



In-quiétude et souci de soi comme éthique dans les relations thérapeutiques avec les patients addicts

Aymeric Reyre, Olivier Taïeb, Jeanne-Flore Rouchon, Thierry Baubet, Emmanuel Hirsch, Marie Rose Moro

DANS **PSYCHOTROPES** 2010/1 Vol. 16 , PAGES 9 À 19
ÉDITIONS **DE BOECK SUPÉRIEUR**

ISSN 1245-2092

ISBN 9782804160654

DOI 10.3917/psyt.161.0009

Date de mise en ligne : 18/05/2010

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-psychotropes-2010-1-page-9?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

In-quiétude et souci de soi comme éthique dans les relations thérapeutiques avec les patients addicts

Dis-quiet and care of the self as an ethics in therapeutic relationship with addict patients

Aymeric Reyre

Centre Boucebci (CSAPA), Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, de Psychiatrie générale et Addictions, Hôpital Avicenne, APHP, Université Paris 13, EA3413, Inserm U 669, 125 rue de Stalingrad, 93000 Bobigny
Courriel : aymeric.reyre@avc.aphp.fr

Olivier Taïeb

Jeanne-Flore Rouchon

Thierry Baubet

Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, de Psychiatrie générale et Addictions, Hôpital Avicenne

Emmanuel Hirsch

Espace éthique APHP, Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11

Marie Rose Moro

Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, de Psychiatrie générale et Addictions, Hôpital Avicenne

Résumé : La relation de soin avec le patient addicté est traversée par le doute sur la parole et la volonté du sujet rencontré. Cette défiance dégrade le cadre de soin et les possibilités thérapeutiques et pose ainsi un problème clinique autant qu'éthique à la pratique soignante. Cette situation se rapproche du contexte d'in-quiétude

tel qu'il est décrit par Marc-Henri Soulet. La disparition du cadre fragile, mais rassurant, de la confiance exige de l'agent, s'il veut se redonner les moyens de soigner, qu'il s'engage entièrement dans une action pensée et soumise à la validation d'autrui. Cette voie de reconstruction du soin dans un climat d'in-quiétude part du sujet agent et s'appuie sur le regard de l'autre. En cela, elle s'inscrit dans une éthique prudente mais exigeante du souci de soi telle qu'elle est portée par Michel Foucault dans la dernière partie de son œuvre. Cette approche invite le soignant désarçonné à cultiver une forme d'esthétique de son savoir et de sa pratique tout en recherchant une légitimation de ses actes auprès des autres.

Abstract: The care relationship with the addict patient is crossed by the doubt on the word and the will of the met subject. This mistrust degrades the conditions of care and the therapeutic possibilities and so raises a clinical problem as much as ethical in the medical practice. This situation gets closer to the context of disquiet such as it is described by Marc-Henri Soulet. The disappearance of the fragile but reassuring context of confidence requires the agent, if he wants to restore his capacities of care, to be completely involved in an action that should be thought and submitted to the validation of others. This way of reconstruction of the care in a climate of disquiet starts from the subject and leans on the watch of the other one. Therefore, it subscribes to a careful but demanding ethics of the care of the self such as it is conceived by Michel Foucault in the final part of his work. This approach invites the puzzled carer to cultivate a kind of aesthetics of its knowledge and its practice while looking for a legitimization of its acts by the others.

Mots clés : addiction, éthique, relation de soin, inquiétude, défiance, souci de soi, Michel Foucault.

Keywords: addiction, ethics, care relationship, disquiet, mistrust, care of the self, Michel Foucault.

Le mouvement constitutif actuel de cette discipline émergente qu'est l'addictologie ouvre de nombreuses questions relevant tant de la technique que de l'éthique du soin des personnes qu'elle a choisies comme objets.

L'addictologie est un carrefour. Chercher à la définir confronte rapidement aux différentes voies qui l'alimentent et lui donnent son aspect

composite, hétérogène et multiple. Elle est héritière de traditions médicales, mais aussi sociologiques, politiques, économiques, judiciaires...

Pour ne parler que de son versant soignant, nous devons constater qu'elle regroupe aujourd'hui des professionnels venant de champs très divers comme la médecine générale, la médecine légale, la médecine interne, la psychiatrie, parmi d'autres. Chacun de ces champs apporte ses propres représentations, ses propres théories et idéologies. Certaines approches qui en découlent portent en elles une longue tradition clinique et thérapeutique, d'autres se revendiquent en rupture et en indépendance théorique et historique. Certaines cherchent à prendre en compte la complexité de ce qu'on appelle l'addiction, d'autres tendent à la simplification.

Nous avons, de cette constitution de l'addictologie, parfois le sentiment qu'elle est en miroir de l'organisation psychique de bon nombre de nos patients. Son hétérogénéité, son absence d'enveloppe solide et cohérente, sa laborieuse construction identitaire, le vide qui l'occupe parfois et sa tendance à l'indifférenciation et à la transgression des interdits structurants (pensons à l'ambiguïté de ses relations avec la sphère judiciaire ou à sa gestion particulière du secret médical) en font une discipline « limite » au sens psychopathologique du terme.

Nous pouvons ainsi proposer l'idée que les questions identitaires qui occupent tout soignant en addictologie sont liées tant à la singularité des patients que nous rencontrons et à leur façon d'interroger notre fonction soignante, notre rôle social, qu'à la construction instable de la discipline qui nous rassemble.

Cette situation place la relation thérapeutique dans un contexte d'incertitude où les règles conventionnelles du soin sont mises à mal, où le cadre thérapeutique est fragilisé, et où la défiance s'infiltrerait facilement en menaçant la possibilité même d'un soin.

C'est à partir d'une approche pluridisciplinaire et complémentariste de l'éthique des soins que nous cherchons à caractériser cet état d'insécurité qui bride les possibilités d'une relation thérapeutique, et que nous tentons de dégager des pistes pour renforcer le soin.

L'inquiétude, qui traverse toute relation à Autrui, est immédiatement apparente dans la rencontre avec le sujet addicté. Les travaux du sociologue Marc-Henri Soulet nous aideront à caractériser cet état d'inquiétude comme dégradation du cadre classique de l'action. Ce constat nous amènera à poser les bases d'une éthique prudente, mais en recherche de solutions visant à restaurer les conditions d'un soin. La lecture de Michel Foucault nous engagera sur la voie du souci de soi comme position éthique à même de produire une action complète et restauratrice.

Une clinique inquiète

Une première étape consiste à caractériser la situation inconfortable dans laquelle se trouve la relation thérapeutique dans le champ des addictions.

Un faisceau de causes est à l'origine de ce fait. Nous avons évoqué en introduction le rôle de la psychopathologie propre aux patients addictés et de la fragilité de l'édifice addictologique. Il faut y joindre aussi la présence et l'influence dans l'espace thérapeutique de l'objet d'addiction (influence qui, quoi qu'on en dise, diffère quelque peu selon la nature de l'objet et selon que cet objet soit réel ou non), les représentations sociales de l'addiction et la stigmatisation qui les accompagne ; stigmatisation qui menace de contaminer le thérapeute et l'espace thérapeutique.

Pour ces différentes raisons, donc, la relation thérapeutique doit évoluer dans un contexte d'incertitude où le thérapeute se voit régulièrement désarmé, déséquipé, par les défaillances d'un cadre thérapeutique trop fragile, trop rigide, trop attaqué ou dévoyé.

Nous avons trouvé chez le sociologue Marc-Henri Soulet une description particulièrement pertinente d'une telle situation. Il parle d'un contexte d'« in-quiétude » (Soulet, 2005). Un tel contexte survient lorsqu'il n'y a plus de prévisibilité claire, lorsque les ressources pour l'action deviennent obsolètes et que les cadres normatifs qui structurent habituellement l'action font défaut. Cette absence de stabilité et de visibilité contextuelle est à l'origine, selon nous, de l'émergence, dans la relation thérapeutique, de la défiance ; défiance que l'on connaît bien dans nos institutions et qui conduit parfois à réaliser des tests urinaires, à faire signer des contrats, à laisser des patients à l'abandon ou au contraire à maintenir une emprise sur eux ; défiance qu'on reconnaît aussi du côté des patients qui choisissent et mesurent ce qu'ils nous disent et qui résistent à nos tentatives de forcer leur confiance (Reyre, 2008).

Dans un tel contexte disparaissent les repères d'action, ce que Soulet appelle des routines, ce qui habituellement fonctionne dans nos cadres d'action sans que l'on y pense, qui réduit la problématique globale et nous épargne une énergie que nous pouvons utiliser pour régler les petites défaillances normales du cadre.

L'in-quiétude pose un certain nombre de problèmes à l'action. Un problème de sens, de finalité, un problème de ressources (lesquelles peut-on mobiliser, où les chercher ?) et un problème de recevabilité sociale, de légitimité. D'autant que, pour Soulet (et cela s'accorde avec l'ambition thérapeutique), l'action dans un tel contexte ne peut pas se contenter de s'adapter aux circonstances, elle doit avoir une qualité transformatrice.

Une éthique de l'in-quiétude

On voit ainsi que l'in-quiétude conduit à l'émergence d'une nouvelle capacité créatrice pour l'agent. Ce caractère fondateur que décrit Soulet se retrouve chez Emmanuel Lévinas quand il fait de l'in-quiétude une base à la démarche éthique (Lévinas, 1976).

Aujourd'hui, parler d'éthique nécessite quelques précautions. Elle est un objet problématique. Elle est volontiers soupçonnée, non sans raison, de réintroduire dans le discours quotidien la question morale. Elle est vécue comme un frein aux libertés de l'individu dans nos sociétés contemporaines. On a peur de voir resurgir l'ancienne morale religieuse limitatrice et normative. On ne veut pas parler ouvertement de morale, même si les questions de bien et de mal traversent constamment le discours quotidien de nos sociétés occidentales.

D'un autre côté (mais c'est peut-être une conséquence de ce premier constat), l'éthique est morcelée et rattachée à chacun des divers exercices sociaux. On parle d'éthique pour la médecine bien sûr, mais aussi pour l'économie, les finances, la politique, l'armée, etc., comme si elles n'avaient rien à voir les unes avec les autres. Et de fait, elles constituent des petits domaines de spécialisation dans lesquels des professionnels deviennent des experts qui revendiquent un savoir particulier. On voit ainsi, dans le domaine médical, des gens se présenter comme « éthiciens », consultables dans des situations problématiques. On parle dans ce cas, d'éthique procédurale, où le rôle des éthiciens est de s'assurer que des procédures de délibération des décisions médicales ont bien été respectées et qu'il n'y a pas de conflits problématiques entre les différentes sources de règles (les lois, codes, chartes...).

Si l'éthique procédurale peut marginalement apporter quelque amélioration aux processus de décision dans les équipes médicales, elle demeure dans des certitudes positives distantes des problématiques subjectives et intersubjectives qui caractérisent la relation de soin. Elle relève plutôt d'une instrumentalisation de l'éthique.

L'éthique dont nous voulons parler ne constitue pas un savoir et n'a pas, seule, d'application formelle. Elle est une attitude de pensée du soin, une attitude de doute, de prudence et d'humilité, mais qui ne renonce pas à l'ambition de produire un discours et des actions « bonnes ». Elle rejoint ainsi les positions qui ont été défendues en France par Didier Sicard (2009), l'ancien président du Comité Consultatif National d'Éthique, ou par Emmanuel Hirsch (2007), qui dirige actuellement l'Espace éthique de l'APHP.

L'éthique n'a pas de sens comme domaine de savoir isolé. Elle prend corps à l'intérieur des pratiques, elle ne peut pas être réduite à une part de celles-ci. Elle est intrinsèque aux pratiques.

Elle n'est pas une technique, mais cela ne l'empêche pas d'avoir une méthodologie. Et celle-ci peut avoir une fonction unifiante et donner un sens commun et simultané à la production de savoir dans la recherche, et à la pratique du soin au quotidien.

En souhaitant donner à une théorisation poussée et ouverte une capacité effectrice et productrice de « préférables », nous rejoignons une épistémologie de la complexité telle qu'elle est exposée par Edgar Morin (2005). Cette position prend le contre-pied du paradigme de simplicité qui domine l'univers intellectuel technoscientifique et qui vise la compréhension par la réduction des phénomènes. Selon Morin, ce modèle, qui a permis d'indéniables progrès, produit aujourd'hui des effets délétères sur les modalités de production de connaissance, mais aussi sur les valeurs qui fondent la société et les relations à autrui. Ne reconnaître comme valable scientifiquement et moralement que ce qui est ordre (l'objectivité désanimée) devient dangereux et contre-productif. Morin veut réhabiliter le désordre présent dans toute observation comme dans toute relation et appelle à décloisonner les disciplines productrices de savoir, à considérer le phénomène étudié dans ses multiples aspects et dans le système ouvert dans lequel il se place et à revaloriser l'action subjective de l'observateur.

Au plan méthodologique, nous nous rattachons à la théorie complémentariste de Georges Devereux (1972, 1980) qui est un point de départ de beaucoup des recherches de notre service. Devereux a développé une méthode qui est à la fois une épistémologie, un discours sur la production de savoir et une approche clinique. Il a ce même souci de l'unité du théorique et du pratique.

Il part du constat, fait avant lui par le physicien Bohr, qu'une étude expérimentale trop poussée d'un phénomène détruit immanquablement ce qu'elle cherche à cerner avec trop de précision. Autrement dit, plus on cherche à analyser un objet, plus il se soustrait à cette analyse.

Devereux souligne la nécessité de prendre une sorte de recul face à l'objet et de reconnaître plusieurs explications scientifiques à un même phénomène. Pour lui, chacune de ces différentes explications est cohérente en ce qu'elles disent quelque chose de vrai sur le phénomène observé et que ce discours a sa propre logique interne. Il faut donc, pour lui, pouvoir entendre chacune de ces explications sans les dénaturer en voulant les fondre les unes aux autres et aboutir à « une pluridisciplinarité non fusionnante » (Devereux, 1972). Cette méthodologie de recherche qui, chez

Devereux, aboutit à une pratique de soin, implique d'élaborer des discours distincts et présents « de manière obligatoire et non simultanée » (Baubet, Moro, 2003) pour décrire un phénomène. Le complémentarisme invite donc le chercheur comme le clinicien à se décentrer de son domaine de connaissances pour envisager d'autres points de vue en reconnaissant leur cohérence propre et sans chercher à en faire une synthèse.

Dans le cas des addictions, cela suppose de prendre en compte des données provenant de domaines aussi divers que la sociologie, l'anthropologie, la philosophie, les sciences politiques, la biologie ou la psychologie.

Devereux et Morin se rejoignent dans la prise en compte de la complexité des phénomènes et dans la re-connaissance du désordre et de l'inconnaissable dans l'entreprise scientifique, dans ses constructions théoriques comme dans ses applications pratiques.

L'éthique, chez ces auteurs, doit donc être intrinsèque au processus de production de savoir comme à son application pratique dans le soin. Tenir un discours sur l'éthique de la relation thérapeutique revient, dès lors, à tenir un discours clinique, ce qui nous invite à compter sur les effets pratiques de nos réflexions théoriques. Nous pouvons ainsi suivre Marc-Henri Soulet dans ses propositions pour reconstruire une action lorsque le cadre classique qui lui est nécessaire fait défaut.

Le souci de soi restructeur de la relation de soin

Marc-Henri Soulet indique que pour sortir d'une situation d'incertitude, il faut compter sur la capacité de l'action à se reconstituer, sans pouvoir s'appuyer sur autre chose qu'elle-même. Il nomme cette action capable de se re-créer, « agir poïétique ». Il ne s'agit bien sûr pas d'un effet magique, et l'agent doit prendre la responsabilité de porter une telle action, et de la porter durablement.

Cela signifie concrètement pour l'agent :

- qu'il soit prêt à s'engager dans une action sans en percevoir immédiatement et complètement le sens,
- qu'il ait cette connaissance que l'action poïétique ait la capacité de construire son sens et son but en même temps qu'elle est posée.

L'agent doit supporter de ne pas savoir complètement ce qu'il fait et où il va au moment où il s'engage, avec nécessairement une part de risque.

Lorsque les ressources font défaut, il est tentant de rechercher une solution miracle. Mais, qu'il s'agisse, pour nous, de la stratégie globale

des soins en addictologie ou de la position du thérapeute dans l'espace de la psychothérapie, l'agent doit compter plutôt sur une multitude de micro-ressources (des modes dégradés des anciennes ressources ou de nouvelles, découvertes au cours de l'action) et sur la dynamique qui se crée entre elles. Pour reprendre les termes de Soulet, l'agent doit recourir à la ruse, au bricolage et à l'ingéniosité.

Mais le risque d'une telle position est bien sûr de verser dans l'activisme, d'agir pour agir, de faire n'importe quoi pourvu qu'on fasse quelque chose. L'action, loin d'être poïétique, est alors vide de sens et effective *a minima*.

Deux choses sont importantes pour éviter l'écueil de l'activisme : la capacité réflexive de l'agent et la recherche d'une validation de son action auprès des autres.

La capacité réflexive de l'agent signifie qu'il soit capable de prendre une distance et de s'examiner. Qu'il puisse se penser comme agent et penser son action en même temps qu'il la pose. Il doit pour cela être équipé d'une certaine expérience du regard sur soi, mais il doit aussi pouvoir compter sur d'autres (on peut penser aux supervisions ou aux dialogues entre pairs).

Les autres ont la charge d'aider l'agent à penser son action, mais doivent aussi la légitimer. Pour reprendre les termes de Soulet :

« La confirmation sociale de la recevabilité de l'action n'est plus tant l'émanation d'une instance supérieure, qu'elle prenne la forme de la tradition ou de la loi, que la résultante d'un processus horizontal de validation mutuelle » (Soulet, 2005).

En contexte d'in-quiétude, les agents sont amenés à se regrouper et à débattre de la légitimité des actions. Cela plaide pour la discussion au sein des équipes, mais aussi et surtout pour la communication, l'exposition des actions aux regards extérieurs.

Nous voyons que poser une telle action est un acte d'engagement fort et que l'agent met en jeu, au-delà de son identité professionnelle, sa personne entière. Il y a là, pour Soulet, un enjeu de resubjectivation et de transformation. Le mouvement part du sujet, le reconstruit comme tel, au travers de l'action transformatrice, avant de faire intervenir l'autre. Même si la présence de l'autre est essentielle pour le développement et la finalisation du mouvement, c'est le sujet propre qui l'initie. Ce jeu du sujet agissant qui dialogue avec l'autre a pour but, chez Soulet, la reconstruction des conditions d'une « vie bonne ». L'éthique qui était jusque-là en filigrane ressurgit de façon explicite.

C'est une éthique qui rejoint celle de Michel Foucault, héritier, dans la dernière partie de son œuvre, d'une importante tradition philosophique grecque et romaine, celle du « souci de soi » (Foucault, 1982, 1983, 1984).

C'est dans le troisième volume de son histoire de la sexualité, mais surtout dans ses cours au Collège de France de 1982, que Foucault parle de souci de soi, en s'appuyant notamment sur l'analyse d'un dialogue de Platon, l'*Alcibiade*.

Dans ce texte, comme dans la plupart des ouvrages de Platon, Socrate dialogue avec un interlocuteur. Il s'agit, en l'occurrence, d'Alcibiade, un jeune homme de haute lignée qui s'apprête à entrer dans l'âge adulte et à prendre des responsabilités importantes dans la vie de la Cité. Or Socrate s'applique à lui montrer que contrairement à ce qu'il croit, il n'est pas prêt. Il a appris beaucoup de choses techniques, mais il ne sait pas qui il est. Il lui reproche de ne pas se conformer à la célèbre maxime qui figure au fronton du temple de Delphes : « Connais-toi toi-même ».

Pour Platon, il n'est pas raisonnable d'entreprendre la connaissance d'un objet sans au préalable avoir une connaissance de soi. C'est d'autant plus important que cette connaissance ne peut pas être enseignée. Ce qu'on peut faire au mieux, c'est aider le sujet à trouver une attitude qui le mène à la connaissance de lui-même : c'est la fameuse maïeutique.

Mais, comme Foucault le souligne, la connaissance de soi ne vaut que comme première étape à ce qui doit permettre « une vie bonne », le souci de soi (cela vient d'un terme grec qui peut aussi être traduit par le soin de soi). Avoir le souci de soi concerne l'ensemble des dimensions de la vie et pas uniquement l'activité professionnelle, et seul le sujet peut savoir de quoi il doit prendre soin. C'est une position éthique qui doit permettre à l'homme de devenir sujet en prenant soin de lui-même. C'est cette sorte d'esthétique de soi qui garantit une ouverture juste vers l'autre et la Cité. La force de cette position éthique vient de ce qu'elle a pour origine un sujet partiellement libéré du pouvoir disciplinaire :

« La morale des Grecs est centrée sur un problème de choix personnel et d'une esthétique de l'existence. L'idée du *bios* comme matériau d'une œuvre d'art esthétique est quelque chose qui me fascine. L'idée aussi que la morale peut être une forte structure d'existence sans être liée à un système autoritaire ni juridique en soi, ni à une structure de discipline » (Foucault, 1983).

Le souci de soi, loin d'être un repli narcissique, mène à une construction subjective vigilante qui se fait en lien avec autrui et en direction d'autrui.

Conclusion

En lisant Soulet et Foucault, l'éthique du souci de soi nous paraît permettre de sortir de l'in-quiétude paralysante qui nous semble traverser la relation de soin avec la personne addictée. La culture de soi et l'esthétique personnelle proposée n'ont pas le caractère d'une contemplation égoïste, mais bien d'une responsabilité forte. L'engagement demandé dépasse le simple positionnement professionnel. Chez les penseurs de l'Antiquité comme chez Soulet, c'est la valeur de l'action comme mouvement vers l'autre, qui reflète la qualité éthique du sujet dans sa totalité.

Dans ce but, chacun choisit la voie qu'il souhaite, mais on trouve un certain nombre d'invariants nécessaires aux pratiques du souci de soi. Un regard réflexif honnête est requis et nul autre que le sujet lui-même ne peut le garantir. Mais la présence de l'autre est nécessaire pour regarder le processus, offrir une assise de pensée, proposer des références et finalement être l'observateur des actes posés par le sujet. L'action conforme s'accompagne d'une pensée sur le sens de celle-ci et s'expose au regard des autres.

Une telle éthique, exigeante, invite le soignant, déstabilisé dans la relation de soin, à prendre la responsabilité de poser des actes créateurs et de s'y engager pleinement sans en connaître par avance le résultat. Cela demande au soignant des efforts de formation, de réexamen de ses connaissances et de ses théories, mais plus généralement une recherche sur ses mobiles à soigner l'autre, et plus spécifiquement, l'autre addicté. On connaît la capacité de ces situations cliniques à « engluier » la pensée, à jouer les répétitions et à les faire jouer par le soignant. L'ennui, le marasme, parfois l'effraction traumatique et la sidération qui l'accompagne, sont présents dans de nombreuses relations thérapeutiques. En accroissant l'inquiétude et en aggravant la perte de repères identitaires, ils rendent urgente cette remobilisation subjective qui passe par le souci de soi, par le désir à penser et à se redonner les capacités de porter des actes reconstructeurs de sens. Rappelons que le patient est le premier bénéficiaire de cet engagement intime du soignant.

Nous l'avons vu, le sujet soucieux de soi n'est honnête que s'il reconnaît l'importance de l'autre comme inspirateur de sa démarche et comme observateur des actes qu'il pose. Voilà qui devrait conduire les addictologues à s'interroger sur leurs filiations, sur la présence ou l'absence de figures de références capables de leur donner des points de départ de pensée. Voilà qui plaide aussi pour une exposition de nos actes de soin. Le premier espace d'examen est celui de la relation thérapeutique où intervient bien sûr le regard des pairs proches et éventuellement

celui du superviseur. Puis vient l'espace institutionnel, formel ou non, lieu d'échange, de présentation clinique et de décisions groupales. La recherche de légitimation doit ensuite s'étendre aux autres membres de la discipline avec lesquels il doit être possible de débattre dans les groupes de travail, les sociétés savantes, les congrès scientifiques. Mais c'est finalement au-delà des frontières de la discipline que se trouvent les sources de légitimation les plus puissantes. L'addictologie est loin d'être le seul domaine de savoir à produire un discours sur le sujet dépendant. La rencontre avec des agents « extérieurs » (sociologues, anthropologues, philosophes, artistes, décideurs, citoyens...) et la présentation de nos actes de soin deviennent un facteur de complexification et d'ouverture de notre système de pensée. C'est par cet exigeant souci de soi, que l'agent soignant peut espérer réengager la relation de soin dans un mouvement dynamique, redonner sa pleine dignité au sujet (à soi comme au patient) et apaiser, au moins partiellement et temporairement son inquiétude éthique.

Article reçu et accepté en septembre 2009

Bibliographie

- Baubet Thierry, Moro Marie-Rose (2003). *Psychiatrie et migration*. Paris, Masson.
- Devereux Georges (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris, Flammarion.
- Devereux Georges (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris, Aubier-Montaigne.
- Foucault Michel (1982, 2001). *L'herméneutique du sujet. Cours au Collège de France*. Paris, Le Seuil.
- Foucault Michel (1983, 2008). « À propos de la généalogie de l'éthique : un aperçu du travail en cours ». In *Dits et Écrits, tome 2 : 1976-1988*. Paris, Gallimard, p. 1202-1230.
- Foucault Michel (1984). *Histoire de la sexualité*. Vol. 3. *Le souci de soi*. Paris, Gallimard.
- Foucault Michel (1984, 2008). « L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté ». In *Dits et Écrits, tome 2 : 1976-1988*. Paris, Gallimard, p. 1527-1548.
- Hirsch Emmanuel (2007). *Éthique, médecine et société : comprendre, réfléchir, décider*. Paris, Vuibert.
- Lévinas Emmanuel (1976, 2000). « Philosophie et positivité ». In *Positivité et transcendance*. Paris, PUF, p. 19-34.
- Morin Edgar (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris, Le Seuil.
- Reyre Aymeric (2008). *Le doute sur la parole du toxicomane et ses effets sur la relation de soin. Comment soigner malgré tout ?* Mémoire de Master 2 « Éthique, science, santé et société », Université Paris 11.
- Sicard Didier (2009). *L'éthique médicale et la bioéthique*. Paris, PUF.
- Soulet Marc-Henri (2005). « Confiance et capacité d'action. Agir en contexte d'inquiétude ». In Balsa C., *Confiance et lien social*. Fribourg, Academic Press, coll. « Res Socialis », p. 31-55.