



SCIENCES DE L'EDUCATION
ET SCIENCES SOCIALES

Formation de chef de service

Maîtrise d'Etat de management du
socio-éducatif

Les Haschishins

ERIK RENAUDIN
Décembre 2005

GUIDANT / Carole AMISTANI
Isabelle CARIAT

Les Haschishins

La secte des Haschischins, issue des Ismaéliens a été fondée en 1090 par un certain Hassan Ibn as-Sabbah, en Perse. Leur chef suprême, redouté des croisés était connu sous le nom de Vieux de la Montagne.

Leur organisation fut officiellement détruite par le général mongol Hülegü en 1256.

Les adeptes étaient conditionnés selon un processus initiatique rituel et appelés " fida Iyyun " (d'où le nom moderne de " fedayin ").

On a souvent dit, que les hommes de Hassan étaient drogués, agissant sous l'effet du haschisch. Et leurs ennemis les appelaient "haschischoun " (fumeurs de haschisch), pour les déconsidérer aux yeux de tous. Le mythe des " Assassins " n'en fut que plus effrayant. D'ailleurs, en Occident, le mot « assassin » devint synonyme de « Meurtrier »

Δ8 *Antonio ESCOHOTANO, Ivresse dans l'Histoire, p 38.*

« L'idée m'est venue de parler du vin et du haschisch dans le même article, parce qu'en effet il y a en eux quelque chose de commun: le développement poétique excessif de l'homme. Le goût frénétique de l'homme pour toutes les substances, saines ou dangereuses, qui exaltent sa personnalité, témoignent de sa grandeur. Il aspire toujours à réchauffer ses espérances et à s'élever vers l'infini. Mais il faut voir les résultats. Voici une liqueur qui active la digestion, fortifie les muscles, et enrichit le sang. Prise en grande quantité même, elle ne cause que des désordres assez courts. Voilà une substance qui interrompt les fonctions digestives, qui affaiblit les membres et qui peut causer une ivresse de vingt-quatre heures. Le vin exalte la volonté, le haschisch l'annihile. Le vin est support physique, le haschisch est une arme pour le suicide. Le vin rend bon et sociable. Le haschisch est isolant. L'un est laborieux pour ainsi dire, l'autre essentiellement paresseux. A quoi bon, en effet, travailler, labourer, écrire, fabriquer quoi que ce soit, quand on peut emporter le paradis d'un seul coup? Enfin le vin est pour le peuple qui travaille et qui mérite d'en boire. Le haschisch appartient à la classe des joies solitaires; il est fait pour les misérables oisifs. Le vin est utile, il produit des résultats fructifiant. Le haschisch est inutile et dangereux ».

Charles BAUDELAIRE Les fleurs du mal, Les Paradis artificiels.

PLAN

Introduction

1 Contexte dans lequel se situe mon questionnement..p7

A) Dépendance.....p9

1) Dimension du corps.....p9

2) Dimension psychologique.....p10

B) Démarche de soin.....p12

2 Constats, Questionnements et Hypothèses .p13

A) Hypothèses.....p14

1) Approche historique.....p15

2) Influence des représentations.....p16

a) Les toxicomanes

b) les consommateurs excessifs de cannabis

3) Influence du regard du soignant.....p19

3 Présentations des concepts permettant d'étayer ma recherche.....p21

A) Stéréotypesp21

B) Représentations sociales.....p22

1) Recueil du contenu de la représentation.....p26

2) Recherche de la zone muette.....p26

4 Méthodologie et outils de recherche.....p28

A) Recherche historique.....p28

B) Construction des questionnaires.....p29

C) Entretiens.....p32

5 Analyse des hypothèses.....	p33
A) l'histoire de la construction de la démarche de soin en alcoologie	p33
1 Rapport à la psychiatrie.....	p34
2 Concept de Maladie.....	p35
3 Rapport à la loi.....	p36
4 Abstinence et la Substitution.....	p37
B) Représentation des toxicomanes en France face a celle des consommateurs de Cannabis en alcoologie.....	p39
1 Résultat et analyse de la 1° partie du questionnaire.....	p40
a) Analyse des moyennes.....	p40
b) Technique de substitution.....	p41
c) Comparatif des représentations.....	p48
2 Résultats et Analyse de la 2° partie du questionnaire...	p51
C) La difficulté que rencontrent les patients est-elle liée à la représentation et au regard de l'équipe de soin vis-à- vis des consommateurs de cannabis.....	p56
D) Synthèse des analyses.....	p60
Conclusion.....	p62
Bibliographie.....	p63
Annexes.....	p65

INTRODUCTION.

Une des questions à l'ordre du jour, dans notre société actuellement, est l'évolution de la consommation de cannabis et sa toxicité. Les réponses à cette question ne sont pas les mêmes aujourd'hui qu'il y a un an ou deux ans. Une prise de conscience collective est semble-t-il en train d'évoluer sur le fait que, la consommation de ce produit peut, au même titre que l'alcool, emmener en cas d'abus des consommateurs dans des modes de fonctionnement proche de la dépendance. Alors que le débat était centré ces dernières années sur la question de la dépénalisation du produit, la notion de drogues dures et de drogues douces est actuellement remise en cause par les professionnels de santé qui parlent maintenant de produits psycho actifs.

De plus en plus d'écrits, d'émissions de télévisions, de débats politiques traitent de la question du cannabis. Une campagne d'information a été lancée par le Ministre de la Santé le mercredi 2 février 2005 pour alerter les jeunes sur les risques dû à la consommation de ce produit.

Je travaille depuis 7 ans avec des personnes alcoolo-dépendantes, et je suis chef de service depuis septembre 2003 du CSSR (Centre de Soin de Suite et de Réadaptation en alcoologie, autrefois appelé centre de post cure) du RENOUVEAU à DIJON. Le travail de l'équipe de soin consiste à donner les moyens aux personnes dépendantes de l'alcool, qui sont engagés dans une démarche de soins, c'est à dire dans un projet de vie sans alcool (projet d'abstinence), de vivre sans le produit qui leur permettait de supporter, soit une histoire de vie trop lourde, soit des angoisses trop importantes, soit un état dépressif.

La notion d'abstinence est en lien avec la problématique de la dépendance. Une personne dépendante physiquement d'un produit, a perdu à vie, la capacité de consommer « normalement » ce produit. Elle ne pourra, dorénavant, vivre « normalement » que si elle ne consomme plus jamais le produit en question, c'est la notion d'abstinence.

Au cours du premier semestre 2004 j'ai constaté lors des entretiens de pré- admission que 30 % des patients alcoolo dépendants demandant à faire une démarche de soin dans mon service étaient aussi des consommateurs excessifs de cannabis. En discutant avec les autres centres de cure et de post cure, j'ai constaté que personne dans les structures de soins ne réagissait de la même façon à la question du cannabis. Certains centres ne le prennent pas en compte, d'autres refusent d'accueillir des patients consommant ce produit, ceci pour diverses raisons. Soit parce qu'ils pensent que ce type de prise en charge ne correspond pas à leur mission, soit parce que les équipes de soins ne savent pas comment travailler avec ce types de patients.

Dans notre service l'équipe de soin a décidé de prendre en charge les patients ayant une double dépendance alcool cannabis en mettant en place un protocole de contrôle et en spécifiant bien aux patients concernés que le seul projet d'accompagnement que nous pouvions avoir avec eux était:

Un projet d'abstinence à tous produits.

J'ai pu faire alors deux constats :

1: Les patients qui ont cette double dépendance, ont plus de mal à aller au bout de leur démarche de soin que les patients ayant une problématique d'alcool dépendance uniquement.

2: Lorsqu'en équipe nous cherchons à comprendre pourquoi les personnes ayant cette double dépendance ont plus de difficultés à aller au bout de leur démarche de soin, nous expliquons ce résultat par le fait que :

-il est difficile de travailler avec des toxicomanes, car notre structure n'est pas adaptée pour les patients ayant ce type de comportement.

- lorsque l'on met dans un groupe de malades alcooliques en démarche de soin, un ou deux toxicomanes cela met tout le groupe en difficulté. (Discours que j'ai toujours entendu depuis que je travaille en alcoologie).

En réfléchissant à cette question de prise en charge des patients ayant cette double dépendance, j'ai réalisé que j'avais intégré qu'il n'était pas possible de travailler en alcoologie avec des toxicomanes.

Je me suis rendu compte que cette affirmation n'était pas fondée sur ma propre expérience mais sur celle d'autres professionnels en alcoologie, ceux qui ont plus d'expérience que moi.

En quelque sorte je prends, ou plus exactement nous prenons comme acquis le fait que nous ne pouvons pas travailler avec d'autres personnes que des personnes alcoolo dépendantes « pur et dur ». Ce pré-requis ressemble beaucoup à une notion bien connue par les professionnels en alcoologie, (parce qu'ils passent une bonne partie de leur temps à se battre contre), c'est ce que l'on appelle le discours commun. Le discours commun sur l'alcool et l'alcoolique c'est par exemple les représentations d'un grand nombre de personnes et qui leur font dire :

« Qui a bu boira, les alcooliques n'ont pas de volonté ...»

Nous avons décidé dans le service, de prendre en compte les personnes ayant cette double dépendance alcool et cannabis, mais cela fait apparaître des difficultés liées, certes à la problématique des patients, mais aussi à une culture alcoologique qui ne semble pas laisser beaucoup de place à d'autres problématiques.

C'est à partir de ces différentes observations que se sont construits le questionnaire et les hypothèses dont ce travail fait l'objet.

Dans un premier temps il me semble important de vous présenter le contexte politique, puisque la prise en charge des problématiques de dépendance fait partie d'une politique de santé, et de vous expliquer comment on peut définir les notions de dépendance et de démarche de soin.

Dans un deuxième temps à partir des différents constats que j'ai pu faire, je vous présenterais ma question de recherche et les différentes hypothèses que j'ai posées.

Dans un troisième temps je développerais les concepts qui m'ont permis de construire ma méthode et mes outils de recherche.

Dans un quatrième temps je vous ferais part de l'analyse que j'ai pu faire des résultats obtenus au travers des différents outils que j'ai choisi d'utiliser.

Et je terminerais en concluant sur l'intérêt qu'a représenté pour moi ce travail de recherche.

1 Contexte dans lequel se situe mon questionnement.

Si l'on se rapporte à la politique de santé en France on peut remarquer que le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances adopté en juin 1999 par le gouvernement, proposait aux professionnels de santé une approche fondée plus sur les comportements que sur les produits, quel que soit leur statut légal, aussi bien dans le domaine des soins que de la prévention.

Par lettre de mission datée du 17 décembre 1999 Nicole MAESTRACCI (Présidente de la Mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie. MILT.) fixait les objectifs du groupe de réflexion sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions. Il était rappelé qu'historiquement les dispositifs spécialisés pour la prise en charge des toxicomanes et des personnes dépendantes de l'alcool s'étaient développés de manière cloisonnée et insuffisamment adaptée. Nicole MAESTRACCI précisait qu'une approche commune dans la prise en charge des différentes pratiques addictives impliquait un rapprochement des structures. Ce rapprochement exige :

- une réflexion méthodologique préalable sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux divers usages des différentes substances psycho actives.*
- un réexamen des fondements théoriques et cliniques qui ont conduit cette organisation des soins.*
- une définition des modalités selon lesquelles le dispositif de prise en charge devrait devenir plus cohérent et plus efficace.*

Le constat que l'on peut faire, c'est que 5 ans après, le rapprochement entre les professionnels s'occupant des problématiques alcooliques et toxicomanes n'est pas vraiment un fait acquis.

J'en donnerai quelques éléments d'explication dans la suite de mon travail.

Il me semble important de vous donner maintenant des éléments d'explications à propos des notions de dépendance et de démarche de soin.

A) Dépendance.

Pour comprendre la dépendance, il faut tenir compte de deux dimensions :

- *Dimension du corps.*
- *Dimension psychologique.*

- a) Dimension du corps.

Bien que chronologiquement, la dépendance physique se situe après la dépendance psychologique, c'est cette dépendance du corps qui représente le point commun de toutes les personnes dépendantes.

La dépendance physique est la perte de la liberté du corps du malade de s'abstenir de consommer un produit. (Δ14 NAHOUM-GRAPPE Véronique, LA CULTURE DE L'IVRESSE, p41)

Pour l'alcool cette dépendance a en fait un support chimique tant au niveau du foie du malade que de toutes les cellules de son corps, notamment de son cerveau :

*C'est au niveau du foie que l'alcool est dégradé, se transformant plusieurs fois en produits nommés **acétates**, qui ne sont autre que **du vinaigre** ; plus le sujet va boire, plus la dégradation se fera rapidement.*

*De même, plus les cellules du cerveau vont être mises en contact avec l'alcool qui est dans le sang, plus les **cellules vont s'adapter à vivre** dans cette ambiance, ceci aboutit à un phénomène remarquable qui est la **tolérance** et que l'on peut résumer par cet adage : "**Plus on boit, mieux on supporte l'alcool**".*

On imagine dès lors que si un sujet utilise l'alcool à d'autres fins que le simple usage d'un produit liquide, il soit amené, du fait de cette tolérance, à augmenter les doses pour continuer d'obtenir le même effet. On imagine aussi que, parvenu à ce stade, son organisme ne puisse plus fonctionner qu'en présence d'alcool.

Au bout d'une dizaine à une vingtaine d'années en moyenne,

l'organisme met en place une sorte d'usine chimique qui va se mettre à produire des véritables produits morphiniques, les endorphines.

. Celles - ci, avec l'alcool, se transforment et deviennent de l'"endorphine-like" (qui est fausse). Le cerveau ne produit plus d'endorphine naturelle. A ce moment- là, le patient arrête de boire donc, il y a alors une hyper agitation du cerveau, délire, tremblements, épilepsie, suée. Le patient doit alors absolument reboire, sinon c'est la mort. La conséquence inéluctable est que le corps de ce sujet va désormais dépendre, pour sa survie, d'endorphines venues de l'extérieur, via l'alcool.

Le sujet alcoolique est devenu dépendant des drogues qu'il produit, il est en quelque sorte toxicomane. (Δ12 MARCOUX Guy, L'ALCOOLIQUE TOXICOMANE,p48).

. Chaque fois qu'il devra combler son manque, il se trouvera un prétexte pour le faire, puis une justification pour se l'expliquer sans trop culpabiliser. Et ce faisant, il pourra pendant encore des années ignorer l'expérience du manque qu'il vit sans arrêt dans la journée.

A un stade ultérieur, tolérance et dépendance, se renforçant mutuellement au fil des années en une spirale sans fin, le sujet va boire des quantités énormes qu'il supportera de façon invraisemblable. Jusqu'au moment où le corps, le foie notamment, va déclarer forfait et va devenir intolérant : période difficile pour l'alcoolique.

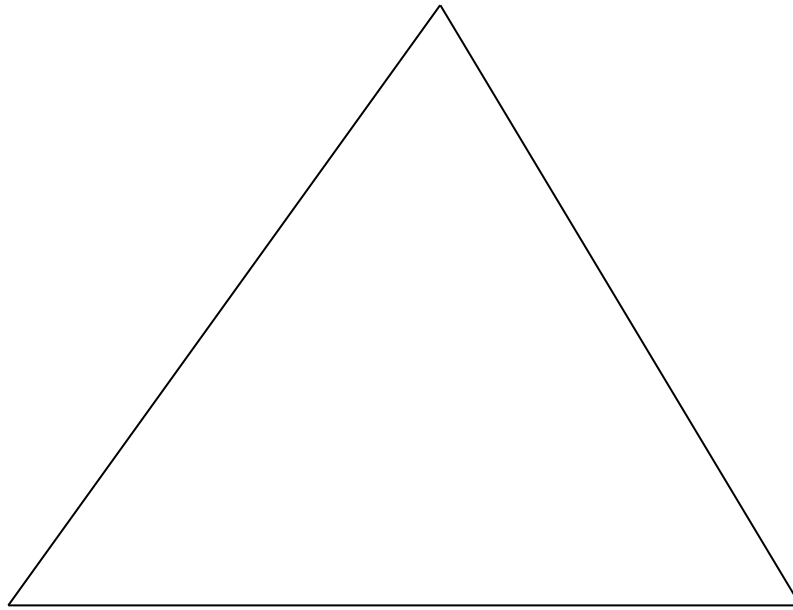
- b) Dimension psychologique.

« La dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et relève de la satisfaction d'un besoin. » (Δ13 Albert MEMNI, La dépendance p32).

On ne peut pas traiter de la dépendance à un produit en ne parlant que de la personne dépendante et du ou des produits qu'elle consomme. Albert MEMNI dans son livre « la dépendance » nous explique que pour comprendre la problématique de la dépendance il faut l'envisager comme une relation triangulaire entre :

Le dépendant - le produit - l'objet de pourvoyance.

Le dépendant.



Objet de Pourvoyance .

Le pourvoyeur.

Le pourvoyeur, en ce qui concerne la personne alcoolo dépendante, l'alcool ; est utilisé par le dépendant pour répondre à une nécessité, à un besoin vital qui peut être :

- Un état dépressif.*
- Des angoisses insupportables.*
- Une incapacité à entrer en relation.*

Toute personne demeurera dépendante tant qu'elle restera persuadée que seul le pourvoyeur qu'elle utilise peut répondre à son mal -être, son objet de pourvoyance.

Lorsqu'un malade alcoolique, dépendant physiquement décide, parce que les pertes causées par son alcoolisme deviennent insupportables, de s'inscrire dans un projet d'abstinence, il décide par la même occasion de se priver du seul pourvoyeur qui lui a permis, jusqu'à présent de supporter les éléments de sa vie qui étaient insupportables.

L'arrêt de la consommation du produit ne règle en rien le réel problème d'une personne dépendante psychologiquement.

B) Démarche de soin.

La démarche de soin des personnes dépendantes se propose de prendre en compte les deux modes de dépendance :

- La dépendance physique, par la mise en place d'un protocole médical, (d'une durée de 7 ou 8 jours) qui permet l'arrêt de l'alcool, tout en surveillant les risques inhérents à l'arrêt brutal de la consommation d'alcool . (Crises d'épilepsie, délires, tremblements, suées, delirium...)

-La dépendance psychologique dans le cadre d'accompagnement thérapeutique comme le font les Centres de Soins de Suite et de Réadaptation en alcoologie.

Dans ces prises en charge, le but est de permettre aux patients d'évaluer à quel moment ils ont besoin du produit (le pourvoyeur). Ce repérage doit leur permettre de comprendre à quoi servait l'alcool, c'est-à-dire d'approcher ce qu'Albert MEMNI appelle : l'objet de pourvoyance. Une fois ce repérage effectué, le rôle de ces lieux thérapeutiques est de proposer aux patients, des techniques, des outils, c'est-à-dire d'autres pourvoyeurs, qui leur permettront de continuer à répondre à leur objet de pourvoyance, sans utiliser les produits dont ils sont devenus dépendants physiquement. Les techniques que l'on propose dans notre service, sont des techniques en lien avec :

- La parole : les groupes de paroles, les entretiens individuels, les séances d'informations (alcool, toxiques, tabac, médicaments....)*
- Le corps : la relaxation, la sophrologie, la remise en forme physique.*
- La créativité : l'art thérapie, le théâtre, le modelage, l'atelier écriture.*

La démarche de soin pour les personnes dépendantes demande du temps. Les prises en charge par des équipes de soins dans des structures spécialisées n'en sont qu'une étape.

Les patients auront à continuer un travail thérapeutique, en utilisant la ou les techniques qui leur conviennent, afin de mieux situer, appréhender leur problématique première, leur objet de pourvoyance.

2 Constats, Questionnements et Hypothèses.

Mon projet de recherche se construit à partir de plusieurs constats.

- 1. Dans le cadre de mon activité (c'est-à-dire l'accompagnement de patients malades alcooliques dans une démarche de soin), je constate que les caractéristiques des patients que l'on accueille est en pleine évolution, voire en pleine mutation, puisque pratiquement un tiers d'entre eux sont confrontés à une double problématique liée à leur consommation d'alcool et de cannabis.*
- 2. Les personnes ayant cette double dépendance ont plus de mal à aller au bout de leur démarche de soin.*
- 3. Il existe chez les soignants des centres spécialisés en alcoologie, un regard spécifique, certaines idées ou certaines représentations vis-à-vis des consommateurs de drogues, des « toxicomanes ».*
- 4. Politiquement, la nécessité d'un rapprochement entre les équipes soignantes en alcoologie et en toxicomanie est souhaitée, élaborée, mais semble t-il pas concluante.*
- 5. Historiquement, que ce soit dans la construction des démarches de soin pour les toxicomanes et pour les alcooliques, dans la littérature, le monde de l'alcool et de la drogue a fonctionné, en parallèle ou en opposition.*

C'est à partir de ces cinq constats que j'ai construit ma question de recherche.

En quoi, les stéréotypes, les représentations négatives qu'ont les équipes de soin en alcoologie des «toxicomanes », peuvent avoir une influence sur la prise en charge d'un patient dépendant de l'alcool et du cannabis.

Il est nécessaire d'avoir des éléments de réponses à propos de cette question, car ce qui est en jeu, c'est la qualité de l'accueil de ces patients dans les services d'alcoologie, mais aussi, à moyen terme, la pérennité de notre activité, car le nombre de personnes ayant une double problématique, alcool cannabis, est en augmentation constante.

A) Hypothèses.

Plusieurs hypothèses sont issues des constats que j'ai pu faire :

1) L'approche que les équipes soignantes en alcoologie ont de la problématique toxicomane est en partie liée à l'histoire de la construction de la démarche de soin en alcoologie depuis sa création.

2) Les représentations du toxicomane que l'on retrouve dans la société française, influencent l'approche que les équipes soignantes en alcoologie ont de la problématique des consommateurs excessifs de cannabis.

3) La difficulté que rencontrent les patients, ayant une double dépendance alcool cannabis, pendant leur démarche de soin est en partie liée à la représentation et au regard de l'équipe de soin vis-à-vis des consommateurs de cannabis.

Le travail autour de ces trois hypothèses devrait me permettre de vérifier la validité de mon questionnement, mais aussi de trouver des pistes de réflexion afin de faire évoluer l'accueil et la prise en charges des patients ayant une double dépendance dans les services d'alcoologie.

1) L'approche que les équipes soignantes en alcoologie ont de la problématique toxicomane est en partie liée à l'histoire de la construction de la démarche de soin en alcoologie depuis sa création.

L'évolution historique dans la création des démarches de soin en alcoologie et en toxicomanie se déroule schématiquement en trois étapes pratiquement identiques :

- *Une première étape de construction des représentations sociales, des conceptualisations médicales (dans la deuxième partie du 19^e siècle).*
- *Une période de latence (qui correspond à la première partie du 20^e siècle).*
- *Une dernière étape qui voit la création des différents champs cliniques, Pierre FOUQUET pour l'alcoologie en 1960, et Claude OLIEVENSTEIN pour la toxicomanie dans les années 1970.*

Cependant, deux orientations spécifiques ont eu lieu quand les professionnels ont dû prendre de la distance avec le secteur psychiatrique qui ne semblait plus adapté à une de ses missions : « la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie ».

L'analyse des écrits professionnels et des entretiens que je vais faire, devrait me donner les différents éléments clefs qui explique les divergences entre les deux modes de prise en charge.

2) Les représentations du toxicomane que l'on retrouve dans la société française, influencent l'approche que les équipes soignantes en alcoologie ont de la problématique des consommateurs excessifs de cannabis.

a) Les toxicomanes.

Un stéréotype est une représentation sociale particulière qui est souvent liée à une classe d'individus. Il permet par un raccourci de donner une image sans nuances et très schématique. Le stéréotype du toxicomane tel que nous le connaissons c'est le « toxico » qui ment, vole, parfois tue, qui est esclave de son vice. C'est l'usager d'héroïne, avec sa seringue et sa cuillère. Numa MURARD professeur de sociologie à Paris VII en 1979 sous le titre « L'ennemi public numéro un » évoque cette « figure familière, famélique, épiant les autres, prête à voler, sinon à tuer, qui hantait aujourd'hui chaque foyer, chaque école, cachant sa drogue, prête à être utilisée, prête à être vendue, à répandre le mal ». Ce stéréotype apparaît dans les années 1970, se renforce dans les années 1980 avec une augmentation de la consommation d'héroïne et aussi parce que le lien entre délinquance prédatrice et usage régulier d'héroïne est confirmé par les criminologues L'apparition du SIDA n'a fait qu'augmenter les inquiétudes et les « Légendes Urbaines » se sont multipliées, mettant en scène des toxicomanes menaçant des innocents avec une seringue infectée. Dans une enquête sur la population Française à propos des représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) en 2002 aux questions :

- Certains pensent que ceux qui prennent de l'Héroïne sont des parasites.

21,4 % sont d'accord. 77,7 % ne sont pas d'accord.

- Certains pensent que ceux qui prennent de l'Héroïne sont dangereux pour leur entourage.

73.2 % sont d'accord. 25,5 % ne sont pas d'accord.

- Certains pensent que ceux qui prennent de l'Héroïne cherchent à entraîner les jeunes.

58,7 % sont d'accord. 39,3 % ne sont pas d'accord.

Ces différents textes et pourcentages nous montrent combien l'image de l'héroïnomane fortement liée à celle du toxicomane, est porteuse d'inquiétudes et d'angoisses puisqu'il est supposé nous mettre en danger et entraîner nos enfants dans la drogue et la délinquance.

b) Les consommateurs de Cannabis.

- D'un point de vue historique, la consommation de cannabis s'est accrue régulièrement en France, particulièrement dans les années 1990-92 où 18% des 18-34 ans disaient en avoir consommé contre 35% en 2002. Aujourd'hui un jeune de 17 ans sur deux a expérimenté le cannabis. La consommation régulière, plus de dix fois par mois concerne 24% des garçons de 18 ans et 9 % des filles. Cette évolution est Européenne. (Δ4 CHOLLET-PRZEDNOWED Emmanuelle, CANNABIS).

- A propos des effets, si le cannabis en lui même n'induit pas de dépendance, il ne faut pas oublier que le tabac est fortement addictif. Actuellement 300.000 à 500.000 personnes seraient en difficulté c'est à dire que leur vie se trouve « centrée » sur la consommation.

Plusieurs études ont remarqué un lien entre consommation de cannabis et certaines maladies mentales, comme la schizophrénie. Généralement le cannabis provoque chez certaines personnes, et en fonction de son dosage en principes actif, un état délirant transitoire, cédant en quelques heures ; mais quelquefois, rarement, cet état perdure et signe une entrée dans une « vraie » psychose. Les personnes psychotiques « apprécient » le cannabis pour deux raisons :

- Il traite leur angoisse.
- Il donne une justification au délire qui les envahit.

Malheureusement, cette consommation semble aggraver certains symptômes de leur maladie et, par ailleurs, semble diminuer l'efficacité des traitements.

- D'un point de vue législatif, le cannabis fait partie des produits psychotropes illicites au même titre que l'héroïne, la cocaïne, à la différence de l'alcool, il n'y a pas de seuil légal de consommation. Toute consommation est interdite.

Par exemple, depuis le 1^{er} janvier 2003 les peines encourues pour conduite sous l'effet du cannabis sont de deux ans de prison et 4500 euros d'amende, de trois ans de prison et 9000 euros d'amende si l'alcool y est associé.

Il ressort actuellement que seulement une partie des patients consommateurs d'alcool et de cannabis sont des anciens toxicomanes ayant arrêté depuis un nombre d'années plus ou moins long les autres produits. Même si ces personnes ont réussi à se réinsérer, à créer une vie familiale, ils portent toutefois cette étiquette de « toxico ».

3) La difficulté que rencontrent les patients, ayant une double dépendance alcool cannabis, pendant leur démarche de soin est en partie liée à la représentation et au regard de l'équipe de soin vis-à-vis des consommateurs de cannabis.

Cette dernière hypothèse est la résultante des précédentes. Il me semble toutefois indéniable que la place du soignant dans une démarche de soin, dans notre cas l'accompagnement dans une démarche de soin thérapeutique est essentiel. La pathologie de la dépendance (quelle que soit la dépendance) est une pathologie de la relation, de l'autonomie, de la séparation. La fonction du soignant, du thérapeute, dans un centre de soin de suite et de réadaptation en alcoologie va être d'accompagner le patient vers les différentes étapes du deuil qui lui permettra de se séparer du produit dont il est dépendant, de l'aider à trouver un outil de substitution qui lui permettra de continuer à vivre, et ensuite de travailler avec lui sur l'origine de sa problématique. Ce travail ne peut être possible que si le soignant a une image positive du patient. Afin d'évaluer le regard des soignants en alcoologie vis-à-vis des toxicomanes je vais utiliser deux modes d'approche.

1 *Je vais reprendre une partie du questionnaire de l'enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Produits Psycho actifs mis en place par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)* .Dans cette enquête il apparaît qu'en France le stéréotype du toxicomane c' est : « **l'injecteur d'héroïne dépendant** ». Je souhaite donc proposer ce questionnaire en remplaçant l'héroïne par le cannabis au personnel soignant de différentes structures de soin en alcoologie. Je devrais pouvoir le diffuser auprès d'une centaine de soignants. Ces questionnaires devraient me permettre de repérer :*

S'il existe une réelle différence entre les représentations de « l'opinion public» et les représentations des personnels soignants en alcoologie.

***Représentations, Opinions et Perceptions sur les Produits Psycho actifs mis en place par l' OFDT.**

*	1999		2002	
	Total D'accord	Total pas D'accord	Total D'accord	Total pas D'accord
Certains pensent que ceux qui prennent de l'héroïne :				
...le font parce qu'ils ne trouvent pas leur place dans la société	56.4 %	42.1 %	47.9 %	50.8 %
...manquent de volonté	55.2 %	43.0 %	51.5 %	47.0 %
...sont des personnes malades	50.6 %	48.0 %	41.4 %	57.7 %
...le font à cause de problèmes familiaux	59.4 %	37.8 %	51.6 %	47.1 %
...sont des parasites	21.8 %	76.5 %	21.4 %	77.7 %
...sont dangereux pour leur entourage	73.6 %	24.5 %	73.2 %	25.5 %
...cherchent à entraîner les jeunes	63.5 %	33.6 %	58.7 %	39.3 %
Certains pensent que :				
...prendre de l'héroïne peut être un choix de vie	32.2 %	66.1 %	29.7 %	69.5 %

2 Je prévois de faire des entretiens enregistrés auprès de six ou huit professionnels en alcoologie travaillant dans un centre de prévention, dans un centre de cure et dans un centre de post-cure. Afin de faire le lien avec les questionnaires, je vais construire une grille d'entretien qui en reprendra certains éléments. Ces entretiens seront enregistrés, et je me déplacerai sur leur lieu de travail. Je souhaite par ces entretiens :

- Comprendre comment ces professionnels vivent les changements de population auxquels ils sont confrontés.

- Repérer s'il existe des stéréotypes ou des représentations liées aux nouvelles problématiques des patients qu'ils accueillent.

- S'ils existe des stéréotypes ou des représentations, essayer de comprendre comment ils se sont construits.

3 Présentations des concepts permettant d'étayer ma recherche.

J'ai choisi de travailler sur deux axes de recherche qui vont me permettre d'avancer dans mon questionnement et de valider ou non mes hypothèses :

- LES STEREOTYPES.

- LES REPRESENTATIONS SOCIALES.

A) Stéréotypes.

*Le mot est lié à l'apparition de l'imprimerie et utilisé pour "cliché métallique en relief". L'adjectif stéréotype avait le sens "imprimé avec des caractères stéréotypes". **Stéréotype** et **préjugé** ont eu tendance à se confondre. La dimension « classificatoire » prédomine dans le cas du **stéréotype** (croyance, opinion). La tendance émotionnelle prédomine dans le cas du **préjugé**, qui désigne l'attitude adoptée envers les membres du groupe en question.*

Il existe plusieurs définitions du stéréotype mais on peut dire qu'il reflète une attitude, une opinion simplifiée à l'extrême et très souvent erronée. Le stéréotype est de l'ordre du jugement. C'est une idée que l'on se fait et qui n'est pas toujours facile à défaire. Le stéréotype n'est jamais à l'avantage de la personne visée, c'est une façon de la réduire à une caractéristique jugée négative. C'est une façon de dire qu'elle a moins de valeur que nous-mêmes. Le stéréotype prend la forme d'une opinion généralisée et concerne, le plus souvent, un type d'individus, un groupe ou une classe sociale. L'usage du stéréotype revient à économiser la réflexion ; l'opinion est basée sur des a priori et des poncifs . L'image du sujet tient plus de la réputation de ce dernier et non pas de faits avérés. Le stéréotype relève donc souvent d'une prise de position qui repose sur des « on dit » et non sur des fondements réfléchis et argumentés.

Ainsi les stéréotypes, très souvent, concernent des individus d'autres classes sociales, d'autres origines. Ce mode d'approche peut resurgir dans un contexte de tension. Dans l'enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Produits Psycho actifs mis en place par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) c'est la notion de stéréotype qui est utilisée lorsqu'il est question de l'image du toxicomane.

B) Représentations sociales.

L'apparition du concept en Sociologie des représentations sociales vient d'Emile DURKHEIM qui publie un article dans le numéro de mai 1898 de la Revue de Métaphysique et de Morale, tome VI, un texte dont le titre est : « Représentations individuelles et Représentations collectives ». Ce concept sera ensuite repris par Serge MOSCOVICI dans son ouvrage La Psychanalyse, son image et son public en 1961.

Les représentations sociales déterminent les relations des acteurs sociaux avec l'objet de la représentation.

La théorie des représentations sociales montre que le noyau central de la représentation est fonction de l'objet lui-même, des relations que l'acteur social entretient avec l'objet, ainsi que des contenus idéologiques relatifs à l'objet). «En tant que phénomènes, les représentations sociales se présentent sous des formes variées, plus ou moins complexe. Images qui condensent un ensemble de significations ; systèmes de références qui nous permettent d'interpréter ce qui nous arrive, voire de donner un sens à l'inattendu ; catégories qui servent à classer les circonstances, les phénomènes, les individus auxquels nous avons à faire ; théories qui permettent de statuer sur eux.» (Δ11.JODELET, Les représentations sociales 1984 p 357).

Les représentations sociales (une manière de penser et d'interpréter la réalité quotidienne), constituent une forme de connaissance socialement élaborée et partagée.

Selon S. Moscovici, les représentations sociales sont constituées d'un ensemble d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes, ensemble

d'éléments structurés et organisés, l'analyse d'une représentation sociale nécessite, dès lors, un double repérage :

- celui de son contenu .

- celui de sa structure.

*J.-C. ABRIC affirme que les représentations sociales ont à la fois une **composante cognitive** par leur texture psychologique et une **composante sociale** par leur élaboration et leur transmission dans le groupe. Pour lui, « toute représentation est organisée autour d'un noyau central ». Ce noyau central est l'élément fondamental de la représentation, car c'est lui qui détermine à la fois la signification et l'organisation de la représentation. Le noyau central - ou noyau structurant- d'une représentation assure deux fonctions essentielles :*

- une fonction génératrice : il est l'élément par lequel se crée, ou se transforme, la signification des autres éléments constitutifs de la représentation. Il est ce par quoi ces éléments prennent un sens, une valeur ;

*- une fonction organisatrice : c'est le noyau central qui détermine la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation. Il est, en ce sens, l'élément unificateur et stabilisateur de la représentation. » (Δ1 J.-C. ABRIC, *Pratiques sociales et représentations*, p.21.22).*

Toujours selon ABRIC, « autour du noyau central s'organisent les éléments périphériques. Ils sont en relation directe avec lui, c'est-à-dire que leur présence, leur pondération, leur valeur et leur fonction sont déterminées par le noyau. Ils constituent l'essentiel du contenu de la représentation, sa partie la plus accessible, mais aussi la plus vivante et la plus concrète. Ils comprennent des informations retenues, sélectionnées et interprétées, des jugements formulés à propos de l'objet et de son environnement, des stéréotypes et des croyances. Ces éléments sont hiérarchisés, c'est-à-dire qu'ils peuvent être plus ou moins proches des éléments centraux : proches du noyau central, ils jouent un rôle important

dans la concrétisation de la signification de la représentation ; plus éloignés, ils illustrent, explicitent ou justifient cette signification» (Δ1J.-C. ABRIC, *Pratiques sociales et représentations*, p.25).

Toute représentation sociale comprend donc deux catégories d'éléments, le noyau central d'une part, les éléments périphériques, d'autre part. Le noyau central est l'aspect stable et dénonciateur de la représentation, tandis que le système périphérique reprend les éléments qui s'adaptent au concret et font le lien entre le noyau central et la réalité. C'est le système périphérique qui permettra d'agir le plus directement sur les représentations par l'introduction de nouveaux éléments dans l'environnement de l'objet de la représentation. Il conviendrait d'agir sur le système périphérique pour tenter de modifier, à long terme, un noyau central plus résistant. L'analyse du système périphérique permet de repérer les transformations en cours; il peut constituer un indicateur important des modifications futures de la représentation. L'évolution du système périphérique indique les situations dans lesquelles les représentations sont en cours de transformation pouvant aller jusqu'à la modification du noyau central.

L'étude des représentations sociales ne peut se satisfaire d'une seule méthode de travail, cela implique une pluri méthodologie, ce qui nous emmène à une stratégie de triangulation.

La triangulation est une procédure conçue pour vérifier une hypothèse grâce à plusieurs méthodologies afin de tester si oui ou non les résultats obtenus sont cohérents entre eux. La triangulation peut prendre différentes orientations sur le plan conceptuel et méthodologique :

-La triangulation des données.

-La triangulation des chercheurs.

- *La triangulation théorique.*
- *La triangulation méthodologique.*
- *La triangulation interdisciplinaire.*

Recherche du noyau central.

Une représentation sociale est organisée autour et par un noyau central (constitué d'un nombre très limité d'éléments), qui détermine les relations entre ses éléments constitutifs. Etudier une représentation sociale, c'est chercher les constituants de son noyau central.

Les personnes que l'on interroge disent-elles réellement ce qu'elles pensent ? Il existe une zone que l'on appelle « zone muette » de la représentation sociale. Cette zone est constituée d'éléments de la représentation qui ne sont pas verbalisés par le sujet par des méthodes classiques de recueil. Ces éléments non verbalisables, le sont parce qu'ils sont considérés par les personnes interrogées comme pouvant mettre en cause des valeurs morales ou des normes valorisées par le groupe auquel elles appartiennent. Ces éléments ont donc un caractère contre normatif. Il existerait selon la théorie d'ABRIC certains éléments du noyau central qui seraient « non activés » dans certaines situations. Il y aurait des éléments dormants de deux types :

- *Ceux qui sont en sommeil parce que non activés.*
- *Ceux qui sont en sommeil parce que non exprimables (Zone muette).*

Si l'on prend acte, ce que je fais, de l'existence de cette zone muette, alors cela implique la mise en place d'une démarche appropriée pour que l'on puisse la faire apparaître, et surtout la rendre audible.

Cette démarche s'articule pour commencer en deux phases :

-Le recueil du contenu explicite de la représentation.

-La recherche de la zone muette.

1 Recueil du contenu de la représentation.

L'évocation hiérarchisée qui est basée sur la méthode des associations libres.

-On demande à des personnes de classer des mots ou des expressions par ordre d'importance.

Avec ce travail on dispose d'un ensemble d'éléments (contenu des représentations) et de deux indicateurs quantitatifs :

- *la fréquence d'apparition des mots et, ou des expressions.*
- *Le score d'importance accordé par la personne.*

La fréquence d'apparition des mots et, ou des expressions est un indicateur de centralité si elle est complétée par l'importance que le sujet lui accorde.

2 Recherche de la zone muette.

Certains éléments du noyau central se trouvent dans la zone muette. Si ces éléments, non dits, ne sont pas pris en compte dans la recherche du noyau central de la représentation, alors l'analyse que l'on en fera risque d'être en partie erronée.

Il existe plusieurs techniques dont une dite de « substitution », et une autre dite de « décontextualisation normative ».

- *La technique de substitution prend en compte le fait que la personne interrogée peut avoir du mal à assumer certaines de ses idées. Pour lui permettre de prendre de la distance avec ce qu'elle considère comme contre normatif, on lui*

propose d'attribuer ces idées à d'autres personnes. Après lui avoir demandé son avis sur le thème qui nous intéresse, on lui propose de nous répondre sur le même thème comme le ferait une personne de son entourage ou de sa corporation.

- *La technique de décontextualisation normative consiste à jouer sur le destinataire, le récepteur auquel s'adresse la personne lorsqu'elle répond à l'enquête. Il a été repéré que la pression normative est plus forte lorsqu'on s'adresse à une personne du même groupe social ou professionnel. Il est beaucoup plus simple d'exprimer des idées déviantes ou contre normatives avec des personnes moins proches ou qui ne partagent pas le même système de référence. Dans ce cas là, la personne qui enquête doit prendre soin de se présenter comme ayant le moins de liens, social, professionnel, culturel, possible avec la personne qu'il interroge.*

Dans ma situation, travaillant en lien avec les personnes que je souhaite interroger je n'ai pas pu utiliser la technique de décontextualisation normative, j'ai donc travaillé mon questionnaire en utilisant la technique de substitution.