



HAL
open science

Partager ses émotions pour restaurer le lien : réflexions sociologiques sur le fonctionnement d’un “ groupe de parole libre autour du jeu d’argent ” (Marmottan)

Aymeric Brody

► To cite this version:

Aymeric Brody. Partager ses émotions pour restaurer le lien : réflexions sociologiques sur le fonctionnement d’un “ groupe de parole libre autour du jeu d’argent ” (Marmottan). *Revue Médecine et Philosophie*, 2026, 1 (14), pp.33-43. <hal-05532854>

HAL Id: hal-05532854

<https://hal.science/hal-05532854v1>

Submitted on 2 Mar 2026

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

Partager ses émotions pour restaurer le lien : réflexions sociologiques sur le fonctionnement d'un « groupe de parole libre autour du jeu d'argent » (Marmottan)

Aymeric Brody

Sociologue, professeur associé à l'EPITA Laboratoire LRE – Équipe MNSHS

S'inscrivant dans une perspective sociologique, cet article présente les premiers résultats d'une enquête ethnographique menée entre 2021 et 2022 au sein d'un groupe de parole proposé par l'hôpital Marmottan à des personnes ayant des problèmes d'addiction aux jeux d'argent. Après un cadrage théorique autour de la question de l'addiction au jeu et un bref état de la littérature scientifique sur les groupes de parole destinés aux personnes concernées, il s'agit de décrire le fonctionnement du groupe de l'hôpital Marmottan au regard du cadre institutionnel et thérapeutique qui préside à son animation. Puis, l'article propose quelques réflexions sociologiques basées sur les premières observations ayant été réalisées au sein de ce groupe et sur un entretien effectué avec l'une de ses membres, le but étant de montrer comment le dispositif en question contribue à restaurer un lien social qui semble leur faire défaut en leur donnant notamment l'occasion d'exprimer et de partager leurs émotions. Par comparaison avec d'autres groupes de parole type *Gamblers Anonymous*, les observations conduites sur le terrain témoignent alors de la manière dont le personnel soignant qui anime les réunions du groupe de Marmottan fixe un cadre thérapeutique visant à la fois l'émancipation des membres et la recontextualisation des émotions vécues à travers leur trajectoire de vie et leur quotidien, à l'intérieur comme à l'extérieur du jeu. Par ailleurs, ces observations empiriques révèlent la façon dont les participants s'approprient le cadre en question, tout en apprenant à structurer et à reformuler leurs propos pour le rendre compréhensible à leurs semblables. Malgré ses limites, l'analyse de l'entretien effectué avec l'une des membres du groupe tend à confirmer que ce dernier permet ainsi de réaffilier des personnes souvent isolées du fait de leurs problèmes de jeu, sans pour autant les rendre dépendants du dispositif et de l'institution qui les accueille.

Mots-clés : addiction aux jeux d'argent, groupe de parole, libre expression, cadre institutionnel, cadre thérapeutique, partage des émotions, réaffiliation groupale.

Introduction

Depuis la création du mouvement des *Gamblers Anonymous* (GA) au milieu du XXe siècle (Rosecrance, 1980 ; Castellani, 2000 ; Suissa, 2005)¹ et la reconnaissance du «

jeu pathologique » comme une maladie mentale à partir des années 1980², la question du traitement de ce « trouble addictif » (APA, 2013) s'est imposé comme un problème de santé publique (Amadiou, 2020), notamment depuis l'essor des jeux d'argent en ligne (OFDT, 2020). Moins répandus que dans d'autres pays francophones – comme le Québec (Suissa, 2006 ; Gendron et al., 2010) ou la Bel-

¹ Créés aux États-Unis sur le modèle des Alcooliques Anonymes (AA), les GA (aussi appelés Joueurs Anonymes dans les pays francophones) forment une organisation communautaire et spirituelle composée de groupes d'entraide dont le but est de permettre aux joueurs dits « compulsifs » ou « addicts » de parvenir à l'abstinence (cf. Brody, 2021, 2022).

² Cf. Brody & Billieux, 2020, pour une lecture critique de ce processus de pathologisation du jeu

gique (Brody, 2021, 2022) –, des groupes de parole destinés aux personnes confrontées à des problèmes de jeu ont alors commencé à se développer, à l'intérieur comme à l'extérieur des centres de soins spécialisés en addictologie (OFDT, 2018, 2024). Généralement conçus sur le principe de la « pair-aidance » (Dos Santos, 2017) ou de l'« auto-support » (Jouffret-Roustide, 2010), ces groupes peuvent aussi bien s'inscrire dans une perspective de prévention ou de réduction des risques que dans un « cadre thérapeutique » (Delourme, 2003), à l'intérieur d'une structure hospitalière. Ils n'en demeurent pas moins des dispositifs d'entraide où la parole des membres est plus ou moins encadrée³ mais qui ont d'abord pour but « la mise en relation à l'autre dans un cadre protecteur » (ANPAA, 2015), puisqu'il s'agit de rassembler des personnes souvent isolées du fait de leur addiction (Amadiou, 2020 ; Brody, 2022).

Si ces groupes de parole semblent avoir trouvé leur place parmi les dispositifs d'accompagnement s'adressant aux joueurs et aux joueuses concernés, ils soulèvent néanmoins un certain nombre de questions quant à la manière de mettre en relation celles et ceux qui y participent, et d'encadrer leurs échanges pour inscrire leur démarche dans une perspective de soin (au sens thérapeutique comme au sens large du terme). Comment les personnes qui animent ces groupes peuvent-elles faire en sorte de laisser les participants s'exprimer et échanger « librement », tout en proposant un cadre de discussion qui protège la parole de chacun ? Comment ces échanges peuvent-ils permettre à ces derniers de comprendre les difficultés qu'ils traversent, voire de trouver ensemble les moyens d'y faire face ? En quoi leur adhésion au groupe peut-elle les conduire à s'investir, collectivement et/ou individuellement, dans une démarche de soin, y compris sur le plan thérapeutique ? Chemin faisant, dans quelle mesure ces groupes de parole peuvent-ils effectivement contribuer à restaurer un lien social qui a été mis à mal par les problèmes d'addiction qu'ils peuvent rencontrer au quotidien ?

Pour tenter d'apporter des éléments de réponse à ces questions, cet article se fonde sur les résultats d'une recherche sociologique portant précisément sur des groupes de parole destinés à des personnes ayant des problèmes d'addiction aux jeux d'argent⁴. S'échelonnant entre 2017 et 2021, cette recherche a été conçue à partir d'une série d'enquêtes de terrain mêlant observations et entretiens ethnographiques (Beaud & Weber, 1993), d'abord menée au sein d'un « groupe d'entraide » inspiré des GA (2018-2019), puis d'un « groupe de liaison » visant à faire de la prévention et de la réduction des risques en casino (2019-2020) et, enfin, d'un « groupe de parole libre » encadré par le personnel d'un établissement de soins spécialisé dans le domaine des addictions (2020-2021). Se réunissant une fois par mois à l'hôpital Marmottan (Paris), c'est ce dernier groupe qui sera au cœur des analyses que je propose de développer ici, tout en le comparant avec

d'autres groupes de parole et, plus particulièrement, avec celui inspiré des GA (que j'ai déjà eu l'occasion de décrire par ailleurs, cf. Brody, 2021, 2022)⁵.

Après un cadrage théorique autour de la question de l'addiction au jeu et un bref état de la littérature scientifique sur les groupes de parole destinés aux personnes concernées, je commencerai par décrire le fonctionnement du groupe de l'hôpital Marmottan au regard du cadre institutionnel et thérapeutique qui préside à son animation. Puis, je proposerai quelques réflexions sociologiques basées sur les premières observations que j'ai réalisées au sein de ce groupe et sur un entretien effectué avec l'une de ses membres, le but étant de montrer comment le dispositif en question contribue à restaurer ce lien qui semble leur faire défaut en leur donnant notamment l'occasion d'exprimer et de partager leurs émotions.

Des groupes de parole pour restaurer le lien

Si, d'un point de vue sociologique, on peut concevoir le jeu (avec ou sans argent) comme une « forme pure de la socialisation » (Simmel, 1991) – c'est-à-dire une forme d'interaction dont la finalité première est la relation elle-même –, force est de constater que l'addiction au jeu participe, à l'inverse, d'un processus de délitement du lien social. En effet, comme le montrent de nombreuses études portant spécifiquement sur l'addiction aux jeux d'argent, cette dépendance procède d'une perte de contrôle face à la conduite du jeu et d'une centration sur l'activité qui engendrent des conséquences néfastes sur la vie des personnes concernées (cf. Brody & Billieux, 2020), les conduisant généralement à s'isoler à l'intérieur du jeu et à s'éloigner de leur entourage (Amadiou, 2020 ; Brody, 2022).

Plus fondamentalement, on pourrait d'ailleurs avancer, à l'instar de plusieurs psychanalystes, psychologues, psychothérapeutes ou sociologues ayant traité de cette question de la dépendance, que l'addiction au jeu n'est pas seulement une « addiction comportementale » (Varescon, 2022) – au sens d'une dépendance à la conduite même du jeu – mais une « pathologie du lien » (Vénisse, 1997 ; Ehrenberg, 2004 ; Valleur & Matysiaz, 2006 ; Rozaire et al., 2009 ; Rouchon et al., 2010 ; Minet, 2011), celui que les joueurs entretiennent avec leur jeu et qu'ils ne parviendraient plus à nouer avec autrui. Autrement dit, cette conduite addictive serait à la fois le fruit d'un engagement très fort à l'intérieur du jeu, créant une forme d'emprise sur les joueurs, et d'un processus de distanciation tout aussi fort vis-à-vis des liens qui les rattachent au monde extérieur (au jeu), au point de s'éloigner des personnes qui les entourent, voire de rompre avec les plus proches d'entre elles (séparation, divorce, abandon, etc.).

Un double processus d'aliénation et de désaffiliation qui, en termes sociologiques, pourrait renvoyer à ce Howard Becker (1985) appelle une « carrière déviante » – à partir de l'exemple des fumeurs de marijuana –, à savoir la trajectoire d'un individu dont le comportement s'écarte d'un « système particulier de normes » (ici associé à la pratique du jeu) au point d'être « étiqueté comme déviant » (en tant que joueur « addict ») et de s'identifier peu

³ Selon Joseph Rouzel (2018) : « Un groupe de parole peut se définir comme une pratique de groupe, à visée thérapeutique ou pas, qui réunit plusieurs personnes [...] autour d'un thème ou bien d'un mode de libre expression associative. »

⁴ Cette recherche a d'abord été initiée dans le cadre d'un projet de recherche financé par le programme Move-in Louvain au sein du Centre d'Anthropologie, Sociologie, Psychologie - Études et Recherches (CASPER) de l'Université Saint-Louis Bruxelles, avant d'être poursuivie au sein de l'équipe MNSHS du Laboratoire de Recherche de l'EPITA (LRE).

⁵ Je tiens à remercier toute l'équipe de l'hôpital Marmottan et en particulier le personnel soignant en charge de l'animation du groupe, ainsi que tous les participants ayant accepté ma présence lors de leurs réunions et/ou consenti à se livrer à un entretien. J'en profite également pour remercier les membres des Joueurs Anonymes de Bruxelles et l'équipe du GREID de Valenciennes, auprès de qui j'ai mené mes deux autres enquêtes.

à peu à une « pratique [...] devenue systématique et routinière » (son addiction au jeu) qui le privera « des moyens ordinaires d'accomplir les [autres] activités routinières de [sa] vie quotidienne » (comme le fait de travailler, de gérer son argent ou de maintenir des liens avec son entourage), s'isolant ainsi progressivement d'un monde social qui tendrait à le marginaliser (cf. Brody, 2022, 2024). Selon cette approche, la trajectoire des joueurs « addicts » serait donc aussi bien le fruit de leur aliénation à une pratique considérée comme déviante que d'un processus de stigmatisation qui conduit à leur marginalisation.

Chemin faisant, les groupes de parole destinés aux joueurs étiquetés comme « addicts » auraient pour fonction de restaurer une forme de socialisation plus ou moins encadrée (tant sur le plan normatif que thérapeutique) leur permettant de renouer avec le monde qui les entoure (Brody, 2021, 2022). Cependant, les études menées sur le sujet, le plus souvent à propos des groupes d'entraide type GA, débouchent sur des résultats contrastés voire contradictoires (Ferentzy & Skinner, 2003 ; Schuler et al., 2016 ; Rogers et al., 2020), certains auteurs parlant même d'une véritable « boîte noire », tant il semble difficile de mesurer leur efficacité (Ferentzy & Skinner, 2003). Parmi ces études, certaines louent par exemple l'utilité de ces groupes, dans la mesure où ils offriraient à leurs membres un environnement sécurisé leur permettant de parler de leurs problèmes de jeu sans se sentir jugés, de partager et de formaliser leurs expériences, de se soutenir mutuellement et de nourrir ensemble l'espoir d'un rétablissement (Straus, 2006 ; Avery & Davis, 2008). D'autres en pointent surtout les limites et relèvent entre autres une tendance à l'attrition du groupe et à la désaffection des membres dans la durée (Stewart & Brown, 1988), la démarche d'abstinence prônée par les groupes de GA contribuant, semble-t-il, à décourager une partie d'entre eux (cf. Ferentzy & Skinner, 2003). Outre la question de leur efficacité thérapeutique qui fait encore débat dans la littérature scientifique, les groupes de parole sont toutefois présentés comme une « option de traitement accessible » (Schuler et al., 2016), dès lors qu'ils s'inscrivent dans une démarche de soin intégrative (au sens où elle propose une diversité d'approches adaptée aux besoins des patients), ce qui est précisément le cas du dispositif proposé à l'hôpital Marmottan.

Le groupe de parole de Marmottan et ses repères

Sans retracer l'histoire de cet établissement qui fêtait ses 50 ans au moment où je conduisais mon enquête sur le terrain, notons toutefois qu'il fut d'abord conçu pour accueillir des « toxicomanes », avant de devenir un « centre de soins et d'accompagnement des pratiques addictives » en général, qu'il s'agisse d'addictions « avec » ou « sans produit »⁶. Sous l'impulsion du psychiatre Marc Valleur (1997), qui a dirigé l'institution à partir des années 2000, « Marmottan » fut d'ailleurs l'un des premiers centres d'addictologie français à prendre en charge des personnes confrontées à des problèmes d'addiction aux jeux d'argent. Depuis, l'établissement propose aux « joueurs d'argent » une « consultation d'addictologie spécialisée » pouvant à la fois donner lieu à un « suivi thérapeutique » (« [axé] sur la parole ») et à un « accompagnement social

» (lié par exemple aux difficultés financières provoquées par le jeu), s'inscrivant dans le cadre d'une « prise en charge globale » et « intégrative » par une équipe pluridisciplinaire composée de « médecins, infirmières spécialisées, psychologues, assistantes sociales, éducateurs, etc. ». C'est justement dans ce cadre qu'un « groupe de parole destiné aux joueurs » a été créé il y a une douzaine d'années, l'objectif étant de leur permettre « de partager et d'échanger [leurs] expériences, d'obtenir des informations et du soutien, mais sans entrer dans l'individualité des prises en charge », qui pourront se faire par ailleurs.

Pour comprendre comment ce groupe fonctionne, revenons préalablement sur deux « repères théoriques » qui caractérisent la manière dont Marmottan conçoit plus largement la prise en charge des pratiques addictives. Le premier repère est lié à la notion de « démocratie psychique » développée par le psychiatre Claude Olievenstein, père fondateur de cet hôpital au début des années 1970. Pensée comme une forme de (dé)libération intérieure, le but du suivi thérapeutique et de l'accompagnement social qui est ainsi proposé aux personnes dépendantes « n'est pas particulièrement l'abstinence, mais l'apprentissage de [...] la faculté de faire des choix libres », ce qui suppose, selon les termes de l'institution, « de ne pas remplacer la dépendance à un produit par la dépendance à une institution ou à un personnage charismatique ». Outre l'apprentissage de cette liberté de choix qui est placée au centre de la démarche suivie par les patients⁷, il s'agirait notamment de pouvoir « [choisir] sa forme de sortie » de l'addiction sans substituer une dépendance à une autre, comme celle qui peut relier le patient à son thérapeute ou à l'institution médicale que ce dernier incarne. Un principe émancipateur qui se distingue précisément de la perspective des groupes type GA, dont le programme de rétablissement repose quant à lui sur un principe d'abstinence plus ou moins strict (même si le groupe de parole inspiré des GA que j'ai observé par ailleurs était relativement souple sur ce point) et conduit parfois les membres à substituer à leur addiction une forme de dépendance au groupe (Fainzang, 1996 ; Suissa, 2009 ; Brody, 2021).

Cela étant, c'est surtout dans l'encadrement des échanges entre les différents membres du groupe que réside la différence la plus profonde. En effet, dans les groupes de GA, l'animation des échanges est collectivement portée par les membres, c'est-à-dire par les joueurs eux-mêmes, seuls détenteurs des « savoirs expérientiels » (Dos Santos, 2017 ; Brody, 2021) qui nourrissent le dispositif. En revanche, au sein du groupe de Marmottan, c'est bien le personnel soignant qui encadre les réunions et distribue la parole entre les joueurs et les joueuses présentes, ce qui implique nécessairement un rapport hiérarchique entre les membres. Pour autant, ce même personnel de soin semble en réalité tout mettre en œuvre pour atténuer cette hiérarchie, comme le fait de ne pas porter de blouse ou d'instaurer un tutoiement réciproque avec les patients. Une démarche institutionnelle qui, dans le contexte du groupe, les conduit aussi à reconnaître et à valoriser les savoirs expérientiels des participants, en particulier

⁶ Lorsqu'elles ne sont pas référencées, les citations mobilisées dans cette partie sont extraites du site internet de l'hôpital Marmottan : <https://www.hopital-marmottan.fr> (consulté le 13/11/2025).

⁷ La notion de « choix libre » étant entendue à la fois comme une forme de libération ou d'émancipation face à la dépendance dont souffrent les patients et comme une forme de délibération intérieure au sein du cadre « démocratique » proposé par l'institution, l'une comme l'autre nécessitant donc un processus d'apprentissage qui passerait notamment par une prise de parole individuelle et collective.

quand il s'agit de leurs connaissances en matière de jeu. J'en veux pour preuve les propos tenus par une assistante sociale lors de sa présentation aux membres du groupe de parole qu'elle coanimait ce jour-là pour la première fois : « Je n'y connais pas grand-chose en matière de jeu, mais vous allez m'apprendre ! », dit-elle en s'adressant directement à eux. À bien des égards, cette posture volontairement modeste et réflexive – proche de l'attitude du « maître ignorant » (Rancière, 2014) – témoigne, si ce n'est d'une inversion, au moins d'une atténuation de la hiérarchie des savoirs entre soignants et patients, les premiers reconnaissant aux seconds des connaissances auxquelles ils n'ont pas accès et qu'ils n'hésitent pas à valoriser. On retrouve alors ce principe de « démocratie psychique » qui sous-tend effectivement le fonctionnement de l'institution et l'animation du groupe, ce que confirmera l'analyse empirique.

Le second repère théorique sur lequel je souhaite insister s'applique davantage à la façon dont l'institution perçoit l'addiction en général et l'addiction au jeu en particulier. À nouveau puisé dans la pensée du père fondateur de l'établissement, ce repère institutionnel renvoie théoriquement à ce que le personnel soignant nomme le « triangle d'Olievenstein », à savoir l'idée que la « toxicomanie » et, par extension, l'ensemble des addictions se formeraient à la rencontre d'un « produit » (ou un « comportement »), d'un « moment socioculturel » (ou un « contexte social ») et d'une « personnalité » (ou un « sujet »). Derrière cette conception tridimensionnelle de l'addiction qui a largement essaimé au-delà de Marmottan (Fortané, 2010 ; Blaise & Rossé, 2011), il y a donc cette idée-force que la dépendance n'est pas seulement liée aux propriétés addictives du produit ou du comportement en question, mais à la relation que la personne concernée entretient avec lui dans un contexte social particulier. S'inspirant notamment d'une perspective sociologique empruntée à Becker (1985) – auquel le site internet de l'institution fait d'ailleurs explicitement référence –, il s'agit alors de postuler que « toute société [...] véhicule des normes [...] et par conséquent, suscite des marginalités » qu'il faut « comprendre » dans leur contexte pour pouvoir aider au mieux la personne concernée, sans pour autant la percevoir comme un « déviant à redresser ».

S'il faudrait questionner cette perspective théorique que le sociologue partage avec l'institution étudiée – ce qui ne m'empêche pas d'adopter un regard distancié sur la façon dont elle est mise en œuvre –, je me contenterai ici de décrire les effets empiriques que cette conception de l'addiction peut avoir sur le fonctionnement du groupe observé. Ainsi ai-je pu constater, par exemple, que les membres du groupe de Marmottan n'hésitent pas, dans leur prise de parole individuelle et collective, à contextualiser les difficultés qu'ils rencontrent, pouvant même exprimer une certaine colère à l'égard du monde qui les entoure (comme le montre très bien la récente thèse d'Elise Bourdin (2025) dans un contexte similaire). Or, ce travail de contextualisation était largement passé sous silence par les membres du groupe d'entraide type GA que j'ai eu l'occasion de suivre par le passé, ces derniers préférant mettre l'accent sur leur responsabilité individuelle plutôt que sur les forces sociales qui influent sur leur conduite (Brody, 2021, 2022). La démarche est donc radicalement différente au sein du groupe de Marmottan, qui se présente précisément comme un « groupe de parole

libre *autour* du jeu d'argent », suivant les termes du psychiatre qui coanime les réunions avec l'assistante sociale citée précédemment. Une formulation volontairement ouverte qui renvoie à la fois au principe d'une « démocratie psychique » – à travers l'idée d'un « groupe de parole libre » –, et au « triangle d'Olievenstein », dès lors qu'il n'est pas seulement question du comportement addictif mais de ce qui est « *autour* du jeu d'argent », y compris le contexte social qui pèse sur ce dernier.

Ajoutons, à propos du fonctionnement du groupe, que celui-ci accueille « toute personne concernée par l'utilisation problématique des jeux d'argent et de hasard », ce qui le rend donc accessible à toutes celles et ceux qui considèrent leur pratique du jeu comme « problématique » et sont « volontaires » pour en parler, quelle que soit la nature des difficultés rencontrées et leurs éventuelles perspectives d'abstinence. Précisons également que ce groupe de parole se réunit une fois par mois, sans obligation de présence pour les membres, ce qui témoigne de la « liberté » qui leur est accordée. Notons enfin que le psychiatre et l'assistante sociale qui coaniment ce groupe ont non seulement pour rôle d'encadrer les réunions et de distribuer la parole entre les participants, mais aussi de leur proposer des thèmes de discussion qu'ils pourront s'approprier « librement », comme nous le verrons par la suite.

Des observations de terrain

J'en viens maintenant aux observations effectuées lors de mon enquête de terrain au sein de ce groupe de parole. Au total, j'ai pu assister à dix séances du groupe entre mars 2021 et avril 2022, soit, à deux exceptions près, la plupart des réunions mensuelles ayant eu lieu durant cette période particulière, marquée par la crise sanitaire. En effet, en raison des deux premiers confinements liés à l'épidémie de COVID-19 (entre mars et mai puis entre octobre et décembre 2020), les réunions avaient été suspendues durant près d'un an avant de reprendre en février 2021, soit précisément un mois avant ma première rencontre avec le groupe. Une reprise qui s'est faite progressivement puisqu'ils n'étaient que deux ou trois participants entre mars et septembre 2021 (alors qu'ils étaient une douzaine avant l'épidémie), puis entre quatre et huit jusqu'en avril 2022 (avec un renouvellement assez important des effectifs), avant d'être rejoints par de nouveaux membres quelques mois plus tard (pour compléter le groupe).

Dans ce contexte, la place que j'ai occupée au sein de ce groupe était d'abord celle d'un « observateur extérieur » – me présentant aux participants comme un sociologue menant une étude sur les groupes de parole destinés aux joueurs – mais elle prenait peu à peu la forme d'une « participation périphérique légitime » (Lave & Wenger, 1991), au sens où mon implication dans la dynamique du groupe était, certes, marginale mais progressivement acceptée et même encouragée par les membres. En effet, si je n'étais identifié ni comme patient ni comme soignant, j'étais parfois invité à prendre part aux échanges (souvent au début et à la fin des réunions), ne serait-ce que pour donner mon ressenti sur ce qui avait été dit et éventuelle-

ment faire part de mes observations⁸. Une participation limitée mais reconnue comme légitime par les membres du groupe, au point de devenir une sorte de « membre extérieur » dont la présence était attendue aux réunions suivantes. Évidemment, je continuais de demander systématiquement leur consentement aux nouveaux venus pour pouvoir assister aux échanges et prendre des notes sur leur contenu (tout en garantissant l'anonymat de leurs propos)⁹ mais, après quelques mois, ma place au sein du groupe semblait plus ou moins acquise, d'autant que je finissais par connaître personnellement la plupart des participants pour avoir mené des entretiens individuels avec eux en parallèle de mon enquête par observation.

En effet, j'ai également réalisé cinq entretiens avec les membres les plus réguliers parmi la vingtaine de personnes ayant participé au moins une fois aux réunions du groupe durant les treize mois de mon enquête. Des entretiens plus ou moins approfondis (d'une durée moyenne de deux heures) qui m'ont alors permis de recueillir leur « récit de vie et de pratique » (Bertaux, 2006) en tant que joueurs, mais également de saisir leur point de vue sur le fonctionnement du groupe et la place qu'il occupe dans leur trajectoire biographique, agrémentant ainsi les notes de terrain que j'avais prises en observant le déroulement des réunions.

Le déroulement d'une séance

En attendant, je commencerai par m'appuyer sur mes observations empiriques pour rendre compte de la manière dont s'est déroulée la toute première séance à laquelle j'ai pu assister, en mars 2021. S'agissant pour moi d'une première prise de contact avec le groupe, cette séance m'a surtout permis d'appréhender son mode de fonctionnement mais aussi la façon dont les participants pouvaient s'approprier le dispositif en question, en fonction du contexte dans lequel il s'insère. Un contexte particulier, tant du fait de la crise sanitaire que de ma présence en tant qu'observateur extérieur et de celle de l'assistante sociale (dont j'ai déjà rapporté les propos précédemment) pour qui c'était aussi la première séance au sein du groupe¹⁰. Trois autres personnes participaient alors à la réunion du jour, le psychiatre en charge de l'animation du groupe et deux patients (un homme et une femme), ayant intégré le dispositif depuis déjà plusieurs années, tout en suivant une thérapie individuelle au sein de l'institution.

Factuellement, cette première séance s'est déroulée de la manière suivante : une fois installés dans la salle de réunion située au dernier étage de l'hôpital, le psychiatre commença par expliquer le fonctionnement du groupe, puis lui et sa collègue (assistante sociale) se présentèrent brièvement, avant de me donner la parole pour que je fasse de même. J'en profitai alors pour exposer ma démarche d'enquête et demander aux membres leur con-

sentement pour y participer. Après quelques questions de la part des deux participants, le psychiatre lança un premier tour de table métaphoriquement nommé « météo émotionnelle », au cours duquel il les invita à prendre successivement la parole pour dire comment « ils se sentent ici et maintenant », au moment de débiter la réunion. Un premier tour de table auquel le psychiatre, l'assistante sociale et moi-même prenions part également, bien que de façon plus succincte. Ensuite, le psychiatre reprit la main et amorça un deuxième tour de table, visant cette fois-ci à revenir sur la « tempête émotionnelle » que ces mêmes patients avaient traversée lors de la séance précédente, ce qui donna lieu à plusieurs échanges, en lien ou non avec leurs problèmes d'addiction. À la fin de la discussion, le personnel soignant proposa aux membres un troisième tour de table consistant à faire un « premier bilan de la période du COVID », environ un an après le premier confinement. Les participants s'exprimèrent à nouveau à tour de rôle avant de partager leurs points de vue sur la situation. Enfin, à quelques minutes du terme de la réunion, le psychiatre invita l'assemblée à un ultime tour de table, consistant à refaire le point sur sa « météo émotionnelle », après environ une heure et demie de réunion.

Une ritualisation par les émotions

Avant d'entrer dans l'analyse des interactions ayant eu lieu entre les membres de ce groupe, notons que le choix des thématiques abordées lors de cette première séance peut paraître surprenant à plusieurs égards. D'abord, si l'on s'en tient au déroulé de la séance, aucun des thèmes proposés aux deux participants n'était en lien direct avec la pratique des jeux d'argent, comme s'ils étaient libres d'aborder ou non le sujet dès lors qu'ils répondaient à la question, ce qui fut le cas la plupart du temps. Par ailleurs, on remarque une certaine focalisation sur le thème des émotions, comme lors de cette séquence de la « météo émotionnelle » – une métaphore plutôt issue de la pédagogie, du développement personnel ou encore du management¹¹ mais qui emprunte probablement aussi aux réflexions de Claude Olievenstein (1988) sur l'expression des émotions – que le psychiatre utilise pour introduire et conclure la réunion. Réitérée à chaque fois lors des séances suivantes, cette séquence apparaît alors comme une sorte de « rituel thérapeutique » (Ehrenberg, 2018) censé permettre aux patients de « se connecter à leurs émotions » (pour citer le psychiatre) mais aussi au moment présent (« ici et maintenant ») et, subséquemment, au groupe lui-même.

Par comparaison, les membres du groupe d'entraide inspiré des GA que j'ai également eu l'occasion de suivre commençaient toujours leurs réunions par la lecture d'un extrait du livre des « douze étapes », sorte de « bible du mouvement » (inspirée des AA) (Suissa, 2009). Définissant les différentes étapes du « programme de rétablissement » qu'ils sont censés accomplir pour parvenir à l'abstinence, chacun devait alors commenter l'extrait choisi au regard de son propre « parcours de rétablissement ». Si la dimension rituelle de cette lecture collective

⁸ Au terme de plusieurs réunions, j'ai par exemple eu l'occasion d'exprimer mon empathie à l'écoute des témoignages parfois poignants de certains participants, ce qui était souvent l'occasion pour moi de les remercier d'accepter ma présence. Il m'arrivait aussi de souligner des mots qui avaient été prononcés ou des choses que j'avais observées (comme la récurrence d'une forme de colère adressée à l'encontre de la société), mais le but était moins de susciter des réactions que de préserver leur confiance (Beaud & Weber, 1993).

⁹ C'est pourquoi je ne nommerai pas les personnes que j'ai pu observer ou interroger dans cette enquête, en évitant autant que possible de divulguer des informations personnelles pouvant permettre de les identifier.

¹⁰ Cela explique d'ailleurs la posture d'observatrice qu'elle a également adoptée lors de cette première séance, comme si elle cherchait à comprendre le fonctionnement du groupe avant de pouvoir s'y investir plus activement à l'avenir (Lave & Wenger, 1991).

¹¹ On retrouve par exemple cette métaphore, aussi nommée « météo intérieure », dans un ouvrage s'adressant au « Chief Happiness Officer », où la séquence est présentée comme « un tour de parole au cours duquel chacun exprime son état émotionnel du moment » et qui peut alors « servir de rituel pour démarrer une réunion » : « Il s'agit de prendre le temps de ressentir ce qui se passe en nous : quelle émotion est présente en moi ? Quelle est mon humeur du jour ? » (Motte et al., 2018).

était particulièrement prégnante – à l’instar de la « prière de la sérénité » qui vient parfois clore les réunions des groupes d’Anonymes¹² –, il ne s’agissait donc pas ici de « se connecter » au groupe par le biais de ses émotions mais via un texte quasi sacré dont le contenu programmatique renvoie les membres à leur expérience personnelle. Autrement dit, c’est plus ou moins le mouvement inverse du rituel de la « météo émotionnelle » proposé au sein du groupe de Marmottan, ce dernier invitant les participants à exprimer leur subjectivité pour pouvoir ensuite s’inscrire dans le collectif, alors que la séquence des « douze étapes » fixe préalablement le cadre collectif auquel les membres doivent adhérer pour construire individuellement leur démarche d’abstinence (cf. Ehrenberg, 2018).

Pour autant, cela ne signifie pas qu’il n’existe pas de cadre à la « libre » expression des membres du groupe observé au sein de l’hôpital Marmottan, simplement celui-ci est fixé par le personnel soignant et régi par les principes de l’institution, dont la « démocratie psychique » et le « triangle d’Olievenstein » sont au fondement. Or, le fait de donner aux participants l’occasion d’exprimer leurs émotions en abordant des sujets en lien ou non avec leurs problèmes d’addiction – le tout dans un cadre de discussion ritualisé qui ne prédéfinit pas le sens qu’il convient de donner à leur démarche de soin –, participe effectivement de la « liberté » de parole et d’acte offerte à chacun des membres de ce groupe.

Une réappropriation du cadre de l’échange

Durant cette première séance, j’ai également pu observer les marges de manœuvre que pouvaient s’octroyer les participants par rapport au cadre de la discussion et aux thématiques proposées par le personnel soignant. Tout à la fois ils respectaient les consignes données pour chaque tour de table et, en même temps, ils construisaient leurs réponses à leur manière, en fonction de ce qu’ils voulaient dire mais aussi des circonstances liées à leurs prises de parole. Ce fut le cas, par exemple, lors du deuxième tour de table consacré à la « tempête émotionnelle » qu’ils avaient traversée lors de la séance précédente. À travers cette thématique formulée par le psychiatre, il s’agissait en fait de revenir sur un sentiment de colère ayant été exprimé à ce moment-là par les deux membres du groupe présents concernant des problèmes *a priori* sans lien avec leur addiction au jeu. L’homme évoque alors une dispute familiale liée à la prise en charge d’un parent dépendant, ce qui aurait provoqué chez lui une certaine exaspération, tout en précisant que sa colère avait fini par s’estomper avec le temps : « Ça peut toujours revenir mais c’est fini. Après, pour aller plus loin, il faudrait que je puisse expliquer [ce qui s’est passé], mais là c’est compliqué », ajoute-t-il, tout en nous donnant finalement quelques éléments d’explication. Après l’avoir laissé finir son propos, le psychiatre lui rappelle en effet que le suivi individuel dont il bénéficie au sein de l’institution est mieux adapté pour approfondir un tel sujet.

Pour autant, c’est bien vers la recherche des causes ou des raisons pouvant expliquer leurs difficultés respectives que s’orientent successivement les propos des deux membres présents. Or, pour ce faire, la femme va prendre l’initiative de revenir sur sa trajectoire biographique à l’intérieur du jeu, s’écartant ainsi de la thématique préalablement définie par le psychiatre : « Mon conflit avec ma sœur est lié à mes dettes de jeu », explique-t-elle avant de retracer l’histoire de son parcours en tant que joueuse pour remettre ensuite en contexte cette discorde familiale à l’origine du sentiment de colère qu’elle avait également exprimé lors de la dernière séance. Outre la volonté de contextualiser son propos pour donner du sens à sa colère, ce détour narratif se justifiait sans doute aussi par sa présence et celle de l’assistante sociale – qu’elle n’avait pas rencontrée jusqu’alors –, comme si elle souhaitait profiter de l’occasion pour se présenter à nous. Pour autant, après nous avoir brièvement raconté ses déboires avec le jeu, elle finit par reprendre le fil de la discussion, à savoir cette « tempête émotionnelle » dont les causes pouvaient paraître éloignées du jeu mais qui en réalité ne l’étaient pas vraiment : « Les problèmes des joueurs touchent leurs proches qui ensuite vous les renvoient à la figure », conclut-elle, en généralisant son propos.

Ce qui est intéressant dans cette séquence, au-delà de la marge de manœuvre qu’ont utilisé ces deux participants par rapport au cadre fixé par le personnel soignant, c’est la façon dont l’un et l’autre se sont en quelque sorte « donnés le mot » (sans se le dire) pour nous présenter leur parcours biographique à l’intérieur comme à l’extérieur du jeu, faisant d’ailleurs régulièrement des liens entre leurs trajectoires respectives – une tendance à la comparaison que j’ai constatée dans tous les groupes de parole que j’ai pu observer. En revanche, ce qui fait peut-être la particularité des récits de vie des membres du groupe de Marmottan – par rapport au groupe inspiré des GA –, c’est à la fois cette volonté de chercher les causes de leurs difficultés au-delà de leurs problèmes d’addiction au jeu (conformément au principe du « triangle d’Olievenstein ») et leur capacité à structurer leur narration en lien avec des questions, des thématiques ou des notions prédéfinies par le personnel soignant. Ici, par exemple, la question des émotions et sa métaphore météorologique est d’abord détournée, notamment pour s’adapter aux circonstances de la venue d’un observateur extérieur et d’une nouvelle assistante sociale, mais elle est finalement reprise pour boucler le propos, comme si elle fixait malgré tout la trame à l’intérieur de laquelle pouvait se construire leur récit.

C’est d’ailleurs toujours autour de cette question des émotions – dont on sait qu’elles jouent un rôle central dans le développement des problèmes d’addiction au jeu (Moutier, 2015) – que le psychiatre va ensuite relancer la discussion, en demandant aux membres de distinguer ce qui relèverait, selon eux, d’une « émotion primaire » et d’une « émotion secondaire », sous laquelle pourrait potentiellement se nicher la première. Après réflexion, la colère qu’ils avaient tous deux ressentie lors de la précédente séance leur est effectivement apparue comme une « émotion secondaire » qui masquait de la « tristesse » et du « désespoir », pour l’une, de la « violence » et de l’« impulsivité », pour l’autre. Une colère « secondaire » que le psychiatre interprète alors de façon plutôt positive, puisqu’elle permettrait, selon lui, de « mettre en mouvement » des émotions plus profondes. On voit ici

¹² En effet, les AA et les GA (comme d’autres groupes d’Anonymes) ont en commun une prière traduite en ces termes par les membres du groupe que j’avais suivi à l’époque : « Mon Dieu, donnez-moi la sérénité d’accepter les choses que je ne puis changer, le courage de changer les choses que je peux et la sagesse d’en connaître la différence » (Fascicule des JA BXL). Sans faire l’exégèse de ce texte, notons qu’il invite moins à l’émancipation qu’à une forme de sagesse spirituelle (pour ne pas dire religieuse) basée sur l’acceptation, la réconciliation et la transformation de soi (Venuleo & Marinaci, 2017 ; Brody, 2021)

comment le discours du personnel soignant et en particulier celui du psychiatre en charge de l'animation du groupe, vient cadrer non seulement les récits des participants mais aussi l'interprétation qu'ils peuvent faire de certains événements se déroulant dans leur vie et qui les affectent « ici et maintenant », y compris lorsqu'ils ne semblent pas immédiatement reliés à leurs problèmes d'addiction aux jeux d'argent.

Un questionnement élargi au contexte

Ce fut aussi le cas lorsqu'il s'est agi d'aborder, sous l'impulsion du psychiatre et de l'assistante sociale, la manière dont les participants avaient vécu la période des confinements liés à l'épidémie de COVID-19. Présenté comme un « premier bilan », le tour de parole consistait alors à évoquer non seulement les « difficultés » mais aussi les « aspects positifs » de cette période. Une question volontairement paradoxale et ouverte à l'interprétation, qui donnait aux participants l'occasion d'évaluer l'impact de la crise sanitaire sur leur conduite addictive. En tout cas, c'est ainsi qu'elle fut interprétée. En effet, les mesures de confinement décidées par le gouvernement ayant entraîné la fermeture de certains établissements de jeux (comme les casinos) ainsi que l'arrêt des compétitions sportives et des courses hippiques (supports de paris en ligne), l'un des deux membres a notamment évoqué un « effet protecteur » lié à cette moindre exposition à l'offre de jeu (cf. ANJ, 2021), du moins de son point de vue. Cela étant, les deux participants ont surtout souligné les difficultés rencontrées durant cette période, notamment en lien avec la suspension des réunions du groupe, mais plus largement du fait des restrictions sanitaires encore en cours : « Je mettais des choses en place pour me soigner, et là tout s'arrête, au pire moment, donc je suis très en colère, parfois cela me rend violent, c'est comme une sorte de tsunami intérieur », s'emporte le premier ; « Chez moi, cela provoque des angoisses terribles, que j'ai du mal à gérer, je suis dans un état de sidération, au point que j'ai parfois peur de lâcher l'affaire », s'inquiète la seconde.

Malgré la colère, l'angoisse et la sidération générées par la situation, on notera que ces patients furent tout de même capables de mettre des mots sur ce qu'ils ressentait, comme le psychiatre les y avait invités. En revanche, l'expression de ces émotions encore très vives a progressivement entraîné les participants vers des considérations plus politiques pouvant *a priori* s'écarter de la question. Ainsi, la seconde participante n'hésita pas à formuler des griefs contre l'arbitraire des mesures sanitaires imposées par le gouvernement (« je m'insurge contre les règles incohérentes qu'ils nous imposent »), en précisant d'ailleurs qu'il s'agit là d'un autre sujet de discordance avec sa famille. Notons alors que la critique de ce qu'elle percevait comme une atteinte à ses libertés la conduisit à faire à nouveau le lien avec la question de son addiction au jeu : « J'essaie de garder la tête hors de l'eau, pour retrouver mon autonomie financière, pour récupérer ma liberté. Je ne bats pas contre le jeu mais pour récupérer ma liberté, ce qui est impossible en ce moment », ajoute-t-elle, en suggérant que les mesures du gouvernement ne l'empêchent pas de jouer (puisqu'elle dit s'adonner aux casinos en ligne, malgré leur interdiction sur le territoire français) mais de s'épanouir dans sa démarche d'émancipation.

Ce qui ressort de cette séquence, toujours par comparaison avec les échanges observés au sein du groupe d'entraide de mon enquête précédente, c'est bien cette

quête de liberté qui, pour la patiente concernée, vise à reprendre le contrôle de son existence, ici face à un contexte qui n'impacte pas seulement sa pratique des jeux d'argent. Une perspective d'émancipation qui s'écarte clairement de la démarche des GA, puisque le « parcours de rétablissement » de ces derniers consiste, au contraire, à reconnaître leur « impuissance » face au jeu et aux (autres) « choses [qu'ils ne peuvent] changer » (y compris sur le plan politique), pour pouvoir assumer pleinement la responsabilité de leur abstinence, ce qui les amène bien souvent à éluder ce qui ne relève pas de leur responsabilité individuelle (Brody, 2021). Certes, les membres du groupe de Marmottan ont également tendance à se responsabiliser voire se culpabiliser pour les « erreurs » qu'ils ont pu commettre, mais leur démarche suppose de s'émanciper des forces qui pèsent sur leur conduite, ici à travers l'expression d'une colère que chacun cherche à transformer en « mouvement », pour reprendre les termes du psychiatre. En tout cas, si la colère des deux participants était encore perceptible un mois après la « tempête émotionnelle » de la précédente séance, le fait d'avoir pu l'exprimer au sein du groupe semble au moins avoir eu pour effet de les en soulager : « ça fait énormément de bien [d'en parler], comme ça j'apprends à vivre avec mes émotions », dira notamment la patiente en question lors de l'ultime tour de table.

Un recentrement sur les émotions

Après une heure et demie d'échange, vient donc le moment du dernier tour de table, consistant à refaire le point sur la « météo émotionnelle » des participants, le but étant justement de voir « ce qui a bougé » entre le début et la fin de la réunion, toujours selon les termes du psychiatre. Seulement, étant donné la forte charge émotionnelle des propos tenus tout au long de la séance, ce dernier nous proposa d'abord une « petite respiration », au sens propre comme au figuré. Ainsi, avant de lancer ce dernier tour de table, il nous invita littéralement à « souffler » (comme une sorte d'exercice de relaxation), ce que nous fîmes tous ensemble, moi y compris. Une respiration qui n'a pas seulement permis aux participants de se « recentrer sur [leurs] émotions » en vue du dernier tour de table, mais aussi de les partager collectivement¹³. Tel était aussi le but de cette nouvelle « météo émotionnelle » proposée ensuite aux membres pour clore la réunion, un rituel thérapeutique auquel les patients se sont volontiers pliés, même s'ils auraient visiblement aimé poursuivre la discussion. Le premier évoque d'ailleurs sa frustration de ne pas pouvoir prolonger la réunion (« j'aurais envie de continuer »), quand la seconde insiste sur le soulagement que provoque chez elle le fait d'avoir pu exprimer sa colère (« je suis toujours tendue mais soulagée »). Puis, l'un et l'autre soulignent le « plaisir » que leur procure le fait de « retrouver le groupe », de « pouvoir exprimer ses émotions sans être jugé » et, selon leurs propres termes, d'assouvir ce « besoin de lien » qui les rassemble.

Comme le suggère l'anthropologue Sylvie Fainzang (1996) à propos des groupes d'anciens alcooliques, l'« efficacité » d'un groupe de parole dépendrait notamment de sa capacité à restaurer ce lien qui fait défaut à ses membres en créant entre eux une « relation symbiotique » résultant de l'expression de leurs difficultés

¹³ Une séquence qui n'est d'ailleurs pas sans rappeler la « prière de la sérénité » parfois effectuée par les GA au terme de leurs réunions.

voir dans quelle parole je me retrouve, comparer... chacun se lient par rapport à où il en est, par rapport à ses problématiques personnelles. [...] Au niveau du fonctionnement, l'organisation, ce qui est très appréciable c'est que c'est toujours très posé, cadré, et c'est la grosse différence avec des groupes comme les Alcooliques Anonymes ou autres, où tout est fait par des personnes lambda. Là, c'est dans un cadre médical, il y a [le] psychiatre et l'assistante sociale [...], mais parfois il y a d'autres personnes, des psychologues, des psychiatres, des médecins et autres. Donc déjà, d'un point de vue organisation, c'est très structuré, ça ne peut pas partir dans tous les sens. Ça, c'est très appréciable. Et il y a une régulation de la parole, qui est médicale en fait. [...] Au niveau des thèmes, ça tourne toujours, je pense, autour de l'émotionnel. À quel stade on se trouve, quelles sont les émotions associées et comment on navigue dans notre propre parcours. [...] On reformule, on approfondit, on requalifie les termes... C'est comme ça que je le perçois [...]. C'est structuré et c'est reformulé, c'est ça aussi qui est intéressant. Contrairement aux Alcooliques Anonymes, on est incité à reformuler, ou le thérapeute reformule, pose des questions pour vérifier que ce qu'on dit, c'est bien ce qu'on souhaitait dire. On est guidés, ce n'est pas juste un groupe où on parle. On n'est pas dirigés mais c'est cadré et il y a un filet médical. [...] Donc c'est structuré, mais dans le bon sens du terme.

On soulignera, dans les propos de cette patiente, la valorisation du cadre médical posé par l'institution et la confiance que celui-ci lui procure, alors même qu'elle soulignait par ailleurs l'ambiance « décontractée » qui règne à Marmottan et la non-directivité de l'animation de son groupe de parole : « On n'est pas dirigés mais c'est cadré et il y a un filet médical », précise-t-elle d'ailleurs à la fin de son propos, comme pour expliquer ce paradoxe. À ce titre, la métaphore de « filet », qui revient à plusieurs reprises, semble particulièrement éclairante. Elle suggère d'abord un maillage de liens qui protège la patiente de son addiction, mais aussi un cadrillage qui permet de « réguler » la parole des participants – y compris la sienne –, pour éviter la « parlote » ou un éventuel trop « plein d'émotions »¹⁴. Outre les « reformulations », les « approfondissements » et les « requalifications » qui lui permettent de (re)construire son récit de vie, le groupe de Marmottan lui apporte donc ce « filet médical » qui, à la fois, l'enveloppe et la sécurise. Un filet qui n'est pas censé retenir celles et ceux qui sont pris entre ses mailles (même si la métaphore est sans doute porteuse d'une certaine ambivalence) mais qui leur donnerait, au contraire, les moyens d'expérimenter une vie plus libre sans avoir à en craindre les conséquences. En tout cas, le cadre thérapeutique proposé au sein de ce groupe de parole semble susciter chez cette patiente une forme d'adhésion suffisamment forte pour qu'elle s'y inscrive dans la durée. Or, contrairement aux Alcooliques Anonymes qu'elle évoque par comparaison (mais cela vaudrait aussi pour les GA), il ne s'agit pas seulement pour elle d'adhérer à un groupe animé par des « personnes lambda » (malgré les savoirs expérientiels dont elles disposent) mais à un dispositif médical dont le fonctionnement assure le bon déroulement des échanges, tout en offrant une certaine marge de liberté aux participants afin qu'ils puissent individuellement et collectivement se l'approprier.

Conclusion

L'enquête de terrain par observation et entretien que j'ai menée durant plus d'un an au sein de ce groupe de parole met en évidence l'enjeu que représente la restauration d'un lien entre des personnes pouvant se retrouver isolées du fait de leurs problèmes d'addiction au jeu : « La solution c'est la relation à l'autre, c'est comme ça qu'on s'en sort », témoigne encore l'un des membres du groupe de Marmottan. Dans le contexte de ce groupe à vocation thérapeutique, c'est surtout par le partage des émotions que ce lien semble se nouer, ce qui suppose à la fois la définition d'un cadre de discussion suffisamment ouvert et protecteur pour que la parole puisse s'exprimer le plus librement possible – ce dont s'assure le personnel soignant qui se charge d'introduire les thématiques abordées, de relancer les participants et de proposer des reformulations – mais aussi une forme de ritualisation qui contribue à créer une adhésion relativement forte de la part des membres. Pour autant, l'efficacité du groupe (qu'elle soit sociologique ou thérapeutique) réside aussi dans leur capacité à s'approprier le dispositif, que ce soit en trouvant des marges de manœuvre pour adapter le cadre de discussion à leur propos et aux circonstances de leurs prises de parole, ou en cherchant des résonances dans le discours des autres membres. Telle est, en effet, l'une des conditions pour que les participants s'investissent pleinement au sein du groupe et puissent éventuellement tirer profit de ces échanges pour donner du sens à leurs trajectoires respectives en tant que joueurs, ainsi qu'à leur démarche de soin à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital.

Ajoutons, à ce titre, que pour que ce dispositif soit profitable à ses membres, il faut sans doute qu'il s'inscrive dans une institution dont les principes sont clairement établis aux yeux de tous, comme c'est visiblement le cas de la « démocratie psychique » ou du « triangle d'Olievenstein » auxquels se réfère l'hôpital Marmottan. Nous avons effectivement pu constater de manière empirique que ces deux principes ne sont pas des concepts abstraits mais des repères institutionnels suffisamment puissants pour structurer les échanges à l'intérieur du groupe. S'ils peuvent évidemment être discutés voire critiqués sur le plan théorique (ce qui n'était pas le but de cet article), ils contribuent visiblement à instituer un cadre dont les participants semblent avoir besoin pour s'engager dans une démarche de soin, qu'elle soit collective ou plus individuelle, leur permettant d'aborder certains sujets en lien ou non avec leurs problèmes d'addiction aux jeux d'argent. Un cadre institutionnel et thérapeutique qui se veut donc « intégratif », non seulement parce qu'il articule différentes approches adaptées aux besoins des patients, mais parce qu'il leur permet d'adhérer à un collectif – dont le groupe n'est qu'un des maillons de la chaîne – censé leur permettre de renouer avec le monde qui les entoure.

Pour conclure, je pointerai cependant l'une des limites de cette réflexion sociologique menée autour de ce que l'on pourrait appeler une « réaffiliation groupale »¹⁵, en partant de l'hypothèse selon laquelle « le groupe permet d'obtenir une resocialisation minimale, dimension non négligeable pour les patients qui ont une vie

¹⁴ En termes psychanalytiques, on pourrait dire que c'est une « enveloppe psychique groupale » contre « l'intensité et la violence des affects qui s'y déploient et y circulent » (Rouchon et al., 2010).

¹⁵ En sociologie, le terme affiliation désigne « le rattachement ou l'appartenance d'un sujet à un groupe, ou d'un groupe à une unité plus vaste » (Bézille, 2010, 126). Dans le cas précis, il s'agirait de rattacher le sujet à un groupe qui lui-même s'inscrit dans une institution plus vaste, dont le but ultime est de réaffilier ses membres à la société.

sociale particulièrement restreinte » (Rouchon et al., 2010). Pour confirmer une telle hypothèse dans le contexte de mon enquête, il faudrait notamment pouvoir approfondir l'analyse de la « carrière déviante » (Becker, 1985) des personnes concernées afin de mieux saisir la place que le groupe occupe dans leur trajectoire biographique, comme j'avais tenté de faire à partir du récit de vie d'un membre du groupe d'entraide inspiré des GA que j'avais suivi par ailleurs (Brody, 2022). Or, si j'ai retranscrit ici quelques extraits d'un entretien réalisé avec l'une des participantes du groupe de Marmottan, les analyses (nécessairement lacunaires) que j'en ai tirées ne permettent pas de réinscrire son propos dans la trame narrative de sa carrière en tant que joueuse. Pour autant, les extraits proposés montrent assez nettement l'existence d'un travail de restructuration de son récit biographique, comme si sa réaffiliation au groupe l'avait aidée à donner du sens à son histoire, en apprenant progressivement à la « reformuler » pour pouvoir *in fine* la partager avec ses semblables. À cet égard, l'expression des émotions associées à une histoire de vie souvent tragique (cf. Brody, 2022) relève visiblement d'un apprentissage laborieux et éprouvant – au point de nécessiter quelques respirations – mais il paraît essentiel pour entrer à nouveau en relation avec autrui sans pour autant dépendre des liens affectifs qui font aussi le jeu de la vie sociale.

Références

- Amadiou T. (2020). La fabrique de l'addiction aux jeux d'argent. Clamecy : Le Bord de l'Eau.
- ANJ (2021). Jeux d'argent et confinement : pas de bouleversements mais des pratiques problématiques pour une minorité de nouveaux joueurs. <https://anj.fr/jeux-dargent-et-confinement-etude>.
- ANPAA (2021). Groupe à visée thérapeutique : addictologie ambulatoire. Guide repère. <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Guide-reperes-Groupes-therapeutiques.pdf>.
- APA (2013). DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington : American Psychiatric Association.
- Avery L. & Davis D.R. (2008). Women's recovery from compulsive gambling: Formal and informal supports. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 8(2), 171-191. <https://doi.org/10.1080/15332560802156919>.
- Beaud S. & Weber F. (2003). Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques. Paris : La Découverte
- Becker H. (1985). *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.
- Bertaux D. (2006). *L'enquête et ses méthodes : le récit de vie*. Paris : Armand Colin.
- Bézille, H. (2010). Formation du sujet, apprentissages et dynamique des affiliations : éducation et francophonie. 38(1), 123-137. <https://doi.org/10.7202/039983ar>.
- Blaise M. & Rossé E. (2011). Monsieur Drogue. Claude Olievenstein, trente ans d'interventions médiatiques. *Psychotropes*. 17(1), 57-82. <https://doi.org/10.3917/psyt.171.0057>.
- Brody A. & Billieux J. (2020). Addiction au jeu : réalité médicale ou pathologisation des pratiques ludiques ?. *Sciences du jeu*. 13. <https://doi.org/10.4000/sdj.2776>.
- Brody A. (2024). Des joueurs sous écrou : enquêtes sur les problématiques liées à la pratique des jeux d'argent en population carcérale. *Revue Générale*. 4, 111-118. <https://pul.uclouvain.be/book/?gcoi=29303100394830>.
- Brody, A. (2022). Devenir « joueur compulsif » : analyse sociologique du récit de vie d'un membre des Joueurs Anonymes. *Sciences sociales et santé*. 40(2), 71-94. <https://doi.org/10.1684/sss.2022.0227>
- Brody A. (2021). Apprendre ensemble à jouer ou à s'abstenir de jouer : enquêtes de terrain auprès de deux communautés de joueurs que tout oppose. *Interrogations*. <https://www.revue-interrogations.org/Apprendre-ensemble-a-jouer-ou-a-s,708>.
- Bourdin E. (2025). Analyse critique des dominations du dispositif de prévention de l'addiction aux Jeux d'Argent et de Hasard en France. Thèse de doctorat. Université Paris 8.
- Castellani B. (2000). *Pathological Gambling: The Making of a Medical Problem*. Albany : University of New York Press.
- Delourme A. (2003). La souplesse du cadre. *Gestalt*. 25(2), 29-47. <https://doi.org/10.3917/gest.025.0029>.
- Dos Santos M. (2017). S'engager en tant que pairs au sein d'une structure pour usagers de drogues: la place des savoirs expérientiels. *Vie sociale*. 20(4), 223-238. <https://doi.org/10.3917/vsoc.174.0223>.
- Ehrenberg A. (2004). Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale Point de vue. *Revue française des affaires sociales*. 77-88. <https://doi.org/10.3917/rfas.041.0077>.
- Ehrenberg A. (2018). *La mécanique des passions : Cerveau, comportement, société*. Paris : Odile Jacob.
- Fainzang S. (1996). *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*. Paris : Puf.
- Ferentzy P. & Skinner W. (2003). Gamblers Anonymous: a critical review of the literature. *Journal of Gambling Issues*. 8, 1 29. <https://doi.org/10.4309/jgi.2003.9.9>.
- Fortané N. (2010). La carrière des « addictions » D'un concept médical à une catégorie d'action publique. *Genèses*. 78(1), 5-24. <https://doi.org/10.3917/gen.078.0005>.
- Gendron, A., Dufour, M., Brunelle, N. & Leclerc, D. (2010). Tour d'horizon sur les principales approches de traitement du jeu pathologique chez les adultes et les adolescents. *Drogues, santé et société*. 9(1), 37-76. <https://doi.org/10.7202/044869ar>.
- Jaufret-Roustide M. (2010). L'auto-support des usagers de drogues : concepts et application. *Rhizome*. 40. https://orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/rhizome_40_-_4_jaufret_-_roustide.pdf
- Lave J. & Wenger E. (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. New York : Cambridge University Press.
- Minet S. (2011). Ne dites pas à mon fils que je joue : une logique de dépendance. *Racine*.
- Moutier S. (2015). Le rôle des émotions dans les jeux de hasard et d'argent : développement typique et atypique des capacités de prise de décision. *Psychotropes*. 21(2), 9-21. <https://doi.org/10.3917/psyt.212.0009>.
- OFDT (2018). Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016 : situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document_-_3771_-_doc_num_-_explnum;d-32155-.pdf.

- OFDT (2020). Les Français et les jeux d'argent et de hasard : résultats du Baromètre de Santé publique France 2019. Tendances, 138. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document_3518_doc_num_explnum;d-30777.pdf.
- OFDT (2024). Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2021. Notes. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2024-05/ofdt_issv2e2.pdf.
- Olievenstein C. (1988). *Le Non-dit des émotions*. Paris : Odile Jacob.
- Rancière J. (2014). *Le Maître ignorant : cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle*. Paris : Fayard
- Rogers J., Landon J., Sharman S. & Roberts A. (2020). Anonymous Women? A Scoping Review of the Experiences of Women in Gamblers Anonymous. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 1008-1024. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00101-5>.
- Rosecrance J. (1985). Compulsive gambling and the medicalization of deviance. *Social problems*, 32, 275-284. <https://doi.org/10.2307/800687>.
- Rouchon J.-F., Cédric F., Levy K., Reyre A., Taïeb O., T. B. & Moro M.-R. (2010). Expériences de vie et de mort des groupes thérapeutiques dans un centre de soins pour patients toxicomanes. *Psychotropes*, 16(3), 89-106. <https://doi.org/10.3917/psyt.163.0089>.
- Rouzel J. (2018). Ce que parler veut dire. L'animation de groupes de parole. *VST - Vie sociale et traitements*, 140(4), 39-47. <https://doi.org/10.3917/vst.140.0039>.
- Rozaire C., Guillou Landreat M., Grall-Bronnec M., Rocher B. & Vénisse J.-L. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ? *Archives de politique criminelle*, 31(1), 9-23. <https://doi.org/10.3917/apc.031.0009>.
- Schuler A., Ferentzy P., Turner N.E., Skinner W., McIsaac K.E., Ziegler C.P. & Matheson Flora I. (2016). Gamblers Anonymous as a Recovery Pathway: A Scoping Review. *Journal of Gambling Studies*, 32, 1261-1278. <https://doi.org/doi:10.1007/s10899-016-9596-8>.
- Simmel G. (1991). *Sociologie et épistémologie*. Paris : PUF.
- Stewart R.M. & Brown R.I. (1988). An outcome study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 152, 284-288. <https://doi.org/10.1192/bjp.152.2.284>.
- Straus B. (2006). Some words about comments: How direct interpersonal communication at Gamblers Anonymous meetings impacts GA members' therapy. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 1(3-4), 75-111. https://doi.org/10.1300/J384v01n03_06.
- Suissa A.J. (2005). *Le jeu compulsif. Vérités et mensonges*. Québec : Éditions Fides.
- Suissa A.-J. (2006). Jeux de hasard et d'argent en Amérique du Nord : repères et pratiques citoyennes en émergence. *Psychotropes*, 12(3), 211-227. <https://doi.org/10.3917/psyt.123.0211>
- Suissa A.J. (2009). *Le monde des AA : alcooliques, gamblers, narcomanes*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Valleur M. & Bucher C. (1997). *Le jeu pathologique*. Paris : PUF.
- Valleur M. & Matysiak J.-C. (2006). *Les addictions : panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. Paris : Armand Colin.
- Varescon I. (2009). *Les addictions comportementales : Aspects cliniques et psychopathologiques*. Mardaga.
- Vénisse J.-L. (1997). Introduction. In Vénisse J.-L. & Bailly D. *Addictions, quels soins ?*. Paris : Masson.
- Venuleo C. & Marinaci T. (2017). The social construction of the pathological gambler's identity and its relationship with social adaptation: Narratives from members of Italian Gambling Anonymous and gam-anon family groups. *Journal of Gambling Issues*, 36, 138-163. <http://dx.doi.org/10.4309/jgi.2021.47.3>.