. Ainsi, un usager d'une institution de rétablissement aura de nombreuses personnes gravitant autour de lui et de sa prise en charge : un éducateur de référence, une équipe, un thérapeute, un assistant social, un médecin, un infirmier, des maîtres d'atelier, etc. Ce réseau institutionnel prend, de fait, une part importante dans le processus de rétablissement puisqu'il est complètement inscrit dans la prise en charge institutionnelle.

Nous allons aussi mettre en évidence dans notre travail, la part active que prend l'individu dans la construction de son propre réseau social, en complémentarité de la prise en charge par le réseau de soin.

Nous tenterons également d'analyser celle que prennent les autres personnes gravitant dans l'entourage des usagers, ainsi que leur influence dans le processus de rétablissement.

Si l'autonomie est le but visé par les institutions, nous entendons également comprendre comment, dans la construction des relations, elle est abordée et travaillée en institution et par les individus eux-mêmes.

1.3 Hypothèse et objectifs de la recherche

Notre hypothèse de départ est que si une personne toxicodépendante possède un réseau social non consommateur, celui-ci permettrait un ancrage dans une vie abstinentes durable et stable. La population toxicomane est à elle seule un groupe très complexe. Nous ne pouvons pas faire de généralités et notre travail est de pouvoir amener un éclairage sur l'influence du réseau social non consommateur de ces personnes qui ont eu un parcours dans la toxicomanie.

Cette recherche va nous permettre de mieux comprendre la place d'une personne toxicodépendante dans notre société. Ce type de population est souvent pointée du doigt, car hors-norme et marginalisée. À ce sujet, nous précisons que la marginalité ne touche pas toutes les personnes toxicodépendantes. En effet, nombre de consommateurs de drogues maintiennent leur travail, leur réseau social et leur vie de famille. Ce n'est pas le cas de notre population d'investigation qui a été particulièrement marginalisée durant sa période de consommation.

La question de la réinsertion¹ se pose alors : quelles sont leurs possibilités d'intégrations aux regards des autres et d'eux-mêmes ? Dans cette recherche, nous

¹ Pour faciliter la compréhension de certaines notions qui vont être employés régulièrement dans notre travail, nous proposons ici les définitions de trois termes qui peuvent paraître semblable.

Réinsertion: action de retourner dans un groupe social et/ou professionnel. Ce terme désigne une action dans deux domaines spécifiques à durée pas forcément indéterminée.

nous intéresserons à leurs ressentis et leurs perceptions quant à l'influence de leur réseau social comme vecteur de réinsertion. Nous les interrogerons également sur les moyens qu'ils mettent en place pour retrouver un rythme de vie sans consommation. Nous avons constaté que peu d'ouvrages traitent du lien entre le réseau social et la réhabilitation dans la communauté «ordinaire», non consommatrice. Par ce travail, nous aimerions amener des réflexions sur cet axe important dans le processus de rétablissement des personnes toxicodépendantes.

1.4 Plan du mémoire

Dans la partie théorique, nous avons d'abord posé le contexte sociopolitique dans lequel notre travail s'inscrit, en commençant par le plus général, et en terminant par l'association Argos (association d'aide aux personnes toxicodépendantes), notre terrain de recherche.

Nous avons ensuite donné un éclairage sur le champ de la toxicodépendance en nous appuyant sur les écrits de plusieurs auteurs qui proposent des concepts basiques sur la toxicomanie. Nous voulions nous documenter sérieusement sur cette problématique afin de pouvoir situer notre contexte de recherche et d'allier une base théorique à la pratique de terrain.

Le chapitre sur la socialisation nous a paru indispensable pour comprendre ce qui est en jeu lors du processus de rétablissement, où les individus recommencent en quelque sorte, le processus de socialisation secondaire mis entre parenthèses durant leur période de consommation.

Réintégration: action de faire entrer dans un groupe plus vaste, dans un ensemble. Cela sous-entend une définition plus générale et indéterminée.

Rétablissement: action de retrouver la santé, de se remettre dans un état initial.

Il nous a semblé important de s'appuyer sur une définition commune du réseau social. Dans un premier temps, nous aborderons les concepts généraux de ce qu'est un réseau social, en nous nourrissant de plusieurs auteurs. Nous souhaiterions passer des concepts généraux à une représentation vivante des réseaux sociaux, exemplifiée par nos échanges avec les personnes interrogées.

Par la suite, nous nous sommes penchées sur la composition, le fonctionnement et les bénéfices des groupes de toxicodépendants avec l'éclairage de la sociologie. Nous voulons ainsi mieux comprendre la vie d'un groupe au sens large puis, spécifique, afin de définir les jeux relationnels qui permettent l'insertion.

Nous avons rédigé la partie méthodologique tout au long de notre mémoire. Nous expliciterons la manière dont nous nous y sommes prises pour travailler cette question. Nous allons également y décrire le lieu et la population de recherche.

La troisième partie de notre travail sera constituée de l'analyse des entretiens. Ce chapitre est divisé en trois parties, chacune alimentée d'extraits d'entretien.

Pour terminer, nous ferons le lien entre notre recherche et le travail social.

2. CADRE THÉORIQUE

2.1 Contexte sociopolitique

Au fur et à mesure de notre recherche, nous avons constaté la nécessité d'insérer notre travail dans le contexte sociopolitique de la prise en charge des personnes toxicodépendantes. En effet, les entretiens que nous avons menés font référence à des périodes de consommation et de prise en charge médico-sociale allant des années 1970-1980 à aujourd'hui. Les représentations de cette problématique et la manière d'y répondre ont évolué ces quarante dernières années. La consommation de drogue a longtemps été traitée de manière prohibitionniste, associée à la marginalité sociale, à l'exclusion et à la délinquance. À l'aube du XXI^e siècle, la politique en matière de drogue semble avoir pris un virage dans la plupart des pays européens. (Faugeron & Kokoreff, 2002). «Tout n'a pas changé du jour en lendemain, bien entendu. Mais on assiste à l'émergence de nouvelles problématiques, catégories et pratiques qui participent d'une remise en cause de l'idéal normatif d'une société sans drogue.» (Faugeron & Kokoreff, 2002, p.7).

Dans ce chapitre, nous allons explorer l'évolution de la question de la toxicomanie dans le contexte sociopolitique européen afin d'avoir un aperçu des différents tournants amenant à la préoccupation actuelle de la toxicomanie. Nous aborderons la législation suisse ainsi que son application propre au canton de Genève.

Nous avons constaté des distinctions entre les différents cantons et nous souhaitons cibler notre recherche sur ce qui se passe à Genève puisque les personnes interrogées sont toutes issues d'une structure genevoise particulière : l'association Argos.

Après avoir détaillé le contexte politique, nous explorerons l'évolution de la prise en charge au sein de cette association. En effet, la manière de travailler avec la population toxicodépendante a évolué au grès des changements politiques, mais aussi économiques et sociaux. La culture institutionnelle d'Argos a joué un rôle dans la manière de traiter le réseau social de ses usagers. C'est donc un paramètre à prendre en considération pour l'analyse de notre question de recherche.

2.1.1 La question de la toxicomanie d'un point de vue sociopolitique et son évolution

C'est au début du XXe siècle qu'émerge en Europe la préoccupation des consommateurs de drogues, bien que la consommation et le trafic de substances psychotropes existaient déjà depuis le XIXe siècle. En effet, si l'on porte un regard historique sur l'évolution de la consommation de drogues, on note qu'elle circulait dans un petit monde fermé d'artistes, par exemple Charles Baudelaire, Théophile Gautier ou Alexandre Dumas qui se revendiquaient en rupture avec leur société.

Par la prise de substances euphorisantes, les artistes de cette époque créaient leurs œuvres. (Duprez & Kokoreff, 2000). En France, la loi de 1916 visait à pénaliser les consommateurs et les trafiquants de drogues. Cependant, c'est dans les années 1960 que la diffusion importante de drogues dans les sociétés occidentales fait son apparition à travers le phénomène hippie issu de la *Beat generation*, un mouvement contre-culturel² apparu en Amérique du Nord. (Duprez & Kokoreff, 2000).

Les valeurs défendues étaient le rejet d'une société industrielle de consommation de masse et l'apologie d'un retour à la nature. La consommation de

² « La contre-culture est l'ensemble des manifestations culturelles hostiles ou étrangères aux formes de la culture dominante. ». (Dictionnaire Larousse). Apparu dans les années 1960 aux Etats-Unis et en Grande Bretagne, ce mouvement prend racine dans les tensions générationnelles notamment en lien avec la guerre du Vietnam, les inégalités raciales, la liberté sexuelle, les droits des femmes, et l'usage de drogues.

drogue était alors promue comme moyen de libération de l'esprit. Les jeunes consommaient essentiellement du cannabis, mais aussi du LSD, drogue mise sur le devant de la scène par les figures de proue du mouvement hippie, comme Timothy Leary³ ou Allen Ginsberg, poète américain considéré comme le fondateur de la *Beat Generation*. Ce mouvement s'estompe dans les années 1970 et ce sont les mouvements de contestation des jeunes qui prendront de l'influence en Europe.

À la fin des années 1970, la crise économique et la généralisation du chômage chez les jeunes des classes populaires seront le terreau permettant l'apparition d'une jeunesse en colère et marginalisée. C'est le début des punks et des loubards. Dès lors, la consommation de drogues est l'apanage du rejet d'une société bourgeoise. «Pratique illégale et stigmatisée, la consommation de drogues confirme les consommateurs dans la représentation qu'ils se font de leur position : « hors la loi », « hors système ». Pratique indissociable d'un rapport « cultivé » à la drogue.» (Duprez & Kokoreff, 2000, p.18).

Mais c'est à partir des années 1980 que la drogue devient un «fléau social». Ce phénomène trouve son explication dans le changement de public de consommateurs, auparavant concentré dans une petite frange de la classe aisée d'une part et dans la minorité des jeunes marginalisés dont la drogue était l'attribut d'une «révolution culturelle» d'autre part. Pour expliquer la large diffusion et la banalisation des produits psychotropes dans les classes populaires, Duprez et Kokoreff avancent cette hypothèse : «Pour ces jeunes, confrontés au développement du chômage et à la concurrence des titres scolaires, la marginalité peut constituer une forme de reconversion symbolique, au moins pour un temps. Ils diffusent dans les lieux et concerts qu'ils fréquentent, les petits boulots qu'ils occupent, leurs attributs culturels, parmi lesquels la drogue. Ils rencontrent des jeunes de milieu populaire à la recherche de références dans une période où le

³ Timothy Leary, enseignant à Harvard, auteur de *The Politics of Ecstasy* (1968) où la prise de drogue est associée au rituel d'initiation des tribus dites primitives.

travail intérimaire et le chômage deviennent un destin pour ceux qui n'ont pas profité de la massification de l'enseignement secondaire.» (Duprez & Kokoreff, 2000, p.20). Ainsi, si la drogue était associée au plaisir et à la libération des mœurs dans les années 1960, elle est devenue synonyme d'exclusion, de mort sociale dans les années 1980 et de ce fait, préoccupe plus intensément les politiques de santé publique. La nouveauté tient au fait qu'elle touche désormais des personnes plus vulnérables aux effets et aux conséquences d'une consommation.

C'est dans les années 1990 qu'apparaissent deux nouveautés dans la problématique de la toxicomanie. En premier lieu, l'aggravation de la situation sociale et sanitaire des consommateurs, notamment par la diffusion exponentielle du virus du sida qui inquiète et qui a pour effet la priorité donnée à cette question de santé publique. C'est aussi les années où la littérature sur le sujet commence à se faire plus présente dans le champ des sciences sociales. Les recherches et enquêtes définissent la toxicomanie comme une pathologie (Kübler, 2000). Les représentations évoluent, passant de l'image d'une personnalité marginale à une personne malade et donc potentiellement curable.

Après cet aperçu du contexte global de la toxicomanie, nous allons maintenant décrire plus précisément les points essentiels de notre politique suisse en matière de drogue sur le plan fédéral puis cantonal.

2.1.2 Sur le plan fédéral

La politique suisse en matière de drogue promulgue la première loi fédérale sur les stupéfiants en 1924. S'en suit en 1951 une révision de celle-ci. Elle vise à tracer les grandes lignes de la prise en charge médicale des personnes toxicodépendantes. Son objectif d'origine était de contrôler le commerce de stupéfiants destinés à l'usage médical et d'en combattre l'utilisation à des fins illicites. Il faudra attendre vingt ans, pour que le premier décès d'overdose

médiatisé soit à l'origine d'un changement politique au sein même de la loi de 1951. C'est à la fin des années 1960 que ce changement s'est traduit par l'apparition des trois piliers dans la prise en charge :

- 1) *La répression* du trafic et de la consommation de drogue,
- 2) *La prévention* principalement auprès des jeunes,
- 3) *La thérapie* pour travailler sur l'abstinence en incluant la méthadone comme produit de substitution.

En 1975, la seconde révision de la loi sur les stupéfiants permet l'ouverture de prescription légale de la méthadone. (Confédération Suisse, 2013). La Suisse se place en pionnière dans la politique en matière de drogue.

Comme nous l'avons vu dans la première partie, c'est à partir des années 1980 que la consommation de drogue fait de plus en plus son apparition dans l'espace public. Le nombre de consommateurs est croissant, la population est de plus en plus confrontée dans son quotidien à cette réalité – présence de seringues dans les lieux publics, petits dealers de plus en plus actifs – également relayée par les médias. En effet, la visibilité de l'explosion de cas d'overdoses, la propagation du virus du sida, la transmission beaucoup plus importante des hépatites, rendent la population plus sensible à la problématique de la consommation. (Jouffret-Roustide, 2004). Ce phénomène est accentué par les scènes ouvertes décrites comme une catastrophe sanitaire, comme le Letten à Zürich où des toxicomanes se droguent à la vue de tous. L'argument de santé publique est mis en avant et les politiques publiques réagissent en mettant en place en 1994, un quatrième pilier, la notion de réduction des risques. La Suisse est à nouveau perçue comme révolutionnaire par ses voisins européens.

Les objectifs de ce modèle d'action enrichi, nous amènent à :

- 1) *La répression* : l'objectif est de lutter contre le blanchissement et le trafic lié à la drogue. Ceci afin de punir ceux qui profitent de la dépendance du toxicomane, de limiter l'offre et de protéger la population des conséquences du milieu de la drogue.
- 2) *La prévention* : consiste à informer la population, mais principalement les jeunes de la consommation néfaste des drogues. L'objectif est d'éviter une première consommation et empêcher de tomber dans une consommation abusive de produits psychotropes.
- 3) *La thérapie* : ce pilier vise à accompagner le toxicomane dans une amélioration de ses conditions de vie. L'idée principale est la sortie du milieu de la drogue et de la dépendance. Les usagers définissent leurs objectifs, ils ont la liberté de choix pour leur suivi thérapeutique. Des traitements de substitution sont mis en place (méthadone), mais aussi une approche médico-sociale (cure, hôpital, institutions sociales).
- 4) *La réduction des risques* : ce pilier a été mis en place pour maintenir ou rétablir le mieux possible la santé et l'intégration sociale des consommateurs de drogues, afin de prévenir les dommages irréversibles, en particulier pour des personnes vulnérables.

La mise en place d'une politique pragmatique fondée sur l'aide et la responsabilisation a placé la Suisse parmi les pionniers de cette problématique. «Les mesures sur le terrain ont été accompagnées d'un travail de conceptualisation de la part de tous les acteurs et des autorités politiques. «(...) on s'acheminait vers une définition ouverte et libérale de la politique des quatre piliers, avec la réduction des risques et la décriminalisation de la consommation.» (Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, 2012, pp.74-75). Dans un même mouvement, le

gouvernement met en place une loi sur les stupéfiants⁴, pensant avoir un impact positif sur la diminution du marché du deal et de la consommation des toxicomanes. La loi prévoit des conséquences moindres pour les dealers qui se font attraper avec des drogues coupées à d'autres molécules que pour ceux qui sont en possession de drogues plus pures. Malheureusement, les conséquences sont la baisse des tarifs en raison de la qualité moins pure des produits et donc un accès facilité pour les consommateurs.

De plus, «cette loi déçoit dès son article premier, celui qui en fixe les objectifs. On y trouve en effet trois principes peu compatibles avec les droits humains et les orientations voulues dans la pratique : le principe moral, selon lequel la consommation est interdite ; le principe paternaliste, selon lequel le consommateur doit être protégé contre lui-même ; et le principe sécuritaire, selon lequel non seulement le commerce, mais aussi la consommation constituent un danger pour la sécurité publique. Ainsi, la loi se place d'emblée en dehors des réalités puisqu'elle entend empêcher des comportements qui se pratiquent déjà à grande échelle. De plus, cet article liminaire ne mentionne ni la nécessité d'une prise en charge thérapeutique ni les efforts indispensables sur le plan social en vue d'une réinsertion.» (Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, 2012, p.78).

Mais c'est aussi dans ces années-là que des programmes expérimentaux se mettent en place pour le soutien aux personnes toxicodépendantes. Par exemple, la prescription médicale d'héroïne de 1994 à 1996 pour les héroïnomanes avérés. Les

⁴ LStup ; Art.1 : « But. La présente loi a pour but a. De prévenir la consommation non autorisée de stupéfiants et de substances psychotropes, notamment en favorisant l'abstinence ; b. De réglementer la mise à disposition de stupéfiants et de substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques ; c. De protéger les personnes des conséquences médicales et sociales induites par les troubles psychiques et comportementaux liés à l'addiction ; d. De préserver la sécurité et l'ordre publics des dangers émanant du commerce et de la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes ; e. De lutter contre les actes criminels qui sont étroitement liés au commerce et à la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes ».

recherches scientifiques financées par l'OFSP⁵ ont rendu publics des résultats convaincants afin de développer et enrichir les questions sur la toxicomanie.

«Pour les experts, il faut un élargissement de perspective : penser au-delà de la dépendance, au-delà du statut légal et au-delà des substances psychoactives. La politique suisse n'a pas encore réussi ce rapprochement stratégique face aux addictions. En revanche, les acteurs de terrain – en prévention, en thérapie ou en réduction des risques – ont commencé à adopter cette manière de voir qui recouvre les problématiques multiples des usagers, telles qu'elles sont aussi révélées par les recherches scientifiques et les évaluations.» (Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, 2012, p.58).

Parallèlement, la représentation des personnes toxicomanes évolue. La société qui avait tendance à les stigmatiser en tant que délinquants et malades psychiques les prend de plus en plus en compte en tant qu'individu souffrant de leur problème de dépendance. S'ajoute à ce changement, la distribution de seringues (encore interdite aujourd'hui en France, et passible de prison aux États-Unis (Jouffret-Roustide, 2004)) pour limiter les risques d'infections sanitaires et un soutien médico-psychosocial pour aider le toxicomane à sortir de sa souffrance.

Aujourd'hui, huit villes possèdent des salles de consommation à moindre risque, placées sous contrôle médical. Berne fut la première en 1986, suivie par Zurich, Bâle, Olten, Schaffhouse, Soleure et Genève entre autres.

Entre 1991 et 2011, la Confédération a mis sur pied trois programmes de mesures en vue de réduire les problèmes de drogues. Les deux premiers (1991-1997 puis 1998-2002) ont contribué à l'amélioration sociale et sanitaire des toxicomanes. «Les délits liés à l'acquisition de drogues ont régressé et les scènes ouvertes ont en grande partie disparu.» (ProMedDro III, 2006, p.5). Les études réalisées dans le cadre de ces programmes ont néanmoins mis en lumière que si la consommation

⁵ Office fédéral de la santé publique en Suisse.

d'héroïne a diminué ces dernières années, celle d'autres substances comme le cannabis et les drogues de synthèse a augmenté. Cette constatation que le problème des drogues, pour les consommateurs et pour la société, est toujours d'actualité a amené la Confédération à la rédaction d'un troisième programme, prévu entre 2006 et 2011. Ce dernier a été élaboré sous la direction de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), en collaboration avec les offices fédéraux de la police (fedpol) et de la justice (OFJ). Il vise la consolidation des deux premiers programmes, la perméabilité entre les quatre piliers et «la prise en compte des deux thèmes transversaux que sont le genre et la migration.» (ProMedDro III, 2006, p.6).

Le 1^{er} juillet 2011 est entrée en vigueur la nouvelle loi sur les stupéfiants révisée, votée le 30 novembre 2008. Le principe des quatre piliers est ainsi ancré dans la Loi et un accent particulier a été mis sur la prévention et la protection de la jeunesse. Par ailleurs, les héroïnomanes traités sans succès auront accès à un traitement de prescription d'héroïne.

Aujourd'hui, la dépénalisation du cannabis, et des drogues de manière plus générale sont à nouveau au cœur des débats politiques. En 2004, la première votation sur la dépénalisation du cannabis fut rejetée, détrônant la Suisse de son statut de pionnière en matière de politique sur les drogues. À l'heure actuelle, un groupe composé entre autres d'anciens chefs d'État directement concerné par le problème de la drogue, comme le Brésil, la Colombie, le Mexique, la Pologne, ou le Portugal, de M. Kofi Annan, ancien secrétaire de l'ONU et de Mme Ruth Dreifuss, ex-conseillère fédérale et ministre de la santé, se réunissent sous le nom de Commission Globale. Leur message est qu'il faut sortir de la prohibition et réguler le marché des drogues en commençant par le cannabis. Décriminaliser les drogues permettrait leur contrôle par l'État et éliminerait par conséquent une grande partie du problème des trafiquants. (Source : Temps Présent du 24.04.2014).

2.1.3 Sur le plan cantonal

Nous distinguons une politique, qui est un programme, des lois qui ancrent une politique dans les actions avec pour conséquences une obligation pour les cantons de mettre en œuvre les mesures proposées par la Confédération et votées par le peuple. La Confédération s'occupe de la coordination, de la promotion, de l'innovation et du développement de cette politique, mais c'est au canton que revient l'obligation de son application concrète.

La politique genevoise en matière de drogues se divise en quatre phases distinctes :

- Entre 1970 et 1980, les premières institutions médico-thérapeutiques ouvrent à Genève. Pour traiter la problématique de la dépendance, une Commission mixte se crée en 1980. Celle-ci est constituée de professionnels du terrain et de politiciens. L'enjeu est la création de liens et la collaboration entre divers corps de métiers. L'État veut que les personnes concernées par cette problématique communiquent, dans le but de créer une meilleure approche de soutien et de travail pour les toxicomanes. C'est l'ouverture d'un réseau de travail.

Si la volonté de créer un réseau de soin est présente, les représentations négatives véhiculées par la peur de la toxicomanie engendrent également des mouvements de répression. Les débats continuent afin de trouver un meilleur équilibre.

Dans cette première phase, Genève est le premier canton à mettre en place une politique où la méthadone et les seringues sont acceptées et distribuées en prison. L'organisation de soutien pour apporter une aide aux familles et aux toxicomanes se met en place. Un premier résidentiel d'aide aux toxicomanes, le Toulourenc ouvre ses portes. Des lieux d'hébergements, d'accueil et d'information sont rendus accessibles.

- La deuxième phase de 1980 à 1989 se caractérise par les actions qui s'organisent autour de la prohibition et la pénalisation de la consommation. La prévention, le suivi en ambulatoire et en résidentiel ont une visée d'insertion sociale et professionnelle. De nouvelles structures médicales et sociales se créent, des lieux d'hébergements et d'insertion, pour répondre à l'augmentation de la consommation d'héroïne et celle des polytoxicomanies (dépendance à plusieurs produits psychotropes, comme l'alcool, les benzodiazépines et des médicaments divers) dans le but de garantir l'ordre public. Dans la même période se constitue le Groupe Sida Genève.

- Lors de la troisième phase, entre 1989 et 1993, les premières études sur les personnes toxicodépendantes sont mises au jour. On différencie alors les toxicomanes avérés de ceux qui consomment selon un usage récréatif. L'existence de polytoxicomanies est mise en lumière. Parallèlement, les produits illégaux sont plus accessibles sur le marché pour un plus grand nombre de personnes de tout âge. C'est dans ce contexte que la politique de la réduction des risques entre en scène. En effet, l'augmentation des risques sanitaires provoque une augmentation de maladies telles que le VIH/sida et les hépatites. Les risques sociaux augmentent également comme les délits, l'exclusion sociale et la désinsertion professionnelle.

Genève adopte la politique des quatre piliers comme expliquée en amont. La politique genevoise en matière de toxicomanie établit trois programmes dans les réseaux de prises en charge : le seuil haut⁶, le seuil moyen et le seuil bas. Une aide aux familles et aux toxicomanes s'organise parallèlement à l'ouverture d'institutions, de lieux d'hébergement, et de structures d'accueil et d'informations. Les coûts de la politique de la toxicomanie à Genève se chiffrent en millions.

⁶ Programmes dits de seuil haut : exigence d'abstinence. Programme de seuil moyen : prise en charge médico-psycho-sociale avec traitement de substitution. Programme dit de seuil bas : aide médicale et sociale, programme de prescription médicale d'héroïne.

- La quatrième phase définie entre 1995 et 2005 est marquée par l'arrivée massive de la cocaïne sur le marché, la création de l'association Première Ligne qui offre un lieu d'accueil et une possibilité de consommation de produits (Quai 9), ainsi que l'augmentation de structures médicales qui prescrivent de l'héroïne.
- Pour finir, jusqu'en 2008, des initiatives sont lancées, acceptées ou rejetées. La prescription médicale d'héroïne et la dépénalisation du cannabis font l'objet de nombreuses discussions. L'ouverture des réseaux et le partenariat des différents corps de métiers se mettent en place pour permettre un accompagnement médico-social aux usagers de produits psychotropes.
- Les problèmes actuels et les défis futurs restent complexes. L'introduction des normes de qualité a modifié en partie la prise en charge dans le sens où les professionnels doivent rendre plus de comptes en terme d'efficacité. La difficulté de réinsertion pour les mineurs usagers de drogues qui n'ont pas fini leur scolarité obligatoire se discute dans les milieux concernés.

2.1.4 Évolution de la prise en charge médico-sociale au sein de l'Association Argos

Dans l'idée de partir du plus général et de cibler petit à petit au plus près de notre préoccupation, nous tenons à présenter l'évolution de la prise en charge médico-sociale au sein de l'association Argos dont le Toulourenc, notre terrain de recherche fait partie. Argos est une association travaillant dans le champ de la toxicodépendance. Son principal objectif est de soutenir la démarche d'abstinence pour favoriser l'intégration socioprofessionnelle et sociale. L'association est constituée de quatre structures correspondant à différentes phases du processus de rétablissement des personnes toxicodépendantes. Nous détaillerons plus en avant l'association Argos et le Toulourenc en particulier dans la partie méthodologique.

Après ce bref descriptif, nous allons nous pencher sur l'évolution de la prise en charge d'Argos. En effet, il est important de développer ce point afin de comprendre l'adaptation qu'elle a dû effectuer au vu de l'évolution sociopolitique de la toxicomanie. L'évolution de la prise en charge est également importante pour nous, car elle a influencé les différents parcours des personnes interrogées.

«Le toxicomane, dont on ne parlait qu'au masculin même si le mot lui-même est neutre du point de vue du genre, passait aux yeux de l'opinion pour un marginal dépravé et, aux yeux de ses parents, comme un enfant perdu. Les centres de traitement résidentiels visant l'abstinence représentaient la seule issue possible.» (Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, 2012, p.73).

En 1980, les travailleurs sociaux du Toulourenc ont développé une approche thérapeutique spécifique par rapport à la théorie de l'attachement de Bowlby⁷.

Partant du constat que l'utilisateur de drogue était en rupture avec son réseau social et sa famille, le travail effectué s'axait sur le rétablissement du lien d'abord à l'intérieur de l'institution pour ensuite recréer du lien avec son entourage. Dans les années 1990, les taux d'occupation étaient très élevés. Effectivement, les professionnels remarquaient que les programmes proposés répondaient à la souffrance des résidents qui étaient auparavant en rupture avec la plupart de leurs liens sociaux significatifs. Le fait de retrouver un lieu où la personne pouvait s'exprimer librement sur sa toxicodépendance lui donnait la sensation de ne pas être exclu du système social. Le sentiment d'appartenance, notamment à l'institution, renaissait. En effet, la dynamique du genre familial et communautaire créé par les professionnels des centres permettait aux résidents de retrouver confiance en eux et dans le lien à l'autre. Néanmoins, malgré ses bénéfices escomptés, la séparation d'avec l'institution s'avérait problématique pour se reconnecter avec le monde extérieur.

⁷ John Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais

Le travail mis en place en collaboration avec la famille de la personne toxicodépendante devenait au fil du temps une prestation répondant aux besoins des résidents ainsi qu'aux familles. Le but était de retrouver une meilleure communication entre le résident et sa famille afin de recréer des liens hors institution. Ainsi, un service spécifique d'aide et de soutien auprès des familles des personnes toxicodépendantes s'était créé en 1993, mais a cessé son activité en 2003 pour cause de suppression de l'aide financière fédérale. Aujourd'hui, les équipes de l'Association Argos reconnaissent toujours la pertinence de travailler la dimension familiale qui est relayée par des services compétents du réseau genevois (centre écoute couple et famille, thérapeute privé).

Au fur et à mesure des années, l'Association Argos s'ouvrit de plus en plus au travail de réseau. Ceci pour améliorer l'accompagnement du résident et la place de l'institution dans le réseau genevois.

En 2002, Argos accepta le traitement de substitution à la méthadone au vu de l'évolution de la prise en charge des personnes toxicodépendantes. Dès lors, les équipes travaillèrent en collaboration avec les services médicaux spécifiques en addictologie. Au vu de la problématique des situations de plus en plus complexes, les traitements médicaux devinrent de plus en plus lourds et en 2011, deux des institutions d'Argos acceptèrent les traitements de benzodiazépines⁸. Les situations complexes, telles que décrites par les travailleurs sociaux du Toulourenc touchent autant le contexte extérieur à l'institution que les problématiques individuelles. D'une part, la pénurie actuelle de logements à Genève, ainsi que le marché du travail peu enclin à engager des personnes sorties de cure de désintoxication, entravent les possibilités de réinsertion. D'autre part, la généralisation des polytoxicomanies (dont l'addiction à certains médicaments) rend le sevrage plus difficile.

⁸ Les benzodiazépines sont des médicaments psychotropes dont les propriétés sont notamment anxiolitiques.

Actuellement, il est constaté que les résidents du Toulourenc font des séjours plus longs. Diverses hypothèses peuvent être envisagées : la pénurie de logements dans le canton de Genève, le manque d'offre d'emploi correspondant à leur formation, la difficulté de développer des outils pour affronter seuls leur réalité à l'extérieur de l'institution, etc. Ces hypothèses vont être explorées dans la suite de notre travail, en particulier dans la partie empirique.

En conclusion, l'évolution de la problématique de la toxicomanie change et la prise en charge de cette population évolue par rapport au contexte sociopolitique de notre pays.

2.2 Toxicodépendance

Pour introduire ce chapitre, nous avons trouvé important de mettre en avant quelques définitions du champ de la toxicomanie afin d'être au clair sur les terminologies que nous allons utiliser.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le syndrome de dépendance comme suit : «ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités.» (Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

Selon l'OMS, la toxicomanie est définie comme correspondant «(...) à quatre éléments : une envie irrésistible de consommer le produit (addiction) ; une tendance à augmenter les doses (tolérance) ; une dépendance psychologique et parfois physique ; et des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotives, sociales, économiques)» (Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

Si le terme addiction est souvent associé à la toxicomanie Pidinelli, Bretagne et Mille (1987) la définissent d'un point de vue plus général dans leur article. «Un ensemble de conduites agies dont les traits caractéristiques peuvent être définis par la recherche avide d'un objet, la répétition de l'acte, l'apparente dépendance à l'objet choisi, l'utilisation risquée du corps, la recherche de satisfactions immédiates, la proximité de la mort et de la destruction.» (Pidinelli et al. 1987, pp. 27-32).

2.2.1 Les mécanismes de dépendances

«La dépendance (...) se caractérise principalement par une perte de contrôle progressive qui oriente la majorité de la vie du toxicomane autour de la recherche et la consommation de produit, au détriment du reste de sa vie professionnelle, sociale et personnelle. La naissance d'un besoin physique et/ou psychique de la substance

entraîne une incapacité à arrêter les prises et ce bien que le patient ait totalement conscience des dangers de cette prise pour sa santé, et des possibles problèmes légaux encourus dans le cas des drogues illicites.» (Salomon, 2010, p.39).

Du moment que la personne se trouve dépendante de quelque chose, elle perd une partie de sa liberté. Les conséquences sont négatives tant du point de vue relationnel que médical. En effet, les symptômes se font sentir au niveau psychique, physique et social.

Au niveau cérébral, le cerveau enregistre que la prise de drogue est associée à une sensation de bien-être. Il aura donc tendance à «programmer» le renouvellement de ce comportement. La consommation va devenir compulsive lorsque les réflexes conditionnés sont inscrits régulièrement dans les habitudes de l'individu (Salomon, 2010). «Les substances psycho actives⁹ transforment l'activité mentale (la conscience, mais aussi l'inconscience) ainsi que les sensations et le comportement.» (Lowenstein, 2010, p. 20). Au niveau physique, la dépendance se fait sentir par un phénomène de manque lors d'un sevrage. L'intensité de ce manque dépend de la quantité consommée et du produit.

Pour aller plus loin dans la compréhension des mécanismes de dépendance, nous nous sommes penchées sur l'ouvrage de Didier Acier (2012), psychologue spécialisé dans le champ des addictions. L'auteur propose l'existence de trois niveaux de consommation. Le premier étant l'usage récréatif, le second l'usage à risque et le dernier l'addiction. Précisons que la population choisie pour notre recherche n'est concernée que par le troisième niveau, l'addiction.

Dans la première phase, la personne va expérimenter des drogues sous l'influence de pairs, mais aussi par pure curiosité. Cette consommation se fait de manière festive la plupart du temps. La prise de substance est occasionnelle,

⁹ Substance psychoactive (SPA) : substance naturelle ou synthétique qui produit un effet sur le système nerveux central. Synonyme de produit psychotrope (Salomon, 2010).

s'inscrit dans un contexte précis, et est vécu comme désinhibant. L'usage récréatif : «peut s'inscrire dans un contexte de convivialité et participer au lien social et, à un degré de plus, il peut s'agir d'un usage festif dont la consommation d'un produit devient un des éléments forts, voire symboliques .» (Acier, 2012, p.12).

Le second usage est motivé par la recherche des effets positifs comme l'augmentation de la sociabilité ou l'amélioration de l'intimité au sein du couple. Il faut ainsi «distinguer la recherche d'euphorie, festive et conviviale (usage récréatif), de la conduite d'excès ou de la recherche d'ivresse massive, d'abrutissement, d'anéantissement que devient une consommation à risque.» (Acier, 2012, p.15).

Le dernier usage est l'addiction. C'est un «usage à risque qui tourne mal.» (Acier, 2012, p. 17). Les manques de l'effet des substances psycho actives vont se faire sentir psychologiquement, mais aussi physiquement. Une dépendance s'installe alors. Le «bien-être» de la personne, lié à l'annihilation de ses émotions négatives et à l'éloignement de sa réalité, va déclencher un cercle vicieux : l'addiction. Didier Acier décrit également cinq aspects afin de situer l'addiction : la perte de liberté, la présence de conséquences négatives (physiques, psychiques et sociales) l'existence d'une tolérance, qui pousse l'individu à consommer toujours plus pour obtenir les mêmes effets, l'utilité d'un sevrage physique ou psychologique et d'un craving qui est la manifestation d'une envie de plus en plus puissante de consommer.

2.2.2 Le rapport aux produits

La préoccupation principale voir unique de la personne toxicodépendante est l'obtention du produit psychotrope. Ses autres besoins vitaux passent au second plan. De même que la conformité à certaines normes sociales qui régissent les rapports entre les individus et sont garantes du respect des lois. Nous avons observé que la plupart des personnes que nous avons interrogées ont eu un parcours carcéral. En effet, si tous les moyens sont bons pour obtenir l'argent

nécessaire à l'achat de drogue, ils ne sont pas toujours légaux. Et ceci pour diverses raisons. L'accession au marché du travail est souvent réduite en raison de leur non-inscription dans une continuité professionnelle, de plus la possibilité de garder un emploi est souvent entravée par une conduite inadéquate liée à la prise de substances psychotropes. Pour cette raison et d'autres comme l'immédiateté d'un «salaire», il arrive souvent que les personnes toxicodépendantes se tournent vers une forme de revenu illicite, comme le vol, le deal et la prostitution. Ceci pour expliquer que le rapport au produit fausse, voir empêche une socialisation ordinaire. Nous développerons ce point plus en avant dans les chapitres qui suivent.

2.2.3 Les drogues

Nous n'allons pas énumérer toutes les substances psycho actives, mais nous pensons important d'expliquer en quelques mots les cinq principaux produits qui sont ressortis au cours de nos entretiens.

La cocaïne

Cette drogue, issue de l'extraction des feuilles de coca, est vendue sous forme de poudre blanche. Elle fait partie de la famille des amphétamines. La cocaïne est un psychotrope qui a pour effets une grande excitation ainsi qu'un sentiment d'euphorie. Elle est consommée en l'aspirant par le nez («sniffer»), en la fumant ou par injection.

Au niveau physiologique, on observe une augmentation du rythme cardiaque et de la pression artérielle. Les effets ressentis sont en premier lieu le sentiment de toute-puissance. Le consommateur voit ses forces décuplées, son endurance augmentée, la rapidité de ses pensées prendre des proportions exponentielles. La «durée de vie» de la cocaïne est limitée, l'organisme la dégrade rapidement. Lorsque les effets euphorisants perdent de leur intensité, le retour à la normalité est

extrêmement difficile et peut conduire à la prise d'autres substances comme l'alcool pour atténuer le sentiment dépressif. L'effet de la cocaïne ne dure pas longtemps, c'est pourquoi la prise de ce produit peut se faire à répétition dans une même heure (Salomon, 2010).

Cette drogue est l'une des plus ravageuses pour le corps. Malgré cela, elle devient de plus en plus populaire et banalisée. En effet, prise dans des milieux festifs avec des amis, elle est, contrairement à l'héroïne, un moyen de sociabilité. La dépendance est surtout psychique. Le sevrage de celle-ci se fait à l'aide de médicaments de substitutions comme les anxiolytiques.

L'héroïne

Cette drogue fait partie de la famille des opiacés. C'est une poudre blanche ou brune qui est la plupart du temps coupée avec d'autres produits. Les effets dépendent de la voie d'administration et de la quantité utilisée (Salomon, 2010).

Dans les premiers temps, l'effet produit est une sensation d'intense plaisir, de félicité, de sérénité, puis de détachement de la réalité provoqué par un état entre sommeil et inconscience. «De manière générale, les opiacés entraînent des effets physiologiques (...) comme l'analgésie, ou suppression de la douleur» (Salomon, 2010) tant physique que psychique. En effet, l'héroïne injectée anesthésie les pensées douloureuses, c'est un antidépresseur puissant. L'effet de l'héroïne dure entre trois et huit heures, mais au fur et à mesure des prises, une tolérance se met en place et réduit le temps et l'intensité de ses effets. Elle conduit le consommateur à augmenter les doses et le rapprochement des prises. Une réelle dépendance physique existe. Le moyen de sevrage se fait principalement à l'aide de la méthadone.

L'alcool

Bien que légale et à la portée de tous, l'alcool est une drogue. Elle fait partie des substances sédatives, en ayant pour action le ralentissement du système

nerveux. Par ce fait, elle a pour effet la diminution de l'anxiété, et le relâchement du contrôle de soi, amenant une sensation de désinhibition. Sa consommation à faible dose peut procurer bien-être et somnolence. En surdosage, l'alcool peut «provoquer la défaillance des fonctions vitales, notamment un arrêt respiratoire.» (Barmann, 2008, p.21). Chez les personnes polytoxicomanes, l'alcool a fonction de produit transitoire utilisé lorsque les effets d'une drogue dure diminuent. Elle peut être aussi associée à la cocaïne ou à des médicaments, ce qui décuple certains effets. Ce produit psychoactif peut devenir rapidement addictif. L'alcoolisme engendre des conséquences désastreuses tant sur le plan social et relationnel que sur le plan physique (la cirrhose hépatique, le cancer du foie). Le sevrage de l'alcoolisme peut être suivi médicalement. L'arrêt brutal d'une consommation excessive peut entraîner d'importantes hallucinations et des délires psychiques.

Les médicaments

Nous entendons par médicament les tranquillisants, les somnifères, les antidépresseurs et les stimulants. Comme l'alcool, les médicaments sont légaux, mais la plupart des consommateurs se les procurent de manière illégale.

Les médicaments sont aujourd'hui à la portée de tous. Bien qu'à l'origine ils aient été conçus pour soigner les maux physiques, ils sont de plus en plus créés et utilisés pour soigner les maux psychiques. Beaucoup d'individus se soignent à l'aide de ce type de médicaments, que cela soit prescrit par un médecin ou obtenu de manière illégale. Cette banalisation conduit à une augmentation d'automédication qui peut s'avérer incontrôlable. Les molécules composant les antidépresseurs et les anxiolytiques agissent sur les systèmes de production et de régulation des transmetteurs chimiques que sont la dopamine, la sérotonine et la noradrénaline entre autres. Leurs propriétés et effets moléculaires peuvent donc être similaires à ceux des psychotropes. Si les antidépresseurs n'entraînent pas de dépendance physique marquée (mais une dépendance psychologique), les benzodiazépines mènent à une dépendance physique et psychique (Salomon, 2010). Depuis quelques

années, la tendance chez les polytoxicomanes est la prise de Dormicum®, médicament faisant partie de la famille des benzodiazépines et se présentant sous forme de petites pilules bleues. Ce médicament est peu coûteux sur le marché du deal et est facilement accessible. À l'origine, c'est un médicament prescrit aux patients souffrants d'anxiété et de troubles du sommeil (Université de Genève, 2014). Si sa prescription est normalement en quantité réduite, les personnes toxicodépendantes le consomment de manière excessive. Le Dormicum® est donc détourné de ses propriétés originales et la dépendance est réelle.

La méthadone

Elle fait partie de la famille des opiacés, mais a la particularité d'être un produit de synthèse. Elle a les mêmes effets, à ceci près que sa durée d'action est plus longue, et le même pouvoir d'engendrer une dépendance, mais elle permet de maintenir la personne dans un réseau de soin. En effet, elle est l'un des traitements de substitution en cas de dépendance à l'héroïne (Geismar-Wieviorka, et al., 1997). Son administration est journalière et est contrôlée par un médecin traitant qui doit s'en référer au médecin cantonal. La quantité prescrite dépend de la consommation antérieure d'héroïne et vise un sevrage progressif du patient. Le paradoxe est que la méthadone peut être le produit lié à la dépendance de certains toxicomanes, dont l'une des personnes interviewées.

Nous trouvons intéressant de développer ces informations sur ces produits afin de permettre au lecteur de comprendre la suite de ce travail. Effectivement, la personne toxicodépendante en processus de rétablissement a du faire une réflexion sur son rapport au produit et trouver des solutions qui lui permettent de sortir du circuit de la dépendance. Il était donc important d'apporter un éclairage sur le rôle de ces produits psychoactifs.

Nous ne nous pencherons pas plus avant sur le suivi médical des personnes en processus de rétablissement, car nous orientons notre recherche sur les aspects sociaux et relationnels.

2.3 La socialisation

Nous avons observé, au cours de nos entretiens, que la période de consommation est liée à une rupture dans le processus de socialisation des individus, comme nous le détaillerons dans la partie empirique ci-dessous. Cette rupture dont parlent les personnes interrogées a eu lieu, dans la majorité des cas, à l'adolescence. Certains en parlent comme d'une suspension du temps, un arrêt du développement ordinaire de l'individu. En suivant Olivier Galland (2011), sociologue de la jeunesse, on peut dire que la trajectoire la plus courante jusque dans les années 1980, durant le passage de l'adolescence à l'âge adulte, était la fin des études ou de la formation, l'entrée dans le monde professionnel, la mise en couple, l'obtention d'un logement, différentes étapes que les personnes que nous avons interrogées n'ont pas vécues de façon linéaire voir pas vécu du tout. Il est à noter cependant qu'aujourd'hui ces éléments biographiques ne sont plus linéaires pour l'ensemble des jeunes sans toutefois qu'il y ait rupture. Mais dans le cas des personnes que nous avons rencontrées, nous pouvons parler de rupture de la socialisation secondaire ordinaire au profit d'une socialisation par le groupe de pairs dans le contexte très particulier de la toxicodépendance. Ceci a pour conséquence que lors du processus de rétablissement, les individus passent par une phase de déconstruction des «manières de faire et d'être» des personnes toxicomanes. Cela nécessite une contre-socialisation des appris intégrés durant leur phase de vie dans la dépendance et une re-socialisation aux savoir-être et savoir-faire de la société dans laquelle ils sont inscrits. Pour mieux comprendre ces mécanismes, il nous a semblé important d'amener des apports théoriques sur les processus de socialisation.

2.3.1 Définition et compréhension

Il y a plusieurs manières de définir la socialisation, en raison du fait qu'elle ne désigne pas un domaine, mais une notion. Ainsi, suivant que les auteurs soient sociologues, anthropologues ou psychanalystes, les angles d'études ne seront pas les mêmes. Le dictionnaire de sociologie de Gilles Ferréol et ses collègues nous propose la définition suivante : «Concept occupant une place ambiguë en sociologie, centrale pour certains, secondaire pour d'autres. En psychologie sociale, il désigne le processus par lequel les individus apprennent les modes d'agir et de penser de leur environnement, les intériorisent en les intégrant à leur personnalité et deviennent membres de groupes où ils acquièrent un statut spécifique. La socialisation est donc à la fois apprentissage, conditionnement et inculcation, mais aussi adaptation culturelle, intériorisation et incorporation. (...)» (Ferréol et al. 1991, p. 253).

Pour notre part, nous nous sommes appuyées sur l'ouvrage de Muriel Darmon (2010), dans lequel elle propose une approche sociologique de la socialisation. Son approche nous a paru intéressante dans le sens où elle étudie «le caractère «déterminant» d'une socialisation dont les produits peuvent «s'incruster» dans l'individu et résister au temps qui passe *et* sur l'action continue, tout au long du cycle de vie, des processus de socialisation». (Darmon, 2010, p.9).

La distinction entre socialisations primaire et secondaire est courante en sociologie, mais n'est pas clairement définie. Il y a plusieurs manières d'envisager la compréhension de ce concept. Muriel Darmon propose trois différentes approches :

La première est en lien avec les instances socialisatrices (la famille, l'école, le monde du travail, etc.). En ce sens, la socialisation primaire a lieu au sein de la famille tandis que la socialisation secondaire se réalise par toutes les autres instances.

Une deuxième définition nous indique que la socialisation primaire regroupe l'intégration des attitudes et connaissances fondamentales, et la socialisation secondaire est constituée des ajouts à ces connaissances.

Enfin la troisième compréhension peut être envisagée en termes de cycles de vie. La socialisation primaire se situe entre la naissance et la fin de l'adolescence et la socialisation secondaire est un processus débutant à l'âge adulte. La difficulté de cette distinction est que l'adolescence et l'âge adulte ne sont pas des périodes clairement définies dans le temps.

Certains auteurs parlent de «recomposition identitaire» à l'adolescence au moment où l'adolescent est capable de voir ce qu'il veut garder de ce qu'il a reçu enfant et des éléments et/ou valeurs qu'il prend dans d'autres cercles (Dortier, 2002). De toutes ces différentes approches, nous retiendrons que la socialisation primaire relève des connaissances, savoir-être, savoir-faire, attitudes transmis par le cercle familial lui-même imprégné du contexte économique, social et culturel dans lequel il est inscrit. Nous situerons la socialisation secondaire au moment de l'adolescence, période au cours de laquelle l'institution familiale perd de son influence au profit de la socialisation par les pairs et d'autres instances socialisatrices. Nous sommes conscientes que les frontières enfant/adolescent et adolescent/adulte sont floues et perméables, c'est pourquoi nous nous focalisons sur la socialisation secondaire ayant lieu à l'adolescence, sans chercher à déterminer exactement où se situent le début et la fin de cette phase de vie.

La socialisation secondaire est un processus postérieur qui permet à l'individu d'incorporer de nouveaux codes de la société. En cela, ce processus est moins durablement ancré que les acquis de la prime enfance et est sujet à des modifications tout au long de la vie. C'est en ce sens que nous envisagerons l'instance de socialisation du groupe de pairs des personnes toxicodépendantes.

Il faut ici préciser que considérer la famille comme seule responsable de la socialisation primaire serait réducteur. D'autres instances de socialisation sont

présentes au cours de l'enfance : les institutions ou personnes qui gardent les enfants, les pairs, et la plus importante, l'école.

2.3.2 Le rôle de l'école et du travail

Claude Dubar, dans son ouvrage, *La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles* (1999), s'appuie sur les travaux de Peter Berger et Thomas Luckmann (1986, trad. 1966), pour mettre en lumière les interactions entre la socialisation primaire et secondaire, et apporter un éclairage sur les possibles compréhensions d'une rupture de la socialisation ordinaire, notamment dans le lien de l'individu-famille à l'école. Les codes intériorisés issus de la socialisation primaire sont nommés par Dubar «des savoirs de base» : «Ces savoirs de base, objets de la socialisation primaire, dépendent essentiellement des relations qui s'établissent entre « le monde social » de la famille et l'univers institutionnel de l'école. L'école assure, en effet, la légitimation de certains savoirs sociaux au détriment d'autres - favorisant aussi certains types de familles - et joue ainsi un rôle décisif dans la distribution sociale des savoirs.» (Dubar, 1999, p.99). La compréhension des mécanismes et des conséquences de la socialisation primaire est donc à englober dans une compréhension plus large, qui implique les relations entre la famille et l'institution-école, ainsi que la relation propre de l'individu aux adultes «socialisateurs».

Cet apport de Claude Dubar est intéressant dans le sens où les personnes toxicodépendantes présentent, dans beaucoup de cas, un parcours scolaire inachevé ou tout du moins chaotique. La socialisation secondaire ordinaire n'a donc pas pu se construire sans compter qu'il «faut (...) tenir compte des cas où la socialisation initiale n'ayant pas structuré d'identité sociale, la socialisation secondaire ne pouvant pas construire d'identité spécialisée aboutit à une déstructuration durable des individus et leur exclusion de l'espace social.» (Dubar, 1999, p.105). C'est une hypothèse de compréhension de cette rupture dont nous parlions en introduction.

Il est intéressant de souligner que les sociologues font souvent un raccourci entre socialisation secondaire et socialisation professionnelle. Dans l'ouvrage de Darmon (2010), l'apprentissage des codes et attitudes professionnelles est mis en avant pour illustrer une socialisation par le travail. Le problème en ce qui concerne notre population d'investigation, est que le travail ou les études ne sont pas des instances socialisatrices prégnantes en raison généralement de leur rupture ou du peu d'investissement (et donc de valeur). C'est pourquoi nous avons mis l'accent sur la socialisation par le groupe de pairs. Ainsi le groupe peut être «le support principal d'un apprentissage (...) qui ne se fait pas indépendamment de lui.» (Darmon, 2010, p.90). De plus, les individus acquièrent un ensemble d'attitudes, de savoirs, appartenant au groupe dont ils sont ou auquel ils souhaitent appartenir.

Nous avons fait un parallèle avec d'autres travaux de Claude Dubar (1999) sur la construction des identités sociales et professionnelles pour éclairer ce que nous entendons par «socialisation par le groupe de pairs toxicodépendants».

Dubar envisage ainsi la socialisation secondaire comme «l'intériorisation de sous-mondes institutionnels spécialisés et d'acquisition de savoirs spécifiques et rôles directement ou indirectement enracinés dans la division du travail.» (Dubar, 1999, p.100). Ainsi l'incorporation de savoirs spécialisés («savoirs professionnels» pour Dubar), comprend «un vocabulaire, des recettes (ou formules, propositions, procédures), un programme formalisé et un véritable «univers symbolique» véhiculant une conception du monde, mais qui, contrairement aux savoirs de base de la socialisation primaire, sont définis et construits en référence à un champ spécialisé d'activités.» (Dubar, 1999, p.100). Dans notre cas, l'univers de la dépendance.

Dubar insiste également sur la co-dépendance de la socialisation primaire et secondaire. «La socialisation secondaire n'efface jamais totalement l'identité «générale» construite au terme de la socialisation primaire. Elle peut néanmoins transformer une identité «spécialisée» en une autre, même très différente, dans des

conditions institutionnelles bien précises.» (Dubar, 1999, p.102). C'est de cette transformation précisément que nous allons parler lors du processus de rétablissement.

2.3.3 Socialisation de conversion et de transformation

Il est important de noter que tant la socialisation primaire que secondaire sont multiples et plurielles. Multiples en raison des diverses instances socialisatrices et plurielles parce que toutes ces instances agissent en même temps sur l'individu. Ainsi, la socialisation par et dans le groupe de toxicodépendants agit sur des individus déjà en partie construits. On peut peut-être aussi se poser la question d'une construction fragile, comportant quelques «trous» dans la multiplicité habituelle lors de l'enfance et début d'adolescence.

La particularité de notre population est l'absence d'autres instances de socialisation au cours de leur période de consommation. En effet, le produit prenant tout l'espace spatio-temporel et psychique, les autres instances de socialisation secondaire que sont la formation, le travail, l'appartenance à des groupes militants, à des cercles d'amis, à des groupes de loisirs et de voisinage, etc. sont relégués à l'arrière-plan. Lors du processus de rétablissement, c'est tout ce pan de leur vie que les individus doivent reconstruire. Cette reconstruction peut être apparentée à la notion de socialisations de conversion ou de transformation dont parle Darmon. La conversion «est une transformation radicale et totale, sur le modèle de la conversion religieuse.» (Darmon, 2010, p.117). Elle «constitue donc une re-socialisation qui ressemble à la socialisation primaire par son caractère radical et probablement affectif ; elle s'en distingue cependant dans la mesure où elle ne se fait pas ex nihilo¹⁰ et doit «désintégrer» les produits des socialisations

¹⁰ A partir de rien

précédentes.» (Darmon, 2010, p.118). Cette transformation radicale dans la biographie des individus a été évoquée par nombre de personnes que nous avons interrogées.

Les socialisations de transformation prennent effet(s) sur un aspect de l'individu. Elles sont plus limitées dans le temps et dans l'action que la conversion. «Les socialisations de transformation peuvent enfin avoir une action essentiellement destructrice (des éléments des socialisations antérieures) sans effet proprement constructif (c'est à dire sans que soient intériorisés de nouveaux produits).» (Darmon, 2010, p.120).

Nous essayerons d'avoir un regard attentif sur cette distinction entre conversion et transformation lors de nos analyses d'entretiens. Ceci afin de comprendre comment se passe le processus de reconstruction, de re-socialisation des personnes anciennement toxicomanes, et quel rôle joue le réseau social des individus au cours de ce processus.

2.3.4 L'importance du contexte

Pour ouvrir la fin de ce chapitre sur la socialisation, nous avons trouvé intéressant de faire un lien avec le contexte dans lequel se tissent les relations de la socialisation secondaire. En effet, chaque relation débute dans un endroit précis à un moment précis, ce qui aura des conséquences sur la nature du lien tissé. Les codes, le langage ne sont pas les mêmes et peuvent déterminer des caractéristiques de la relation. Les endroits fréquentés ensemble ne sont pas les mêmes, les activités pratiquées non plus. Bien qu'il faille se méfier de cloisonner ses relations, on peut se rendre compte de l'influence des contextes sur les caractéristiques des liens tissés. De plus, chaque contexte définit des populations. Il y a ceux qui y sont et ceux qui n'y sont pas. Ainsi les lieux et les heures de fréquentations rapprochent ou distancient les groupes sociaux. De manière tacite, ces savoirs inconscients dessinent des divisions qui restent inconscientes, bien que très présentes.

«Fréquenter tel contexte à telle heure, c'est déjà reconnaître certaines caractéristiques communes, des façons d'être, des valeurs et définit des critères qui font qu'on est « entre soi ». (Bidart et al., 2011, p. 89).

En ce qui concerne notre population d'investigation, nous pouvons aisément comprendre la difficulté d'être amené à rencontrer des individus dans un contexte hors de la toxicomanie. Outre les connaissances individuelles, les lieux de fréquentation sont répertoriés comme une carte spécifique de la ville en lien avec la possibilité de se procurer du produit. En effet, ce pan de leur vie ayant une importance considérable, les personnes rencontrées sont souvent issues de ce contexte précis. Contexte qui régit, comme nous l'avons vu ci-dessus, les codes sociaux et fixe les règles de partage du lien social selon ses normes propres. Une intériorisation en marge de la société incluant de nouvelles valeurs propres au milieu de la toxicomanie.

2.4 Le réseau social

Nous partons du fait que l'individu n'est pas isolé, et qu'à ce titre, il est imprégné par son entourage social. La relation entre l'individu et la société est faite d'imbrications et d'interdépendances des différentes relations interpersonnelles et de groupes sociaux qui cohabitent et s'influencent, ce qui constitue la matrice de la société. Notre vision de la vie, la confiance que nous avons en nous-mêmes, notre humeur, dépendent très souvent de ce que le réseau de personnes nous entourant nous renvoie.

La notion de réseau social est un concept récent. Ce terme, issu de la sociologie, «fait sa première apparition en 1954, dans un article de l'anthropologue britannique John A. Barnes (...)» (Cusset, 2007, p.29). Pierre-Yves Cusset, dans son ouvrage *Le lien social*, parle en premier lieu de «sociologie des réseaux», «dont l'objet est, précisément, l'analyse des relations, directes et indirectes, qui existent entre les individus.» (Cusset, 2007, p.28). Le terme réseau appartient au langage commun. Il est utilisé dans nombre de domaines et de ce fait, sa signification varie. Dans le champ des sciences humaines, il est accolé au mot «social» pour définir une nouvelle structure de la société qui repose davantage sur les liens sociaux entre les individus que sur les institutions traditionnelles (Sanicola, 1994).

Au cours de ces dernières années, les réseaux sociaux ont fait l'objet de nombreux discours à leur sujet. L'augmentation de la dimension individuelle de la vie sociale au détriment de l'emprise des institutions publiques très présentes avant les années 1970 en est sans doute la cause. (Duprez & Kokoreff 2000). L'individu est représenté comme étant le maître de sa destinée, de sa vie personnelle y compris de la gestion de ses relations. Il se doit d'être bien entouré. Parallèlement, étant considéré comme l'acteur principal de son réseau, il peut se confronter au sentiment de solitude qu'engendre une survalorisation de la dimension du réseau

social. Ce niveau d'analyse est qualifié de «mésos» par plusieurs auteurs¹¹ de sciences sociales, se situant entre le niveau macro (communauté nationale, classe sociale, genre) et le niveau microsocial (niveau individuel), qui vise à observer comment les individus se situent par rapport à un groupe plus large. De fait, les appartenances au niveau macro étant moins déterminantes que par le passé, ce niveau méso-social prend plus d'importance. Gardons à l'esprit que le réseau social est aussi influencé par la trajectoire individuelle.

Nous n'allons pas nous concentrer sur l'histoire de la terminologie, mais plutôt apporter du sens à notre interrogation première. Nous avons simplifié la notion de réseaux sociaux comme étant les regroupements des personnes qui nous accompagnent durant une période de vie et au sein desquels des liens particuliers sont tissés avec les personnes les constituant. Nous avons distingué la famille en cela qu'elle ne peut être définie en terme de réseau (mais comme institution ou système), et qu'elle est une donnée innée et non pas construite. Elle apparaît néanmoins dans ce chapitre en raison de son importance première et primordiale dans les liens que les individus entretiennent avec ses membres.

Nous tenons également à préciser que l'utilisation du terme «réseau social» n'est pas en lien avec la communauté internet. En effet, ce que nous appelons aujourd'hui «réseaux sociaux» dans le langage quotidien, fait référence à des plateformes comme Facebook, Twitter, etc. Les sites de rencontres ont été abordés lors des interviews comme moyen de rencontrer du monde c'est pourquoi ils sont ressortis dans quelques cas comme faisant partie du réseau social des sujets. Bien que ces sites donnent la possibilité de créer des liens, nous n'en ferons pas l'objet de notre étude.

¹¹ Notamment M. Martiniello (1995) et E. Lazega (1998).

2.4.1 Les liens sociaux, toujours en mouvance

Dans un premier temps, nous allons présenter quelques notions sur la construction des liens sociaux de manière générale, en nous appuyant sur différents auteurs. Par la suite, nous explorerons les spécificités du partage de liens sociaux dans le réseau de la toxicodépendance.

Pour étoffer nos préconstruits, nous nous sommes appuyé, entre autres, sur les travaux de Claire Bidart, Alain Degenne et Michel Grossetti, dans leur ouvrage *La vie en réseau* (2011). Ces auteurs nous proposent, une définition de la relation sociale : «un lien qui dépasse la simple interaction, qui s'est inscrit dans le temps et s'est cristallisé au-delà des échanges ponctuels». Les relations interpersonnelles forment la base d'une structure fondamentale du monde social : les réseaux sociaux. Plus loin, les auteurs définissent le réseau social comme «un agencement de relations dotées d'une épaisseur temporelle et interconnectées dans une configuration particulière». (Bidart et al., 2011, p. 11).

Nous sommes en outre d'avis que le réseau social d'un individu n'est pas figé. Les relations débutent, se construisent, se poursuivent, évoluent, se détériorent, s'arrêtent, se transforment tout au long de la vie. L'individu est totalement impliqué dans ce processus dynamique. Il agit sur son réseau en choisissant les personnes avec qui il passe du temps et celles qu'il laisse en chemin. Ce choix est souvent dicté par la similarité entre deux protagonistes de la relation. Similarité de l'âge, du niveau d'éducation, de pensée politique, de loisirs, d'intérêt culturel, etc. Cette dimension des relations est importante, car elle permet d'éclairer les mécanismes d'affiliation à un groupe ainsi que les processus de ségrégation, mécanismes que nous allons explorer dans le chapitre sur l'appartenance aux groupes.

La similarité n'est pas le critère exclusif de la recherche de lien social. Nous pouvons observer que la complémentarité est aussi un facteur d'attraction. La complémentarité peut être formelle (élève - enseignant) ou plus personnelle, au

niveau des traits de caractère. Dans la plupart des cas, la relation est un échange. Sous cet angle, il est mal vu de considérer un lien avec une personne comme une possibilité d'assistance, qu'elle soit matérielle ou morale (Lazega, 1998). En effet la plupart de nos relations sont teintées de similarité, de complémentarité et surtout d'échanges.

C'est à ce niveau que les relations des personnes toxicodépendantes envers les autres sont très souvent péjorées. Elles sont fondées en premier lieu sur la similarité de la consommation, sur la complémentarité formelle entre dealer et consommateur, mais assez peu sur la dimension d'échange. Le lien social dans le réseau proche, essentiellement constitué d'autres toxicomanes et de dealers, est, la plupart du temps, instrumentalisé, puisque visant presque exclusivement à se procurer de la drogue. Le produit occupant la place du tiers, la notion d'entraide, de don, d'échanges de services, n'apparaît que très rarement dans les liens tissés entre les consommateurs. Cette particularité déteint sur les relations des personnes toxicodépendantes avec leur réseau non consommateur. Celui-ci peut percevoir le consommateur comme égoïste, profiteur, intéressé. Cette dimension de la relation est difficile à reconstruire lors de leur processus de rétablissement.

L'affiliation à un nouveau cercle de relation génère, en règle générale, de nouvelles relations sociales. Elle se fait dans la plupart des cas par un tiers. En effet, personne ne se fait un ami «nulle part», en l'absence d'un contexte collectif. Un ami qui présente à son groupe d'amis, un conjoint à sa famille, etc. Le réseau social d'un individu est donc en mouvement, en création, en recomposition, en processus dynamique. La plupart de ces mouvements s'inscrivent dans les étapes de vie de l'individu : l'école, le travail, les loisirs, la retraite, etc. Mais ils dépendent aussi des phases de vie plus personnelles comme l'installation dans une vie à deux, la naissance d'enfants, un déménagement, une rupture, etc.

2.4.2 La famille

Lors de nos entretiens, les liens familiaux ont été inévitablement abordés. Il nous a donc paru important de nous étendre un peu plus longuement sur ce sujet. D'une part, parce que c'est le premier lieu de notre socialisation, d'autre part parce que c'est le réseau social qui a été cité avant tout autre par l'ensemble des personnes que nous avons interrogées.

La famille d'origine constitue une catégorie de personnes avec lesquelles nous sommes liés au début de notre vie, bien que parfois, l'individu fasse le choix de s'en éloigner. Le groupe familial peut avoir une influence positive en ce qu'il représente un certain idéal, offre une image à l'individu de ce qu'il pourrait vouloir devenir. Il a fonction aussi de lui renvoyer une image de lui-même qui peut l'aider à se définir, à se placer, à se projeter (Bradshaw, 2010). Il lui montre les limites, les expériences à ne pas reproduire, et peut l'aider financièrement et matériellement. Il peut être le lien entre l'individu et l'insertion dans la société.

En ce sens, l'impact du capital culturel, social et économique des membres de la famille prend son importance. Les positions occupées et la classe sociale jouent un rôle, dans ce que peut offrir le groupe familial à l'un de ses membres (Bourdieu, 1979). Bien que notre étude ne porte pas à proprement dit sur la corrélation entre capitaux culturels, économiques et sociaux et la possibilité de réinsertion, cette donnée peut avoir son importance.

L'entourage peut aussi constituer une contrainte, un ensemble de limitations qui peuvent amener à des renoncements et à des frustrations. Dans certains cas, elle peut être un lien de négligence affective voir de maltraitance.

Nous avons pu observer au cours de nos entretiens que les relations familiales ont parfois été rompues. En effet, la période de toxicodépendance d'un proche n'est pas vécue de la même manière par les parents, la fratrie et les amis. Certaines personnes que nous avons interviewées ont été exclues du cercle familial

au sens large, la réalité de la dépendance étant trop difficile à accepter, comprendre et traverser pour les proches

L'une des caractéristiques du système familial est que l'individu ne le choisit pas, il lui a été donné. De plus, la famille nucléaire est délimitée en nombre. Nous ne pouvons pas l'étendre à l'infini. Les interactions entre les membres de la famille sont régies par les règles de la parenté bien qu'elles ne correspondent pas toujours aux normes sociales qui les régissent. Elles peuvent être harmonieuses ou discordantes, chaleureuses ou froides, mais ces interactions resteront toujours un lien structurel, une référence du point de vue symbolique. Dans le sens où décevoir sa «mère» ou son «père» peut être vécu comme tout aussi important même si les relations sont rompues depuis longtemps. C'est la symbolisation du parent qui est importante lorsque l'on croit l'avoir déçu.

Bien que la place occupée par chacun dans la famille soit déterminée (parents/enfants, aîné/cadet, etc.), l'interaction entre ses membres évolue. Le passage de l'enfant à l'âge adulte modifie les rapports entre l'enfant et ses parents. Les relations prennent une couleur plus interpersonnelles. La position du jeune au sein de sa famille devient de plus en plus fondée sur les interactions avec ses membres. Ainsi, la structure familiale qui fixe les positions de chacun, s'étoffe des relations personnelles que les individus tissent les uns avec les autres.

Il arrive parfois que les choix de vie de l'adulte ne correspondent pas à l'attente familiale, mais celui-ci reste néanmoins ancré dans une structure où il occupe une place définie (Angel, 2002). Tout adulte est l'enfant de ses parents, quelle que soit la nature du lien interpersonnel développé par la suite.

Une autre caractéristique du système familial est sa pérennité. Bien que certaines personnes fassent le choix de couper avec leur famille (et réciproquement), la coupure du lien reste symbolique. En effet, si les amitiés, se transforment, évoluent ou se brisent, la famille reste un fil conducteur plus ou

moins présent en chaque personne. De plus, le groupe familial est présent dès la naissance de l'individu, il est donc l'acteur principal de la socialisation primaire.

C'est pourquoi, nous pensons que le souvenir du lien bien qu'abîmé par les conduites de dépendance reste très présent. La reconstruction de la relation est aussi rendue difficile, car très souvent, la confiance a été brisée. Cette notion de confiance est très complexe. Elle se fonde d'une part sur les aspects normatifs issus de la socialisation et d'autre part sur l'expérience de l'interaction avec l'autre (Bradshaw, 2010). Dans bien des cas, ces deux aspects ont été touchés par l'attractivité du produit qui rend toute autre forme de socialisation inepte. Rappelons aussi la coloration très affective et émotionnelle de ces liens. Certaines personnes que nous avons rencontrées évoquaient la difficulté de se re-présenter à sa famille avec la lourde tâche de devoir «faire ses preuves».

2.4.3 Les réseaux multiples

L'étude des réseaux sociaux nous éclaire aussi sur l'importance qu'ils peuvent revêtir dans des domaines aussi variés que la possibilité d'accéder à un emploi ou un appartement, à prendre des décisions importantes comme faire un enfant, ou à se forger des idées en fonctions des personnes significatives qui nous entourent. Notons que ces possibilités dépendent des ressources que possèdent les personnes constituant ces réseaux. Ainsi les réseaux ne sont pas une simple liste de relations informelles, mais sont constitués de personnes remplissant un rôle qui peut être tout à la fois porteur comme destructeur (Bidart et al. 2011).

La plupart des individus appartiennent à des réseaux multiples qui sont distincts ou imbriqués. Nous évoluons tour à tour avec les personnes rencontrées sur les bancs de l'école, nos collègues de travail, nos camarades politiques, etc.

2.4.4 Liens sociaux des personnes toxicodépendantes

La particularité des personnes toxicodépendantes est que leur consommation de stupéfiants raréfie la diversité des réseaux, voire exclut la fréquentation de cercles sociaux différents de celui relié au produit. Très souvent, le monde du travail n'est que peu ou pas présent, l'exercice de loisirs, inexistant, les liens familiaux abîmés ou rompus. Lors du processus de rétablissement, la réaffiliation à ces réseaux divers s'accompagne de la reconstruction d'une identité sociale.

Dans son étude sur la dépendance et les liens sociaux, Alexandre Pollien a distingué «deux grandes modalités de relation qui sont soit en lien à une personne partageant les caractéristiques déviantes, c'est-à-dire un lien qui est toujours suspecté de viser la réalisation d'une action illégitime, soit le lien asymétrique à une personne qui se situe en dehors du monde de la drogue et dont l'enjeu normatif qui le traverse compromet un développement transparent.» (Pollien, 2002, p. 19). En d'autres termes, les liens tissés avec le monde environnant sont soit dans, soit hors du milieu de la consommation.

Les buts recherchés dans l'entretien de ces liens sont donc différents. Dans le premier cas, le lien est lié à l'obtention de produit, dans l'autre cas, les liens créés avec le monde extérieur à la consommation visent d'autres finalités, notamment une forme de reconnaissance de son identité globale (pas seulement comme toxicomane), ce qui amène parfois à mentir sur sa consommation avec le risque d'une non-transparence dans la relation.

Pour aller plus loin, il nous faut aborder les mécanismes d'appartenance à des groupes, dans un premier temps de manière générale, puis plus spécifiquement, dans ce qui se joue au sein du groupe des personnes toxicomanes.

2.5 L'appartenance au groupe

Comme expliqué dans les parties précédentes, le groupe revêt une importance fondamentale.

Afin de survivre et de se reproduire, l'être humain doit appartenir à une société, «c'est à dire, à un groupe d'individus en interrelation qui partagent au moins partiellement, une même compréhension du monde et qui collaborent afin d'atteindre certains objectifs communs.» (Dorais, 2004, p.4). Par ailleurs, étant des individus grégaires, nous avons besoin des autres pour vivre, nous construire, évoluer, et trouver notre place dans la société.

Les personnes que nous avons interrogées ont souvent relevé que leur problématique ne relevait qu'assez peu de l'addiction, mais c'est «tout ce qu'il y a autour de la drogue qui est difficile à quitter.» (Extrait d'entretien, Jack). Il nous est dès lors apparu nécessaire d'explorer les mécanismes qui nous attachent à des groupes pour comprendre comment la force qui lie les individus entre eux peut avoir des répercussions sur leur exclusion. Qu'est-ce qui rend si difficile de sortir d'un groupe d'appartenance et d'en créer d'autres ? Nous avons déjà proposé des éléments de réponse dans les chapitres ci-dessus, et nous allons maintenant apporter un nouvel éclairage sur les mécanismes d'appartenance.

2.5.1 Fonctionnement général

Dès notre naissance, nous sommes affiliés à un groupe social, la famille. Ce dernier est régi par des normes, des codes, des rituels, des coutumes et nous influence par les ressources qu'elle possède en terme de capital culturel, économique et social. Nous appartenons à un groupe familial, d'ailleurs, notre nom de famille est l'illustration première de l'appartenance à un groupe d'humains partageant le même patronyme.

Dans un sens plus large, nous appartenons à la communauté de l'espèce humaine ; de plus, nous sommes inscrits dans une certaine culture, d'un certain pays, régi par des normes sociales qui lui sont spécifiques. Ainsi notre définition en tant qu'individu se fait en premier lieu par notre inscription dans un groupe social avec ses caractéristiques, et cela même avant la construction de notre identité individuelle.

Nous avons évoqué dans un chapitre précédent les mécanismes de la socialisation secondaire. En effet, au sortir de l'enfance, nous prenons des distances envers le groupe familial pour nous construire une individualité propre en confrontant ce que nous pensons savoir de nous-mêmes avec des individus qui partagent certaines caractéristiques communes. Cette définition du soi, par et à travers le groupe prend son importance dès lors qu'il nous mène vers l'âge adulte. Là encore, c'est à travers le groupe que nous nous définissons une identité professionnelle, sociale, intellectuelle, politique, etc. Nous nous identifions plus ou moins fortement aux groupes auxquels nous appartenons en fonction des affinités avec les personnes les constituants, mais également en fonction des valeurs partagées et véhiculées par la représentation sociale du groupe.

Il y a donc plusieurs moteurs qui nous poussent à nous relier aux autres dans une formation groupale. Le premier d'entre eux, c'est la nécessité de survivre. Une autre motivation est celle que nous avons longuement explicitée dans les chapitres ci-dessus : la construction de son identité à travers le regard et la confrontation à l'autre.

En résumé, le mécanisme d'appartenance à un groupe peut se définir par de multiples facteurs : la survie, notre condition d'être humain intrinsèquement liée à l'inscription dans le social, la nécessité de l'Autre pour se construire, le partage de valeurs et d'idéaux communs, les mêmes buts poursuivis, la même vision de l'avenir. De ceci découlent des conduites communes, un langage partagé, des lieux semblables fréquentés, un code vestimentaire identique. C'est la culture du groupe,

qui est parfois qualifiée de sous-culture, lorsque les codes et les valeurs sont relativement distincts de ceux de la société auquel le groupe appartient.

Notons aussi que dans la plupart des cas, les individus revendiquent et sont fiers de leur appartenance. Ainsi les personnes intégrées dans un groupe social emploient volontiers le pronom personnel «nous.» (De La Haye, 1998). Ceci s'est également vérifié en ce qui concerne le groupe d'appartenance des personnes toxicodépendantes.

2.5.2 Groupe d'appartenance des personnes toxicodépendantes

«Un élément qui émerge avant même l'effet proprement psychoactif du produit est la formation de l'appartenance ou la construction identitaire qui se crée dans l'acte collectif de consommation. (...) La pratique commune de consommation est un acte de formation du groupe.» (Pollien, 2002, p.9).

L'élément de raliement des personnes toxicodépendantes est donc la consommation de substance psychoactive. Nous pouvons donc distinguer, par ce fait, les liens d'appartenance dans le monde de la drogue des liens d'appartenance dans le monde ordinaire des non-consommateurs. Des individus aux identités multiples se retrouvent donc dans cet acte de consommer et dans tous ceux qu'il entraîne. Il est important de relever que le toxicomane n'existe pas au sein du groupe comme individu, mais comme consommateur de drogues. C'est ce critère qui lui permet d'intégrer ce groupe défini.

Il échappe en cela à la complexité des mécanismes décrits plus haut. Le facteur d'appartenance à un groupe étant ici unique et spécifique alors qu'il est multiple au sein de la population non consommatrice.

Pour aller plus loin dans la compréhension de ce qui se joue au sein de ce groupe spécifique des consommateurs, nous nous sommes inspirées des travaux de Nadine Panunzi-Roger dans son ouvrage *Le toxicomane et sa tribu* (2000). L'auteur

propose un parallèle entre les «tribus toxicomanes» et les tribus dites primitives. La tribu, ou communauté «est une instance de référence et d'adhésion culturelles ou mentales.» (Panunzi-Roger, 2000, p.62) ce qui peut expliquer une uniformisation intellectuelle. Il convient toutefois de noter que dans les sociétés «primitives», les liens sociaux étaient très forts et les valeurs partagées très prégnantes, ce qui est beaucoup moins le cas dans le milieu des toxicomanes. Valérie Fournier (1999) met d'ailleurs en avant les distinctions entre le groupe des toxicomanes et les autres groupes marginaux. Elle souligne que bien que la fréquentation de certains lieux entre pairs est commune, la concentration de toxicomanes n'en fait pas une tribu puisqu'il n'y a rien de culturel à leur regroupement. Il n'y a pas de recherche esthétique, de style propre à une sous-culture définie (Fournier, 1999).

Les regroupements des toxicomanes, s'ils n'ont rien d'une sous-culture dans le fond, ont en effet une forme tribale au niveau de leur structure et de leur organisation, notamment au regard de leur nomadisme. L'absence de base et d'inscription territoriale n'est pas la norme, mais constitue le quotidien d'un grand nombre de consommateurs. La recherche collective de substances, la précarité, l'incertitude de la présence de ses membres, ainsi que l'importance d'appartenir au collectif pour survivre et assurer la consommation de psychotropes, rappelle le fonctionnement de certaines tribus dites primitives au sens premier du terme.

Pour expliquer cette particularité, Nadia Panunzi-Roger fait un lien avec le totémisme. Le totem définit l'identité et le lien d'appartenance au clan. Désignant toujours un groupe, jamais un individu, il remplit la fonction d'unification et de cohésion du groupe social. Ici, le totem symbolique serait le produit psychotrope. Toutes les actions et les prises de décisions du quotidien sont orientées autour de l'obtention du produit. C'est la préoccupation première, voire unique de la personne toxicodépendante. Les personnes rencontrées et les lieux fréquentés ont pour objectif l'atteinte de ce but ultime nécessaire à leur survie psychique (Panunzi-Roger, 2000).

Un fait intéressant à noter : la fonction du groupe comme garde-fou de ses membres qu'Alexandre Pollien (2002) a notamment exploré. En effet, évoluer en groupe dans ce milieu permet d'éviter des conduites à risque en informant sur la qualité du produit, sa provenance, ainsi qu'en donnant des informations sur les lieux et les modes d'injection sécurisés. Il observe également que «la drogue constitue un vecteur relationnel.» (Pollien, 2002, p. 37).

Il semble dès lors difficile de se désolidariser de son ou ses groupes d'appartenance, processus à l'œuvre lors du passage du toxicomane consommateur à un individu non consommateur. Outre le fait de rompre avec les personnes constituant ce groupe qui ont pu être significatives et importantes, cela signifie aussi quitter, transformer ses valeurs, ses codes sociaux, et rompre avec sa zone de confort établie avec des individus partageant le même mode de vie.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Champ d'investigation

Le terrain concerné par notre recherche, le Toulourenc, fait partie de l'association Argos. Nous nous arrêtons un instant sur cette association qui regroupe plusieurs structures à Genève, car elle s'est construite idéologiquement et physiquement selon différentes phases du processus de rétablissement des personnes toxicodépendantes. Les personnes que nous avons interrogées ont toutes fait un passage dans au moins un des lieux de cette association.

L'«Association pour la création de dispositifs thérapeutiques en faveur des toxicomanes» a été fondée en 1977. Elle changera de nom en 1991 et se nommera Association Argos.

Son objectif premier est d'améliorer et de soutenir le processus de rétablissement de la qualité de vie des personnes toxicodépendantes qui s'adressent à elle. Leur intégration socioprofessionnelle et la restauration des liens familiaux et sociaux sont essentiellement le travail mis en place entre les résidents et les éducateurs de l'institution. Pour ce faire, Argos a développé une approche sociothérapeutique qui s'appuie sur cinq champs de prestations : le rapport aux drogues, la santé, l'intégration sociale (le rapport à l'autre, le développement du réseau social, la pratique de hobbies, d'activités sportives, etc.), l'insertion professionnelle et le lien avec la famille. Chaque usager définit ses objectifs en collaboration avec son référent de l'institution. Les professionnels sont des travailleurs sociaux et une infirmière de liaison qui est mandatée pour garantir une bonne collaboration avec le corps médical. Durant tout le séjour du résident, le travail de réseau avec les divers services payeurs (l'hospice général, l'assurance invalidité, le service de probation et d'insertion (SPI), service des tutelles...) est mis en place pour favoriser une cohérence dans l'accompagnement de l'usager.

Actuellement, l'accent est mis sur le programme d'accompagnement individualisé (PAI), où chaque résident définit des objectifs en fonction de ses besoins. Le travail de groupe, le travail en référence, ainsi que la vie communautaire vont aider le résident à la réalisation de ceux-ci. L'abstinence étant un moyen d'améliorer la condition de vie de l'utilisateur, et non pas un but en soi.

Afin que l'accompagnement médical et social se fasse au plus proche des besoins personnels des usagers, l'association dispose de quatre structures, toutes se situant dans le canton de Genève :

- L'Entracte (créé en 1997), lieu ambulatoire où le premier contact est effectué et qui permet aux personnes «de faire le point et de réfléchir à une nouvelle orientation». (Prospectus Argos).
- Le CRMT (créé en 1985), centre à moyen terme «qui s'adresse à celles et ceux qui décident d'expérimenter une période d'abstinence». (Prospectus Argos).
- Le Toulourenc (première structure créée en 1978), centre résidentiel à long terme, «qui s'adresse aux personnes qui désirent se libérer de la consommation de drogues et demandent un appui pour leur insertion sociale et professionnelle». (Prospectus Argos).
- Les Ateliers sont mandatés par rapport à deux axes :
 - Permettre aux personnes qui sont en séjour résidentiel de se reconnecter à une activité comme l'apiculture, le bois et le jardinage. Le but visé étant de pouvoir retrouver un rythme de vie et de développer des compétences intellectuelles et manuelles.
 - Évaluer les besoins quant aux projets professionnels et soutenir la personne pour trouver une activité professionnelle à l'extérieur des centres.

L'Association fonctionne selon le principe de libre adhésion. Les personnes en processus de rétablissement peuvent venir et partir comme elles le souhaitent. Il y a néanmoins un engagement pris, sous forme de contrat entre le résident et l'institution. Ce contrat peut être rompu par choix personnel ou par l'institution, après discussion entre professionnels, si l'un des engagements n'est pas respecté.

Il y a cependant quelques exceptions au principe de libre adhésion. C'est le cas des personnes au bénéfice d'un article pénal et qui, par choix, demande à être placé en résidentiel pour traiter leur problème d'addiction. Dans ce cas de figure, la collaboration avec les assistants sociaux du SPI est très étroite et le contrat d'engagement est adapté avec la justice et les professionnels concernés.

Le processus d'intégration pour les bénéficiaires commence avec un premier contact au centre de jour, L'Entracte, de l'association Argos. Puis en co-construction avec les travailleurs sociaux, les objectifs se mettent en place pour la suite du processus de rétablissement. En général, le futur résident est dirigé vers le premier résidentiel, le CRMT, puis au résidentiel le Toulourenc, lieu de notre investigation de terrain.

Le Toulourenc accueille toute personne confrontée à des problèmes de dépendances aux produits psychotropes. Ce résidentiel peut accueillir jusqu'à douze personnes majeures, sous traitement de substitutions ou non. Le séjour peut être plus ou moins long selon les besoins et les objectifs des résidents. Le fait de choisir ce terrain d'investigation nous permet de nous concentrer sur une population traversant un stade de leur processus de rétablissement bien particulier. C'est en effet le dernier établissement dans leur parcours, et c'est donc le lieu où la reconstruction des liens vers l'extérieur est le plus travaillée.

3.2 Cheminement général

Nous avons fait le choix de commencer notre recherche en allant sur le terrain. Après avoir lu quelques ouvrages sur le sujet pour la rédaction de notre projet, notre souhait était d'aller dans l'univers du processus de rétablissement.

Nina, travaillant au Toulourenc, nous avons profité de cette ouverture dans le domaine. Après l'obtention de l'accord de la direction et de l'équipe du Toulourenc, nous avons débuté l'investigation de notre terrain de recherche.

Notre premier contact fut donc une travailleuse sociale, membre de l'équipe éducative du Toulourenc. Cet entretien informel nous a permis de mieux comprendre le fonctionnement du résidentiel et de l'association Argos. Nous avons pu être informées sur ce qui est mis en place pour la réinsertion sociale des résidents et comment celle-ci est utilisée dans le déroulement du suivi personnel.

Suite à cet entretien, nous avons construit une animation de groupe avec les résidents actuels du Toulourenc. L'idée était d'ouvrir un espace de discussion et de laisser les résidents en prendre possession. Il est évident que nous avons établi des questions en arrière-fond, mais nous avons voulu voir si les échanges y répondaient d'eux-mêmes. Après avoir fixé la date de notre rencontre, nous avons fait la demande de venir partager le repas du soir au Toulourenc avec les résidents et l'éducatrice présente afin d'avoir un contact convivial et détendu avant le moment d'échange pour notre travail.

Lors de la rencontre, nous avons présenté notre sujet de recherche ainsi que le déroulement de ce moment de groupe. Nous avons décidé d'investir la cuisine afin de rester dans un contexte détendu pour favoriser la liberté d'expression. Nous avons animé cet échange en posant des questions ouvertes et des relances ciblées sur certaines de nos interrogations, notamment sur les possibilités de rencontrer de nouvelles personnes, la manière dont ils s'y prenaient et les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer. Nous avons récolté les informations via des prises de notes

et la co-construction des flaps¹² au fur et à mesure de la discussion. Ce moment d'échange fut très riche. Nous avons obtenu des informations venant alimenter, éclairer et étayer nos hypothèses et questionnements de recherche. Nous pensons qu'ouvrir un espace de parole était un moyen d'avoir un regard commun des résidents sur ce questionnement. Ce qui a été le cas.

Pour finir, toujours avec l'accord du responsable du Toulourenc, nous avons pu être en relation avec des personnes qui ont résidé, il y a plus ou moins longtemps, dans cette institution. Nos contacts professionnels étant limités, la principale difficulté a été de trouver plus de six personnes sorties de leur processus de rétablissement. De plus, nous avons axé notre recherche sur le canton de Genève ce qui a limité le choix d'institutions ouvertes pour ce type de population. C'est pourquoi nous nous sommes concentrées sur l'aspect qualitatif plutôt que quantitatif de nos entretiens.

Nous avons d'abord fait le choix d'interroger des personnes qui ne sont plus dans ce processus, en faisant le postulat que la prise de recul sur leur parcours serait plus grande. Par la suite, nous avons tout de même eu un entretien avec un jeune homme actuellement en processus de rétablissement. Avoir le regard de quelqu'un qui travaille notre questionnement nous a paru intéressant.

Nous avons procédé sous la forme d'entretiens individuels, avec des questions ciblées afin de mettre en lumière les jalons relationnels du chemin parcouru depuis leur intégration dans la vie active.

Nous avons construit deux grilles d'entretiens. La première s'est adressée à deux personnes tout récemment sorties du Toulourenc. Nous avons ensuite étoffé notre grille en y ajoutant des questions plus précises, et en nous appuyant sur la recherche d'Alexandre Pollien intitulée *Dépendance et liens sociaux* (2002). Dans son travail,

¹² Outil de travail se présentant sous la forme d'une feuille A0 accrochée à un support de type chevalet.

Pollien distingue quatre types de relation qu'il a pu observer chez une quarantaine d'hommes consommateurs d'héroïne :

- Les soutiens matériels (la famille, les institutions dites de «haut seuil»). Ces soutiens remplissent une fonction relative aux besoins de base : se nourrir, se loger, se vêtir.
- Les soutiens de consommation (médecin, institutions dites «de bas seuil», le consommateur de drogues, les «potes de la zone», les dealers). Par leur fréquentation, le consommateur peut se procurer du produit directement ou se renseigner sur les lieux de deal.
- Les relations de soutien affectif (le conjoint, l'ami non consommateur, les amis d'enfance). Ces relations sont importantes dans le sens où elles apportent un soulagement empathique, mais également une liaison avec le monde ordinaire.
- Les soutiens relationnels (les relations de travail, le voisinage, les amis d'amis non consommateurs) qui permettent une connexion avec le monde extérieur à leur milieu.

Les résultats de son travail nous ont inspirés pour enrichir notre grille d'entretien de la construction de «carte du réseau social» pendant et après la période de toxicomanie des personnes interrogées. Lors des entretiens, nous avons laissé libre cours à la personne interviewée de construire sa carte de réseaux comme elle le souhaitait et ainsi de nommer ce qu'elle voulait qu'il y figure.

Nous précisons que notre cheminement de recherche s'est construit par des «aller-retour» entre théorie et terrain. Ce processus nous a paru le plus adapté pour nourrir nos entretiens, des lectures que nous faisons en parallèle et inversement, pour inscrire dans notre cadre théorique des lignes directrices au plus proche de ce que nous récoltions dans nos interviews. Nous avons découvert ensuite que notre

méthode de recherche pouvait s'apparenter à la *grounded theory*, ou théorie ancrée en français. Développée dans les années 1960 par deux sociologues, Barney Glaser et Anselm Strauss, cette méthodologie s'applique à la recherche qualitative. «La valeur de la méthodologie (*théorie ancrée*) (...) réside dans sa capacité non seulement de produire de la théorie, mais aussi d'enraciner cette théorie dans les données.» (Strauss & Corbin, 2004, p.25). Bien que notre processus ne soit pas à proprement dit issu des techniques et des procédures de la théorie ancrée, nous partageons l'idée qu'une recherche se trouve enrichie si elle débute par un champ d'études (et non pas un cadre théorique déjà préconçu) et se nourrit de la récolte de données.

Après avoir récolté le matériel de terrain et construit notre cadre théorique, nous avons travaillé l'analyse de nos entretiens. Dans cette partie, les cartes de réseaux ont influencé la construction du plan de notre analyse, en déterminant une «photographie» de leur réseau social pendant leur consommation puis une autre exprimant leur réalité d'aujourd'hui. Nous avons rajouté une partie en amont du contexte de toxicomanie, ce qui structure notre analyse empirique en trois grands chapitres.

3.3 Choix théorique

Comme nous l'avons expliqué, parallèlement aux entretiens, nous avons poursuivi nos lectures. En approfondissant de cette manière notre thématique, nous sommes arrivées à des lignes directrices de notre travail, tout en dégagant des questionnements auxquels nous souhaitons répondre. De cette première esquisse, nous avons construit un premier cadre théorique. La récolte de données ainsi que le regard extérieur de notre directeur de mémoire nous a permis de mieux cibler les points essentiels de notre recherche. Nous avons donc retravaillé cette partie théorique en investiguant différents champs que sont la politique, le médical, la socialisation et la sociologie des réseaux, afin de donner un aperçu le plus complet

de notre thématique tout en l'articulant aux réponses données des interviewés afin de la rendre vivante.

3.4 Choix analytique

Nous avons commencé par analyser un à un les interviews et à sortir les thématiques essentielles du cadre théorique en lien avec les réponses données.

Par la suite, notre processus de travail a été différent. Sur une grande feuille de papier, pour avoir une meilleure vue d'ensemble, nous avons choisi trois axes importants : l'émergence du contexte de toxicomanie, le contexte de toxicomanie et la sortie du contexte de toxicomanie. Des sous-chapitres ont ensuite émergé, en lien avec la grille d'entretien et les données récoltées grâce aux interviews. Après avoir collecté ces témoignages, nous avons analysé les entretiens en mettant en avant les éléments en lien avec nos axes de travail. Notre analyse a été nourrie en prenant appui sur les réflexions que cela suscitait chez nous.

De plus, nous précisons que nous avons fait le choix de mettre en avant un passage théorique concernant la notion de résilience dans la partie analytique. Cette notion nous est apparue au cours de notre analyse dans la partie sur la sortie du contexte de toxicomanie. Nous pensons que cela fait sens qu'elle soit liée directement à l'analyse étant donné que nous utilisons un élément de cette notion qui en contient tant d'autres. C'est pourquoi nous ne l'avons pas développée dans la partie théorique.

4. ANALYSE EMPIRIQUE

Personnes interrogées¹³

Afin de donner des informations supplémentaires aux lecteurs, nous avons rédigé brièvement, sous la forme de vignette, les grandes lignes des trajectoires de vie dans la toxicomanie des personnes que nous avons interrogées. Nous pensons ainsi permettre une compréhension plus globale des propos tenus lors des entretiens en les inscrivant dans le contexte individuel de chacun.

Alain à la cinquantaine, il a principalement consommé de la cocaïne, de l'héroïne et de l'alcool pendant une dizaine d'années. Son processus de rétablissement a duré cinq ans dans plusieurs structures médico-sociales. Au moment de notre entretien, il avait terminé son travail au Toulourenc depuis quatre mois.

Roland à la quarantaine, il est resté vague sur le produit qu'il consommait ainsi que le nombre d'années passées dans la toxicomanie. Son processus de rétablissement s'est fait en plusieurs étapes dont une année au Toulourenc d'où il est sorti un mois et demi avant notre entretien.

Sacha à la cinquantaine, il a principalement consommé de l'héroïne pendant treize années. Son processus de rétablissement a duré trois ans. Au moment de l'entretien, il est sorti de cette consommation depuis plus d'une quinzaine d'années.

Florent à la quarantaine, il a principalement consommé de l'héroïne et de la méthadone avant que celle-ci devienne son produit de substitution, il est resté dans la consommation durant quatorze années. Lors de l'entretien, Florent était toujours en processus de rétablissement au Toulourenc dans un objectif de sortie prochaine.

Tim a la quarantaine, il a principalement consommé de l'héroïne pendant dix-sept ans. Son processus de rétablissement a duré quatre ans. Au moment de l'entretien il est sorti de la consommation depuis une quinzaine d'années.

Jack à la quarantaine, il a principalement consommé de l'héroïne et de l'alcool pendant vingt huit ans. Son processus de rétablissement s'est étalé sur une quinzaine d'années. Il ne se considère plus comme toxicodépendant depuis un an et demi.

¹³ Par soucis de confidentialité, les prénoms des personnes interrogées sont fictifs. Les entretiens ont été effectués entre mai et septembre 2013.

4.1 Émergence du contexte de toxicomanie

Dans ce premier chapitre, nous allons décortiquer le moment de rupture qui marque le début de la dépendance pour les personnes que nous avons interrogées. Ce passage entre une consommation ponctuelle de drogues douces et la consommation excessive de drogues dures nous semble un point essentiel pour comprendre le passage inverse qu'est le processus de rétablissement. Nous n'allons pas chercher le pourquoi de la dépendance, mais le comment. Nous allons aussi explorer les conséquences de cette conduite addictive du point de vue de la désinsertion du toxicomane de la communauté sociale ordinaire. Cette désaffiliation sociale aura des répercussions sur la possibilité de réinsertion. Les liens entre la marginalité et la norme sont délités et constituent des freins personnels, mais aussi sociétaux, dans le sens où les représentations de la marginalité sont extrêmement négatives. Nous pensons que la construction de ponts entre ces deux mondes se fait en partie par la réaffiliation à un réseau de non-consommateurs, il nous faut pour cela comprendre ce qui se vit dans le processus de construction du contexte de dépendance.

4.1.1 Rupture de la socialisation ordinaire

Soutenues par les lectures de notre cadre théorique, nous avons vu que la socialisation est une action en continu, avec des phases structurées, mais néanmoins perméables. Nous avons constaté que c'est lors de la période de socialisation secondaire qu'une rupture avec le parcours ordinaire s'est produite. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il y a déjà eu quelques accrocs dans leur socialisation primaire. D'ailleurs, dans la plupart des témoignages, les personnes interrogées citaient, sans trop approfondir, des événements traumatisants vécus dans leur enfance. Bien que cela ait pu contribuer à profondément perturber la socialisation primaire, nous nous gardons de faire un raccourci entre traumatismes infantiles et dépendance. Ce volet biographique est très certainement intéressant à

explorer, cependant, cela ne faisait pas l'objet de notre recherche et nous ne nous y sommes pas arrêtées.

Pour certains, cette rupture de parcours s'est traduite par un décrochage du système scolaire, pour d'autres, par des actes de délinquance qui les ont menés en prison, pour d'autres encore, par une coupure avec la sphère familiale au profit d'une construction presque uniquement avec leur groupe de pairs. Ce moment de rupture s'est, dans quelques cas, produit en amont d'une consommation excessive de drogue, et dans d'autres cas, c'est la consommation de drogues qui a accéléré la désaffiliation à une vie en société. Sans s'étendre sur les causes qui ont amené les personnes que nous avons interrogées à consommer, il nous a semblé important d'explorer ce moment clé afin d'éclairer ce qui est à l'œuvre lors du processus de rétablissement, moment où la socialisation secondaire reprend. Dans les extraits ci-dessous, nous mettons en lumière les différents éléments déclencheurs d'un changement de trajectoire dans la socialisation secondaire, et leurs conséquences pour les sujets.

Jack

«À 14 ans, j'étais dans une phase où j'ai vécu pas mal de ruptures relationnelles. J'ai eu le décès de ma mère et j'ai déménagé de Bienne à Genève l'année suivante, donc toute ma structure relationnelle s'est écroulée, s'est effondrée. Donc quand je suis arrivé ici (Genève), il y avait mon père, ma sœur qui a dix de plus, point barre. J'avais déjà commencé à fumer quelques joints avant de déménager. Je suis tombé dans une école où finalement l'ambiance genevoise était complètement différente de celle de Bienne. Dans une année scolaire à Bienne il n'y a quasiment pas de déménagement, on commençait l'année avec les gens avec qui on finissait l'année. (...) Je suis arrivé à Meyrin où il y a pas mal de gens qui travaillent au CERN¹⁴, et dans des organisations internationales. Au cours de l'année il y a eu je ne sais pas combien de gens qui sont partis. Et moi

¹⁴ Centre européen pour la recherche nucléaire

quand je suis arrivé, je suis arrivé dans une indifférence totale. Je n'ai pas compris au début, je l'ai pris pour moi. Disons qu'à ce moment-là, j'ai découvert le Jardin Anglais, j'ai commencé à fumer des joints là bas, je me sentais beaucoup plus accepté au Jardin Anglais, qu'à l'école. Donc j'ai commencé à sécher les cours. Et quand je suis arrivé au collège, on m'a dit une phrase qu'il ne fallait surtout pas que j'entende : « si vous venez ici vous venez, si vous ne venez pas, vous ne venez pas, on ne vous retient pas... » Trois mois après, les profs ont dit à mon père que les notes étaient bonnes, mais que ça ne jouait pas au niveau des absences et du comportement donc « soit vous retirez votre fils, soit on le vire. » Donc j'ai été retiré du collège et j'ai passé des mois à ne rien faire, donc voilà je me suis fait mon trou au Jardin Anglais, j'ai retrouvé les gens... et effectivement c'est là où j'ai retrouvé du lien. Je me suis senti en lien avec les gens, justement, j'ai eu un sentiment d'appartenance. J'ai l'impression qu'un des liens principaux se construit avec le produit, finalement c'était lui qui m'apportait le réconfort que finalement il n'y avait personne autour de moi qui pouvait me l'apporter. Le problème avec le produit c'est que ça marche, dans le sens où ça calme les émotions désagréables, ça endort, ça anesthésie... (...) Quand tout à coup on est submergé par des émotions qui sont violentes, très vite la solution revient, et la seule solution quand on est tox, c'est le produit. Parce que très souvent on tombe dans le produit dans un jeune âge. Donc c'est dans une période où on se cherche, où on ne connaît pas encore trop les solutions que l'on peut mettre en place pour lutter contre la souffrance. Typiquement moi à 14 ans, il n'y avait personne pour me donner une autre solution à la tristesse du décès de ma mère. Personne pour me dire que si ça va pas, je te prends dans mes bras, je te réconforte, je t'écoute... c'est des trucs que j'ai appris tout récemment.»

Jack nous livre ici une partie de son parcours. Dans son cas, il y a eu plusieurs séparations violentes consécutives. Nous avons observé que les ruptures relationnelles sont en amont de la rupture de la socialisation secondaire concrétisée ici par un arrêt de sa scolarité. Nous faisons l'hypothèse que s'il avait pu construire des liens significatifs à l'école, il ne se serait peut-être pas autant attaché aux personnes habituées du Jardin Anglais et à tout ce qui s'y passait par conséquent.

Nous mettons ici en exergue une souffrance personnelle doublée d'un sentiment d'exclusion, de solitude dans le milieu où Jack se trouvait, qui ont été le terreau à l'accrochage relationnel avec des gens partageant le même intérêt : le cannabis à l'époque, d'autres substances plus addictives par la suite.

Pour ce qui est de la reprise d'une socialisation secondaire après la période de consommation, Sacha nous livre le passage suivant :

Sacha

«À dix-sept ans, c'était les drogues dures. C'est clair ça avait commencé bien avant avec les drogues douces, je ne sais pas vers quatorze ans, au cycle. Donc toute cette période d'adolescence, que j'ai vécue comme j'ai vécu, ne m'a pas permis d'être responsable, enfin je ne me suis pas autorisé à être responsable et adulte à un moment donné. Et je me suis retrouvé avec ce bagage là à trente ans. Quand j'ai arrêté le produit à trente ans, je me suis retrouvé là comme quand j'avais dix-sept ans. Et qu'est-ce que je fais de moi, qu'est ce que je veux faire comme métier, je viens de faire un super métier pendant treize ans qui était : Toxicomane, génial, un métier à deux cents pour cent !»

Nous avons mis en lien ces différents extraits avec la fragilisation du lien social dont nous avons parlé dans la partie théorique. L'isolement relationnel des jeunes adolescents, l'absence d'un modèle parental solide, peut, pour certains, les amener à chercher des dérivatifs à leur sentiment de solitude. Nous pouvons interroger le rôle de l'école dans l'attention portée à des jeunes isolés socialement, évoluant dans un contexte familial dénué de relations. Une forme de prévention pourrait être pensée, en évaluant la pauvreté des liens sociaux et la mise en marge de certains jeunes, ceux qui font moins de bruits, mais qui traversent également une période de souffrance.

Ce que nous avons relevé est l'importance pour chacun d'entre nous de se sentir reconnu, entendu, exister pour autrui. La recherche de cette reconnaissance passe par divers truchements, mais reste capitale, particulièrement lors de

l'adolescence où la recherche de sa propre individualité est au cœur du processus d'évolution vers l'âge adulte. La qualité de l'écoute portée aux jeunes est donc primordiale. Tous les témoignages que nous avons récoltés nous font sentir cette absence d'attention particulière qu'ils ont donc cherché et trouvé par leurs propres moyens, en suivant un cheminement dans l'univers de la toxico dépendance.

Il n'y a pas une corrélation systématique entre la solitude et la souffrance de certains et le début de l'addiction, les mécanismes de dépendances sont propres à chacun, mais une caractéristique commune reste une souffrance non extériorisée et le sentiment de ne pas faire partie de la communauté qui les entourait.

La constatation d'un moment de rupture est aussi à envisager de manière plus globale. L'expérience répétée de ruptures relationnelles peut engendrer un fonctionnement qui se répète ensuite dans toutes les relations. C'est ce fonctionnement qui doit être ensuite travaillé lors du processus de rétablissement, moment de transition, donc de rupture avec un monde et de construction de nouveaux repères affectifs et sociaux.

4.1.2 Marginalisation

Il est important de noter ici que tous les consommateurs de drogues ne sont pas forcément des marginaux. En effet, un grand nombre d'entre eux maintiennent un travail, une famille, une vie sociale tout en consommant des produits psychotropes. Ce n'est pas le cas des personnes que nous avons interrogées, c'est pourquoi nous nous penchons sur la marginalisation de certaines personnes toxicodépendantes, à savoir celles qui ont expérimenté un degré de désocialisation assez avancé, avec une sociabilité très fortement restreinte au groupe de toxicomanes et aux dealers.

De cette rupture de la socialisation ordinaire dont nous avons parlé plus tôt découle une marginalisation progressive, dont les conséquences sont diverses.

En effet, la première étape d'une exclusion de la norme est, le plus souvent, le décrochage scolaire. De ceci découle une absence du monde du travail, et donc de la participation à la vie en société. La consommation de substances illégales, inscrite dans un tel parcours, est, par ce fait même, un comportement que l'on peut qualifier de hors-norme. De plus, les actes de délinquances que peut entraîner la recherche de financement de produits ont eu pour conséquence pour deux des personnes interrogées, le passage en prison. D'un autre côté, l'opinion publique sur la toxicomanie est très négative. Cette vision inspirée par la peur du désordre, de la délinquance et de la criminalité, est alimentée par des discours politiques visant plus souvent la répression que la compréhension. Nous pensons que ceci est aussi dû au manque d'information sur cette population où la vision du manque de volonté est substituée à la maladie. Cette exclusion de la société participe à l'isolement des toxicomanes.

Nous allons mettre en exergue dans les extraits suivants les conséquences de cette marginalité dans le processus de rétablissement, où la réaffiliation à la société est rendue difficile par l'absence de codes sociaux, et de possibilité de réinsertion.

Jack

«Pour moi, il y a eu une sorte de glissement, de passage, à partir de 14 ans, quand j'ai commencé à beaucoup consommer, entre les relations que j'avais avec ma famille, avec mes potes avec mon groupe social d'origine. Mais c'est comme une descente en pente douce, au bout d'une année ça va, après dix ans on est plus au fond. En tout cas pour moi. Alors là aussi, par rapport à cette question, je pense que la pente de la descente peut être plus ou moins raide. Je pense qu'il y a des gens qui, très vite, sont en totale rupture et se trouvent au fond du trou, alors que pour d'autres, cela va prendre plus de temps. Je prends un exemple : imaginez que vous partez habiter dans une autre ville, Paris. Vous y restez une année et vous revenez. Vous allez avoir un certain regard sur la ville, certaines expériences. Maintenant, vous y restez dix ans, ou vous y restez pendant une période dont vous ne connaissez pas la fin. Le rapport avec les gens et avec les lieux ne vont pas être les mêmes. C'est un peu la même chose. Au bout d'un moment, on s'infiltrer un peu dans le tissu urbain pour prendre l'image du déménagement, on s'infiltrer dans le tissu relationnel si on revient aux consommateurs.»

Cette image est importante dans la compréhension de la construction du contexte de consommation. En effet, le nombre d'années passées dans le milieu de la drogue a des conséquences sur la difficulté à s'en sortir, mais influence aussi la perception de l'image de soi. Il est évident que l'habitude de l'addiction est proportionnelle au nombre d'années de consommation, mais il y a également ce facteur très important de «tissu relationnel». Jack parle ici de rupture avec la norme, avec les liens sociaux extérieurs à la «zone», plus ou moins rapide, plus ou moins violente pour chacun. Cette image du déménagement montre bien que pour lui, la fréquentation de ce milieu est un changement profond de mode de vie, qui touche tous les domaines, en particulier le relationnel, qu'il illustre par ce «glissement, ce passage» des relations existantes avant sa consommation excessive.

Tim

«Moi personnellement, j'étais complètement coupé de la réalité quotidienne. Et puis j'étais comme un rat de Pavlov ! J'avais besoin de trouver 500.- ou 1000.- une fois que j'avais trouvé cet argent, j'allais trouver le produit, une fois que j'avais trouvé le produit, j'avais besoin de trouver un endroit tranquille pour me péter. Et puis je recommençais. Ça s'arrêtait là. C'est hyper basique comme fonctionnement. Ça remplace tout ! La nourriture, l'eau, les fringues, ça devient très très très loin, les factures, tu n'as plus d'adresse donc tu n'as plus de factures, tu n'as pas d'impôts. Le principal c'est l'argent. C'est tout ce qui compte. Tu n'as plus de carte d'identité, plus de permis de conduire, ce n'est pas parce qu'on te les a enlevés, c'est parce que tu n'as plus rien sur toi !»

Cet extrait montre bien que seule la préoccupation du produit existe. Le lien avec la réalité disparaît et par la même le lien avec la société. Tim n'était plus un citoyen dans le sens où ne participait plus à la vie de la communauté. Il n'y était plus inscrit, et n'en avait plus la préoccupation. La difficulté pour lui a été de réapprivoiser le monde qui l'entourait.

Nous pouvons aussi constater avec Florent que plus l'éloignement avec la norme est durable, plus il est dur de trouver les clés pour s'en rapprocher.

Florent

«La prise de produit, c'était pour pouvoir être dans la vie ordinaire. C'est en tout cas la représentation que je m'en faisais. C'était un peu un emplâtre sur une jambe de bois, c'était une illusion. (...) Tout d'un coup, j'étais à l'aise, donc je prenais la voiture, je sortais, j'allais en boîte. Je pouvais me relationner. (...) Après par la suite, c'était vraiment une fuite par rapport à la réalité puisqu'il y avait comme une espèce de fuite en avant. Puisque je me rendais bien compte de ce que j'étais en train de faire ! Plus le temps passait sans travailler, sans créer du lien, ça allait devenir de plus en plus difficile de revenir. Donc je m'anesthésiais. Donc c'était vraiment une fuite. Oui les dernières années c'était vraiment une coupure avec le monde. Puisque même si ça m'a aidé au

début, mais en fait ça n'a fait que d'aggraver. C'est un peu comme quand tu balayes et tu es habitué à mettre tout sous le tapis, ça fait une bosse. C'était ça !»

Cette spirale de décrochage de la réalité est présente dans tous nos entretiens. Pour la plupart, elle s'est accompagnée de ruptures des liens significatifs.

Nous pensons que la transition entre la marginalité et l'insertion dans la société des personnes toxicodépendantes est en lien avec l'existence de structures médico-sociales adaptées. Comme nous l'avons vu, dans les années 1990, l'absence quasi totale de lieux d'aide et d'écoute des personnes toxicomanes a eu pour conséquence une flambée de la consommation et des risques sanitaires qui y sont liés. Depuis, la mise en place de locaux de consommation, de plate-forme d'écoute, et de lieux de prescription médicale de drogues, a permis à beaucoup d'entre eux de raccrocher, de se réinsérer dans la société via ces lieux spécifiques. En effet, leur existence montre que les toxicomanes font partie de la société et que celle-ci met en place des prises en charge adaptées. Le toxicomane est donc un citoyen bénéficiant de structures qui lui sont dédiées, voulues par la société via les pouvoirs publics.

La création du PEPS¹⁵ a notamment permis à nombre de toxicomanes de sortir de la grande précarité en stabilisant leur consommation. Ceci leur a permis de ne plus occuper la grande partie de leur temps à chercher de quoi financer leur produit, mais à rechercher du travail, un appartement, et à renouer des liens abîmés par leur exclusion totale de la sphère publique.

Plus le filet des structures médico-sociales est étendu, plus il permettra à la majorité des toxicomanes de réintégrer une certaine norme.

Il y a aujourd'hui à Genève une soixantaine de lieux, toutes prises en charge confondues, attribuées à la toxicodépendance.

¹⁵ Programme Expérimentale de Prescription de Stupéfiants

Personnes
en situation
d'addiction

Consommation contrôlée (En
lien avec les soins
ambulatoire)

Alcochoix
PEP'S
Maison de l'Ancre

La Croix-bleue
Alcoolique Anonyme (AA)
Narcotique Anonyme (NA)
Groupes d'entraides

Hospice Générale
SPMI
Tuteur général / SPAD
Stups / Police
Service des probations et insertion (SPI)
Service d'application des peines et
mesures (SAPEM)
AI / SPC
Services de l'Etat

Unités de sevrage
Sirocco
Zéphyr
Clinique Belmont

Trajet
Réalise
Ateliers EPI
Ateliers ARGOS
Le Bistro
Communes
Entreprises privées
SPI (l'orangerie)
Hospice Général

Insertion professionnelle et logement

Centres Bas
Seuil

Les PC
Nuit Blanche
Le bateau
Centre social rive gauche et droite
Le CARE
Armée du Salut
Café Cornavin
Quai 9
Urgences : boîte flash
La Coulou
Point jeune
Carrefour-Rue
La Virgule
Communauté d'Emmaüs
Pharmacies

HUG-soins-psy
CAAP Grand Pré / Arve
Fondation Phénix
Clinique Belmont
ARGOS (ENTRACTE)
Médecine
Communautaire
La Rue Verte
Soins ambulatoires

Résidentiels

ARGOS
Maison de l'Ancre
Le Racard
Clinique Belmont /hospitalier

Préventions et Informations

GREA
Fegpa
Info-set
Antenne drogue famille
Suisse addictions
Département de la solidarité et de
l'emploi
Hospice Général (rond-point de rive)

Médecins privés
CAAP d'arve / Grand Pré
Fondation Phénix

Substitutions sans résidentiel

Inspiré d'un tableau réalisé par Maeva Barria (Argos, 2014).

Cette illustration du réseau genevois permet de visualiser le nombre de structures et d'intervenants en lien avec les personnes toxicodépendantes. Le nombre et la pertinence nous paraissent en adéquation avec la problématique des majeurs. En revanche, aucune structure n'offre une prise en charge en résidentiel pour les mineurs. La fondation Phénix permet un suivi ambulatoire, mais cela ne suffit pas toujours pour certains adolescents aux prises avec une addiction sévère. Cette carence dans le réseau genevois nous interpelle, et ramène à la réflexion de Jack sur la corrélation entre le nombre d'années de consommation et le temps nécessaire ensuite pour s'en défaire.

4.2 Contexte de toxicomanie

Si la prise de produit détermine le fait d'appartenir au monde de la dépendance, nous faisons le postulat que la fréquentation de ce groupe d'appartenance maintient les usagers dans une dépendance.

4.2.1 Le groupe d'appartenance comme maintien des conduites addictives

Plusieurs personnes que nous avons interrogées **on** dit ne pas avoir eu le sentiment d'appartenir au groupe des personnes toxicodépendantes. Ils consommaient seuls, et deux d'entre eux ont partagé leur vie avec une compagne non toxicomane. Mais comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, la consommation de drogue ne se fait pas sans la fréquentation du milieu associé ne serait-ce que pour se procurer des substances. Très souvent, ce sont les personnes évoluant dans ce réseau en marge de la société qui ont donné à nos sujets le sentiment de réappartenir à un groupe, de partager des préoccupations communes, de vivre à nouveau insérés dans une communauté. Nous avons donc exploré dans nos entretiens non seulement ce qui les avait amenés à consommer des drogues, mais aussi ce qui les a maintenus dans ce monde au-delà de la dépendance au produit. Ceci en lien avec l'une des confidences de Tim pour qui ce n'est pas la dépendance au produit qui est dur à quitter, mais tout ce qu'il y a autour. En effet, le sevrage physique étant une étape extrêmement difficile, il est néanmoins possible de la traverser plus ou moins rapidement. Si nous envisageons la problématique d'un point de vue systémique, ce sont tous les systèmes gravitant autour de l'individu toxicomane dont il faut se préoccuper en vue d'une sortie de ce milieu. C'est donc sur l'entourage immédiat que nous nous sommes penchés.

Sacha

«(Le groupe des toxicomanes) c'est ma famille. Oui bien sûr. Il y avait de la vie. Il n'y avait pas que l'aspect morbide de la consommation. Non, il y avait aussi autour de ça,

une forme de vie dans ce groupe-là. Dans ces différents groupes de consommateurs. Alors ils sont très changeants en fin de compte, tout au long, ça fait quand même treize ans de toxicomanie, de chemin parcouru là-dedans. Ça bouge. Ce n'est jamais toujours le même groupe. Il y a des pertes dans le groupe, il y a des gens qui meurent d'overdose, après il y a d'autres personnes qui viennent, suivant le produit consommé ou bien suivant l'endroit où tu vas acheter le produit, bah tu changes de groupe. Mais de manière générale, tu appartiens par le produit à ce groupe là. C'est ta famille, c'est là où tu trouves la chaleur.

Toutes les personnes de ces groupes que j'ai rencontré, on se ressemblait sur un aspect, c'était : « Nous sommes plus forts que les autres ! De toute façon quoiqu'il arrive, la vie des autres est terne ! La nôtre est belle ! ». On s'identifiait assez puissant, assez puissamment, j'ai envie de dire. Dans ce jeu avec la loi, dans ce jeu avec la mort en flirtant avec le produit ! Enfin on était quelqu'un, enfin en tout cas si je parle de moi, enfin je me sentais quelqu'un dans ma vraie personnalité avec le produit et dans ces groupes d'appartenance.»

Ce sentiment de sécurité, d'être entre soi, paraît fondamental pour Sacha. La comparaison avec la famille est révélatrice de la puissance des liens tissés avec ce monde-là. Il est étonnant de relever qu'il se sentait «lui-même, dans sa vraie personnalité». Nous comprenons cette phrase dans deux sens. D'une part, sa personnalité sans produit ne lui plaisait pas, d'autre part, le produit était intrinsèquement lié à ce qu'il sentait comme faisant partie de lui-même. La difficulté de vivre sans produit se pose alors dans toute sa complexité, puisqu'elle touche au sentiment d'identité.

Jack

«Les toxcs sont des gens qui ont besoin du lien qu'ils ont construit les uns avec les autres pour avancer. Le fait d'être écouté, d'être entendu par des pairs, ça aide énormément. Le lien je trouve que c'est fondamental. On est des animaux sociaux, on a besoin des autres, qu'on soit dans la dope ou pas. D'ailleurs dans la dope, on reconstruit bien des

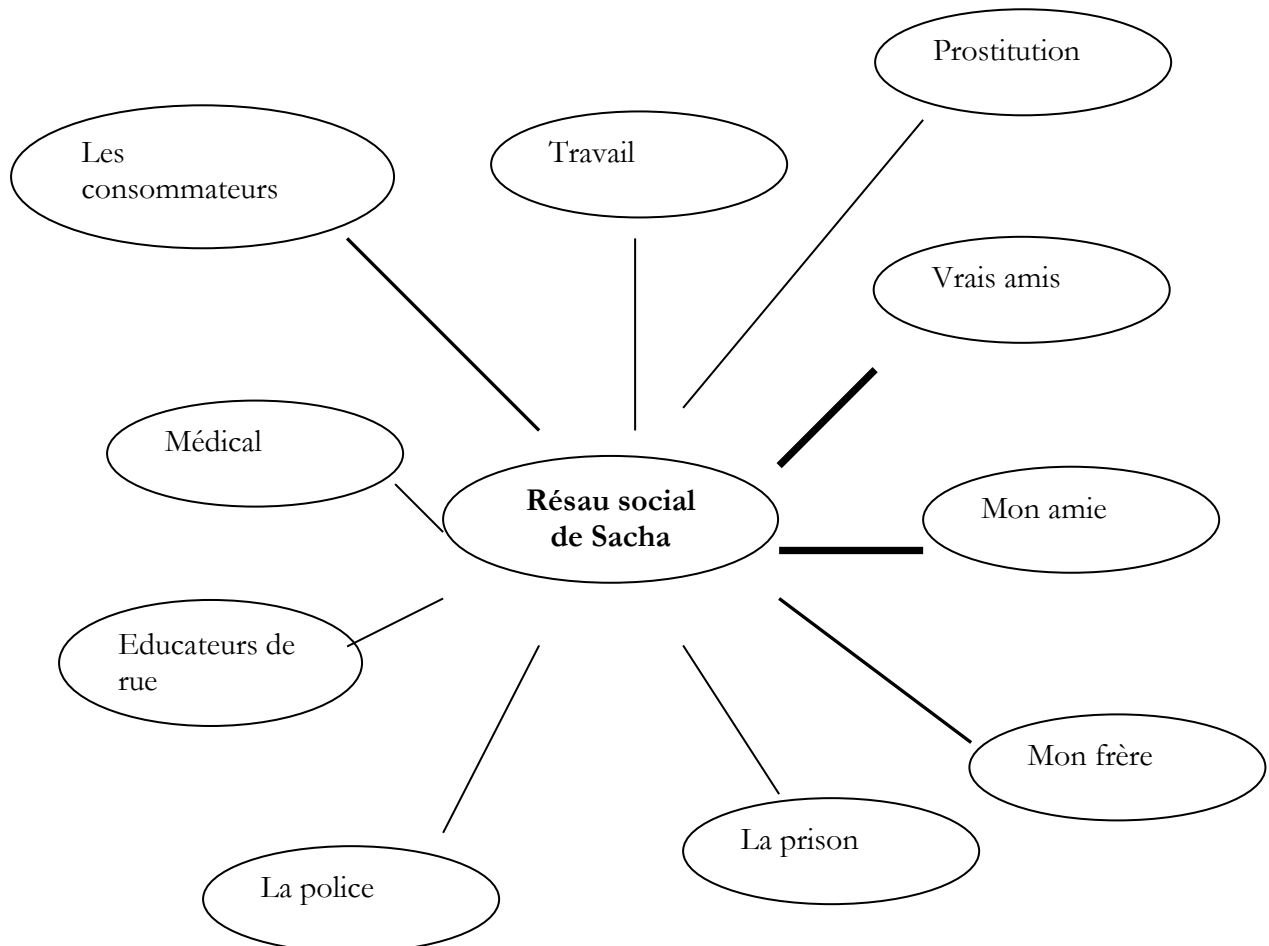
modèles relationnels, c'est une sorte de société dans la société, avec son économie, avec sa politique, ses normes. C'est vraiment une ville dans la ville. Je parlais tout à l'heure de ma carte de Genève, de lieux qui avaient certaines résonnances qu'ils n'ont plus maintenant. Pour en sortir, il faut avoir conscience qu'il y a quelque chose d'autre à découvrir. Pour s'en sortir, il faut avoir les couilles. Je suis persuadé, que ce qu'il faut avoir comme courage, comme acte à poser, - changer de ville, c'est la même ville - mais pour changer de groupe d'appartenance, je ne suis pas sûr que beaucoup de gens socialement intégrés arriveraient à changer comme ça de fusil d'épaule et de changer leur comportement.»

La construction «des modèles relationnels» montre la nécessité pour Jack d'être en lien avec d'autres et la conscience qu'il a de reproduire des formes d'attachements «ordinaires» tout en sachant qu'elles ne sont fondées que sur la dépendance aux produits.

De son point de vue, peu de personnes pourraient changer totalement de groupe d'appartenance, car cette mutation sous-entend une révolution complète de son existence. Jack met ici le doigt sur la difficulté dont nous parlions plus haut. Nous faisons le lien avec les notions de socialisation de conversion et de transformation évoquées dans le cadre théorique. La conversion, terme appartenant au lexique religieux, suppose une transformation complète et durable (de l'ordre d'un retournement, d'une métamorphose) . Pour se faire, l'individu passe par des changements radicaux, notamment dans ses valeurs, éléments construits au cours de sa socialisation au sens large. Nous distinguons le changement de valeurs de la rupture avec le réseau social (des consommateurs), bien que l'un aille avec l'autre, puisque nous nous lions selon les critères de complémentarités et de similitudes comme vus dans la partie théorique.

4.2.2 Les cartes des réseaux

Sont présentes ici, quatre cartes de réseaux correspondants aux quatre dernières personnes que nous avons interviewées. Comme nous l'avons expliqué dans la méthodologie, les deux premiers entretiens ont été conduits en utilisant une grille de questions différentes. Pour les suivants, nous voulions explorer plus en profondeur les différents systèmes qui gravitaient autour des personnes interrogées, nous leur avons donc proposé de dessiner leur carte de réseaux présents durant cette période de leur vie. En détaillant dans un premier temps les fonctions de chaque sphère, nous voulions comprendre ce que chacune apportait pour déterminer leur importance. Dans un second temps, nous avons mis en exergue (traits plus volumineux) les relations les plus investies pour chacun. Ces deux démarches vont dans le sens de constater dans quelle mesure ces fonctions et l'importance de l'investissement se retrouvaient ou pas dans la carte de leur réseau actuel.



La «carte» de son réseau social correspond aussi à une carte géographique physique dont les principaux lieux ont été, pour Sacha, la place du Molard, le Jardin Anglais ainsi que le quartier des Pâquis.

Fonctions

Le travail :

Dans ce domaine, il n'a pas créé de relations significatives avec ses collègues, d'une part par l'aspect temporaire de ses contrats et d'autre part parce que la fonction principale de l'insertion professionnelle était d'ordre financier. Avec son salaire, il pouvait ainsi financer sa consommation. Travaillant dans des emplois temporaires, il était payé à la semaine. Ce système facilitait un accès rapide à la possibilité de se procurer du produit.

La deuxième fonction est d'ordre social. Montrer une image positive, de quelqu'un intégré dans la société était important pour lui. Nous pensons que maintenir un pied dans une forme de normalité lui permettait également de maintenir l'illusion que sa consommation n'était pas si problématique. Au niveau de l'estime de lui, avoir un emploi a joué également un rôle important.

Les éducateurs de rue :

Sacha en parle en termes affectueux. Leurs fonctions étaient de lui fournir des informations sur les lieux d'accueil, d'hébergement, de ravitaillement. Ils étaient un soutien, une oreille attentive. Nous pensons que ces professionnels soucieux de l'état de Sacha lui ont permis de garder un lien avec des personnes non toxicodépendantes. La fréquentation des professionnels du social lui a permis d'être inséré dans un réseau médico-social. Il était donc connu par ce réseau et de ce fait informé des différentes possibilités de prise en charge.

La prostitution :

En cas d'extrême nécessité, Sacha avait recours ponctuellement à la prostitution pour financer l'achat de produits. Nous pensons que cette extrémité a pu conduire à la détérioration de son estime personnelle. Cette pratique illustre l'extrémité dans laquelle il s'est trouvé, la dévalorisation et l'atteinte physique dans le seul but de se droguer.

Les consommateurs :

Apportaient une forme de sécurité. Dans le sens où ils le renseignaient sur la qualité du produit, les lieux et des personnes où se fournir. Ils partageaient leur quotidien et leur étaient liés par leur dépendance. Ce groupe auquel il se sentait appartenir est qualifié par Sacha de «famille». Nous pouvons voir que les qualités de la structure famille peuvent être résumées comme l'apport d'un sentiment de sécurité, de protection, l'accès à des ressources matérielles. Dans le cas du groupe de toxicodépendants, nous faisons un parallèle avec la tribu dont la structure famille est le représentant à moindre échelle. Bien qu'en apparence, la structure et les transactions qui s'y passent sont similaires, la nature et la solidité des liens qui unissent ses membres ne sont pas les mêmes. Sacha en fait état quand il parle de l'instabilité des individus composants ce groupe.

La police :

Sacha en parle aussi en terme affectueux. Il avait régulièrement des contacts avec la brigade des stupéfiants. Pour lui, il vivait leur intervention comme bienveillante, comme un «sauvetage» pour utiliser ses mots. Ils faisaient le lien entre la rue et la prison où il se sentait bien, à nouveau, selon ses termes, «en famille». Nous assimilons la police à des fonctions maternelles dans le sens où la bienveillance des inspecteurs et le transfert vers la prison étaient vécus comme un lieu sécurisant.

«Ils (les policiers) me cueillaient (...). Et puis je trouvais chouette leur manière de fonctionner, en sachant qu'eux, c'était un sauvetage, car ils allaient m'amener dans ma deuxième famille qui était la prison, où je connaissais les gardiens.»

La prison :

Pour lui, la fonction de la prison était «le bien-être». Il avait chaud, connaissait les gardiens, se sentait en sécurité. Nous voyons qu'un cadre sécurisé et sécurisant lui était bénéfique. Le fait qu'il compare la prison à sa deuxième famille n'est pas anodin. Ce «cocon» était le lieu où les besoins primaires étaient comblés, et où il recevait de l'attention de la part d'adultes, tout en ne vivant pas les affres du sevrage. Ces fonctions paternelles remplies par la structure d'enfermement seront le précurseur d'un même sentiment vécu lors du processus de rétablissement.

Le médical :

Les médecins lui prescrivaient de la méthadone. Ce traitement de substitution lui permettait d'assurer un quotidien de consommation. Cette sécurité lui a permis de diminuer ses délits. La deuxième fonction pour lui était d'ordre financier. En effet, il a rencontré des médecins peu scrupuleux, qui ne déclaraient pas les ordonnances de méthadone au médecin cantonal comme la loi le leur demande. Il bénéficiait ainsi de deux prescriptions, l'une pour sa propre consommation et l'autre pour la revendre. La fréquentation du monde médical ne l'a pas pour autant stimulé à entreprendre des démarches de sevrage. Il nous semble néanmoins important de relever que Sacha s'est ainsi inscrit dans le réseau de soin.

Son frère :

A été le lien avec ses parents. À travers lui, il obtenait des informations sur sa famille. À un moment donné, le lien avec son frère a été rompu. Le fait qu'il ait employé le terme «utiliser mon frère» nous amène à penser que la relation fraternelle avait une visée fonctionnelle et utilitariste.

Les «vrais amis» :

Derrière ce terme, il y a les amitiés de longue date de personnes non consommatrices. Il partageait avec eux des moments hors de la consommation. Ils ont été présents lors de moments difficiles (overdoses) et lui apportaient soutien matériel et affectif. Il entretient toujours des relations avec certains d'entre eux. Notre hypothèse est que ces espaces-temps hors du monde de la toxicomanie lui ont permis de maintenir un lien de manière ordinaire dans des relations positives. Ce soutien qu'il qualifie «d'inconditionnel» a certainement joué un rôle dans l'estime de lui. En effet, être vu comme un individu traversant une période difficile de sa vie, mais ayant une identité plus riche que «consommateur d'héroïne» a pu renforcer son estime de lui.

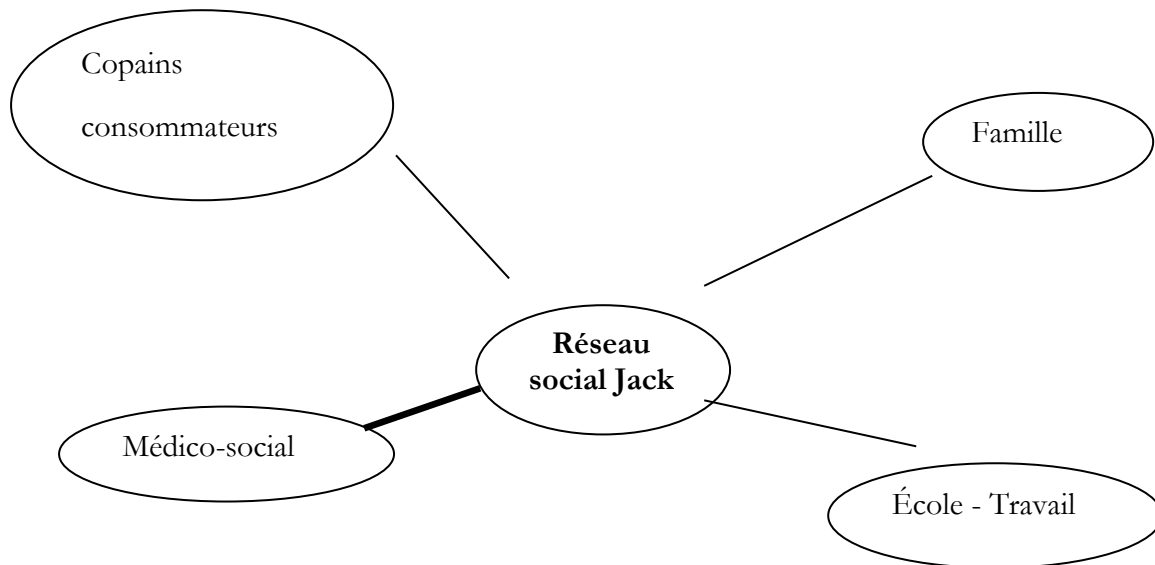
La copine :

Sacha a tenu à en parler en dernier. Sa relation avec sa copine a duré neuf ans. Cette dernière ne consommait pas de drogue. Sa fonction était de lui apporter une forme de stabilité et un apport affectif. «C'était une deuxième mère». «L'amour inconditionnel» qu'il recevait a très certainement participé à son sentiment de sécurité et à son estime de lui. Ce point d'ancrage a aussi eu pour fonction d'éviter qu'il ne vive dans la rue.

Nous pouvons voir que durant ses treize ans de consommation, Sacha a été très entouré et a évolué dans beaucoup de réseaux. Il a la capacité de créer des liens et de mobiliser son réseau. Pour certains auteurs, c'est un des indicateurs de l'autonomie : d'être à même de savoir qui peut aider en quoi et de savoir demander de l'aide.

Nous avons aussi constaté que les gens qui l'entourent sont assimilés à des substituts parentaux. Dans son cas, c'est ce qui nous a marqués en premier ; l'utilisation du terme famille et ce qui s'y rapporte comme sentiment, en parlant de la prison, du groupe de toxicodépendants, des professionnels du Toulourenc.

Nous avons été frappées par cette comparaison, comme si Sacha cherchait le sentiment d'appartenir à une famille dans tous les groupes où il a évolué. C'est d'ailleurs le lien le plus investi pour lui actuellement ; la famille qu'il s'est créée.



La «carte» de son réseau social correspond aussi à une carte géographique physique dont les principaux lieux ont été, pour Jack, la place du Molard, le jardin anglais ainsi que Quai 9 et le BIPS.

Fonctions

La famille :

Durant sa période de consommation, les liens avec ses sœurs aînées (dix et quatorze ans de plus) ont été très abîmés.

«La famille, je les ai beaucoup abusés. Je les ai volés, je leur ai menti... (...) À un moment donné, elles (sœurs) se disaient qu'elles se mettaient en danger à être en lien avec moi. (...) Ce n'est pas une destruction du lien, je dirais plutôt une mise en veille du lien, une mise à distance.»

Les relations avec son père ont perduré. Il croyait toujours en lui et l'a soutenu toutes ces années. Il y avait des domaines où il ne fallait pas entrer en matière, comme en ce qui concernait l'argent. Jack lui a souvent demandé de l'aide et son papa y répondait en le soutenant matériellement, en lui offrant des habits et des repas. Jack reconnaît qu'à cette époque, sa seule préoccupation était la consommation. Il parle «d'inversion des valeurs» en illustrant son propos par le fait qu'il utilisait plus souvent une seringue qu'une fourchette.

Parler de la famille renvoie régulièrement au sentiment de culpabilité chez les personnes interrogées. Nous avons observé que très souvent, au minimum un membre de la famille nucléaire restait présent, quelle que soit la nature des relations entretenues avec la personne en phase de toxicomanie. Ce soutien indéfectible est très précieux. La honte ressentie vis-à-vis de ses proches est d'autant plus profonde. À nouveau, la restauration de la confiance et des liens est un processus long et difficile.

Les copains :

Ses copains, Jack les a perdus lors du déménagement. Son réseau d'amitié étant les consommateurs, il ne s'est pas recréé de nouveaux liens à l'école ou dans le cadre du travail. Ceci aussi en raison de longue période sans activité et de la brièveté des périodes de travail.

«Du coup, comme j'ai recréé mon réseau avec des consommateurs, Jardin Anglais, Molard, tout ça, je passais plus de temps là-bas qu'à chercher un boulot ou à l'école. Parce que j'avais commencé le collège, trois mois après : fini. L'année d'après pendant six mois : zone. L'année d'après, j'ai commencé une école privée d'informatique, mais comme je consommais en même temps c'était juste pas possible.»

Le réseau école - travail :

Jack n'a que très peu investi les relations dans le cadre de l'école et de ses différents emplois. Il ne trouvait pas de plaisir à fréquenter ses collègues et ne

restait jamais très longtemps au même poste. Sa consommation a eu des répercussions sur son insertion dans le monde du travail. Il n’y voyait d’ailleurs pas vraiment de sens.

«J’ai trouvé la notion de travail pénible dans le sens où je me retrouvais avec des gens que je ne choisisais pas.»

«Le problème quand on consomme des produits comme l’héroïne, c’est que c’est cher, la durée de l’effet est limitée et quand l’effet s’arrête, on est pas bien. Ce n’est pas vraiment compatible avec les impératifs du travail.»

Le réseau d’aide, médico-social :

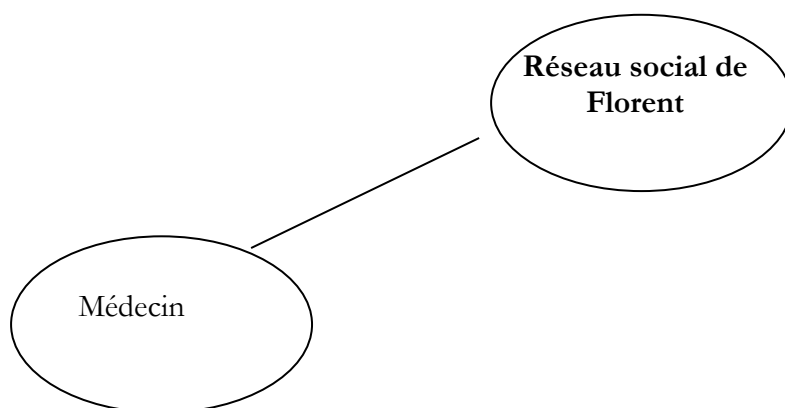
Jack nous décrit très bien l’importance qu’a eue le réseau médico-social dans son parcours. Lors des premiers contacts avec le BIPS¹⁶, il s’est senti accueilli et entendu.

«Combien de fois j’ai fondu en larme là bas, parce que ça n’allait plus. Il y avait un endroit où je pouvais poser des choses, ou je me sentais écouté. Et plus d’une fois, on m’a dit que c’était peut-être judicieux d’entrer dans un processus d’aide, d’hospitalisation, de ce côté-là, ça a été un endroit comme un îlot dans l’œil du cyclone. Un îlot où je pouvais me poser, boire un café et poser des trucs. Parce que dans le milieu, les gens s’en foutent de ce que tu fais, de ce que tu sens, les gens disent, viens fumer un joint, vient boire une bière, et encore ça c’est les gens encore un peu sympas. Bon il y a des gens avec qui on a des relations un peu plus intimes, proches, des bons copains, on a des fois des discussions qui peuvent être un peu aidantes, mais il ne faut pas trop compter là-dessus. D’où l’importance du bus stop sida. BIPS.»

¹⁶ Le BIPS (bus d’information et préservation de la santé) est le premier programme spécifique d’échange de seringues en Suisse romande et fait partie de l’Association Première ligne.

Cette association a monté la salle d'injection, Quai 9. Ce lieu l'a aussi énormément aidé. Il s'y est beaucoup investi, notamment en participant au ramassage de seringues dans le quartier, mais également en faisant partie du comité. Il décrit le bien que cela lui a fait lorsque les travailleurs sociaux de Quai 9 lui ont demandé de participer aux séances du Comité. Lui faire confiance et relever ses qualités a été le déclencheur d'un processus de revalorisation de lui, qui l'a ensuite amené à l'Association Argos où il a fait plusieurs séjours.

Nous pouvons voir à travers son témoignage que ce n'est pas le réseau dans lequel Jack est inscrit qui est important, mais la qualité des relations nouées avec les personnes en son sein. Cette constatation nous a paru importante dans la réflexion du travail au contact avec les personnes toxicodépendantes.



Fonctions

Le médical :

Il nous décrit dans son schéma :

«Médecin est égal à pourvoyeur, dealer de produit méthadone».

Lors de sa période de consommation, il nous cite uniquement ce réseau-là. Comme nous l'avons décrit dans sa carte d'identité, Florent était un consommateur

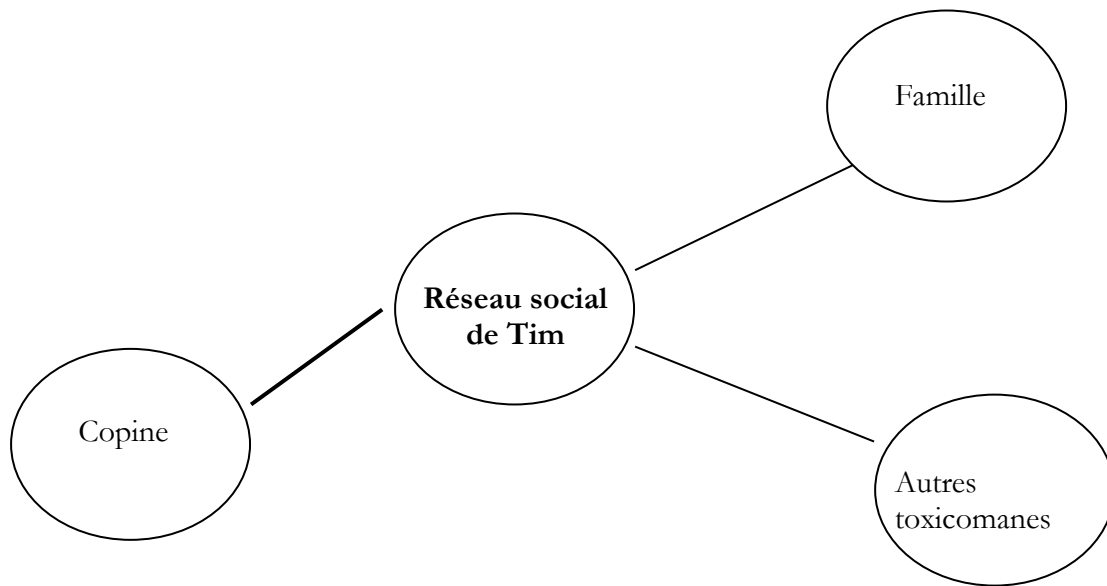
solitaire, il ne consommait pas en groupe. Il est resté assez distant avec tout autre réseau. Son principal produit était la méthadone en surdosage.

«Pour les médecins normalement surtout les généralistes, c'est une énorme manne d'argent pour eux. C'est un gros gros business. La méthadone ça ne coûte rien à fabriquer et ça engendre une grosse dépendance plus forte que l'héroïne. (...) et quand je dis dealer c'est que ces gens-là donc ça ne leur pose pas de problème de donner la méthadone comme ça sans savoir est-ce que ça va, ça ne va pas, où est-ce que tu en es... C'est une ordonnance renouvelable. Ça passe par le médecin cantonal, ça leur donne bonne conscience. Et puis après quand on veut augmenter le dosage, c'est assez facile. Moi par exemple j'étais à trois cents milligrammes de méthadone par jour. Et vers la fin, à la fin, j'étais à six cents, trois cents le matin trois cent le soir que je m'injectais. J'étais arrivé aussi aux limites physiologiques on va dire. Voilà c'est pour ça que je précise ça.»

Le point de vue de Florent sur les médecins est très tranché. À notre connaissance, les pratiques en ce domaine ont sensiblement changé et la prescription de méthadone par un médecin est plus strictement contrôlée.

L'absence de relations tissées avec les seules personnes qu'il cite dans son réseau nous a intriguées. Dans la suite de la discussion, Florent nous a nommés la relation importante qu'il avait avec sa copine de l'époque, qui elle, ne consommait pas de drogues. Il nous a aussi expliqué l'importance qu'ont eue les personnes rencontrées lors de son processus de rétablissement. Il décrit qu'elles lui ont permis de réfléchir à l'origine de la souffrance qui l'a amené à se droguer, ceci pour mettre en place des stratégies pour y remédier autrement que par un produit psychotrope.

Florent étant toujours actuellement en processus de rétablissement, la prise de distance avec son réseau durant la consommation est certainement plus faible, ce qui explique la pauvreté du schéma.



Il a été difficile pour Tim de situer ses relations présentes pendant sa consommation. Pour lui, les liens ont été différents selon qu'il était au début ou à la fin de cette période de vie. Il précise donc en début de travail que sa carte des réseaux correspond «au milieu» de sa période de dépendance.

Fonctions

La copine :

Le rôle de la copine a été important pour Tim. Toutes les copines qu'il a eues étaient aussi toxicodépendantes. C'était son premier moyen pour ne pas être seul. C'est par ailleurs le déclencheur de son processus de rétablissement :

«Je pense qu'il faut un élément, justement, quand ma dernière copine n'a plus voulu de moi, quand il n'y avait plus personne autour de moi, je faisais des allers-retours avec Belle-Idée, et mes amis c'étaient des infirmiers de Belle-Idée. (...) et il y un moment où il faut que ça change.»

Les autres toxicomanes :

Les autres consommateurs, Tim nous les décrit comme étant des petits satellites qui gravitaient autour de lui. Certains étaient plus proches que d'autres. C'était un moyen de rester en lien indirect avec des personnes.

La famille :

Ce réseau était plus distant dans sa période de consommation, mais il avait pour fonction de lui permettre de faire des allers-retours, surtout s'il y avait une rupture avec la copine.

Tim nous parle à plusieurs reprises de l'importance pour lui d'être en relation avec des gens. Ce besoin l'a entre autres conduit à fréquenter des structures de soutiens qui l'ont aiguillé vers le réseau des soins.

« Et plus t'avances dans ta toxicomanie, plus tu te brouilles avec tout le monde, car à lui tu lui dois 200.- tu lui as piqué une boulette un machin, et toujours plus petits plus petits plus petits. Et chez moi le fait que ce soit venu toujours plus petits plus petits plus petits, ça m'a obligé d'aller plus vers le Bips, plus vers, car j'avais besoin d'un lien, n'importe lequel, alors un mec qui distribue des seringues dans un bus, bah pourquoi pas, ce sera lui. Je n'utilisais même pas de seringue au début, mais j'avais un gars pour discuter. Et c'est par ces gens-là après que tu t'ouvres une porte un peu dans un autre réseau qui est le réseau de professionnels enfin.»

Puis à partir de là, avant la sortie de sa toxicomanie, il y a tout le réseau médico-social qui a été important pour Tim. En effet, il nous parle de chance, d'être tombé sur la personne aidante à un moment donné, dans un état d'esprit d'ouverture à se sortir de la dépendance.

4.3 Sortie du contexte de toxicomanie

4.3.1 Point de rupture avec la toxicomanie

De tous nos entretiens est ressorti, un moment, un événement «décllic» qui a amené à la volonté d'en finir avec le produit. Ce décllic a été, pour tous, en lien avec une ou plusieurs personnes. Nous avons observé que la prise de conscience de l'isolement relationnel total a permis cette prise de décision d'un changement de mode de vie.

Sacha

«Le décllic, quoi, un des décllics, un facteur qui a déclenché un petit peu de me dire : « Mais attends je vais où, je fais quoi, je continue, je ne continue pas ? » a été de l'ordre familial. J'ai un souvenir, quand j'étais incarcéré, de voir arriver mes parents sur le parking, et ma mère descend de la voiture pour venir au parloir, mais pas mon père. Et ça, ça m'a beaucoup affecté. Je me suis dit : « Mais qu'est-ce qu'il se passe ? ». Il me renie, il ne veut plus me voir. Donc là, ça déjà été quelque chose de dire : « Ah ouais, tiens là il se passe quelque chose ». Donc là, j'ai envie de dire, grâce à cet événement-là, j'ai pris un petit plus conscience que je n'appartenais plus du tout, enfin pas complètement à la famille. Et ensuite, j'ai demandé de l'aide sociale, je me suis dirigé vers l'association que vous connaissez d'ailleurs.»

Tim

«Ma croyance c'est qu'une personne toxicodépendante doit toucher son fond à elle pour passer à autre chose. Ce fond est très différent pour chacun. Pour un ce sera perdre son boulot, pour l'autre ce sera perdre sa copine, enfin... c'est quand j'ai touché mon fond à moi, où il n'y avait strictement plus rien, qu'ils (les services sociaux) m'ont fortement conseillé de faire une demande AI et je me rappelle que ça été mon déclencheur. Lorsque le médecin m'a proposé, a voulu me faire signer la demande AI, j'ai dit je ne suis pas d'accord. Je ne suis pas invalide, je suis toxico, invalide c'est à vie, toxico ce n'est pas à vie, donc je ne signerai pas ça. Et là, il y a un truc qui s'est décoincé et je me suis

retrouvé quelques semaines plus tard au CRMT. Je pense qu'il faut un événement marquant pour que la personne rebondisse.»

C'est après cette prise de conscience que Tim et Sacha se sont dirigés vers des structures de soins. Pour d'autres, il n'y a pas eu de moment clé, mais une série d'événements, de rencontres, qui les ont amenés progressivement vers le processus de rétablissement. Précisons que ce processus n'a pas été linéaire. Il a été fait de rechutes, d'aller-retour, d'arrêts, et de tentatives multiples. Ce qui nous a intéressées dans nos entretiens, c'est la part active du réseau au cours de ce processus. Nous nous attendions à retrouver la famille très présente, mais le réseau principal comme soutien social a été le réseau des soins.

4.3.2 Processus de rétablissement / processus de résilience

Pour analyser ce qui est à l'œuvre au cours du processus de rétablissement, nous avons puisé dans les ouvrages traitant de la résilience. La résilience est la capacité de chacun à surmonter des épreuves traumatiques, à se reconstruire, sans s'effondrer. Ce processus est analysé par la plupart des auteurs comme survenant après un événement traumatique majeur, généralement dans l'enfance. Pour notre sujet d'étude, nous situons le traumatisme temporellement plus long, comme la phase de dépendance des sujets. Nous pourrions nous attarder longuement sur les traumatismes infantiles vécus par les personnes interrogées et la réponse par la dépendance à ces souffrances, mais nous axons notre analyse en partant du postulat que le rétablissement des personnes toxicodépendantes est une forme de résilience.

Marie Anaut, dans un ouvrage sous la direction de Boris Cyrulnik¹⁷ et Gérard Jorland, explique que le processus de résilience «est un construit multifactoriel qui

¹⁷ Boris Cyrulnik, neuropsychiatre et directeur d'enseignement à Toulon a rédigé de nombreux ouvrages sur la résilience.

résulte du maillage complexe entre des aptitudes individuelles (psychiques, cognitives, comportementales) et des compétences psychoaffectives familiales. Ces dernières peuvent être complétées, ou éventuellement suppléées, par des ressources issues de l'environnement social.» (Anaut, 2012, p.65). Elle développe l'idée que les liens affectifs ont une place prépondérante dans la construction de la résilience. C'est dans le lien à l'autre que le processus de résilience peut se mettre en place. «Dès lors, le tissu relationnel peut permettre de trouver des étayages extérieurs qui vont renforcer les ressources internes et parfois remédier aux défaillances personnelles (...). Ainsi, on peut considérer que les attaches affectives sont l'une des composantes essentielles du processus de reconstruction après les traumatismes (...).» (Anaut, 2012, p.66).

Comme nous pouvons le voir, le rôle du réseau social est fondamental dans la reconstruction et le rétablissement de notre population d'investigation. D'autre part, Boris Cyrulnik apporte un élément extrêmement intéressant ; «les tuteurs de développement» (Cyrulnik, 1999) ou tuteurs de résilience. Lorsque les membres de la famille ne peuvent pas ou plus exercer une fonction d'encadrant, d'autres personnes peuvent permettre de «tisser des liens d'attachement alternatifs». (Anaut, 2012, p.79). Leur fonction est d'assurer «des pôles d'étayage qui vont les (personnes en détresse) aider à surmonter l'adversité, soit directement en les encourageant et en les aidant, soit de manière plus symbolique en tant que supports identificatoires.» (Anaut, 2012, p.80).

Nous avons choisi l'extrait de l'entretien avec Tim, qui illustre selon nous très bien la fonction des tuteurs de résilience.

« Pour moi il y a une énorme part de chance ou de malchance, ça dépend comment on voit le truc. Mais, à ce moment-là, à l'Entracte il y a eu cet éducateur qui m'a parlé comme Tim et pas comme le patient numéro 152 ou comme le toxico numéro 3000. Et puis voilà, c'est très aléatoire. (...) Je pense que c'est un tel concours de circonstances d'avoir la personne, au bon endroit, au bon moment, parce que mon référent, à ce

moment-là, me convenait parfaitement. Tout ça fait que là, ça a marché. Il y avait eu déjà deux cents tentatives avant avec la Rue Verte¹⁸, avec Belle-Idee, que je n'avais juste pas assimilé à ce moment-là, car j'étais peut être pété, ou j'avais trop de médicaments, ou j'avais une copine et je ne voulais pas quitter cette copine, ou ou ou... Il y a une grande part de non maîtrisable, on pourra faire tout ce que l'on veut, pour moi, mais ça ne changera rien que la personne doit faire son circuit, son tournicoti jusqu'à ce qu'elle trouve une porte de sortie au bon endroit et au bon moment.

Je pense justement que les personnes significatives, c'est cet éducateur au Bips, peut-être celui-là à Entracte, et ceux-ci au Toulourenc. Je pense que c'est les personnes, qui après très longtemps, tout d'un coup te parlent à quelqu'un de tout à fait normal. « Ah, mais je n'ai pas que des antennes vertes avec un long nez ! » Tu passes de Mars Attaque et tout d'un coup tu te retrouves dans une vie un peu normale. Bah finalement, tu te dis, je ne suis pas si fichu que ça. Si lui, il arrive à me voir comme ça, c'est que j'ai deux bras, deux jambes (...). Et c'est pour ça que je pense qu'il y a une énorme part de chance, de non maîtrisable dans un parcours, parce que de un, il va le rencontrer, ça va être le prof d'apprentissage dans un magasin de vélo, et puis l'autre il ne va peut-être jamais le rencontrer. C'est vraiment une rencontre à un moment donné avec la bonne personne. Plus il y a de lieux comme Quai 9, le Bips, le groupe sida, l'Entracte qui existent, plus il y a de chance que ça se passe. Mais ça ne garantit rien du tout.»

Tim exprime ici la très grande importance pour lui d'avoir été en face d'un professionnel qui ne lui renvoyait pas sans cesse sa toxicomanie. Le fait d'être considéré comme une personne à part entière lui a permis de l'être. Lighezzolo et De Tichey, mettent en avant une recherche dirigée par Fonagy *et al.* (1995), qui démontre «qu'un milieu thérapeutique accueillant et tolérant peut contribuer à l'établissement de nouveaux modes d'interaction et de relations avec les autres.» (Lighezzolo, De Tichey, 2004, p.76).

¹⁸ Ce centre permet de renseigner, de conseiller et d'offrir des soins aux personnes souffrant de dépendance aux différentes drogues.

Sacha

«Le premier truc qu'ils (les éducateurs) m'ont amené tous, c'est de la chaleur, c'est de l'affect, c'est un contenant, c'est : « tu es avec nous, c'est familial, tu ne risques rien, lâche-toi ! ». Ils m'ont appris à me lâcher, à lâcher tout ce que j'avais à l'intérieur. Après ils m'ont lâché, « Va vivre ta vie ! Mais on s'appelle ». On avait créé assez de lien dans la relation, pour qu'en fin de compte on pouvait s'appeler. C'était aussi une autre époque, le processus de rétablissement était très conceptualisé sur la famille. Dans les maisons de soins de l'époque, c'était très familial, c'était un substitut de la famille, ce n'était pas nos parents bien sûr, mais on était là-dedans. Il y avait une recomposition du système familial. Aujourd'hui, c'est différent, je ne dis pas que c'est moins bien ou que c'est meilleur, c'est différent. (...) Il y avait tout ce qu'il fallait à l'intérieur. Il y avait peu de partenaires, de réseau social. Parce qu'il n'y avait aucune difficulté à trouver un travail vu l'époque que c'était, aucune difficulté à rentrer dans un groupe ou un autre, il n'y avait pas de problème de logement. Il n'y avait aucune difficulté, on sortait et du jour au lendemain on avait un logement ou un travail. Donc tout se passait dans un microcosme à l'intérieur. Mais ce n'était pas mieux qu'aujourd'hui, c'était différent. Ce qui est important, c'est les personnes qui m'ont entouré pendant ces trois ans, certaines personnes qui m'ont attiré, je me suis senti attiré par eux. Une attirance, une sécurité. Je te donne la main, prends-la si tu veux, OK ! Et puis je me suis senti en confiance et j'ai cheminé avec eux sans le savoir. Peut-être qu'enfin j'avais une écoute. Ce que peut-être je n'avais pas obtenu ou eu pendant mon enfance, mais à juste titre, sans mettre la faute du tout sur mes géniteurs. Ils ont fait le mieux qu'ils pouvaient avec ce qu'ils ont reçu. Mais enfin, je pouvais être moi-même, enfin je n'avais pas besoin de jouer un rôle avec ces personnes aidantes. Alors qu'en famille je devais toujours jouer un rôle.»

«Les personnes qui participent à l'étayage des sujets en souffrance font office de figures d'attachement alternatives dans la mesure où elles suppléent les figures d'attachement initiales qui ont pu être défailantes. (Anaut, 2012, p.81).

Sacha illustre parfaitement bien ce processus. En créant des liens avec le personnel soignant et éducatif, il a pu petit à petit reprendre confiance en lui et apprendre à créer d'autre type d'attachements dit «attachements sécures» (Bowlby 1969). L'estime de soi est l'un des critères du processus résilient. Rutter, cité par Anaut, en a distingué trois, dont le premier est «la conscience de son auto-estime et du sentiment de Soi». (Anaut, 2012, p.52).

Florent a lui aussi rencontré des tuteurs de résilience qui lui ont permis d'entamer son processus de rétablissement. Dans son témoignage, il amène une dimension spirituelle intéressante :

«(La rencontre) de l'éducateur-pasteur de l'Entracte a aussi été déterminante. Avec lui j'ai beaucoup appris, il m'a très rapidement cerné et a su gagner ma confiance et j'ai pu m'ouvrir à lui et commencer à travailler. Le fait que je puisse m'ouvrir à lui, j'ai remarqué que ça me faisait du bien. Mais il y avait aussi le paramètre qu'il est pasteur, donc il y a cette notion spirituelle qui entre en ligne de jeu et qui n'est pas négligeable. (...) Le fait que lui soit pasteur, quelque part il peut intercéder auprès du boss (rire). Donc en parlant avec lui, je suis allé après à Belle-idée, et je suis tombé sur un infirmier très fort. Et le travail il a commencé là. C'est à partir de là que j'ai commencé à pouvoir lâcher et me regarder en face.»

La dimension spirituelle présentée comme levier au processus de rétablissement a été soulevée dans trois des six entretiens. Nous ne nous attendions pas à ce que la foi soit si souvent abordée. Cette constatation nous a amenées à réfléchir à ce que peut apporter la spiritualité dans cette période de fragilité et de reconstruction de Soi. Le premier point que nous avons relevé est que la foi apporte un dynamisme de changement, une volonté d'agir. L'individu sort de sa condition de victime, en ayant la possibilité, par la prière notamment, de formuler des souhaits, de se projeter dans une vie meilleure pour soi. Un autre point est la notion de pardon, de possibilité de réhabilitation dans la communauté malgré une période de vie hors normes. Par des actions meilleures, un mode de vie aligné aux

croyances, l'individu peut se défaire de ses «péchés» et retrouver une estime de lui-même. Le troisième point est l'appartenance à une communauté. Pour ces personnes dont le réseau social est peu ou pas existant, créer des liens avec d'autres gens et partager ce point essentiel de leur vie qu'est la spiritualité, permet un ancrage dans le monde social.

Pour Alain, la fréquentation de son Église lui a permis de renouer avec une vie sociale sans produit.

«J'avais déjà une certaine expérience dans le monde de l'Église. Je savais que cela me fait du bien, ce sont des gens que j'aime, qui sont là pour moi. Il y a des gens vraiment bien, qui se consacrent à l'Église, et de temps en temps on fait des choses ensemble. Et ça m'aide beaucoup d'être à côté de gens bien, non seulement d'être loin de la drogue, mais surtout de côtoyer des gens qui ont de saines habitudes. Des gens simples, sains, qui ne boivent pas d'alcool, qui ne font pas de mal aux gens, loin de ce qu'on voit. Ils ne sont pas en compétition avec personne. Ils se préoccupent du bien-être de leur famille, de leur entourage. Quand on est dans le produit, on n'est plus avec des gens comme ça, altruistes, qui pensent aux autres, qui prennent leurs responsabilités avant tout. Ils pensent à leurs responsabilités, leur famille, leur travail, et seulement après les plaisirs et leurs besoins personnels. Je le vois, même des gens qui n'ont jamais consommé de leur vie, ont aussi des problèmes. Si seulement la drogue était le seul mal de la planète, on saurait comment le régler (rire). Mais non, les gens ont beaucoup d'autres problèmes dans la vie. Mais ça aide quand même d'être croyant. Les gens de l'Église savent que j'ai passé une période difficile, mais ils n'ont pas de préjugés.»

Brissiaud (2001), fait le lien entre spiritualité et résilience. «Mobiliser la foi en soi est à l'opposé du fatalisme ou de la victimisation. « Je n'y peux rien, ce n'est pas de ma faute » ne conduit qu'à la perte de la mobilisation de soi. Les personnes souffrantes qui ont trouvé de la force de vie dans un processus de croyance sont devenues résilientes grâce à ce processus de foi. Je peux participer à mon processus de vie, je ne suis pas obligé de subir, je peux agir.» (Brissiaud, 2001, p.120). Nous

partageons son idée que la résilience peut se faire lorsqu'une personne peut rassembler intérieurement ses ressources de guérison.

4.3.3 Reconstruction d'un réseau social

Comme notre postulat de base stipule que la fréquentation d'un réseau social est un vecteur de rétablissement et de réinsertion dans le monde social, nous nous sommes intéressées à la recréation de ce réseau pour les personnes qui se sont isolées en raison de leur toxicomanie. Nous allons donc présenter le résultat du groupe de travail que nous avons fait au Toulourenc, avec les résidents actuels. La question était de savoir comment les personnes présentes s'y prenaient pour retisser un réseau social. Le résultat de notre travail se présente comme suit :

Freins

- Les rencontres « directes » sont difficiles.
- Genève est une ville chère.
- Chacun a déjà son groupe.
- Le fait d'être dans une institution.
- La réintégration dans le cercle communautaire étranger :
- Jugements, peu de soutien, difficulté d'être le centre de l'attention, à accepter les remarques et à répondre à leurs interrogations.
- Peur de ne pas être à la hauteur.
- Nécessité de se reconstruire émotionnellement avant.
- Réadaptation à un réseau social non consommateur.

Facilités

-Accès aux activités sportives

Comment rencontrer du monde ?

De cette discussion, nous avons relevé différents points qui sont pour la plupart des obstacles à la réinsertion sociale.

Il est difficile d'avoir et de voir des amis quand une personne n'a pas de vie stable. Ce manque de stabilité les met dans une situation inconfortable à l'égard des autres. Lorsqu'ils se présentent à quelqu'un, ils ont l'impression de ne pas «offrir» grand-chose à l'autre. Ils sont dépendants financièrement, n'ont pas de logement propre, pas de travail et ont un problème de dépendance. Tous ces facteurs sont mis en avant comme étant des freins à la relation à l'autre. Un exemple donné par l'un des résidents illustre très bien ce propos : lors d'une rencontre avec une femme extérieure à l'institution, il vit les aspects matériels comme un handicap à la relation. Il ne se voit offrir «que» sa personne, ce qui pose la question de l'estime de soi. Par ailleurs, leur addiction fait peur à une très grande partie de la population et lorsqu'ils rencontrent de nouvelles personnes, ils sont souvent dans l'hésitation de dire ou ne pas dire leur parcours dans la toxicodépendance. S'ils ne le font pas, ils ont l'impression de cacher quelque chose. Et s'ils le font, ils ont peur de la réaction de l'autre.

Cette phase de vie dans la toxicomanie est tellement présente dans leur esprit, qu'elle couvre toutes les autres qualités qu'ils peuvent posséder. Ceci est augmenté par le rappel constant de leur dépendance, du fait qu'ils vivent en institution et sont entourés de personnes également en processus de rétablissement. Leur représentation d'eux-mêmes est extrêmement péjorée. L'impression que leur passé de toxicomane est inscrit sur toutes les parties de leur être est tenace. Les représentations sociales sur les toxicomanes sont excluantes, mais les résidents se privent eux-mêmes de relations potentielles par peur d'être rejetés.

Il a été relevé que le fait d'être en institution peut néanmoins avoir une répercussion positive. En effet, pour l'entourage proche, cela montre l'envie et le besoin de vouloir sortir de cette dépendance. Il y a une évolution personnelle constructive. D'après eux, ils ressentent principalement deux pressions, la leur et celles de leurs proches (famille et amis). Ils doivent regagner la confiance qui a été

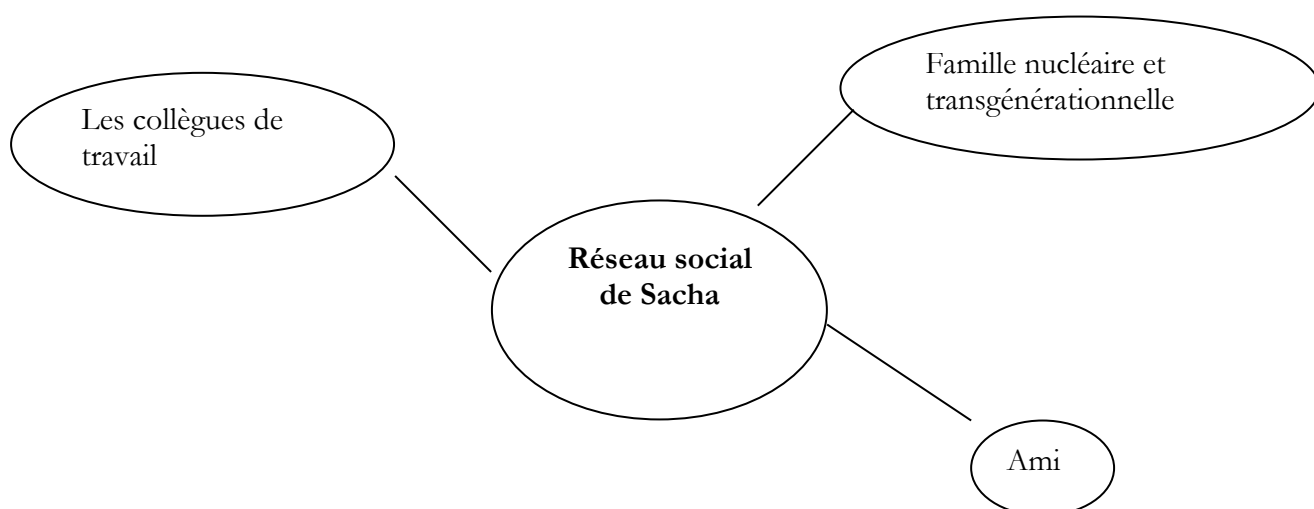
rompue et faire face à leurs nombreux regrets liés à cette partie de leur vie. L'entourage doit leur redonner accès au cercle familial, mais il y a eu une déception si grande que la pression pour prouver qu'ils ont changé est très forte.

Ceux qui font partie de communautés étrangères témoignent de la même difficulté à revenir dans ce cercle social. Il y a la honte en lien avec des conduites hors normes, mais aussi la nécessité de prouver que la situation s'est stabilisée. Le devoir de réussite rajoute une charge à leur processus de rétablissement.

Voilà pourquoi, le travail de soutien, d'écoute et d'aide des professionnels est essentiel à leur reconstruction d'une vie sans produit, à la reprise de contact avec leurs proches et à l'acquisition d'une relative stabilité émotionnelle, ce qui permettrait une meilleure estime de soi, ingrédient nécessaire à la construction du lien à l'autre.

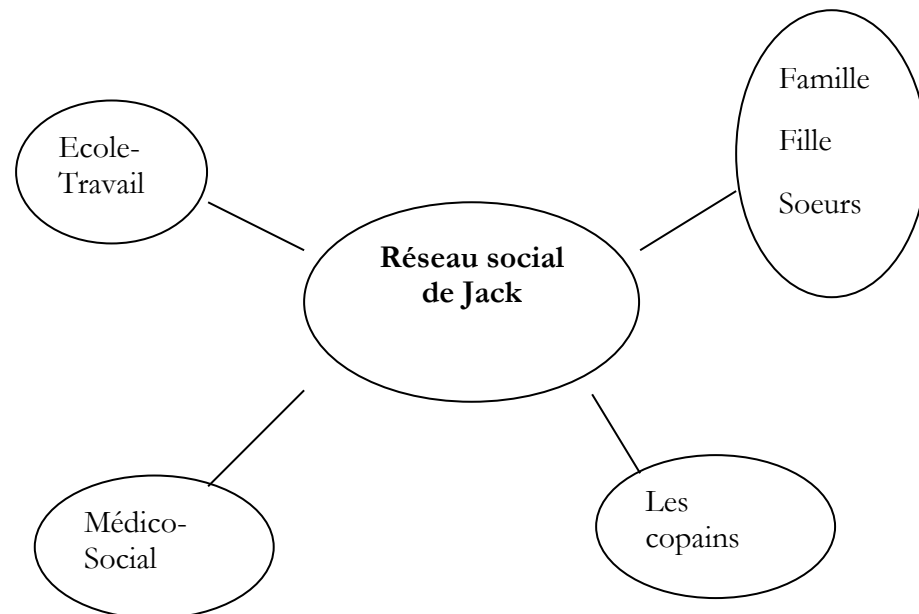
4.3.4 Réseau actuel

Lors de nos entretiens, nous avons exploré leur réseau social actuel afin de mettre en lumière ce qu'ils définissent comme critère de stabilité. Nous avons mis en résonance les deux cartes de réseau pour évaluer la qualité des relations nouées, et ce qu'elles ont apportées et apportent encore aujourd'hui.



En comparant les deux cartes de réseau qu'il avait faites, Sacha a été fortement interpellé sur la grande différence du nombre de relations entretenues.

Durant sa période de consommation, il avait un réseau très étendu, alors qu'aujourd'hui la majorité de ses liens se sont créés au sein de sa propre famille. Bien que moins entouré, nous émettons l'hypothèse qu'il est bien mieux entouré. La qualité de ses relations avec ses collègues, son ami et sa famille le nourrit bien plus que ses contacts auparavant.



La reconstruction des liens familiaux n'a pas été simple pour Jack. En parlant de sa fille, il dit ne pas l'avoir vue pendant plusieurs années par honte de ce qu'il vivait. Aujourd'hui, sa fille est adulte et leur relation se reconstruit.

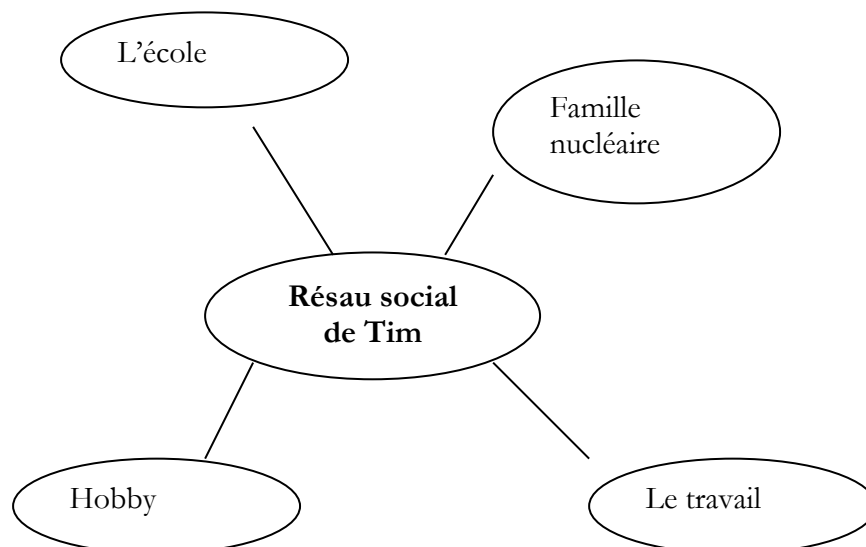
Pour les amis, c'est encore difficile. Mais il a rencontré une personne qui lui a permis de reconnecter avec l'amitié et un cercle social.

«J'ai une amie que je me suis faite, qui a été une personne ressource absolument incroyable. Elle fait son stage à Café Cornavin. Elle est à fond dans le travail de rue, spectacle de rue. Au Café Cornavin elle est venue avec une idée pour montrer aux gens leurs compétences. Elle a convaincu la responsable d'acheter du matériel de jonglerie. Au début, personne ne savait jongler ni elle, ni moi, ni personne. Mais on s'y est mis et maintenant je me balade

tout le temps avec mes balles. (...) Elle m'a aussi redit que j'étais compétent en dessin et qu'il fallait que je prenne un carnet de dessin en voyage. Ça m'a permis de trouver mes propres trucs. J'ai pris une guimbarde et j'ai joué dans la rue, les gens s'arrêtent c'est inhabituel, et ça crée du lien. Maintenant, je suis à fond dans la notion de créer du lien. Aller jongler dans un parc public, ça attire les gens. C'est vraiment quelqu'un de fondamental pour moi. C'est comme si à son contact les choses deviennent faciles soudainement.»

Cette rencontre capitale pour Jack a fait office de lien avec le monde social. Il a pu apprendre des compétences et les a faites siennes pour renouer des contacts avec d'autres personnes. À nouveau pour lui, nous constatons que ce n'est pas la quantité de personnes qui nous entourent qui est importante, mais la qualité de la relation entretenue.

Florent étant toujours en processus de rétablissement lorsque nous l'avons interviewé, nous n'avons pas exploité sa carte de réseau actuel pour l'analyse.



Pour Tim, la reconstruction d'un réseau social s'est faite par la fréquentation d'une école à sa sortie du Toulourenc. Il met en avant dans son entretien l'importance primordiale de se construire un réseau pour permettre aux autres paramètres de la vie en société de se mettre en place.

«Il n'y a pas de miracle pour rencontrer des gens. Je ne crois pas que quelqu'un qui a eu une longue toxicomanie va reconnecter avec des gens d'avant. Enfin moi j'ai essayé, tu te retrouves avec un ancien pote, tu vas boire un verre ou tu vas manger, tu n'as pas grand-chose à lui dire. Enfin j'étais mal à l'aise, l'autre aussi, tout le monde est mal à l'aise. (...) À l'école c'est le rêve. Car tu pars pour quatre ou cinq ans, donc forcément tu vas rencontrer des gens. Tu crées un réseau. Le fantasme de vouloir rencontrer une copine est une impasse. Ce n'est pas un réseau une copine. Ce n'est pas parce que tu rencontres une copine que tu vas te faire un réseau. C'est parce que tu te fais un réseau que tu rencontreras une copine. Enfin, c'est dur à entendre. Mais c'est ça ! Ce n'est pas parce que tu auras une copine que ça ira mieux, que tu vas trouver un boulot, un réseau. Non ! C'est parce que tu te fais un réseau, parce que tu vas mieux, que tu vas trouver un boulot, que tu vas trouver une copine. Donc ça peut être le boulot, ça peut être un cours de photo, ça peut être un cours d'anglais. De mon point de vue, de mes croyances, on ne peut pas faire l'économie de le faire. Le résident qui est en fin d'institution ou au milieu d'institution et qui repousse ça toujours, il va s'écraser parce qu'il ne va pas tenir longtemps seul sur l'extérieur. Tu veux trouver un appartement, il faut un réseau, tu veux trouver un boulot, il faut un réseau, tu veux t'occuper l'après-midi ou le week-end, il te faut un réseau. Et si tu n'as pas d'appart, pas d'occupations, pas de boulot, bah tu es dans ta chambre d'hôtel ou dans un studio payé par l'hospice, et puis tu zappes sur ta télé. Et tu tiens un mois, deux mois, et puis après tu vas te droguer, car tu te fais chier et que tu as juste ça. J'ai fait très tôt l'école en sortant de l'institution. Direct j'ai rencontré trente personnes et j'étais pris dans un truc. Tu es occupé, tu rencontres des gens, ces gens ils ont des amis, enfin pour moi ç'a été le moyen de me mettre confortable dans ma nouvelle identité d'ex-toxicomane.»

Le témoignage de Tim répond à notre hypothèse de base. C'est par la création d'un réseau social que le résident, à sa sortie de l'institution, peut s'ancrer dans un mode de vie durable sans produit.

Il est intéressant ici de faire un parallèle avec ce qui est ressorti lors de l'entretien de groupe. Pour certains résidents actuels, avoir une petite amie semble leur préoccupation première. Pour Tim, c'est l'inverse. La question de savoir dans quel ordre reconstruire sa vie est ouverte et propre à chacun. Néanmoins, nous faisons le postulat que la situation matérielle ne suffit pas à la réintégration de même que la création d'un réseau social hors de la consommation. C'est la difficile combinaison des deux qui, pour nous, donnera le plus de chance à un rétablissement durable.

5. CONCLUSION

Nous présenterons notre conclusion en quatre parties. Premièrement, nous ferons apparaître nos commentaires et remarques sur le sujet traité, les questions qui ont émergé chez nous et certaines pistes de réflexion que nous aurions aimé explorer. Dans la deuxième partie, nous répondrons à nos hypothèses et nous développerons ce que ce travail nous a apporté sur le plan personnel. Par la suite, nous mettrons en exergue les forces et les limites de notre travail. Notre mémoire étant étroitement lié à la pratique professionnelle, nous avons fait le choix de conclure par le lien entre notre recherche et le travail social.

5.1 Commentaires et remarques

Tout au long de notre recherche, nous avons mis en lumière l'importance du système familial bien que les liens soient le plus souvent rompus. Nous nous interrogeons dès lors sur la disparition de l'accueil famille, dispositif anciennement mis en place à Argos, qui s'est arrêté faute de subventions. Les liens avec la famille sont travaillés dans le cadre des programmes proposés à Argos, mais une structure réelle permettant aux familles d'être soutenues et d'avoir un espace d'écoute nous paraîtrait intéressant.

Nous relevons aussi le rapport à la religion qui est ressorti à de nombreuses reprises dans nos entretiens. Ce point nous a particulièrement intéressées. La croyance en quelque chose de supérieur, de surhumain, permettrait au niveau individuel, de mobiliser des ressources internes pour faire face à une étape de vie difficile. Au niveau de la reconstruction d'un réseau, réappartenir à un groupe social dont les valeurs et le mode de vie sont radicalement hors de la toxicomanie est un soutien important.

La spiritualité, quelle qu'elle soit, pourrait-elle être une des clés du processus de rétablissement ? Nous pensons que oui. Le fait de croire mobilise déjà la pensée dans un processus dynamique. Cependant, les institutions étant laïques, la question de la pratique d'une spiritualité reste personnelle. Ce questionnement pourrait néanmoins faire l'objet d'un sujet de recherche.

En nous penchant sur le moment de rupture de la socialisation secondaire, ayant eu lieu à l'adolescence, nous avons continué notre réflexion sur le peu de structures pouvant accueillir des mineurs ayant des problèmes d'addiction. Nous avons déjà évoqué le sujet et notre mémoire s'axe sur la situation des majeurs, cependant nous soulignons notre préoccupation, qui est, par ailleurs, généralisée. Que cela soit par leur médiatisation ou en raison des mutations sociales, les «binge drinking» ou «bitures expresses» deviennent un phénomène de société et posent la question de la corrélation entre alcoolisation massive à l'adolescence, et risque d'addiction. En recherchant ce qui existe en matière de prévention, nous avons découvert une brochure de «L'intervention précoce» (I.P.) mise en place par le GREA¹⁹, elle-même mandatée par l'OFSP²⁰. Ce projet, datant de 2010, a pour but «d'éviter que les jeunes développent des problèmes ou que leurs problèmes s'aggravent» (Groupement Romand d'Études des Addictions, 2010). Il vise à repérer, éviter, traiter les difficultés, mais aussi à «renforcer la construction collective d'un environnement». Il propose des actions allant de la «promotion d'un environnement favorable» (Groupement Romand d'Études des Addictions, 2010) à une prise en charge de type thérapeutique

Cette brochure s'adresse aux professionnels du travail social et de la santé, aux directeurs d'établissements sociosanitaires et aux pouvoirs publics sensibles à la prévention et à la politique de la jeunesse.

¹⁹ Groupement Romand d'Études des Addictions

²⁰ Office Fédérale de la Santé Publique

Nous relevons la volonté de partenariat avec l'école, les familles, et tous les lieux pouvant faire partie de l'environnement d'un jeune. Le travail en réseau semble une des priorités pour le GREA.

Il serait intéressant de voir quelle répercussion concrète l'utilisation de cette brochure a eue. Le champ scolaire est-il bien investi ? Nous pouvons aussi nous interroger sur la fine limite entre conduite à risque et pathologie à l'adolescence. La décision pour l'une ou pour l'autre par des professionnels peut être très stigmatisante pour un adolescent.

À Genève, l'une des structures qui accueillent en entretien ou en travail de groupe, les mineurs ayant des problématiques de consommation, est la fondation Phénix. Cependant, la prise en charge respecte le principe de la libre adhésion, ce qui sous-entend que les jeunes bénéficiant des services de Phénix sont d'une part conscients de leur problématique et d'autre part d'accord de la traiter. Il peut arriver qu'un juge du Tribunal des Mineurs soumette une injonction de traitement à Phénix, pour un jeune présentant de graves problèmes d'addiction. Une injonction étant une obligation, cela soulève le questionnement de la cohérence du suivi thérapeutique.

Nous nous sommes posé la question de savoir si une structure comme Argos existait pour les mineurs, serait-elle sollicitée? Il est difficile d'y répondre, sachant que durant la période de l'adolescence, la socialisation par les pairs peut passer par la consommation de produits psychotropes et qu'une prise de conscience sur une éventuelle addiction nécessiterait plus de recul. Nous n'avons pas abordé cette piste de réflexion qui pourrait faire l'objet d'une future recherche.

Il est intéressant de noter que les personnes que nous avons interrogées sont exclusivement des hommes. Il vaudrait la peine de s'attarder sur ce fait dont nous ne nous sommes rendu compte que lors de l'analyse d'entretien. Nous avons donc vérifié notre présupposé que la majorité de la population toxicodépendante est

masculine. En 2011, l'enquête CoRolAr²¹ a mesuré la prévalence à vie de la population consommatrice d'héroïne²². Les chiffres relèvent que 1,6 % sont des hommes et 0,3 % des femmes. «Les différences semblent cependant moins marquées auprès des personnes les plus jeunes (...).» (Monitoring Suisse des addictions, 2014). Chez les jeunes de quinze ans, les chiffres sont de 0,9 % chez les garçons et 0,7 % chez les filles.

Notons que cette enquête a été réalisée par téléphone et qu'elle présente donc certainement des lacunes. La population touchée par la consommation d'héroïne étant plus marginalisée, l'accès par des instituts de sondages s'en trouve de fait limité.

Cette question du genre, pourrait être en tant que telle l'objet d'une recherche. En effet, le rapport Métaévaluation sur l'efficacité du travail sexospécifique dans le domaine de la dépendance, commandé en 2010 par l'OFSP²³, montre l'importance de prendre en considération la notion de genre dans le travail avec les personnes toxicomanes. «La recherche montre clairement que les femmes et les hommes présentent des particularités sexospécifiques. Le type d'addiction, son origine et son développement diffèrent en effet d'un sexe à l'autre. La recherche relève aussi que la prise en charge et le traitement ont plus de succès si le genre est pris en compte de manière adéquate.» (Confédération Suisse, 2012).

²¹ Enquête téléphonique auprès de la population suisse réalisée en 2011.

²² Nous avons choisi les statistiques touchant à l'héroïne puisque c'est le produit consommé par la majorité des personnes que nous avons interviewées.

²³ Office Fédérale de la Santé Publique

5.2 Réponses apportées et pistes de réflexion

Dans cette partie, nous souhaitons faire le point sur les réponses apportées à notre questionnement de recherche. Nous regarderons aussi ce que ce processus de travail nous a apporté au niveau personnel. En dernier point, nous lancerons des pistes de réflexion afin d'ouvrir notre travail sur un questionnement plus général.

Tout au long de ce mémoire, nous avons apporté des éléments de réponses à divers niveaux. La vision globale de cette problématique nous a permis de cerner plusieurs facteurs influençant le processus de rétablissement. Au niveau structurel, c'est la prise en charge thérapeutique, l'accession à un logement et à un emploi qui détermine la fin de ce processus. Au niveau sociétal plus général, les représentations collectives de cette population en marge de la société peuvent être un frein à la réinsertion. Enfin, au niveau méso-social, le réseau social des personnes toxicodépendantes en processus de rétablissement est essentiellement centré sur le réseau médico-social.

Les amis ne sont que peu présents et c'est justement cet axe de travail qui nous a intéressés. Que cela soit lors du groupe de discussion avec les résidents du Toulourenc ou lors de l'exploration des cartes de réseaux, les amis ont une place importante, mais pas prépondérante. Cependant, évoluer dans un réseau amical et social au sens large, au terme du processus de rétablissement, a permis à nombre des personnes interrogées d'acquiescer une stabilité relationnelle permanente tant au niveau personnel, émotionnel, que professionnel.

Concernant nos apprentissages personnels, l'approfondissement d'une thématique nous a poussés à explorer toujours plus loin nos questionnements et hypothèses. Ce travail de mémoire fut donc un long processus, non linéaire, mais riche en découvertes. C'est le fait de devoir mener ce mémoire jusqu'à son terme, qui nous a appris la persévérance dans un travail de recherche et par là même, de soulever des questionnements au fur et à mesure de notre avancement.

Au niveau méthodologique, nous avons dû apprendre à poser les bases d'un cadre théorique en lien avec nos découvertes de terrain et ce que nous voulions travailler. Lors des interviews, nous avons réfléchi à la manière d'entrer en contact avec une population bien précise et à la pertinence de notre grille d'entretien.

Nous avons été sensibles au partage vécu lors de ces moments. La confiance témoignée était d'autant plus touchante que le récit avait trait à une période de leur vie difficile à aborder. Ce partage s'est aussi traduit par ce qu'ils nous ont renvoyé en prenant acte de leur chemin parcouru, notamment lors de l'utilisation des cartes de réseaux.

Pour finir, nous sommes aujourd'hui satisfaites d'avoir mené cette recherche jusqu'à son terme, et d'avoir pu nous nourrir de connaissances théoriques et humaines.

Afin d'ouvrir une piste de réflexion, nous avons souhaité citer A.Ehrenberg (1995) qui formule un questionnement qui nous a habités tout au long de cette recherche. «Quelles sont les limites à la libre disposition de son propre corps ? Quels sont à l'inverse les contrôles publics des comportements privés ? Selon quels critères et quelles modalités ces contrôles doivent-ils être mis en œuvre ? À partir de quelles limites la drogue intéresse-t-elle la loi pénale, nécessite-t-elle l'intervention de la puissance publique ou doit-elle faire l'objet d'une prise en charge médico-psychologique ? La drogue soulève à elle seule toutes ces interrogations. Elle est un mythe dans les sociétés démocratiques, car sa singularité est de pousser à l'extrême la tension moderne entre droit à disposer de soi et devoir d'appartenance à la société, tension qui est moins visible ailleurs, mais toujours présente.» (Ehrenberg, cité dans Duprez & Kokoreff, 2000, p.23).

Ainsi, la problématique de la toxicodépendance et du processus de rétablissement apparaît dans toute sa complexité. C'est un tout, touchant trois dimensions. Au niveau macro, le contexte économique, social et les politiques publiques influencent le contexte de prise en charge et soulèvent la question du

contrôle social. Au niveau méso, nous avons vu la force de l'appartenance au groupe et la prépondérance des liens au réseau médico-social. Au niveau micro, en travaillant sur la résilience, nous avons exploré les ressources internes et relationnelles permettant le processus de rétablissement. Cette problématique, que nous pensions individuelle, s'inscrit dans un collectif. Les possibilités de rétablissement sont donc tout aussi individuelles que dépendantes du collectif et des relations.

5.3 Forces et limites de notre travail

Nous avons construit nos réflexions théoriques et conceptuelles en choisissant d'exprimer un point de vue général pour ensuite montrer les spécificités du parcours des personnes toxicodépendantes. Notre méthodologie inspirée de la «grounded theory» a enrichi notre réflexion et nous a permis d'inscrire les concepts issus de la littérature dans notre analyse empirique.

Il aurait été intéressant de bénéficier de plus d'entretiens, pour vérifier nos hypothèses de manière plus globale. L'accessibilité à ces personnes sorties d'un processus de soins n'a pas été évidente. C'est pourquoi nous avons axé sur la qualité des échanges plutôt que sur la quantité.

L'originalité de l'utilisation des cartes de réseau en entretien a été un support à la discussion et un outil d'analyse enrichissant. Cela nous a permis d'inscrire l'individu dans son réseau, pendant et après sa période de toxicodépendance, et ainsi de ne pas focaliser sur son histoire personnelle, mais sa relation à l'autre. Ce choix peut être réducteur, dans le sens où nous ne prenons que peu en compte les dimensions individuelles et émotionnelles des sujets. Cependant, notre thématique étant vaste à traiter, nous avons pris le parti de réfléchir aux dimensions de la socialisation, du rapport au groupe et des dynamiques de réseaux.

5.4 Liens au travail social

Au début de ce mémoire, nous pensions travailler presque exclusivement sur le réseau amical des personnes toxicodépendantes. Suite aux entretiens, nous nous sommes rendu compte que pendant la période de consommation, les personnes toxicodépendantes avaient des rapports assez instrumentalisés, voir utilitaristes avec les autres usagers de drogues. De ce fait, lorsqu'une personne quitte le monde de la consommation, ses «amitiés» passées, n'ont pas une fonction soutenance ni sécurisante, d'où le rôle décisif que tiennent les professionnels du social et de la santé dans leur processus de resocialisation. Nous pensions bien sûr que ce processus ayant lieu dans des établissements médico-sociaux, le réseau de soin était important, mais nous n'avions pas saisi sa prépondérance dans la recréation de liens individuels significatifs. Pour certaines personnes, ce sont les travailleurs sociaux qui ont été les «éléments» déclencheurs, présents en amont du processus de rétablissement, comme vecteur vers les institutions de soin. Dans quelques cas, les professionnels du social ont aussi joué un rôle important bien après leur rétablissement, en faisant partie intégrante de leur réseau social.

A notre avis, la force des travailleurs sociaux est de pouvoir instaurer un lien malléable, souple, et non jugeant.

Le parallèle entre le processus de rétablissement et le processus de résilience a mis en lumière que les liens vers l'autre n'étaient pas seulement traités dans un mouvement d'intérieur (institution) vers l'extérieur, mais au sein même de l'établissement dans les relations personnelles entre les travailleurs sociaux et les résidents.

Nous soulignons donc l'importance de la «recréation» de nouveaux repères affectifs et sociaux au cours du processus de rétablissement. Nous avons vu que les personnes toxicodépendantes sont passées par de nombreuses ruptures relationnelles et que ce mécanisme se reproduisait de manière systématique. Pour

redéfinir une «nouvelle» manière d'être en lien, nous pensons que c'est l'expérience d'une stabilité dans une relation bienveillante avec les travailleurs sociaux et soignants qui permettra de retraduire cette stabilité relationnelle à l'extérieur de l'institution dans des relations.

C'est pourquoi nous insistons sur la nécessité de bénéficier d'un lieu et d'un espace-temps où expérimenter la solidité de liens sécurisants pour ne pas reproduire des schémas de ruptures relationnelles. C'est par le contact avec les professionnels que l'estime de soi est travaillée, facteur important à la reconstruction du lien à l'autre. Nous pensons que l'obtention d'un logement et la réinsertion professionnelle sont des facteurs importants au rétablissement, mais c'est avant tout le travail sur le lien à l'autre qui est primordial.

6. REMERCIEMENTS

Tout d’abord, nous tenons à remercier toutes les personnes interrogées qui, par leur disponibilité et leur confiance, nous ont permis d’établir ce projet.

Nous remercions infiniment l’équipe du Toulourenc pour nos échanges constructifs et enrichissants concernant notre recherche ainsi que la possibilité d’avoir pu investir les lieux. Un spécial merci à Marie-France Horber de nous avoir accordé du temps pour nous parler de l’institution et son évolution, à Madeline Fluckiger et Sandra Wanner pour leurs corrections efficaces et pour finir à Candy Mesnard pour nous avoir mis à disposition toute la hiérarchie des rapports annuels de l’association Argos depuis 1977.

Nous remercions M. Ernst pour les échanges qui nous ont permis d’approfondir certains points théoriques ainsi que M. Crettaz pour ses corrections, ses commentaires et sa disponibilité. Merci aussi à M. Barbosa de nous avoir accordé son temps pour un échange très constructif. Ses connaissances dans le champ de la toxicomanie nous ont été utiles.

Nos sincères remerciements aux trois membres du jury, M. Crettaz, M. Rappo et M. Anzules pour leur disponibilité et leurs connaissances professionnelles, importantes à la soutenance de ce travail.

Nous remercions les membres de la bibliothèque de la HETS de nous avoir aidées à la recherche d’ouvrages ainsi qu’à la rédaction des normes APA.

Un merci général à toutes les personnes, collègues, amis ou connaissances de leur éclairage et encouragement à l’élaboration de ce travail laborieux, mais cependant enrichissant.

Un grand merci et avec toute notre reconnaissance à Mme Vittori, dit Mère-Grand, et Claude Diologent pour les corrections orthographiques et syntaxiques.

Un merci plein de tendresse et de reconnaissance à tous nos proches, qui en plus de nous avoir soutenues, nous ont aussi aidées par leur regard extérieur sur nos réflexions et par des encouragements importants pour arriver au terme de ce mémoire.

7. BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages cités:

Acier, D. (2012). *Les addictions*. Bruxelles : De Boeck éd.

Barman, J-D. (2008). *Dépendances : tous accro ? Drogues, alcool, tabac, jeux et cyberdépendance*. Saint-Maurice : Saint-Augustin éd.

Bidart, C, Degenne, A, & Grossetti, M. (2011). *La vie en réseau, Dynamique des relations sociales*. Paris : Presses universitaires de France.

Brissiaud, P.-Y. (2001). *Surmonter ses blessures : de la maltraitance à la résilience*. Paris : Editions RETZ.

Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD). (2012). *La politique drogue en tant que politique de société : un rétrospectif sur trente ans de politique suisse en matière de drogue 1982-2011*. Zürich : Editions Seismo.

Cusset, P.-Y. (2005). *Individualisme et lien social*. Paris. La documentation française.

Cusset, P.-Y. (2007). *Le lien social*. Paris : Armand Colin.

Cyrulnik, B., & Jorland, G. (2012). *Résilience : connaissances de base*. Paris : Odile Jacob.

Darmon, M. (2010). *La socialisation*. Paris : Armand Colin.

Dubar, C. (1999). *La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand colin éd.

Duprez, D. & Kokoreff, M. (2000). *Les mondes de la drogues : usages et trafics dans les quartiers*. Paris : Editions Odile Jacob.

Faugeron, C. & Kokoreff, M. (2002). *Société avec drogues : enjeux et limites*. Ramonville Saint-Agne : Erès éd.

Ferréol, G. & al. ; sous la direction de G. Ferréol. (1991). *Dictionnaire de sociologie*. Paris : Armand Colin.

Lighezzolo J. & De Tichey, C. (2004) *La résilience : se (re) construire après le traumatisme*. Clamecy : éditions in press.

Lowenstein, W. (2010). *Ces dépendances qui nous gouvernent, comment s'en libérer ?* Paris : Calmann-Lévy.

Panunzi-Roger, N. (2000). *Le toxicomane et sa tribu*. Paris : Desclée de Brouwer.

Pollien, A. (2002). *Dépendance et liens sociaux, étude des relations sociales des personnes toxicomanes*. Morges : Association du Relais.

Salomon, L. (2010). *Cerveau, drogues et dépendances*. Paris : Editions Berlin.

Strauss A. & Corbin J. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative : techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg : Editions Saint-Paul.

Ouvrages consultés :

Agulhon, M. (Dir.). (1990). *Les marginaux et les autres*. Paris : Imago – Auzas éd.

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

Angel, S., & Angel, P. (2002). *Les toxicomanes et leurs familles*. Paris : Armand Colin.

Argos. (s.d.). [*Dépliant sans titre*]. Genève : Argos.

Bonardi, C. & Roussiau, N. (1999). *Les représentations sociales*. Paris : Dunod éd.

Bourdieu, P. (1979). *La Distinction : critique sociale du jugement*. Paris : Les Éditions de Minuit.

Bradshaw, J. (2010). *La famille : comprendre les liens qui nous unissent*. Paris : Editions J'ai lu.

Corcuff, P. (1995). *Les nouvelles sociologies*. Paris : Editions Nathan.

Declerck, M. (2008). *Pour ne pas vivre seul(e) : figures et déguisements de la solitude*. Paris : L'Harmattan.

De la Haye, A-M. (1998). *La catégorisation des personnes*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

Demeulenaere, P. (2003). *Les normes sociales. Entre accords et désaccords*. Paris : Presses universitaires de France.

Deschamps, C. & Moliner, P. (2008). *L'identité en psychologie sociale : des processus identitaires aux représentations sociales*. Paris : Armand colin éd.

Ferreira, L. & Barbezat, A. (2011). *Lutte contre la drogue : stupéfiantes contradictions ?*. Charmey : Les Editions de l'Hèbe.

Fournier, V. (1999). *Les nouvelles tribus urbaines : voyage au cœur de quelques formes contemporaines de marginalité culturelle*. Chêne-Bourg : Editions Médecine et Hygiène.

Galland, O. (2011). *Sociologie de la jeunesse*. Paris : Armand Colin.

Garnier, C. & Doise, W. (2002). *Les représentations sociales : balisage du domaine d'étude*. Montréal : Editions Nouvelles AMS.

Geismar-Wieviorka, S., Guionnet, C. & Guis, G. (1997). *La méthadone*. Paris : Presses universitaires de France.

Grandière, M. & Molin, M. (2003). *Le stéréotype, outil de régulations sociales*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Gravelaine, F. De. & Senk, P. (1995). *Vivre sans drogues : substances toxiques, passions destructrices : l'expérience de ceux qui s'en sortent*. Paris : Robert Laffont.

Hachet, P. (1996). *Les toxicomanes et leurs secrets*. Paris : Les Belles Lettres/Archimbaud.

Hubert, A. (2011). *Dépendance*. (Module G10). Genève : HES-SO, Haute école de travail social.

Jamouille, P. (2000). *Drogue de rue : récits et styles de vie*. Bruxelles : De Boek Université Paris éd.

Jauffet-Roustide, M. (2004). *Les drogues : approche sociologique, économique et politique*. Paris : La documentation Française.

Lamarque, G. (1998). *L'exclusion*. Paris : Presses universitaires de France.

Lazega, E. (1998). *Réseaux sociaux et structures relationnelles*. Paris : Presses universitaires de France.

L'herbe bleue : journal d'une jeune fille de 15 ans. (2009). Paris : Pocket jeunes adultes éd.

L'Ecuyer, R. (1994). *Le développement du concept de Soi de l'enfance à la vieillesse*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Mancino, P. (2011). *Dépendance*. (Module G10). Genève : HES-SO, Haute école de travail social.

Pellegrini, F. & Vadas, C. (2002). *Un bout de chemin avec Yves : récit de vie : découverte du chemin de vie d'une personne vivant avec le VIH*. [Travail de Bachelor]. Genève : Haute école de travail social.

Sanicola, L. (1994). *L'intervention de réseaux*. Paris : Bayard éditions.

Schmelck, M-A. (1993). *Introduction à l'étude des toxicomanies*. Paris : Editions Nathan.

Valence, A. (2010). *Les représentations sociales*. Bruxelles: De Boek éd.

Vincent, G. & Matas, J. (2011). *Appartenances : partir : partager : demeurer*. Strasbourg : Presses Universitaires de Strasbourg.

Revues:

Pidinelli, J.-C., Bretagne P. & Mille C. (1987). Les Pathologies addictives et le modèle de l'incorporation. *Information psychiatrique*, 63 (1), 27-32.

Sites internet :

ARGOS. (2012). *ARGOS, association d'aide aux personnes toxicodépendantes*. Récupéré le 20.12.2012 de <http://www.argos.ch>

Raph. (2012). *La marginalité, tragique ou volontaire*. Récupéré le 18.12.2012 de <http://www.romanceor.net/images/reused/cache/19A.pdf>

Dorais, L-J. (2013). *La construction de l'identité*. Récupéré le 24.06.2013 de <http://www.erudit.org/livre/cefan/2004-1/000660co.pdf>

Temps Présent. (2014). *Drogues, la fin de la prohibition*. Récupéré le 05.05.2014 de <http://www.rts.ch/video/emissions/temps-present>

Première Ligne. (2014). *Première ligne*. Récupéré le 07.05.2014 de <http://www.premiereligne.ch>

Groupe Romand d'Études des Addictions (GREAA). (2012). *Intervention précoce*. Récupéré le 05.05.2014 de http://www.interventionprecoce.ch/documents/pdf/brochure_IP.pdf

Addiction Suisse. (2005). *Dénonciations pour consommation de stupéfiants par canton 2005*. Récupéré le 03.02.2014 de <http://www.addictionsuisse.ch>

Le cerveau à tous les niveaux. (2014). *Capsule d'histoire : l'isolement et ses effets dévastateurs sur le comportement social*. Récupéré le 10.05.2014 de http://lecerveau.mcgill.ca/flash/capsules/histoire_bleu06.html

Confédération Suisse. (2013) ; RS 812.121. *Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes*. Récupéré le 24.06.14 de <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19981989/201101010000/812.121.pdf>

Confédération Suisse. (2012). *Prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des femmes et des hommes*. Récupéré le 01.09.2014 de <http://www.bag.admin.ch/shop/00010/00582/index.html?lang=fr>

Confédération Suisse. (2006). *Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMedDro III 2006-2011)*. Récupéré le 06.05.2014 de <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/03048/index.html?lang=fr>

Organisation Mondial de la Santé. (2014). *Prise en charge de l'abus de substances psychoactives*. Récupéré le 29.04.2014 de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/diagnostic_categories/fr/index.html

Monitoring Suisse des addictions. (2014). *Opioides*. Récupéré le 30.08.2014 de <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/3.html>

Université de Genève. (2014). *Benzodiazépines et dépendances*. Récupéré le 07.07.14 de <http://www.unige.ch/communication/Campus/campus98/recherche1/Benzodiazepines.pdf>

Source de l'image de la page de garde : <http://pro.01net.com/editorial/544208/le-reseau-social-complementaire-des-processus-de-lentreprise/>

8. ANNEXES

Groupe de parole ouvert au Toulourenc :

Organisation :

- Support Flap
- Postit
- Pas qu'animatrices, mais aussi actrices

Thème : Comment rencontrer du monde ?

- Les + et les – de votre réseau social

Introduction :

- Notre hypothèse de travail
- Annonce du respect de l'anonymat

Sous questions :

- Quels sont les facilités ou au contraire les freins à la rencontre de nouvelles personnes ?
- Quelle image ont-ils d'eux-mêmes ?
- Représentations négatives de la société sont-elles des freins ?
- Qu'est-ce qu'ils pensent que la société pense d'eux ?
- Vivre en institution est-il un moyen facilitateur de relation ?
- Pensez-vous que des personnes peuvent être admiratives du travail sur vous-mêmes que vous faites? (lien avec leur estime d'eux-mêmes).
- Pensez-vous qu'un réseau social soit nécessaire ? En avez-vous besoin ?

Première grille d'entretien (avec Alain et Roland)

Introduction

Nous avons déjà effectué un groupe de parole ouvert au Toulourenc avec les résidents actuels. Nous avons abordé la question de leur réseau social actuel, ce qu'il leur apporte, comment ils s'y prennent pour rencontrer du «monde» et quels sont les freins et les facilités à la réinsertion sociale. Ceci nous a aussi amenés à la représentation qu'ils ont d'eux-mêmes et à leur sensibilité face aux regards de l'autre.

Nous voulons maintenant essayer de comprendre en vous interviewant, avec la prise de recul de votre passage au Toulourenc et de la vie active que vous menez, comment avez-vous vécu votre réinsertion sociale dans ce processus de rétablissement et quelles en sont les influences aujourd'hui.

Questions

- Depuis combien de temps avez-vous quitté le Toulourenc ?
- Pouvez-vous nous situer dans le temps, tout votre processus à ARGOS ? (depuis la première prise de contact à votre sortie). Combien de temps êtes-vous resté au Toulourenc ?

Nous avons pu constater, lors de ce groupe au Toulourenc, que leur réseau social durant la période de consommation a été différent que celui en processus de rétablissement.

- Avez-vous vécu la même chose ?
- Pouvons-nous parler de distinctions des réseaux sociaux dans ces différentes phases ? (Avant la dépendance, pendant la consommation, lors du processus de rétablissement à ARGOS et après la sortie du Toulourenc).

- Pouvez-vous nous parler de l'influence bénéfique ou négative de ce ou ces réseaux sociaux dans ces différentes phases ?
- Pendant votre processus de rétablissement, est-ce qu'il y a eu une ou plusieurs personnes qui ont eu une influence positive ? Un modèle ? (Si oui, en quoi celui-ci vous a aidé ?)
- Avez-vous eu un sentiment d'appartenance au milieu de la drogue ? Aujourd'hui, vous vous sentez appartenir à un groupe ? (Qu'il soit familial, amical, professionnel ...)
- Dans ce processus de rétablissement au Toulourenc, est-ce qu'il y a eu une transformation identitaire ?

Deuxième grille d'entretien (avec Jack, Florent, Sacha et Tim)

Introduction

Nous avons déjà effectué un groupe de parole ouvert au Toulourenc avec les résidents actuels. Nous avons abordé la question de leur réseau social actuel, ce qu'il leur apporte, comment ils s'y prennent pour rencontrer du «monde» et quels sont les freins et les facilités à la réinsertion sociale. Ceci nous a aussi amenés à la représentation qu'ils ont d'eux-mêmes et à leur sensibilité face aux regards de l'autre.

Nous voulons maintenant essayer de comprendre en vous interviewant, avec la prise de recul de votre passage au Toulourenc et de la vie active que vous menez, comment avez-vous vécu votre réinsertion sociale dans ce processus de rétablissement et quelles en sont les influences aujourd'hui.

Questions

- Pouvez-vous nous parler de cette étape de votre vie ? (Combien de temps, comment s'est déroulé ce processus de rétablissement, et depuis combien de temps vous êtes abstinent ?)
- Comment vous définissez le groupe d'appartenance et/ou votre construction identitaire ? (Est-ce que vous vous êtes identifié aux produits ?)
- Avez-vous eu un sentiment d'appartenance au milieu de la drogue ? Seriez vous d'accord de nous schématiser (sur papier) : vous, vos groupes d'appartenance et les fonctions de chacun ?
- Aujourd'hui, quels sont vos / votre groupe(s) d'appartenance ? (Qu'il soit familial, amical, professionnel ...) Idem schéma.

- Pour vous, dans votre parcours : Est-ce que la prise de produit psychotropes a été en lien avec une certaine coupure de la vie ordinaire ? (normes / hors-norme)
- Si oui, au cours de votre processus de rétablissement, quelle place a prise cette reconstruction identitaire ?

Nous avons pu constater, lors de ce groupe au Toulourenc, que leur réseau social durant la période de consommation a été différent que celui en processus de rétablissement.

- Avez-vous vécu la même chose ?
- Pouvons-nous parler de distinctions des réseaux sociaux dans ces différentes phases ? (Avant la dépendance, pendant la consommation, lors du processus de rétablissement à ARGOS et après la sortie du Toulourenc).
- Pouvez-vous nous parler de l'influence bénéfique ou négative de ce ou ces réseaux sociaux dans ces différentes phases ?
- Pendant votre processus de rétablissement, est-ce qu'il y a eu un ou des événements déclencheurs qui ont eu une influence positive ? Un modèle ? (Si oui, en quoi celui-ci vous a aidé ?)
- Quelles ont été les personnes significatives au cours de votre processus de rétablissement et par la suite dans votre quotidien sans consommation ? Quelles ont été leurs fonctions ?