

**Connaître « les règles du jeu »**  
**La gestion différentielle de l'indiscipline dans un centre thérapeutique en addictologie**

**Knowing « the rules of the game ».**  
**Differential management of indiscipline in a residential addiction treatment center**

Silvia Rochet

Doctorante en anthropologie sociale, rattachée au Clersé (UMR 8019) à l'Université de Lille, et au Cermes3 à l'Université Paris Cité  
[silvia.rochet.etu@univ-lille.fr](mailto:silvia.rochet.etu@univ-lille.fr)

**Résumé**

Cet article se propose d'analyser les modalités de gestion différentielle de l'indiscipline dans un Centre thérapeutique résidentiel (CTR) – établissement accueillant des personnes sevrées désirant être accompagnées dans l'arrêt ou la gestion de leur « addiction ». Si « l'étayage de l'obligation sur l'individu » qu'est la discipline, comme la nomme Castel (1981), passe aujourd'hui moins par la coercition que par la « mobilisation volontaire », on souhaite montrer que la transgression des règles institutionnelles révèle en creux les normes portées par chaque institution, par lesquelles elle participe à une forme de sélection des usagers. C'est en choisissant une structure qui se distingue par son caractère apparent d'absence de contraintes, que nous souhaitons spécifier les conditions paradoxales dans lesquelles l'institution s'attend à ce que se rejouent en interne divers manquements et infractions, pour pouvoir mieux y répondre de façon différentielle. L'article entend illustrer comment, par ses conditions d'accueil et de mise au travail, ce type d'institution réalise une mise en abyme des « règles du jeu » sociétales, qui permet d'appréhender ce récent type de disciplinarisation par la motivation et la responsabilité, qui se déroule dans une *hétérotopie* (Foucault, 1967) d'un style nouveau.

**Abstract**

This article proposes to analyze the modalities of the differential management of indiscipline in a french residential treatment center (CTR) - an institution that welcomes after withdrawal people who wish to be accompanied in the cessation or management of their "addiction". If the "reinforcement of the individual's commitment", which is discipline, as Castel (1981) calls it, is today less a matter of coercion than of "voluntary mobilization", we want to show that the transgression of institutional rules reveals the norms carried by the institution, through which it participates in a form of selection of users. By choosing a structure characterized by an apparent absence of constraints, we want to specify the paradoxical conditions under which the institution expects various violations and infractions to be internally reproduced in order to be able to respond to them in a more differentiated way. The article aims to illustrate how this type of institution, through its reception and working conditions, realizes a *mise en abyme* of the social "rules of the game", which allows us to understand this new type of disciplinary procedure through motivation and responsibility, which takes place in a *heterotopia* (Foucault, 1967) of a new style.

**Mots-clefs :** indiscipline, addictologie, hétérotopie, contractualisation, inégalités.

**Keywords :** indiscipline, addictology, heterotopia, contractualization, inequalities.

# 1. Introduction

## 1.1. Contexte

L'émergence à la fin du siècle dernier de l'addictologie comme discipline médicale (Fortané, 2014) a contribué en apparence à l'inscrire au sein de la nébuleuse qui, englobant désormais la psychiatrie et de nombreux programmes de prévention de santé publique, se définit aujourd'hui comme la santé mentale. Se caractérisant par la fin d'une approche curative et sectorielle – alcoologie, intervention en toxicomanie, tabacologie – elle s'est constituée autour d'une conception plus transversale des addictions<sup>1</sup>, en étendant la définition de celles-ci aux « addictions sans substance » (Valleur, Velea, 2002). Sans entrer dans les détails de cette sociogenèse qui commence aujourd'hui à être bien documentée (Dugarin, 2019), il importe de souligner que l'addictologie n'est cependant pas le reflet d'un monde mais de plusieurs. Sur les terrains où l'usage ou l'arrêt d'un type de consommation est en jeu, cette discipline se trouve de fait quotidiennement redéfinie par les pratiques en vigueur.

C'est d'une part le reflet de la diversité des discours et acteurs en jeu dans ce champ (Cance, Ploog, 2020), l'addictologie se trouvant au carrefour de l'action des milieux tant de la santé mentale, de la prévention, de la médecine somatique, que de l'éducation spécialisée et de la réinsertion sociale, de la justice et du pénal. Cela étant, son nom semble d'autre part être une illustration possible de l'évolution de l'intervention sociale et de la médecine contemporaine, via l'effort de certains médecins entrepreneurs de morale (Becker, 1985 ; Bergeron, Castel, Noguez, 2013) vers une approche holiste de la santé perçue comme « adaptation bio-psycho-sociale » (Golse, 2001 ; Gutknecht, 2020). Dans le cas précis des structures en addictologie, cette nouvelle conception du travail de soins (qu'elle soit orientée par une démarche de sevrage et de demande d'abstinence ou bien par une démarche de réduction des risques et dommages) s'appuie sur le passage d'une approche dite « produit » à une approche plus orientée sur le « comportement » des individus (Bergeron, Fortané, 2016). La promotion de ce qui s'apparente à un nouveau paradigme se voit par ailleurs encadrée au niveau des pouvoirs publics par divers acteurs – qui, comme la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives), ont mis en œuvre une sanitarisation des politiques en matière de consommation de substances, à côté des logiques pénales qui continuent de les configurer de nos jours.

On aurait pu de fait choisir d'appréhender l'histoire de l'addictologie à l'aune de la réduction des risques et des dommages (RdRD), des alliances et des pratiques qui se sont inventées durant les quarante dernières années – notamment durant et après l'épidémie du SIDA (Barbot, 2002). Ou d'analyser les effets de la révolution opérée par le modèle du rétablissement (*recovery*) (Davidson, 2003), qui met en avant la réappropriation possible des usagers de leurs troubles et de leur vie (et fait valoir leur « expertise expérientielle »), une dynamique qui bouscule aujourd'hui la conception du travail social (Demoustier, 2021). Mais le paradoxe de l'institutionnalisation de l'addictologie, c'est qu'elle conserve l'ambiguïté que maintient la législation française en ce qui concerne les « *conduites addictives* ». La sanitarisation du traitement des addictions ne s'est toujours pas traduite par une modification de la loi du 31 décembre 1970 de lutte contre la toxicomanie – et de sa double série de mesures, répressives *et* sanitaires. La formation de l'addictologie pouvait certes laisser augurer un champ spécifique de prise en compte et de démocratisation de l'accès aux soins des usagers de drogue (traitements

---

<sup>1</sup> Souscrivant à l'approche des « niches écologiques » de Ian Hacking (2002) pour expliquer l'émergence des pathologies mentales, je tiens à préciser que j'emploierai le terme addictions sans guillemets, tout en ne partageant pas la naturalisation faite de ce terme de nos jours, et que sous-tend la construction d'une discipline médicale comme l'addictologie.

de substitution aux opiacés, médecine générale et RdRD) – et c’est certainement le cas. Mais elle demeure aussi un segment professionnel à part, pris entre le traitement pénal de l’usage de stupéfiants et le traitement médico-social du *comportement* de ces mêmes usagers.

L’addictologie peut de ce fait être considérée plus globalement comme un complexe savoir/pouvoir (Foucault, 1961) qui a évolué dans le temps. En effet, l’usage de drogues étant historiquement constitué comme un délit (Marchant, 2018), il a fallu un lent changement des mentalités pour que l’on accepte que le « drogué » (la personne consommant des substances illicites), délinquant aux yeux de la loi, soit considéré comme un sujet *en demande de soins*. Mais l’institutionnalisation de l’addictologie s’est parallèlement traduite, comme le secteur psychiatrique en son temps (Castel, 1975 ; Henckes, 2007), par une multiplication de structures, de programmes et d’entrées possibles dans un parcours de soin<sup>2</sup>, à la hauteur des enjeux de la question d’État (Bergeron, 1999) puis de santé publique que l’usage de substances est devenu depuis. A un niveau sociétal, ces enjeux empruntent la voie de l’action publique via la prévention des dénommées « conduites à risques » (Moatti, Peretti-Watel, 2009). A un niveau plus spécialisé, les liens entre justice et santé se montrent encore ténus dans ce domaine, du fait de la prolifération de nouvelles modalités d’orientation sanitaire, à divers stades de la procédure pénale : suivi socio-judiciaire, injonction de soins (Marques *et al.*, 2016), sursis avec mise à l’épreuve, placement extérieur... La manière dont ces nouveaux dispositifs de soins, présentés « comme des “alternatives” à l’incarcération, [...] risquent au contraire d’étendre le périmètre d’influence de la prison par-delà même ses propres murs » (Sallée, 2020, 104), a pu être questionnée par les sciences sociales. On observe cependant plus rarement comment les logiques de prise en charge des addictions restent parfois teintées par le prisme carcéral – alors que la sociologie de la santé mentale fournit par ailleurs de nombreux appuis pour penser la question de la contrainte (Moreau, 2017 ; Velpry *et al.*, 2018).

Mettre en lien l’addictologie avec la dimension pénale des lieux de privation de liberté ne va souvent pas de soi, puisque les personnes qui se rendent à des consultations ou des centres de soins en addictologie ont d’eux-mêmes pris la décision de venir dans ces institutions. Mais il faut considérer l’histoire de ces dernières, et le contexte médiatique et répressif qui continue d’influencer aujourd’hui la compréhension de l’usage de drogues. Les institutions du médico-social qui se chargent aujourd’hui de l’accompagnement des addictions définissent de fait un espace liminaire où la question de l’indiscipline et du sens accordé à la sanction coexiste étrangement avec la volonté de se soigner et de pouvoir *se redéfinir*, au sens entendu par le rétablissement – c’est-à-dire comme « redéfinition de soi » (Assad, 2014).

Dans ce contexte, les Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR) constituent un bon cadre d’analyse de ces ambivalences de l’addictologie, qu’on peut ainsi penser comme un champ d’intervention qui se constitue autour de *l’autocontrainte* (Elias, 1973) et de la « discipline de soi » (Salman, 2019). Permettant de bénéficier d’un cadre stable et sécurisant, facteur reconnu comme favorisant les soins (Reif *et al.*, 2014), ces centres existent depuis les débuts de l’intervention en toxicomanie, et sont encore plus anciens en ce qui concerne l’accueil des patients alcooliques (Thiry-Bour, 1996). Comme la plupart des traitements en résidentiel, leurs programmes présentent comme premier critère thérapeutique la socialisation de groupe. L’orientation en CTR se fait régulièrement lorsque les personnes venant consulter en ambulatoire en sont venues à une ou plusieurs reprises à mettre en danger leur vie (lors d’une overdose par exemple), et/ou accumulent dans un laps de temps très court les hospitalisations

---

<sup>2</sup> Nous souhaitons distinguer en ce début d’article les centres que nous avons observés – de type « résidentiel » CTR – du travail qui se voit effectué en hospitalisation et dans les cliniques de type SSR-A (Services de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie), qui visent à opérer un sevrage et à pallier les effets physiologiques de dégradation dus à l’intoxication au produit, comme du suivi ambulatoire en CSAPA (Centres de Soins, d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie) (suivi et psychothérapies) ou CAARUD (Centre d’Accueil et d’Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) (accueil et soins de premier recours).

pour sevrage. Du côté des usagers·ères, le CTR constitue un juste milieu entre une institution de type médicalisé, qui envisage souvent de manière déficitaire la problématique des addictions, et la perspective de vivre de nouveau tout seul chez soi après un sevrage. De plus, ce dispositif est un lieu qui permet de travailler un peu plus sur les raisons qui ont poussé à la consommation et sur le projet que les usagers souhaitent mettre en place de manière à « s'en sortir ». Le paradoxal enfermement pour le soin qu'expérimentent les personnes concernées consiste en un programme d'activités censé répondre à leurs questionnements sur leur consommation et à leurs besoins physiques et psychiques, qui puisse leur permettre de retourner dans un second temps dans un environnement sans surveillance. De ces centres de soins contemporains assimilés à des « postcures » que sont les CTR, on attend des outils et des pratiques qui soient des alternatives à la reconsommation incontrôlée – et à la « rechute » qui lui est souvent systématiquement associée.

## 1.2. Problématique

Cet article entend prendre spécifiquement pour objet le lien entre l'indiscipline et les règles établies dans un centre qui dispense des soins en résidentiel en addictologie, aussi désigné par le sigle CTR (Centre Thérapeutique Résidentiel). Ce centre dont nous présentons ici une étude de cas est une structure récente, où un programme d'une durée relativement courte (6 à 8 semaines) fait expérimenter aux usagers·ères des ateliers et des moments de sortie qui suivent une minutieuse logique de progression. Le paradoxe se formulerait ainsi : on crée dans un espace mi-clos (dont l'entrée est conditionnée mais dont la sortie est toujours possible) un environnement où des individus attendent de l'institution d'être suffisamment « cadrés » pour pouvoir se confronter de nouveau à l'environnement sociétal où ils ont enfreint certaines règles ou limites personnelles. Mais ce cadre doit laisser possibles des infractions à la règle, s'il entend que les personnes accueillies puissent *se discipliner* elles-mêmes selon les normes en vigueur, qui s'attachent avant tout à la participation des usagers·ères et à la valorisation de leur autonomie. Ce CTR peut illustrer de manière exemplaire l'ordre post-disciplinaire qui est le nôtre, en ce sens où on y a apparemment substitué « le management du facteur humain » (Castel, 1981, 210) à l'imposition de contraintes physiques, au nom du bien-être et de l'autonomie subjective de l'individu. Divergeant des clichés sur les lieux d'enfermement, fort éloigné de la prison post-disciplinaire dont parle Chantraine (2006), il illustre néanmoins très bien ce que Foucault désignait par le terme d'*hétérotopie* (1967) – un lieu autre, séparé de la société civile, où l'on intervient sur autrui. Foucault distinguait cela comme étant les *hétérotopies de crise* qui, comme le service militaire ou les maisons pour vieillards, constituaient des espace-temps séparés, des seuils permettant de passer d'une sphère de la vie sociale à une autre ; et les *hétérotopies de déviations*, où on placerait de plus en plus dans la société moderne ceux qui ne remplissent pas les conditions d'inclusion dans le corps social.

Nous entendons, via ce cas particulier, rendre compte de cette nouvelle grammaire de l'ordre post-disciplinaire – grammaire de la responsabilité (Genard, 2009), ou grammaire de l'autoréalisation (Astier, 2007, 15), c'est-à-dire d'un système de règles où l'individu peut *et donc doit* aspirer à se rétablir dans un cadre agencé pour son bien-être, mais orienté vers la prise de conscience et le travail sur ses comportements. Ce travail de « souci de soi » (Foucault, 1984), en occupant la quasi-totalité du temps de l'utilisateur, permet également de définir ce lieu comme une institution quasi-totale (Wacquant, 2000), où la vie du résident se voit prise en charge dans ce qui s'apparente à un « entraînement » au monde extérieur. Partageant l'appréhension théorique du fait qu'elles constituent les règles princeps d'un nouvel idéal social (Astier, 2007) nous souhaitons contribuer à démontrer que l'initiative et l'autonomie individuelles sont tout sauf antithétiques à la contrainte institutionnelle dans notre société. Elles

président même les *étapes* d'un parcours dont nous verrons que le jeu à suivre diffère singulièrement, selon le type d'individus que l'on sélectionne, mais aussi selon celui que l'on cherche à former.

Notre terrain, qui constitue un cas-limite au regard d'une institution disciplinaire classique, mérite pour autant d'être finement analysé à l'aune de la problématique de la mise en œuvre du respect des règles. Car l'accompagnement vers « les sorties » possibles (Castel, 1998) de l'addiction ne se limite pas à l'imposition de règles officielles dont la transgression impliquerait automatiquement sanction ou exclusion. On demande au contraire aux usagers de jouer avec les règles (formelles et tacites) en vigueur, tout en les orientant vers une partition où, si on peut les contourner parfois, « les règles du jeu » ne sont pas à l'infini modulables<sup>3</sup>. L'institution doit donc naviguer au gré du va-et-vient des motivations individuelles et collectives à « jouer le jeu » du cadre qu'elle a déterminé. Elle peut tolérer certains écarts motivationnels – que l'on pourra appréhender, on le verra, comme une forme d'indiscipline entendue comme *incapacité*. Mais elle s'emploie à détecter et à proscrire toute velléité démotivationnelle – les individus qui en « entraineraient » d'autres avec eux, dans leur échec à *vouloir* ce qui est hypothétiquement recherché par celles et ceux qui rentrent dans ces centres : y voir plus clair et, comme on l'entend sur le terrain, « mettre un peu d'ordre »<sup>4</sup> dans leur vie.

L'apprentissage des « nouvelles règles du jeu social » (Astier, 2007) implique par ailleurs toutes les manières dont l'institution anticipe la transgression et prévoit, à sa décharge, un ensemble d'instances et de cérémonies, par lesquelles elle rappelle aux usagers·ères que déroger aux règles aura un coût. L'ambivalence dont témoignent les acteurs que nous observons – aussi bien usagers·ères que professionnel·les – ne s'explique de fait qu'à l'aune de leur capacité à moduler ces règles et de la négociation conjointe de leur qualification pour parler et agir sur l'objet en question. En même temps, loin de minimiser l'ordre négocié (Strauss, 1992) qui se renouvelle à chaque nouveau contingent d'usagers·ères, et qui se crée même à chaque interaction, notre horizon dans cet article est de laisser voir de quelle manière différenciée il se trouve négocié. Comme en témoignent certaines analyses de la prison, le CTR constitue un ordre disciplinaire local (Rostaing, 2014) qui hiérarchise les formes d'indiscipline selon un ordre moral des infractions (Fernandez, 2015) calqué sur certaines attentes sociales. Sans être pour autant linéairement déterminée, la marge de jeu individuel s'y trouve donc sensiblement *orientée*, dans le cadre d'interactions qui participent à construire au moins *deux types d'indiscipline et de réaction institutionnelle*. Que certains ne puissent pas (ou plus) « jouer le jeu » – et qu'il y ait donc une forme d'indiscipline plus proche de l'*inadaptation* durable que de la faiblesse de la volonté ou motivation – c'est là un paramètre que l'institution a davantage de mal à « gérer ». Tout est apparemment possible, adaptable, dans ce centre. Les règles et les individus. Ce qui n'est pas transigible en revanche, c'est la participation active à l'ordre négocié.

### 1.3. Positionnement et méthodologie

Cet article fait état des premiers résultats ethnographiques d'une recherche en cours sur les institutions d'accompagnement et de soins résidentiels en addictologie, et souhaite offrir des pistes de recherche, de questionnement méthodologique et éthique, avant tout aux

---

<sup>3</sup> Du point de vue de la sociologie de la régulation sociale, cela ouvre deux questions : d'une part, comment distinguer, derrière les règles affichées, « les règles effectives, celles qui s'appliquent vraiment ? » (Reynaud, 1989, 35) et, d'autre part, comment se voient reproduites des règles sociales qui président à la désaffiliation de certains individus ? Je remercie F. Fernandez d'avoir attiré mon attention sur l'ouvrage *Les règles du jeu* de J-D Reynaud, qui fait écho à nombre de mes observations empiriques et qui a le mérite d'en tirer des conclusions à la portée d'un modèle théorique. Je n'aurai pas cette prétention, l'utilisation du syntagme « les règles du jeu » ou de l'expression « jouer le jeu » se rapportant dans cet article à l'*usage indigène* qui en fut fait par mes acteurs de terrain.

<sup>4</sup> De même, les expressions entre guillemets, sauf lorsqu'il s'agira de citations (références entre parenthèses), désignent toutes des mots ou syntagmes rencontrés auprès de mes acteurs de terrain (professionnels et usagers).

professionnel·les travaillant dans ces centres. Il s'ouvre néanmoins à des réflexions plus globales sur nos institutions de soin – et notre société en général – en considérant qu'analyser ces structures à l'aune des processus de disciplinarisation qui y ont lieu permet aussi d'éclairer les normes tacites sur lesquelles nous estimons communément, à tort ou à raison, qu'elles doivent fonctionner.

Les analyses ici avancées ne prétendent en rien enlever à la pertinence du travail social et soignant, et à la sincérité des relations qui parfois se tissent dans ces espaces, indépendamment du fait qu'on vienne pour y trouver accueil ou y exercer son métier. En soulignant les logiques sociales qui influent sur la mise en place d'institutions et de pratiques médico-sociales, on souhaite néanmoins remettre en question le postulat selon lequel certaines modalités de travail sur la souffrance d'autrui iraient de soi – parce que la personne viendrait le plus souvent de manière volontaire –, contrairement à ce qui se joue dans les soins psychiatriques sans consentement (Panfili, 2013). On sait comment la problématique de la volonté dans le domaine du soin rend compte de logiques qui, au-delà même des pressions familiales et sociétales (Béliard *et al.*, 2015 ; Eyraud, 2013), dépassent le cadre de la simple initiative individuelle. C'est parce qu'on se confronte sur ce terrain aux questions aporétiques que sont le problème de la limite du soin (jusqu'où peut-on aller pour soigner quelqu'un qui le veut mais parfois ne le veut plus ?) et de la liberté (comment peut-on orienter autrui sur le chemin de sa liberté ? est-on libre de se détruire ?) que ces pratiques méritent un éclairage des sciences humaines et sociales qui mette l'accent sur les effets de système. On espère que la fluctuation propre à notre positionnement sera plus cohérente avec ces quelques précisions.

Ce texte prend pour cadre un des terrains d'un travail doctoral en cours de réalisation, sur lequel je suis restée deux mois à la rentrée 2021 et continue de me rendre ponctuellement, aux réunions institutionnelles et pour des entretiens individuels. Je me suis rattachée à un groupe entrant, composé de quatre usagers, et j'ai suivi leur évolution au sein du CTR, leurs interactions avec les autres groupes d'usagers – et les processus analogues d'initiation, de sélection et d'exclusion que tous ces résidents devaient traverser. J'avais au départ un statut pour le moins singulier au sein de la structure, plus encore que sur d'autres terrains de ma thèse : constamment avec les résidents mais clairement identifiée comme non-usagère ; perçue tantôt par eux comme appartenant à la catégorie des professionnels, tantôt en tant qu'alliée (comme une journaliste ou en tous cas un regard extérieur sur la structure), j'ai bénéficié de témoignages auxquels les soignants n'ont sans doute pas accès (à l'inverse, j'ai probablement été exclue de certaines confidences).

Pour traiter de la gestion différentielle de l'indiscipline, on aurait pu choisir de comparer ou de faire valoir la régularité des cas observés dans différents centres, et donc différents contextes. J'ai par exemple délibérément choisi ici de ne pas traiter du cas particulier, néanmoins courant dans un des centres observés, des personnes en placement extérieur – c'est-à-dire hébergées au CTR durant la fin de leur peine, comme mesure alternative à la prison. Il importait de prendre en considération le rapport à la transgression, et les sanctions reçues, des usagers qui viennent apparemment *de leur plein gré*. Cela pour démontrer précisément que cette régularité du traitement différentiel existe, bien qu'elle s'applique selon des modalités ou des « styles » différents, d'une institution à une autre. Comme écrit plus haut, il paraissait en outre plus convaincant pour un article dont la thématique renvoie aux images de l'enfermement et de la contrainte, de choisir au contraire le terrain le plus apparemment éloigné de ce répertoire disciplinaire : une maison en bord de fleuve, un jardin, chaque usager disposant par ailleurs d'une grande chambre et d'une libre circulation dans l'institution. Voir comment dans ce cadre idyllique on gère les situations « problématiques » (définies comme telles par l'équipe) nous permet à mon sens de comprendre la micropolitique fine qui s'opère dans une institution de type CTR, et de suggérer d'autres enquêtes et comparaisons possibles avec d'autres cas et

d'autres institutions. L'intérêt de l'étude de cas est en ce sens d'éclairer ces processus en tant que phénomène progressif et non comme une réalité univoque et implacable. C'est en illustrant comment une séquence d'événements est régie par certains déterminismes sociologiques mais aussi par les contingences ou circonstances qui contribuent à ces mécanismes, que l'on peut « tisser du lien entre les divers éléments qui structurent le processus » (Rouat, Sarnin, 2018, 337) tant de manière chronologique, que dans la compréhension sociale et organisationnelle des logiques sous-jacentes à l'œuvre dans cette structure.

Parler de ce plus petit dénominateur commun qu'est l'inculcation des règles du jeu dans une communauté d'acteurs nous amène à des considérations plus macrosociologiques concernant le statut de l'indiscipline et la manière de la traiter. L'hypothèse qui se trouve avancée ici – et qui demandera d'être encore étayée et approfondie – est que les CTR participent, via l'établissement de règles du jeu institutionnelles et la tacite acceptation de leur transgression sous certaines modalités, à sélectionner et à former les résidents dont ils ont besoin. Je m'appuierai pour l'étayer sur une séquence d'arrivée collective, étude de cas dans l'étude de cas que constitue à elle seule l'enquête de terrain à Karma. S'attacher à la singularité de la proposition de ce centre ne signifie pas pour autant renoncer à des ambitions comparatives, ou à la mise en évidence, via ce cas, de tendances macrosociales. Le Karma ne fait qu'illustrer, à sa manière, un projet de séjour qui rend compte des attentes présentes dans le fonctionnement des CTR contemporains. Dégager au fil de l'observation ethnographique les différents types d'indiscipline qui se trouvent construits par les pratiques diffuses dans le centre, nous permettra de restituer la complexité de cette proposition.

Dans cet article, les expressions et prises de position provenant directement du terrain seront entourées de guillemets doubles. Tous les prénoms ont été modifiés. J'utilise indistinctement le terme d'usagers·ères ou de résident·es pour parler des personnes qui arrivent en soins à Karma – préférant ces deux termes plus neutres à l'utilisation, connotés sur mes terrains, de « patient·es » ou du terme d'« actient·es »<sup>5</sup>. Par ailleurs, pour des raisons de simplification, et parce que sur mes terrains la population est majoritairement masculine – j'emploierai fréquemment le masculin pour signifier le neutre pluriel. Les professionnel·les, de même, constitue une équipe mixte – majoritairement féminine néanmoins. J'emploierai ici par facilité le syntagme « les professionnels » ou encore « l'équipe » pour les désigner.

Les deux centres que j'observe dans le cadre de ma thèse ont pour particularité de se situer à distance mitoyenne du centre-ville d'une petite ville de province pour l'un, des grandes villes périphériques d'un département à forte concentration de logements sociaux et des zones rurales d'un département plus cossu pour l'autre. Le Karma, qui est le centre sur lequel j'ai choisi de mener cette étude de cas, se présente comme une grande maison pavillonnaire, située au bord d'un fleuve, et qui dispose d'un grand jardin donnant sur un portail toujours ouvert. La capacité d'hébergement est de maximum quinze personnes. Les usagers sont accueillis dans la structure à une fréquence régulière de groupes de 5. Trois groupes cohabitent ainsi en même temps : un groupe « entrant », un groupe présent depuis quelques semaines, un groupe devant effectuer les derniers ateliers du programme et envisager la sortie. Le programme d'activités, particulièrement chargé, s'étale de 10 à 12h, puis de 14 à 16h et de 16 à 18h, avec des temps d'entretiens qui s'échelonnent sur les créneaux restants. Les ateliers, qui suivent quatre axes de travail différenciés (un axe intitulé « gestion des addictions », un autre portant sur la réflexivité

---

<sup>5</sup> L'utilisation habituelle dans le médico-social du terme patient·es contraste fortement avec l'utilisation du mot « actient·es » dans un des centres observés, qui interroge les usagers eux-mêmes – certains étant prêts à en dénoncer devant moi la connotation proactive imposée par l'institution. A l'inverse, pour les professionnels de ce lieu, c'est, à leurs dires, la déstigmatisation de l'usager et l'horizontalisation des rapports soignants/soignés qui se joue dans l'utilisation de ce néologisme.

et les émotions, un troisième sur les relations sociales, et le dernier sur le bien-être psychocorporel), s'alternent de manière équilibrée. Les traitements sont délivrés à 8h30 tous les matins.

Pour entrer dans la structure, les usagers doivent remplir un dossier assez conséquent qui doit faire état de leur motivation à suivre ce programme de soins. Pour en sortir, ils peuvent le faire de leur plein gré à tout moment ; ils peuvent également subir une procédure d'expulsion selon les modalités régulières dans les structures en addictologie : violence physique ou verbale faite à autrui, et consommation sur le lieu d'accueil sont les trois éléments proscrits par le règlement interne.

## **2. Les « règles du jeu » : modalités d'entrée et d'acceptation du cadre thérapeutique**

L'option du résidentiel s'envisage de manière conjointe – entre le professionnel en ambulatoire qui en fait la proposition et l'utilisateur – comme une manière de soutenir sa démarche de sevrage et sa motivation à stopper sa consommation, que ce soit de manière momentanée ou pérenne. On arrive à Karma souvent parce qu'on en a entendu parler en bien, dans sa structure de suivi, ou de la part d'autres usagers. La spécificité de ce centre-ci (séjour court<sup>6</sup>; nombreuses activités ; une réputation de centre où « ils font le taf ») en attire beaucoup – et sans doute, en dissuade certains autres. L'admission a lieu selon des modalités relativement consensuelles par rapport au paysage des CTR français. Régulièrement, l'utilisateur joint au dossier d'admission une lettre de motivation – soit qu'il ait été enjoint par l'équipe référente à le faire, soit qu'il démontre par ce moyen vouloir accroître ses chances d'admission en faisant le récit de son parcours plus ou moins cahoteux. Le récit de soi (Fernandez, 2010, 279) importe surtout dans ces services dans la mesure où il accentue le caractère de discontinuité ou de continuité avec les démarches passées de l'utilisateur : il s'agit de consolider une démarche de soins proactive attestée par d'autres services ; ou bien d'avoir pris d'un coup la décision d'amorcer un « changement ».

### **2.1. Arriver à Karma**

La question qui se pose concerne donc les cas qui sont écartés d'emblée – qu'est-ce qui motive un refus d'admission ? La première réponse qui est donnée concerne souvent les usagers dont on sait, ou au moins soupçonne, qu'ils ont été renvoyés d'une ou plusieurs institutions parce qu'ils ont commis un acte violent ou intolérable. On comprendra que si les centres en résidentiel insistent souvent pour tracer les motifs d'expulsion prononcés contre un individu, cette mémoire des institutions d'accueil (et le fait que chaque usager voyage aussi avec les divers rapports des centres qui l'ont expulsé) diminue considérablement ses chances de se voir accueilli ailleurs.

Mais le problème se pose véritablement pour les personnes qui n'ont pas de logement au moment de leur demande d'admission. Une première sélection économique et sociale se voit ainsi opérée au nom du soin, car l'horizon du CTR n'est pas de se substituer à un logement pour des personnes vivant dans la précarité. Ce sont les seuls cas clairs de refus dont se justifient les professionnels de ces structures. Outre le fait qu'ils ont généralement du mal à envisager de remettre à la rue des personnes venues passer quelques semaines chez eux, ils disent vouloir éviter le risque de chronicisation dans le lieu de certains usagers. Ce qu'ils nomment « l'erreur sur la demande » (demande de logement plutôt que demande de soins) conduit habituellement à un refus d'admission – souvent teinté, comme nous le verrons avec l'exemple de Dimitri plus bas, du possible soupçon porté sur l'utilisateur qui viendrait dans des conditions

---

<sup>6</sup> Ce qui permet plus facilement, notamment pour les travailleurs ou dans certaines situations parentales, de camoufler un séjour thérapeutique en « cure » d'un autre genre.



trop précaires d'existence : on se figure qu'il ne serait pas « prêt » à s'engager dans des soins, et qu'il viendrait de la sorte abuser du système – parasite au mieux, fauteur de troubles au pire. Ce qui est en outre spécifique à Karma, c'est qu'*avant même* le début du séjour en CTR on demande par trois fois à l'utilisateur de se positionner de manière réflexive sur son parcours et son état psychologique – par le dossier, par un entretien téléphonique, puis par l'entretien d'admission avec un éducateur. A cette demande réitérée répond en miroir la capacité de réaffirmation du nouveau résident, qui doit surmonter « l'ambivalence » de sa demande (souvent désignée ainsi par les professionnels) : se soigner, alors qu'il ou elle n'en aura peut-être pas toujours la force, la volonté ou la motivation. Sur ces trois seuils, l'équipe mesure déjà en quelque sorte la capacité du résident à « donner de soi » et à faire preuve d'« authenticité » – dans la manière dont ses affirmations fluctuent selon le support ou les circonstances (si les réponses entre le dossier et le premier entretien au centre ont changé par exemple), ou encore différent d'un professionnel à l'autre. L'étude de cas montrera plus bas comment la sélection est de fait progressive – et opère comme une forme d'auto-sélection ou d'abandon du programme de la part de certains résidents.

## 2.2. Un jeu dont il faut connaître les règles

Par ailleurs, le centre Karma se distingue néanmoins de nombreux autres CTR par la manière dont il entend privilégier à la discipline stricte concernant l'usage de produits mise en place dans certains centres une réglementation ferme mais à laquelle les résidents peuvent souscrire, en connaissance de cause.

Le lundi de la deuxième semaine, après qu'ils se soient acclimatés au lieu et aux différents ateliers *obligatoires* qui leur sont proposés, la cheffe de service propose aux résidents un moment de « présentation du contrat thérapeutique ». Au préalable, ils ont été invités à rédiger dans leur groupe d'entrants une « charte commune » définissant les règles qu'ils s'invitent à respecter dans le cadre de leur groupe. A présent, le résident s'engage individuellement : à respecter les règles de l'institution, à participer aux ateliers et à ne pas s'absenter du travail de mise en commun effectué par les membres du groupe, à participer et donc à « prendre sa part » au bon déroulement de la vie collective. Et surtout, à ne pas consommer ni rapporter des produits de consommation à l'intérieur du centre.

Ce cadre où la verticalité du rapport cheffe de service - usagers paraît être mise à plat, donne lieu à une curieuse cérémonie aux yeux de l'observatrice extérieure. La cheffe de service (qui tient à ce que les résidents l'appellent par son prénom, Anaïs) présente le document après avoir interrogé les usagers sur leurs premiers ressentis. Comme après une semaine, « [ils savent] de quoi il retourne », ils sont invités à formaliser leur investissement – tout en spécifiant que ce cadre est un *pattern*, un modèle, qui doit pouvoir leur servir plus tard, « pour la suite ».

Le rappel sur les tâches collectives est analogue à celui fait dans nombre de structures du médico-social : prendre soin de sa chambre, c'est à la fois respecter le lieu et les règles de vie qui y sont instituées ; et c'est aussi prendre soin de soi, et rendre compte de manière performative de son désir de changement. Mais entre ces précautions, Anaïs glisse pour rappel quelques règles non-négociables :

[Anaïs] – Si on apprend qu'il y a une consommation collective, c'est fin de séjour pour tout le monde. [...] Si vous consommez seul, et que vous en parlez avec vos référents, *on en parle – mais ça n'implique pas forcément une fin de séjour*. [...]

Ce qui pourrait entraîner une fin de séjour, c'est *le moment où l'on ne travaille plus ensemble*. *On n'a jamais fait de tests, on n'en a jamais fait en dix ans*. Mais l'observation ça suffit bien souvent... Vous le savez aussi bien que moi. [Silence] Et si vous, vous êtes témoins... c'est aussi pour vous protéger vous que, parfois, il faut parler... il s'agit pas d'être ou pas être une balance. Il y a pas une situation lambda où il va y avoir cette réponse-là.

Vous vous engagez à respecter les règles de vie du centre, c'est aussi ça. [...] C'est important parce que *parfois, on pourrait se dire, « bah, je ne savais pas », ou « on m'avait pas dit... » – là, on vous prévient, vous sortez en autonomie dès la troisième semaine.*

Journal de terrain (JT), Karma, jour 5 [je souligne]

Comme on le verra plus loin, la consommation n'apparaît pas comme un fait univoque à partir duquel on pourrait trancher, de manière à sanctionner l'individu ou à tolérer la transgression. Par ailleurs, le pont qui est fait entre la fin de séjour actée comme « moment où l'on ne travaille plus ensemble » et la justification morale de l'institution dans le choix de ne pas faire de tests de dépistage des drogues est déterminant. Demander aux résidents de ne pas consommer se présente entre les lignes comme un contre-don exigible de la confiance manifeste qui leur est accordée par le fait de ne pas les soumettre à un dispositif de contrôle. Généralement assimilés aux contrôles policiers ou judiciaires, ces tests se trouvent effectivement banalisés et systématisés dans une majorité de CTR. Si les professionnels de Karma, mus par des valeurs louables à l'égard des usagers, refusent les tests urinaires, c'est néanmoins avec pour horizon idéal l'inclusion des résidents dans les fonctions de contrôle et de « vigilance ». Et le flou relatif qui pouvait exister quant aux motifs de rendre rituelle la signature du contrat thérapeutique par les résidents se clarifie ici à l'évocation de cette sortie autonome. Anaïs le précise bien : « là, on vous prévient, vous sortez en autonomie dès la troisième semaine. » En effet, dans nombre de centres de post-cure les sorties ne sont pas autorisées – celles-ci pouvant mener explicitement à la « rechute ». D'où le paradoxe : ici, sur un séjour court et très organisé, on pousse néanmoins les usagers à se confronter au dehors – et à trouver en eux les moyens d'y faire face, ou de « [se] protéger » le cas échéant. On leur demande ainsi de s'engager à ne pas enfreindre le règlement intérieur, tout en contractualisant cette promesse sous la forme d'un défi (un éducateur dira encore : « prenez-le comme une sorte de défi, ou de *challenge* que vous vous faites à vous-mêmes »).

Dans ses paroles finales enfin, la cheffe de service remobilise son autorité de maître du jeu, dans cette contractualisation. « Là, on vous prévient. », cela signifie en d'autres termes : *vous ne pourrez pas dire que l'institution ne vous avait pas prévenus*. En une phrase elle réaffirme la netteté de la séparation entre « nous » et « vous », mais aussi sa capacité de cheffe de service, et sa responsabilité le cas échéant, à acter de la sortie (définitive) des uns ou des autres. Cet aspect semble d'autant plus déterminant dans son discours qu'elle se désole du fait que l'un des membres du groupe – Thibaud – qui s'est endormi après le déjeuner (à cause notamment de son traitement, conséquent en neuroleptiques et anxiolytiques) ne s'est pas présenté pour assister avec les autres à cet entretien : « C'est dommage parce que Thibaud, il aura pas les règles du jeu. C'est difficile de jouer un jeu quand on connaît pas les règles. »

Au jour suivant, les résidents sont invités individuellement à venir dans un des bureaux pour signer ce contrat thérapeutique nominatif devant la directrice d'établissement<sup>7</sup>. Celle-ci aborde rapidement les divers retours et appréciations sur le comportement de l'utilisateur qui lui ont été transmis de la part de l'équipe lors de la première semaine. Elle signifie d'emblée s'il y a eu des écarts ou des négligences quant aux règles institutionnelles (retard à des ateliers, absence de participation, timidité excessive, négligence envers les tâches ménagères, etc.)

Au versant incitatif – la cheffe de service qui invite les résidents à « jouer le jeu » des règles de l'institution – répond comme en miroir le versant répressif ou du moins dissuasif : la directrice du centre, qui vient rappeler que le séjour à Karma n'est pas qu'une partie de plaisir. Le cadre est ainsi rappelé par deux fois : les résidents doivent montrer leur engagement, et s'ils veulent que la direction signe conjointement le contrat qui acte leur acceptation dans le lieu, ils doivent

---

<sup>7</sup> C'est une directrice de transition que j'ai vue effectuer cette fonction durant mon séjour à Karma.

déjà avoir fait la preuve de leur bonne intégration et acceptation des règles, ou affirmer du moins à ce moment-là qu'ils vont faire de leur mieux pour s'y conformer. Le traitement en théorie équitable des usagers est ainsi formellement assuré – bien que dans les faits les reproches et les soupçons de « mauvaise volonté » ne s'attribuent pas uniformément dans le centre<sup>8</sup>.

Dans cette partie, on a pu voir que si la transgression dans l'institution est d'une certaine façon anticipée et prévenue, on assiste au centre Karma à ce qui s'apparente à un « contrôle des virtualités directionnelles » (Ottaviani, 2003), prenant la forme d'un contrat et d'un engagement réitéré qui, s'ils sont enfreints, engageront apparemment sanction. Cette institution constitue de la sorte le cadre d'une *mise en abyme* du traitement de l'indiscipline. Une des preuves de la progression du résident au sein du centre réside entre autres dans ces anticipations et mises à l'épreuve que représentent les sorties – comme prodrome du comportement qui sera établi à la sortie du centre. A l'inverse de l'intériorisation de la norme répressive qui se fait par l'usage massif de tests urinaires dans les centres résidentiels « à l'ancienne » (qui nient souvent la violence de l'objectivation des usagers via cette technologie au nom de leur sécurité et de leur « bien ») (Devresse, 2006), on assiste ici à un modèle qui reproduit à l'échelle micro les conditions de la « vie ordinaire ». A Karma, on est pour ainsi dire libres. Ou à tout le moins, on n'aura pas de contrôle – l'intériorisation de la contrainte se joue à un autre niveau, dans la réflexivité et l'anticipation attendues. Mais si cette forme de *disciplinarisation par la responsabilité* fait partie du programme de rétablissement que les usagers choisissent en venant dans ce centre, l'incapacité à long terme à s'auto-discipliner pourrait facilement engager le retour du disciplinaire-répressif. L'autocontrainte des usagers, comme leur difficulté à la mettre en scène, est en effet tributaire d'une validation institutionnelle. Le problème n'est pas tant le contrôle que la mise à l'épreuve à laquelle on soumet les usagers – qu'on engage à se responsabiliser et à être autonomes dans un processus où *on présuppose* qu'il est peu probable qu'ils le soient.

### 3. Mettre à l'épreuve : la question ambiguë de la consommation

Dès l'arrivée au centre, on l'a vu, tout se trouve configuré par la perspective de se donner les moyens d'affronter l'espace-temps futur de la « sortie », celle définitive, hors du centre. Le paradoxe des sorties *durant le séjour*, c'est que les professionnels ne sont pas dupes, il y a même une forme d'amusement teintée d'abdication dans la manière dont ils banalisent le fait : « on sait très bien qu'ils consomment en sortie » (Albin, éducateur spécialisé). En réalité, ils ont progressivement accepté ce fait. Si le séjour à Karma au moment de sa création était fondé sur « le fait de pouvoir proposer une expérience d'abstinence » sur un séjour court, les diverses expérimentations et le passage du temps ont confronté les professionnels à la nécessité d'avoir une plus grande permissivité à l'égard de ces règles – au risque de se retrouver sans usagers pouvant les honorer. Dans l'héritage partiel de l'obéissance analytique des années 1980-1990, où la reprise de consommation entre les suivis était perçue comme un « *acting out* »<sup>9</sup> par

---

<sup>8</sup> Un exemple qui mériterait plus de développements est la manière dont Delphine, la directrice de transition, formule de façon très différente les reproches de retard et de négligence dans les tâches ménagères à deux usagers entrants, aux entretiens desquels j'assiste l'un après l'autre – la tolérance dont elle fait preuve avec Thibaud (jeune issu d'un milieu très privilégié et très véhément, capable de se défendre et de s'amender par la parole de ses manquements) n'a rien à voir avec la sévérité et l'intransigeance qu'elle paraît démontrer à l'égard de Sofian, français d'origine marocaine, qui travaille pourtant dans le milieu médico-social mais ne démontre pas la même propension à répondre aux reproches qui lui sont faits et à argumenter face à une responsable hiérarchique.

<sup>9</sup> L'*acting out* définit un acte impulsif dont le caractère auto-agressif ou hétéro-agressif (contre les professionnels) est manifeste. Il encadre la réception d'une reconsumation de l'utilisateur interprétée à l'aune de « ce qu'il adresse à l'équipe », avec l'idée corrélée que ses actions répondent en grande partie aux inputs du contexte thérapeutique et à ce qu'il met en scène dans ce cadre.

certaines professionnels, la consommation en sortie se voit désormais traduite dans ce centre selon les coordonnées de sa « mise au travail ».

### 3.1. Renoncer ou parler : la consommation hors et dans le centre

D'une part, celle-ci se caractérise par la mise à l'épreuve de l'efficacité de ce qu'on nomme « l'alliance thérapeutique »<sup>10</sup>. L'utilisateur va sortir (quelques heures ou une journée selon la sortie), et il *pourrait ne pas* consommer par fidélité à la promesse faite à son référent, et par confiance dans le fait que ce que lui apporte cette nouvelle alliance avec l'équipe est plus puissant que le lien qu'il nouait habituellement avec le produit. Dans la pratique, il apparaît néanmoins qu'il y a une réelle disparité dans la puissance d'exposition et l'accessibilité des produits pour les usagers ; parallèlement il y a un écart réel dans la manière de considérer les risques d'exposition d'un usager ou de tel autre, pour les professionnels. Il y a ainsi une différence entre commander du produit à l'avance – *planifier* sa sortie et délibérément sortir du cadre – et « céder » à une faiblesse, via l'exposition involontaire au produit. De même, le cas de l'alcool, dans un monde où sa disponibilité est rendue omniprésente, constitue un cas limite dans un centre tel que Karma, malgré sa localisation périphérique. C'est donc tout le travail de la « préparation » à la sortie que de ne pas laisser libre cours au spontanéisme. Si la planification de la sortie laisse entrevoir des fragilités possibles, ou une non-résolution à tenir son engagement, on préfère orienter l'utilisateur vers d'autres choix que celui prévu initialement. Le renoncement est préféré à l'exposition inutile, de manière relativement univoque, par les soignants *et* les soignés.

D'autre part, la confiance placée sur le comportement de l'utilisateur par les professionnels lors de cette sortie est une forme de pari sur l'extension du cadre hors des murs du centre. Saisir cela, c'est prendre en considération qu'il n'y a pas moins de contrôle parce qu'il n'y a pas de tests à l'entrée. De la même manière que le dépistage toxicologique dans certains CTR fait partie d'un agencement disciplinaire de type classique, l'absence de tests fait elle aussi partie d'un agencement collectif où le contrôle est en jeu – autant voire d'autant plus dans un système où il n'est pas délégué à l'appareillage technoscientifique. Les coordonnées que formalise Karma sont à proprement parler *moins répressives*, moins obligeantes. Ce n'est pas sur l'intériorisation de la règle que se joue cette mise à l'épreuve qu'est la sortie, mais sur *l'apprentissage de nouvelles règles* – un *autocontrôle* maîtrisé plutôt qu'un contrôle au sens de la vérification par un agent extérieur.

De manière analogue, il va y avoir une gestion différentielle du choix délibéré de consommer *dans les lieux mêmes* où s'effectue le séjour. Les expulsions collectives ne sont pas rares à Karma. L'élément qui discrimine le plus simplement le geste de transgression délibérée de celui de transgression que j'appellerais 'responsable mais non-coupable' est le fait que la consommation ait été collective. La reproduction des modes de sociabilité d'une communauté d'utilisateurs qui se réunit autour d'un produit au sein d'une institution qui le proscrit est perçue comme l'envers exact de la socialisation attendue des résidents, de leur disciplinarisation. Même si les consommations groupales se font souvent beaucoup plus autour d'une bouteille ou d'un joint et ressemblent, de ce fait, à des rituels cachés de subversion adolescente (Gaussot, Palierno, 2020), le comportement est jugé à l'aune de la manière dont les règles institutionnelles ont été bafouées – il est ainsi arrivé que quatre, cinq personnes soient expulsées en une journée, à la suite d'une consommation collective perçue comme une provocation délibérée. En effet,

---

<sup>10</sup> L'« alliance thérapeutique » désigne la collaboration active du patient et du thérapeute dans le processus thérapeutique, tant dans la reconnaissance mutuelle de leur lien que dans l'accord sur les buts et les tâches à accomplir lors du traitement (Collot, 2011). Diffusée par le psychologue humaniste C. Rogers, elle a été adaptée également au cadre des soins infirmiers, et même en somatique.

c'est toute la visée de rétablissement individuel qui se voit complètement mise à mal par la coalition de plusieurs usagers qui transgressent les règles – et qui jouent *contre* l'institution<sup>11</sup>. Pour les cas de consommation solitaire, le rapport au traitement de l'indiscipline de la part de l'institution se fait plus complexe. Ce qui importe c'est « ce qu'il en dit » – les raisons déclarées qui ont poussé à la consommation. Pour beaucoup de professionnels, il y a conservation d'une valeur *thérapeutique* attribuée à l'aveu, outre le fait qu'elle témoigne de la confiance réitérée de l'usager en l'institution. « Mettre au travail » cette consommation est fondamental, si le résident entend rester dans les murs : contrairement à la société civile, on tolère ici qu'il transgresse, pourvu qu'il justifie cette transgression comme étape de son parcours de disciplinarisation. Tout le travail effectué au CTR pourrait se résumer à ce procédé : apporter un cadre d'écoute et de vigilance *où la confiance peut se maintenir, malgré la transgression*. Le rapport singulier qui s'effectue au traitement de l'indiscipline de tel ou tel sujet discrédite ainsi l'idée facile selon laquelle il y aurait les mêmes règles pour tous et toutes. Ou plutôt – de manière analogue au jeu social extra-institution – alors qu'il y a les mêmes règles pour tous, il n'y a pas le même traitement. Celui-ci dépendra singulièrement des modalités selon lesquelles le résident s'est *mobilisé* dans son parcours de soin, ou a pu déployer sa partition dans les failles institutionnelles. Nous tenterons d'illustrer par une étude plus resserrée d'un groupe d'usagers la manière dont cette gestion différentielle du centre met en relief différentes constructions de l'indiscipline, et de son intégration possible ou non : selon qu'elle soit perçue comme démobilisation ponctuelle ou bien comme inadaptation chronique, l'indiscipline ne se verra pas traitée de façon semblable par ces dispositifs de régulation de soi que sont les CTR.

3.2. « Connaître » la maison ; penser « avoir sa chance » ; ne pas « être prêt » ; ne pas être au « bon endroit » : les déclinaisons possibles du rapport aux règles

Le groupe que j'observe est en 3<sup>ème</sup> semaine ; arrivent cinq nouveaux (4 hommes et une femme) – qui se voient accueillis et initiés aux règles de l'établissement comme les précédents.

Parmi eux, Jérémy, polytoxicomane d'une trentaine d'années qui vient d'une ville portuaire de l'Ouest de la France, revendique ostensiblement un passé de dealer et d'ex-détenu, mais paraît disposer d'un certain capital social et culturel. Tout en arborant vêtements de marque et défendant sa connaissance de la culture de la rue, il s'exprime bien, fait preuve d'une personnalité charismatique et n'a aucune difficulté à comprendre le discours des professionnels, les mots de *craving* et de « résilience » – quand bien même il préfère arborer un flegme marqué à tous les ateliers. Jérémy, par ailleurs, est un « ancien » de Karma. C'est la troisième fois qu'il vient ; il est arrivé la première fois il y a dix ans – et a connu les professionnels à leurs débuts, à un moment où il était lui-même à peine majeur.

Parmi ces nouveaux se trouve également Dimitri. Orphelin, adopté par une famille d'Italie du Sud, il a émigré en France ces dernières années mais, à presque 40 ans, ses opportunités professionnelles se sont étiolées, notamment en raison de ses consommations, et il s'est retrouvé pris en charge par diverses associations. Il a consommé de multiples types de substances, mais se trouve ici principalement pour l'alcool. D'un point de vue sociologique, les stigmates présentés par cet homme sont clairs : Dimitri est rom, orphelin, SDF, et témoigne d'un parcours de prises en charge psychiatriques – quasiment toutes les inégalités sociales de santé concernent son parcours, qui n'est par ailleurs pas rare dans les structures d'accueil pour usagers de drogue. Le groupe comprend aussi Hugo, la cinquantaine : il vient pour l'alcool, qu'il consomme quotidiennement en quantités massives. Il a été diagnostiqué dépressif après avoir vécu un drame personnel ; très réservé, peu démonstratif, il passe une grande partie de son temps libre sur le canapé de la salle télé. Puis Mélo, 23 ans, arrivée au centre pour sa consommation de

---

<sup>11</sup> Pour des raisons analogues – parce qu'on les perçoit comme un « jeu à deux » contre le cadre, ou a minima comme une distraction perturbatrice – les relations affectives sont théoriquement proscrites au CTR.

cannabis, qu'elle et ses proches jugent excessive. C'est sa première postcure en résidentiel et elle est très enthousiaste de l'ambiance du centre, fait preuve de jovialité et d'entrain, mais regrette assez vite le peu de jeunes gens de son âge avec qui échanger, si ce n'est Bastien. Ce dernier, 21 ans, vient sur vive incitation et mobilisation de ses parents, pour sa dépendance aux jeux vidéo ; il a fait une première postcure de quatre mois à la campagne, dans un nouveau centre focalisé sur le traitement des cyberaddictions, et a enchaîné avec le séjour à Karma ; il reprend progressivement goût à plein de choses dans ce centre-ci, même si les relations à distance avec ses parents restent compliquées.

Je choisis de traiter la séquence d'arrivée et l'évolution de ce groupe particulier au sein de la structure, en raison de sa diversité sociologique, et de la variabilité des trajectoires qu'il illustre eu égard au traitement de l'indiscipline. Par le hasard d'une temporalité qui les a fait se retrouver là tous les cinq ensemble, ce groupe rassemble des personnes situées à des moments de leur vie divergents (deux jeunes, négociant difficilement le passage à leur vie d'adulte ; trois sujets plus âgés, « habitués » des structures en addictologie), issus de milieux sociaux très divers (Bastien est le seul qui vient d'un milieu qu'on pourrait caractériser comme aisé), liés à des produits différents : Jérémy et Dimitri se décrivent comme polytoxicomanes, mais Dimitri comme Hugo est venu à Karma pour tenter d'apporter une solution à son problème avec l'alcool ; Mélodie fait partie des publics ciblés par l'extension de l'addictologie à la prévention de la consommation des jeunes, et Bastien présente un cas d'addiction sans substance (dont le traitement est nouveau en CTR).

Rapidement, ce groupe est perçu comme un groupe « chaud » par l'ensemble des professionnels et les autres résidents. Dès le premier soir, aux courses, Hugo et Dimitri ont essayé d'acheter des bières en cachette – et se sont fait reprendre par l'éducateur qui les accompagnait. Une ambiance étrange flotte dans la salle commune : à l'heure du petit-déjeuner le silence semble pesant, puis d'un coup les remarques fusent, les moqueries et le cynisme vont bon train. Les altercations verbales sont courantes, lorsque quelqu'un a bu la dernière goutte de café sans relancer une machine. Mélodie, la jeune femme de ce nouveau groupe, dit rapidement à son référent « ne pas se sentir à l'aise dans le groupe »<sup>12</sup>.

Dès le mercredi, l'équipe est mise au courant par la veilleuse de nuit que Jérémy a été surpris la veille au soir en train de consommer du cannabis, alors qu'il discutait avec deux femmes d'un autre groupe. Toute l'agitation de la journée tourne autour de ce fait : le psychologue va le voir entre deux entretiens pour parler avec lui (il m'apprend par ailleurs que sa situation est pour le moins particulière, puisque Jérémy vient le voir par ailleurs dans son cabinet en libéral, à l'extérieur du centre). Certaines professionnelles se positionnent très franchement dans des discussions informelles pour l'exclusion – notamment Samantha, conseillère en économie sociale et familiale (CESF) qui me signifie ses réticences vis-à-vis de ce résident :

[Samantha] – La dernière fois qu'il est arrivé ici, il est arrivé un peu en territoire conquis... Moi, le premier weekend où il est sorti - je venais d'arriver à Karma -, il m'a dit « bah, je vais acheter de la coke et de l'héro ». Alors, j'en avais parlé ici en réunion, et on m'avait dit « il est comme ça Jérémy, il est franc... » [cela fera deux ans que Samantha a commencé à travailler à Karma].

JT, jour 12

Plusieurs discussions ont lieu dans le bureau d'accueil, entre la directrice, la cheffe de service et un ou deux professionnels, tout au long de la journée. Tout en prenant acte de sa situation, Jérémy affiche un air plutôt confiant. Lors d'une discussion que je mène avec lui en fin de

---

<sup>12</sup> Il pourrait sembler pertinent d'analyser ce malaise au prisme des rapports sociaux de sexe, tout d'abord parce que la disparité numérique entre hommes et femmes dans ce genre de centres est une évidence susceptible de déranger plus d'une usagère. Mais en l'occurrence, à Karma, cette régularité est plutôt contredite que vérifiée.

journée, sur la possibilité de son expulsion compte tenu des événements de la veille, il assume une attitude exagérément virile et indifférente où il affirme pouvoir prendre sa part sans que les autres soient pénalisées par sa faute : « Après, je prends ma responsabilité - qu'ils me virent, je m'en fous. Mais qu'on ne mette pas les autres dans la merde... ».<sup>13</sup> Et de fait, à la stupeur générale d'autres usagers, il ne reçoit qu'un avertissement de la part de la direction, qui choisit de ne pas mettre fin à son séjour.

Dans le weekend qui suit cet épisode, plusieurs départs s'enchaînent pour des raisons diverses. Thibaud, un des résidents que j'observais depuis trois semaines, un garçon diagnostiqué schizophrène, issu d'une famille aisée et au fort capital social, est expulsé – il consommait sur place, a fait une crise d'épilepsie le samedi, a nié être en possession de produits, puis a *confessé*<sup>14</sup> sur le trajet à l'éducatrice qui le menait à l'hôpital pour faire des contrôles qu'il consommait à Karma. Le fait qu'il s'était réengagé la veille devant Anaïs et sa référente à « faire des efforts » par rapport à ses absences réitérés aux ateliers du matin n'a certainement pas joué en sa faveur. La jeune fille du groupe 2 – Mélodie – a par ailleurs choisi de mettre fin à son séjour de manière volontaire, l'ambiance du collectif « ne fais[ant] pas pour elle » aux dires des professionnels. Pourtant pertinente en de nombreux cas, l'analyse de son malaise initial au prisme des rapports sociaux de sexe ne me semble néanmoins pas suffisante pour expliquer la décision de Mélodie de quitter l'institution. C'est sans doute pour d'autres facteurs systémiques et/ou exogènes qu'a pu être motivé son départ de la structure : le fait que c'était son premier séjour ; les pressions de ses amis de l'extérieur ; la solitude, due à sa grande maturité par rapport au groupe ; l'insécurité eu égard à la présence connue de son produit dans la structure, et à l'absence de sanction engagée envers son détenteur...

Les discours des professionnels et des résidents convergent à ce stade sur la justesse du comportement de Mélodie, qui a bien fait de partir « si ce n'est pas son moment » ou « si elle ne se sentait pas prête », et, en regard, sur l'immaturité de Thibaud – « trop jeune » comme on le décrit [il a 21 ans et c'était sa première post-cure], ou trop naïf, « crédule » même, aux dires des membres de son groupe :

Récit du départ de Thibaud, par Seb et Johan (usagers) en début d'atelier, à l'éducateur qui, absent ce weekend, demande des explications :

[Seb] – Il a fait une petite crise d'épilepsie, il est parti à l'hosto [...] Samantha est repartie avec lui vers 16h [...] pour qu'il ait comme ça moins à attendre, et sur la route, il lui a dit qu'il avait consommé, et il lui a donné sa consommation en pensant qu'il avait sa chance parce qu'il était honnête, vous voyez... Et ça a été motif de rupture.

[Romain, éduc'] – ..de rupture de contrat, de rupture de séjour... Et de rupture avec le groupe.

[Johan] – Il a été crédule, il aurait pas dû le dire...

JT, jour 13 [je souligne]

Ce qui éclaire par ailleurs sous un nouveau jour les paramètres tacites de la « règle du jeu » : pour jouer le jeu, à Karma, il faut aussi être capable parfois de *ne pas tout dire*, de contrôler les informations comme l'image que l'on donne de soi (Goffman, 1974), de savoir manipuler les règles à défaut de pouvoir les contourner. En revanche, comme le témoigne cette conversation avec un éducateur, l'épisode de consommation nocturne de Jérémy semble déjà être pour l'équipe un dossier clos :

---

<sup>13</sup> Il cherchait sans doute à impressionner l'étudiante en moi ; mais les professionnels ou les usagers de mon groupe me confirmaient qu'il tenait un discours analogue avec eux.

<sup>14</sup> J'utilise délibérément le verbe « confesser » pour sa connotation religieuse, cadre où la confession des péchés peut permettre l'absolution. Le hiatus entre le discours sur l'aveu et les pratiques mises en œuvre en réaction à ce témoignage d'honnêteté me semble ainsi d'autant plus explicite.

Pause de dix minutes dans l'atelier du matin. J'en profite pour demander à Romain de me raconter la réunion clinique du jeudi, et comment on a acté le maintien de Jérémy dans les lieux. Il me répond qu'ils ont en fait discuté de trois cas (Hugo, Dimitri et Jérémy – suite à l'épisode de la supérette pour les deux premiers, et à la conso de mardi nuit pour le troisième) pour finalement n'acter aucune fin de séjour.

Romain témoigne, un peu malgré lui à ce que j'en perçois, du fait qu'il faut relativiser la gravité de l'acte de Jérémy, puisque « maintenant en plus, *toute l'équipe est sur son dos*. »

[Romain] – Vu qu'on l'a surpris en train de consommer, et qu'on le surveille un peu tous – ça le rend parano... [...] [*L]e truc c'est que Jérémy il connaît, il nous connaît, il sait comment ça marche ici...*

Lorsque je demande *qui* a véritablement pris la décision de son maintien, l'éducateur me répond que devant l'indécision de l'équipe<sup>15</sup>, la directrice de transition a « estimé qu'il lui fallait une deuxième chance - et elle lui a fait comprendre qu'il resterait... ».

L'éducateur me parle ensuite des hésitations quant au sort de Hugo et Dimitri, dit qu'une bonne moitié de l'équipe était pour voter blanc ou contre (5-6 personnes) – « et l'autre moitié était pour qu'ils restent tous les trois. » Je pointe que, de fait, la seule personne de ce groupe qui s'est retrouvée en situation de partir, c'est finalement Mélodie... Romain acquiesce, et marque qu'en effet, le « contexte d'insécurité » a pu la pousser à partir :

[Romain] – Là où l'insécurité est pas reprise, *fatalement c'est souvent ce qu'il se passe...*<sup>16</sup>

[Il enchaîne, directement] Ça va finir avec des personnes qui viennent travailler, mais qui sont peut-être pas au bon endroit. Je pense pas *que Hugo soit prêt, par exemple*, je sais pas s'il est *disposé psychologiquement à ce format-là*, même s'il trouve réponse à ses besoins et à sa sécurité...

[...] Je suis pas sûr qu'il apporte des choses de lui-même.

JT, jour 13 [je souligne]

Ce qui se présente comme marquant dans le discours du jeune éducateur, c'est que les trois cas délictueux ou soupçonnés de transgression sont amalgamés sous un même sort – rester ou partir – alors que la spécificité de l'action de chacun n'est pas justifiée, même d'un point de vue clinique, dans la décision de les faire rester ou non. En miroir, le départ spontané d'une résidente, mal à l'aise dans ce climat de potentielle exposition au produit, est décrit comme un choix volontaire – tributaire de son impréparation. Ce départ résout ponctuellement de mon point de vue la tension institutionnelle qui régnait quant au maintien de Jérémy dans les lieux – si son comportement perturbateur n'est plus interprété comme source de perturbation pour d'autres, il peut être résorbé. Concrètement, la transgression des règles est acceptée (voire minimisée) pour maintenir l'ordre moral propre à la socialisation institutionnelle : le prix à payer est que certains sujets (comme Mélodie) s'auto-excluent lorsqu'ils ne supportent plus les règles ; ou que d'autres, les naïfs, peu à même de mener un double-jeu (Thibaud), sont exclus pour l'exemple.

Il faut remarquer par ailleurs comment le propos de l'éducateur *glisse* de la question du respect relativement dissolu du cadre normatif dans l'institution à la question de l'absence de « disposition » de certains pour s'adapter à ce cadre, qui repose sur la responsabilisation des usagers. Il est marquant que ce ne soit pas la préparation engagée en amont du travail dans le centre qui fasse défaut à Hugo ; c'est pour Romain la disposition, « psychique » en l'occurrence, qui est manquante – l'association qu'il fait avec la dépression étant de ce fait significative, la dépression étant, par excellence, comme l'alcoolisme, considérée comme une « maladie de la

---

<sup>15</sup> On peut sans doute affirmer sans trop s'avancer que cette indécision est le fruit de certains intérêts professionnels particuliers (évoqués plus haut) par rapport aux enjeux du travail d'équipe, mais aussi de l'inéquitable poids de la parole dans la prise de décisions.

<sup>16</sup> Nous ne développerons pas ici sur la critique latente dont témoignent certains professionnels envers les cadres, dont ils attendent souvent plus d'autorité ou de directives claires – dans un monde professionnel où on les incite, à l'inverse, à cultiver toujours plus leur autonomie et le principe de « subsidiarité », c'est-à-dire la prise de décisions (et des responsabilités corrélées) à leur échelon.



volonté » (Ehrenberg, 1998b). Dans ce cadre, le résident-modèle n'est pas celui qui ne fait pas une vague et qui attend la fin de son séjour sans broncher. L'utilisateur silencieux est plutôt soupçonné de consommer en cachette, de cacher son jeu, ou bien tout simplement de « ne pas travailler ». On attend au contraire que l'utilisateur argumente, se justifie, revive des situations antérieures analogues – qu'il travaille aussi sur son rapport au produit, même si, pour ce faire, il doit le chercher sur sa route (le désirer, décrire son manque, le rejeter brutalement). Comme dans les institutions résidentielles accueillant des patients aux comorbidités psychiatriques observées par D. Weinberg (2005), le traitement de l'indiscipline passe par *l'incorporation d'une nouvelle grammaire de soi*, une manière renouvelée de communiquer avec son environnement, de se dissocier du produit et de le renvoyer à l'extérieur. Dans ce contexte, il est souvent difficile pour les professionnels de réaliser que les modalités rééducatives fournies par le centre calquent de fait un format, une exigence et une progression scolaires (Vincent, Lahire, Thin, 1994), qui reproduisent diverses formes de discriminations par la mise en valeur de certaines dispositions sociales.

En ce début de semaine, Jérémy se voit encore souvent critiqué par les membres du groupe que je continue de suivre, mais dès qu'ils sont avec lui – pour les pauses cigarettes ou les moments en fin de journée –, c'est plutôt par l'émulation et l'admiration que se manifeste leur comportement à son égard. Par ailleurs, je sens qu'ils font preuve de plus en plus d'animosité envers Dimitri, dont le comportement, indifférent ou désobligeant, énerve et devient source de colère, d'envies de consommer.

Ce résident pose en effet problème à l'équipe. Lors de la dernière réunion clinique, sa référente affirmait qu'il faisait des efforts, mais qu'il était mal perçu par le collectif : « J'ai essayé de lui renvoyer qu'il était parfois trop 'proche' des gens... » - désignant par-là la manière dont Dimitri, pour s'adresser à quelqu'un, s'approche souvent à moins d'un mètre de la personne, en la fixant droit dans les yeux. Le psychologue lui, parle de son complet désarroi à le « faire parler » en entretien individuel, et le décrit comme quelqu'un d'inquiétant, constamment avec un « poker face » (un visage impassible – comme celui qu'adopte un bon joueur de poker). Le problème de Dimitri, c'est qu'il ne participe pas – ou mieux, il ne participe pas comme les autres. Même si tout au long des deux semaines de son séjour il est constamment observable en mouvement, en train de bêcher dans le jardin, ou de repeindre la table de jardin, il semble ne pas correspondre aux attentes de l'institution – qui attend une contribution à part égale entre résidents aux tâches de la vie quotidienne (préparation des repas, du café, et part active dans le ménage) et aux rites d'apprentissage mis en œuvre dans les ateliers. Dimitri est étranger ; il parle peu, ou ne se fait pas comprendre. Il a des troubles mentaux ; son abord est trop frontal, trop direct pour nombre de résidents du centre, qui ne comprennent pas sa manière de se comporter et la ressentent comme une provocation ; il s'attache à des tâches considérées comme superflues, tout en oubliant des règles importantes de la vie commune. Bref, il ne comprend pas les règles du jeu propres à ce lieu.

Les attaques à son égard, les insinuations en ateliers se multipliant sur le début de cette nouvelle semaine, la décision qui tombe le mardi après-midi d'exclure Dimitri est finalement peu surprenante – malgré l'absence de transgression explicite à laquelle renvoyer. L'éducatrice qui l'accompagne à la porte, navrée, me dit en deux mots que c'est à cause de « ses manquements », puisque la direction vient de le convoquer pour lui demander comment il se justifiait, et qu'« il n'a pas su répondre de pourquoi il est là... ». L'exclusion est aussi justifiée par la dynamique du collectif : « Et c'est surtout au niveau du groupe, c'était trop dur... ». La discussion entre la directrice et la cheffe de service, à laquelle j'assiste ce soir-là, renforce le poids donné à cette inadéquation sur laquelle on ne s'appesantit pas outre mesure :

[Anaïs] – J'ai l'impression qu'il attendait que ça, qu'on acte une fin de séjour.

[Delphine – directrice] – Oui, c'est vrai qu'il y a pas eu un seul argument de donné.

A. – En gros, ils nous ont dit [elle parle du centre d'assistance où était suivi Dimitri] qu'ils ont tout fait pour que tout se coordonne. Eux ils étaient en fin de prise en charge, et ils voulaient que ça enchaîne sur d'autres suivis.

D. – Même s'il a mis du sien dans ce fonctionnement-là, c'était pas le bon endroit pour lui.

[...] C'est clairement un cadre qu'il ne pouvait pas tenir...

A. - ...il avait l'impression d'y être, en plus.

D. – Pour moi, c'est vraiment des personnes qui relèvent de séjours comme *Un chez soi d'abord*, qui sont sur du très long séjour...

JT, jour 17

Les deux responsables pérennisent la situation d'inadaptation de l'institution à la personnalité de Dimitri en actant une fin de séjour – dont elles s'efforcent de justifier le caractère irrémédiable. Elles insistent sur l'inadéquation de l'offre thérapeutique avec la demande – tant de l'institution référente qui en avait la charge (et qui tentait en quelque sorte elle-même de se défaire du suivi de Dimitri en l'envoyant dans une autre structure) que de celle de l'utilisateur lui-même, en disant qu'il « attendait » ce renvoi. « Le bon endroit » pour un individu comme Dimitri, c'est un séjour de long cours, privilégiant la demande sociale sur la demande de soins – un endroit où par ailleurs sa différence sociale ne sera pas l'occasion d'une stigmatisation par l'ensemble du collectif, qui par « frustration égalitaire » (Astier, 2007, 26-27) se retrouve souvent en situation de désigner un bouc émissaire.

On voit qu'au CTR la question est de pouvoir canaliser « le groupe » au service de l'autonomisation de chacun de ses membres – et le collectif est donc l'une des clefs de l'efficacité de la thérapie. Mais lorsqu'un manquement se fait sentir au niveau d'un individu, le groupe peut rapidement devenir demandeur de distinctions et de traitement différentiel envers la figure d'autorité que constitue le professionnel – qui doit parfois sanctionner qui du groupe doit rester ou partir. D'autant que la philosophie des CTR se distingue de celles des communautés thérapeutiques ou des groupes d'auto-support dans la manière dont on y considère que les professionnels demeurent l'instance d'expertise du changement et de la progression individuelle (Lambrette *et al.*, 2021).

Par ailleurs, l'observation a permis de constater comment la dynamique d'émulation des groupes d'utilisateurs – quand bien même elle contribue à l'identification et à la reprise de confiance en soi – favorise aussi la tendance à la désignation d'un bouc émissaire, où à la figure du transgresseur/tricheur se substitue la stigmatisation de celui qui « n'a rien à faire ici ». S'opère donc collectivement un travail de distinction au sein du centre entre ce qui est perçu comme un « vrai travail », celui fondé sur une dynamique de changement, de *transformation de soi* – et des gages verbaux et comportementaux de cette mise au travail ; et un *faux travail* qui rend compte des manières de « se faire remarquer », ou à l'autre extrême du spectre, de se fondre dans la masse, d'être « là sans être là », de « se croire en vacances ».

Cette distinction, qui fait partie des logiques intrinsèques au bon fonctionnement du centre thérapeutique, les usagers s'en font parfois les premiers participants, lorsque leur capital symbolique et leurs socialisations institutionnelles antérieures (leur *capital expérientiel* pourrait-on dire) le permettent. Une des caractéristiques de ce travail de distinction, c'est qu'il n'est possible que de la part de celles et ceux à qui il est déjà permis – les personnalités (auto)diagnostiquées HPI (Haut Potentiel Intellectuel), certaines TDA/H (Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité)... Ou, sans qu'il y ait besoin de diagnostic, celles dont le capital culturel et social permet, dès les premiers entretiens des marges de négociation ou de réappropriation des outils de communication fournis par les professionnels. Ce travail de singularisation est également accordé aux profils dont le capital symbolique et institutionnel (leur rapport de loyauté à l'institution) garantit qu'ils lui sont acquis. Jérémie est un de ces cas qui, parce qu'il revient à Karma lorsqu'il va trop mal, parce qu'il y trouve une forme de refuge

et d'accueil tout en continuant à « tester le lien »<sup>17</sup>, parce qu'il a établi une forme de continuité entre son passage au centre et sa vie en dehors (en continuant à voir le psychologue du centre – ce qui n'est pas sans poser des questions déontologiques), réussit à opérer un travail de distinction dont il ne bénéficierait pas forcément dans un autre centre.

Conclure sur ce cas resserré de gestion différentielle de l'indiscipline nous permet de préciser les contours de l'hétérotopie configurée par ce centre thérapeutique résidentiel. Pour Jérémie, de manière explicite, l'institution choisit de pallier une *démobilisation* passagère dans son travail de changement (elle peut aussi choisir de *ne pas le faire*). Elle prend acte de ses violations du cadre en les voyant comme symptômes d'une *indiscipline-incapacité*, provisoire, résorbable. En soutenant la motivation des individus dans un passage difficile de leur existence elle soutient l'illusion d'un espace, à l'écart de la société, où la crise de l'addiction sera une parenthèse qui se ferme (hétérotopie de crise). Pour Dimitri à l'inverse, cette institution singulière *ne peut pallier* – elle ne peut remédier à ce qui ne se résume pas à une crise ponctuelle dans l'existence d'un individu, qu'on pourrait, cet épisode passé, réintégrer à l'ordre social. Les difficultés étant trop grandes, l'individu demeurant en porte-à-faux de la mobilisation exigée – l'institution fait alors le choix de reléguer *au dehors*, en renonçant pour ainsi dire à son privilège et sa prérogative qui furent de réformer l'indiscipline-*inadaptation*. Elle n'opère plus vraiment sa fonction historique d'hétérotopie de déviation – ce qui contrevient aux intuitions foucaaldiennes qui décrivaient au contraire les sociétés occidentales comme ayant progressivement remplacé le premier modèle par le second<sup>18</sup>.

#### 4. Conclusion

L'enquête de terrain que nous avons présentée sur ce CTR peut de la sorte fournir le support d'une *étude de cas* (Passeron, Revel, 2005) qui nous force à envisager à différents niveaux la perception de l'indiscipline, telle qu'elle se voit permise, tolérée ou non, sanctionnée ou pas, dans ces structures. On tolérera de quelqu'un qu'il reconomme, si par ailleurs il prouve qu'il travaille sur lui. En revanche, l'actualisation et la répétition d'écarts de conduite de la part de personnes considérées *inadaptées* seront probablement moins tolérées qu'interprétées comme une inadéquation de l'offre rééducative du centre et de la demande de l'utilisateur – pour autant que cette demande puisse déjà être formulée. On peut en ce sens faire valoir, dans une perspective plus interactionniste, que la gestion différentielle de l'indiscipline dans une institution médico-sociale repose concrètement sur la socialisation antérieure des usagers-ères et sur leur adéquation à la « socialisation institutionnelle spécifique » (Darmon, 2021, 23) proposée par la structure.

A un niveau plus conjectural, on peut conclure que dans ce dispositif précis qu'est Karma, la discipline apparaît moins comme une intériorisation et une application de normes que comme une mise en mouvement, comme une mobilisation active des usagers. En retour, l'indiscipline est davantage envisagée comme une *incapacité* à se mobiliser pour certains, au vu de leur parcours de vie, des violences et des traumatismes qu'ils et elles ont pu subir, de la consommation

---

<sup>17</sup> Comme les *acting-out*, l'attitude d'indifférence ou de provocation d'un usager peut ainsi être recodée comme une manière de vérifier chez l'adulte-professionnel la présence et le renouvellement du soutien et de l'affect constitutifs du « lien ».

<sup>18</sup> Nous postulons donc ici la résurgence possible, dans notre société post-disciplinaire, d'institutions « hétérotopies de crise », considérées par Foucault comme en passe de disparaître :

« On pourrait peut-être classer les sociétés, par exemple, selon les hétérotopies qu'elles préfèrent, selon les hétérotopies qu'elles constituent. Par exemple, les sociétés dites primitives ont des lieux privilégiés ou sacrés ou interdits - comme nous-mêmes d'ailleurs ; mais ces lieux privilégiés ou sacrés sont en général réservés aux individus « en crise biologique ». [...] Dans notre société, *ces hétérotopies pour les individus en crise biologique ont à peu près disparu*. » M. Foucault, « Les Hétérotopies », conférence à France Culture, 7 décembre 1966

qui a miné leur capacité d'agir. L'indiscipline ne persiste et n'est tolérée que si elle s'interprète comme une *démobilisation* passagère pour laquelle l'institution pourra se faire support du changement. A partir de ce cas (modèle voué selon nous à s'étendre), il est envisageable de penser que les CTR se trouvent bien plus configurés une forme d'hétérotopie de crise que d'hétérotopie de déviation, destinée à exiler les populations marginales, les « anormaux » (Foucault, 1999), hors de la société civile. L'addictologie – et principalement les structures en résidentiels – servent de *support à un moment de « crise biologique »* (Foucault, 1966) *dans la vie de l'individu contemporain*, où il est accepté qu'il dispose d'un espace-temps privilégié, pour « se mettre à l'abri », s'isoler de la société, avant d'y retourner lorsqu'il aura traversé les rites et les épreuves lui permettant de réintégrer ce que l'on considère comme la vie ordinaire. On constate néanmoins que pour d'autres sujets, l'institution peine cependant à être un lieu-support – ce qui se voit souvent décrit en termes d'erreur d'orientation. Ce mode de discrimination des patients qui ne correspondent pas à cette démarche rééducative, parce qu'ils sont trop absents à la situation ou manquent de volonté, conduit à nous interroger, en creux, sur les mutations et les injonctions politico-économiques qui pèsent sur les institutions du médico-social. Surtout si on ne les envisage plus que comme des *lieux de passage*, où la durée et les modalités du rétablissement sont déjà stipulées dans les règles du jeu. « Les supports offerts – et nécessaires sous l'horizon de la dépendance – sont alors forcément pensés comme éphémères, l'intervention sociale-thérapeutique étant considérée comme un échec dès lors qu'elle s'installerait dans la durée, sanctionnant alors la situation de dépendance. » (Genard, 2009, 42). Pour ces personnes, dont l'institution ne sait que faire, elle demeure une *parenthèse*, mais assume son incapacité à assurer un suivi, à les discipliner sur le long cours. C'est par refus du modèle de l'hétérotopie de déviation que le CTR se caractérise dès lors, en insistant sur sa fonction d'institution de soins plutôt que d'institution répressive. Mais ce faisant, elle renvoie l'individu vers un monde où d'autres institutions persistent – l'utopie carcérale ou l'intra-hospitalier psychiatrique, tributaires d'un vieil ordre disciplinaire où il n'est pas plus évident que les institutions qui le constituent puissent encore simplement garantir une fonction d'accueil, une fonction-asile.

\*

## Bibliographie

- Assad L., 2014, L'expérience du rétablissement en santé mentale : un processus de redéfinition de soi, *Le sujet dans la cité*, 5, 2, 76-84.
- Astier I., 2007, *Les nouvelles règles social*, Paris, PUF.
- Barbot J., 2002, *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.
- Becker H.-S., 1985 [1963], *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.
- Béliard A., Damamme A., Eidelman J., Moreau D., 2015, « C'est pour son bien ». La décision pour autrui comme enjeu micro-politique, *Sciences sociales et santé*, 33, 3, 5-14.
- Bergeron H., 1999, *L'État et la Toxicomanie Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF.
- Bergeron H., Castel P., Nouguez É., 2013, Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité, *Revue française de sociologie*, 54, 2, 263-302.
- Cance C., Ploog K., 2020, La coconstruction discursive des objets de soin en addictologie : du protocole de soin en unité méthadone à la santé globale, *Langage et société*, 169, 1, 103-128.

- Castel R., 1975, Genèse et ambiguïté de la notion de secteur en psychiatrie, *Sociologie du travail*, 57-77.
- Castel R., 1981, *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Minit.
- Castel R., 1998 [1992], *Les sorties de la toxicomanie : types, trajectoires, tonalités*, Fribourg, Ed. univ. de Fribourg.
- Chantraine G., 2006, La prison post-disciplinaire, *Déviance et Société*, 30, 3, 273-288.
- Collot É., 2011, *L'alliance thérapeutique*, Malakoff, Dunod.
- Darmon M., 2021, *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, Paris, La Découverte.
- Davidson L., 2003, *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia*, New York, New York University Press.
- Demoustier S., 2021, Le pouvoir d'agir des personnes en situation de vulnérabilité : un nouveau paradigme à partir duquel le travail social peut se réinventer ?, *Sciences & Actions Sociales*, 15, 2, 154-176.
- Devresse M.-S., 2006, *Usagers de drogue et justice pénale. Constructions et expériences*, Bruxelles, Larcier.
- Dugarin J., 2019, L'addictologie : d'une néo-discipline et de son homogénéité. Conditions de production des savoirs à l'œuvre, *Psychotropes*, 25, 4, 9-22.
- Ehrenberg A., 1998a, (dir.) *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*, Paris, Editions Esprit.
- Ehrenberg A., 1998b, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- Elias N., 1973 [1939], *La Civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy.
- Eyraud B., 2013, *Protéger et rendre capable. La considération civile et sociale des personnes très vulnérables*, Toulouse, Érès.
- Fernandez F., 2010, *Emprises : drogues, errance, prison. Figures d'une expérience totale*, Bruxelles, Larcier.
- Fernandez F., 2015, Lorsque la prison (se) rend justice. Le traitement contemporain de l'indiscipline carcérale, *Déviance et Société*, 39, 4, 379-404.
- Fortané N., 2014, La (les) trajectoire(s) du changement. La naissance de l'addictologie, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 205, 5, 42-57.
- Foucault M., 1972 [1961], *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon.
- Foucault M., 1967, Des espaces autres, Conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967, in *Architecture, Mouvement, Continuité*, 5, 46-49.
- Foucault M., 1984, *L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard.
- Foucault M., 1999, *Les Anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975*, Paris, Gallimard-Seuil
- Gaussot L., Palierne N., 2020, Gestion des consommations, gestion de l'information. La régulation familiale de l'usage des psychotropes chez les jeunes, *Agora débats/jeunesses*, 84, 1, 23-39.
- Genard J-L., 2009, Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance, in Périlleux T. (éd.), *Destins politiques de la souffrance*, Toulouse, Érès, 27-45.
- Goffman E., 1974 [1967], Interaction Ritual: Essays on Face to Face Behavior, New York, Doubleday Anchor, in Goffman E., *Les rites d'interaction*, Paris, Minit.
- Golse A., 2001, De la médecine de la maladie à la médecine de la santé, in P. Artières (éd.), *Michel Foucault et la médecine. Lectures et usages*, Paris, Éditions Kimé, 271-300.
- Gutknecht T., 2020, Pour penser la médicalisation de nos sociétés, *Le Sociographe*, 72, 4, 36-48.
- Hacking I., 2002, *Les fous voyageurs*, Paris, Seuil.
- Henckes N., 2007, *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*, thèse de doctorat en sciences sociales, Paris, EHESS.
- Lambrette G., Flayelle M., Billieux J., 2021, Évaluation de l'impact des traitements résidentiels en matière d'addiction auprès d'une population luxembourgeoise adulte. Résultats d'une enquête, *Psychotropes*, 27, 1-2, 175-197.
- Marchant A., 2018, Petite histoire de la prohibition des stupéfiants en France, *Délibérée*, 3, 10-15.
- Marques A., Saetta S., Tartour T., 2016, Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire, *Revue française des affaires sociales*, 2, 57-74.

- Moatti J.-P., Peretti-Watel P., 2009, *Le Principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Seuil.
- Moreau D., 2017, Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse, *L'information psychiatrique*, 93, 7, 551-557.
- Ottaviani D., 2003, Foucault - Deleuze : de la discipline au contrôle, in Da Silva E., *Lectures de Michel Foucault. Volume 2 : Foucault et la philosophie*, Lyon, ENS éd., 59-73.
- Panfili J.-M., 2013, Soins psychiatriques ambulatoires sans consentement : un dispositif ambigu d'une grande insécurité juridique, *VST - Vie sociale et traitements*, 118, 2, 104-109.
- Passeron J.-C., Revel J., 2005, Penser par cas. Reasonner à partir de singularités, in Passeron J.-C., Revel J. (dir.), *Penser par cas*, Paris, éd. de l'EHESS.
- Reif S., Goerge P., Braude L., Dougherty R.H., Daniels A.S., Ghose S.S., Delphin-Rittmon M.-E., 2014, Residential treatment for individuals with substance use disorders: assessing the evidence, *Psychiatric Services*, 65, 3, 301-312.
- Reynaud J.-D., 1989, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin.
- Rostaing C., 2014, L'ordre négocié en prison : ouvrir la boîte noire du processus disciplinaire, *Droit et société*, 87, 2, 303-328.
- Rouat S., Sarnin P., 2018, L'intervention en santé au travail : l'intérêt de l'étude de cas d'intervention, *Le travail humain*, 81, 4, 331-363.
- Sallée N., 2020, Vingt-cinq ans de politiques publiques du traitement pénal de la jeunesse. Glissement paradigmatique et dissémination d'une logique de contrôle mondialisée, *Agora débats/jeunesses*, 86, 3, 97-110.
- Salman S., 2019, Aux sources du coaching et de ses morales (1930-2018), *Ethnologie française*, 49, 4, 653-670.
- Strauss A., [1978] 1992, Négociations : introduction à la question, in *La Trame de la Négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes présentés par Baszanger I., Paris, L'Harmattan.
- Thiry-Bour C., 1996, *Genèse d'une institution. Le Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie. Évolution de la politique de lutte antialcoolique*, Strasbourg, Pr. univ. de Strasbourg.
- Valleur M., Velea D., 2002, Les addictions sans drogue(s), *Toxibase*, 6, 1-15.
- Velpry V., Vidal-Naquet P., Eyraud B. (dir.), 2018, *Contrainte et consentement en santé mentale – Forcer, influencer, coopérer*, Rennes, PUR.
- Vincent G., Lahire B., Thin D., 1994, Sur l'histoire et la théorie de la forme scolaire, in Vincent G. (dir.), *L'Éducation prisonnière de la forme scolaire ?*, Lyon, PUL, 11-48.
- Wacquant L., 2000, *Corps et âme. Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*, Marseille, Agone.
- Weinberg D., 2005, *Of Others Inside: Insanity, Addiction, and Belonging in America*, Philadelphia, Temple University Press.