



ENQUÊTES PARTICIPATIVES

“Articulation
des parcours de soins en addictologie
&
des parcours d’hébergement des personnes
accompagnées en structures d’Accueil-
Hébergement-Insertion et Logement”

« Entre parcours de soins en addictologie et parcours d'hébergement »

Restitution d'enquêtes participatives

Enquêtes participatives proposées dans le cadre du programme de formation-action :
« Accompagnement des conduites addictives en structures d'Accueil-Hébergement-Insertion et Logement »

Un programme porté par :



Enquêtes participatives réalisées en association avec :



Et avec le soutien financier :



A Jamel

A Wilhem

Qui ont tous les deux participé à cette enquête participative

Pourquoi ces enquêtes ?

Le programme de formation-action « Accompagnement des conduites addictives en structures d'Accueil-Hébergement-Insertion et Logement (AHI-L) » coordonné par la Fédération des acteurs de la solidarité Auvergne Rhône-Alpes en partenariat avec la Fédération Addiction et Addictions France, a permis l'animation de groupes de travail composés de personnes accompagnées, de professionnels de l'AHI-L et des professionnels de l'addictologie. Au cours de ces groupes de travail, plusieurs des personnes accompagnées ont fait part de difficultés vécues lors de séjours de sevrage : comment se préparer au sevrage ? quels sont mes objectifs ? comment anticiper la sortie et maintenir un suivi ?

Toutes ces questions posées par les personnes accompagnées mais également ressenties par les professionnels, constituaient en quelque sorte, un angle mort du programme de formation-action. En effet, les structures hospitalières, tout comme les structures portant des services de Soins Médicaux et de Réadaptation en Addictologie (SMR-A) étaient jusqu'ici très peu associées à ce programme, alors même qu'elles font partie des interlocuteurs des personnes accompagnées concernant les conduites addictives.

Face à ces constats, nous avons lancé, avec le Collectif Soif, la Chaire PUBLICS des politiques sociales du laboratoire de sciences sociales Pacte (Université Grenoble Alpes), et Océllia une **enquête participative et expérimentale autour des parcours de soins en addictologie des personnes accompagnées**. D'abord autour d'un parcours singulier, celui de Jamel Ben Hamed (**Phase 1**), il s'agissait d'une expérimentation ethnographique, puis à partir de ce récit et de ses enseignements, une enquête a été réalisée autour de focus group mêlant personnes accompagnées, professionnels de l'addictologie (ambulatoire, hospitalier, SMR-A, ...), et professionnels de l'AHI-L (**Phase 2**) :

- **Phase 1** : Expérimentation ethnographique sur un parcours de soins en addictologie : « *J'avais vraiment envie d'arrêter de boire* »

Auteurs :

Gabriel Uribelarrea, co-enquêteur et co-auteur de ce rapport de recherche, est sociologue, Chaire PUBLICS des politiques sociales, Laboratoire de sciences sociales Pacte (UMR 5194), Université Grenoble Alpes.

Jamel Ben Hamed, co-enquêteur et co-auteur de ce rapport de recherche, était membre du Collectif SOIF de Connaissances.

Soutiens financiers : ARS Auvergne Rhône-Alpes, Fondation Abbé Pierre

- **Phase 2** : Enquête sur l'articulation des parcours de soins en addictologie et des parcours d'hébergement des personnes accompagnées en structures d'Accueil-Hébergement-Insertion et Logement

Auteurs :

Cédric Sadin Cesbron, co-enquêteur et co-auteur de cette enquête participative est responsable de Formation Supérieure et Recherche à Océllia

Sophie Gallavardin, co-enquêteur et co-auteur de cette enquête participative, était coordinatrice Santé à la Fédération des acteurs de la Solidarité Auvergne Rhône-Alpes (aujourd'hui Sophie occupe un autre poste)

Soutien financier : ARS Auvergne Rhône-Alpes

Sommaire

Partie 1 : Une expérimentation ethnographique sur un parcours de soins en addictologie

Remerciements.....	6
Avant-propos.....	7
Introduction.....	8
Partie 1 – Une enquête sur l’expérience du sevrage et de la cure.....	10
Partie 2 – Mise en dialogue d’un parcours de soin en vue d’arrêter l’alcool.....	16
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	30

Partie 2 : Enquête sur l’articulation des parcours de soins en addictologie et des parcours d’hébergement des personnes accompagnées dans le secteur de l’Accueil-Hébergement-Insertion et Logement

Glossaire.....	34
Préambule.....	35
I -L’interconnaissance et l’articulation entre les professionnels.....	37
Observations.....	37
Des pistes de travail possibles.....	39
II- Des objectifs variés de projets de soin, entre abstinence, pauses ou régulations des consommations.....	41
Observations.....	41
Des pistes de travail possibles.....	42
III - Le rôle soutenant des pairs, avant, pendant et après les séjours de soins.....	44
Observations.....	44
Des pistes de travail possibles.....	45
IV - Le rôle central de l’entourage des personnes.....	46
Observations.....	46
Des pistes de travail possibles.....	47
V- Les sorties de séjours de soins et les accompagnements socio-éducatifs de proximité.....	49
Observations.....	49
Des pistes de travail possibles.....	51
VI- Des manques structurels d’étayage en sortie de séjours de soin, aussi bien du côté du médical que de l’accompagnement social.....	52
Observations.....	52
Des pistes de travail possibles.....	53
Pour conclure : des points de consensus.....	54



Phase 1 : Une expérimentation ethnographique sur un parcours de soins en addictologie

« J'avais vraiment envie d'arrêter de boire »

Une expérimentation ethnographique proposée dans le cadre du programme de formation-action : « Accompagnement des conduites addictives en structures d'Accueil-Hébergement-Insertion et Logement »

Gabriel Uribelarrea et Jamel Ben Hamed

Septembre 2023

Un programme porté par :



Avec le soutien financier :



Remerciements

Nous remercions la Fédération des acteurs de la solidarité Auvergne-Rhône-Alpes d'avoir impulsé et soutenu cette enquête. Ce soutien s'inscrit dans le programme de formation-action « Conduites addictives et précarité : favoriser l'articulation des parcours », porté par la Fédération des acteurs de la solidarité en partenariat avec l'Association Addictions France et la Fédération Addiction, et financé par l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes.

Nous remercions la Fondation Abbé Pierre qui, dans le cadre de son soutien au programme « Participation des publics » de la Chaire PUBLICS des politiques sociales du laboratoire de sciences sociales Pacte (Université Grenoble Alpes), abritée par la Fondation Université Grenoble Alpes, a permis l'expérimentation d'une démarche ethnographique originale.

Nous remercions Ocellia Santé Social et, en particulier, Sandrine Amaré, directrice Formation supérieure, Recherche et International, sans qui cette recherche n'aurait pu être menée.

Nous remercions Marie Jauffret-Roustide et Julien Lévy pour leurs relectures et leurs retours sur de précédentes versions de ce rapport.

Avant-propos

Ce rapport de recherche au format expérimental est le résultat d'une enquête dite « participative » conduite par Gabriel Uribelarrea et Jamel Ben Hamed. Ce travail, commencé en janvier 2022, s'est terminé en juillet 2023. Au cours de cette période, Jamel s'est vu diagnostiquer un cancer, dont il est décédé le 9 février 2023.

Au regard de l'état de santé de Jamel et des soins dans lesquels il était engagé, l'écriture de ce rapport de recherche n'a pu être pleinement collaborative. Ainsi, la première partie a été écrite par Gabriel à partir d'un plan détaillé établi avec Jamel qui a relu et validé une version quasi-définitive. Une première version de la seconde partie a été co-écrite par les deux auteurs. Elle a été partiellement retravaillée par Gabriel qui a présenté les modifications à Jamel. L'introduction et la conclusion ont été rédigées par Gabriel, et n'ont pas pu être relues par Jamel.

Gabriel Uribelarrea, co-enquêteur et co-auteur de ce rapport de recherche, est sociologue, Chaire PUBLICS des politiques sociales, Laboratoire de sciences sociales Pacte (UMR 5194), Université Grenoble Alpes.

Jamel Ben Hamed, co-enquêteur et co-auteur de ce rapport de recherche, était membre du Collectif SOIF de Connaissances.

Introduction

Au sein des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), l'alcool est un sujet de conversation et de préoccupation récurrent. Il est discuté, débattu, parfois évoqué à demi-mot, entre les professionnels, entre les personnes hébergées et entre les deux parties. Ces échanges portent sur les possibilités ou les impossibilités de boire dans l'enceinte de l'institution. La règle dominante demeure l'interdiction de la consommation (Lévy, 2015 ; Gardella et Arnaud, 2018) même si, depuis plusieurs années, des CHRS révisent leurs pratiques en se revendiquant d'une approche en termes de « réduction des risques et des dommages¹ ». Certains expérimentent des modalités d'autorisation, par exemple en permettant aux personnes de boire dans des espaces et sur des créneaux dédiés ou dans leurs chambres individuelles ; d'autres lèvent l'interdiction, les personnes pouvant alors consommer de l'alcool aussi bien dans les espaces collectifs que dans les espaces privés (Duperron et Uribelarrea, 2021).

En circulant dans les structures d'hébergement, en prenant le temps d'échanger avec les personnes présentes, une autre manière d'aborder l'alcool se révèle. Des hébergés racontent leurs expériences passées ou leurs projets à venir en centre de cure. Ils décrivent leurs tentatives, souvent multiples, pour arrêter de boire. Ils analysent leurs « échecs » et leurs « réussites » à arrêter l'alcool, en lien avec leurs circulations entre les établissements de (post-)cure et les centres d'hébergement. La récurrence de ces témoignages nous invite à nous intéresser à l'expérience de la cure et aux déplacements entre les CHRS et les structures médicalisées spécialisées en addictologie. Comment les personnes hébergées sont-elles accompagnées, depuis les dispositifs d'hébergement, dans leur projet d'arrêter la consommation d'alcool ? Comment accèdent-elles à des centres de cure ? Comment se déroule le séjour dans un environnement nouveau ? Comment s'organise la fin de la cure, l'orientation vers un dispositif de postcure, le retour en hébergement ou l'éventuel accès à un logement ? Voici quelques-unes des questions autour desquelles nous élaborons un projet de recherche sociologique. Ce faisant, nous souhaitons enquêter sur un sujet omniprésent dans les CHRS qui n'a pourtant que très rarement été documenté par les travaux en sciences sociales s'inscrivant dans le domaine de recherche du « sans-abrisme » (Choppin et Gardella, 2013).

Ce rapport de recherche est composé de deux parties. La première rappelle le contexte de cette recherche, précise les enjeux du projet initial et la manière dont il a été redéfini. Elle présente en détails la démarche d'enquête mise en œuvre et la façon dont les données recueillies ont été analysées. La seconde partie donne à suivre et à comprendre, à travers trois registres d'écriture, l'expérience d'un parcours de soin en vue d'arrêter sa consommation d'alcool. Cette étude de cas ouvre des interrogations générales, notamment quant aux déplacements et à l'accompagnement des personnes hébergées en CHRS souhaitant arrêter l'alcool, qui seront reprises en conclusion.

¹ Sur la réduction des risques et des dommages en France, nous renvoyons aux travaux de la sociologue Marie Jauffret-Roustide ; voir notamment Jauffret-Roustide, 2016. Sur la réduction des risques liés aux usages d'alcool, voir Fieulaine, 2017.

Le Collectif SOIF de Connaissances

Ce rapport est le résultat d'une recherche dite « participative ». Celle-ci s'inscrit dans le cadre du Collectif SOIF de Connaissances, créé en 2015, à l'initiative de quatre institutions : l'École Santé Sociale Sud-Est, à Lyon et Valence ; l'Institut de Formation en Travail Social, à Échirolles² ; la Fédération des Acteurs de la Solidarité Auvergne- Rhône-Alpes ; l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services, rattaché à l'Université Grenoble Alpes. Ce collectif réunit à Lyon et à Grenoble des formateurs en travail social, des travailleurs sociaux, des personnes dites « ressources » – qui ont une expérience en tant qu'usagers des dispositifs d'accueil, d'hébergement et/ou de l'accompagnement social – et des chercheurs en sciences sociales qui travaillent sur des sujets relatifs à la précarité.

Entre 2015 et 2020, le Collectif SOIF se consacre exclusivement à la formation initiale et continue des (futurs) travailleurs sociaux. Les différentes parties prenantes coconstruisent des modules de formation qu'elles dispensent ensemble auprès des étudiants. Ceux-ci portent sur les thématiques suivantes : la « précarité », le « non-recours aux droits et services », la « participation des publics en situation de précarité » et les « bidonvilles ». À partir de 2020 se développe et se concrétise une ouverture du Collectif SOIF à la recherche en sciences sociales. L'idée est d'articuler l'activité de formation initiale et continue, qui perdure, avec une démarche d'enquête scientifique. La présente recherche est la deuxième conduite au sein du Collectif SOIF, après une première enquête consacrée aux sorties d'hébergements sociaux (Uribelarrea et *al.*, 2023). Ces *expérimentations* méthodologiques ne suivent de protocoles préétablis. Elles reposent sur des enquêtes, coordonnées par un sociologue membre de la Chaire PUBLICS des politiques sociales, qui se définissent chemin faisant, comme nous le présenterons dans les pages suivantes.

² Depuis 2021, l'École Santé Sociale Sud-Est et l'Institut de Formation en Travail Social ne constituent plus qu'une institution, Ocellia Santé-Social.

Partie 1 – Une enquête sur l’expérience du sevrage et de la cure

L’histoire de cette recherche débute en septembre 2021, lorsque la Fédération des acteurs de la solidarité Auvergne-Rhône-Alpes sollicite le Collectif SOIF de Connaissances afin de réfléchir à la possibilité d’une étude sur les addictions dans le champ du sans-abrisme. Un projet de recherche, consistant à suivre des personnes hébergées en CHRS engagées dans des démarches de soins pour arrêter l’alcool, est élaboré par Gabriel Uribelarrea. Il se redéfinit partiellement à la suite d’un échange avec Jamel Ben Hamed (a). De cette collaboration naît une expérimentation ethnographique visant à documenter l’expérience du séjour en centre de sevrage et de cure de Jamel (b). Les données recueillies font l’objet d’une analyse conjointe et d’une réflexion sur la manière d’en rendre compte à travers un rapport de recherche (c).

A- Ce qui fait épreuve pour le patient

Notre projet de recherche s’intéresse initialement aux déplacements des personnes hébergées en CHRS vers des centres de sevrage et de cure afin d’arrêter, durablement ou temporairement, leur consommation d’alcool. Il s’agit alors de suivre des personnes engagées dans des parcours de soin et, plus spécifiquement, d’y repérer ce qui fait *épreuve* pour elles. Les sociologues Antoine Hennion et Pierre Vidal-Naquet donnent la définition suivante de ce terme :

« Les épreuves sont des moments qui forcent à réagir. Elles sont l’occasion de qualifier les choses, de revenir sur des événements passés, sans disposer d’explication définitive ; les choix s’expriment, les façons de faire se discutent. L’épreuve nous intéresse donc d’un point de vue empirique car elle fait apparaître des enjeux ou des contraintes invisibles quand tout se passe bien. Mais l’épreuve implique les acteurs, chercheur compris, aussi sous un autre angle, moins souvent abordé : c’est un moment qu’on éprouve, et qui est éprouvant. Le malaise engage des sentiments, des réactions physiques, le corps parle autant sinon plus que la raison. Les acteurs se retrouvent dans l’embarras et leur éthique personnelle est bousculée. C’est au double sens du terme qu’ils traversent une épreuve : en ce qu’ils sont confrontés à des difficultés renvoyant à des questions délicates, mais aussi parce que c’est une expérience qu’en effet, ils éprouvent ; elle fait sentir ce qu’il faut faire, et elle provoque des sentiments, des émotions, des troubles. Elle touche à la fois à la morale et au moral » (Hennion et Vidal-Naquet, 2015 : 69).

Cette définition est au fondement de notre projet de recherche. Celui-ci consiste alors à documenter les épreuves physiques et morales que rencontrent les personnes hébergées en CHRS engagées dans des soins pour cesser leurs consommations d’alcool. Il s’agit de comprendre les ressentis physiques des patients – telles que les expériences du manque, de la fatigue ou de la douleur – et de saisir les évolutions de leurs corps sous l’effet des traitements et des soins. Il s’agit également d’appréhender les difficultés rencontrées par les patients qui touchent à leur moral, comme les auteurs susmentionnés l’écrivent, c’est-à-dire qui peuvent les affecter, les troubler ou susciter chez eux du malaise. C’est autour de cette conception des épreuves que Gabriel définit les orientations du projet de recherche initial, au mois d’octobre 2021.

Quelques semaines plus tard, en novembre 2021, Jamel et Gabriel ont une conversation téléphonique, comme ils en ont occasionnellement depuis qu’ils se sont rencontrés quelques semaines plus tôt³. À cette occasion, Jamel évoque son projet de retourner en cure au début de l’année 2022 pour arrêter sa consommation d’alcool. Il a commencé à en parler avec son addictologue, qui le suit depuis plus de dix ans.

³ Cette rencontre a lieu le 4 mai 2021, à l’Université Lyon 2, à l’occasion d’un temps d’échange organisé autour d’une présentation des premières analyses d’une enquête collective, dont Gabriel est l’un des coordinateurs, consacrée à la place de l’alcool dans trois CHRS. Jamel, ayant vécu dans l’une de ces structures, est invité à réagir avec d’autres personnes qui vivent ou travaillent dans ces établissements. Ce travail a donné lieu au rapport suivant : Duperron et Uribelarrea, 2021.

Il envisage de réitérer la démarche de soin qu'il avait engagée un an plus tôt, au printemps 2021, en se rendant dans les mêmes établissements⁴ : d'abord à Revol⁵, pour une phase de sevrage de quinze jours, puis un séjour de plusieurs semaines au centre de cure de Létra⁶. Au regard de ces informations, Gabriel présente à Jamel le projet de recherche et l'interroge sur son éventuel intérêt à y participer. Il accepte avec enthousiasme. Il y voit une occasion de maintenir et de renforcer son implication récente dans le monde de l'enseignement supérieur et de la recherche qui se traduit, depuis quelques mois, par des interventions dans le cadre de conférences ou de formations avec le Collectif SOIF de Connaissances.

La participation de Jamel contribue à une révision partielle du projet de recherche initial. En effet, lorsqu'il annonce à Gabriel son intention d'engager des soins pour arrêter sa consommation d'alcool, Jamel est locataire d'un studio depuis le mois de février 2021. Avant d'y emménager, il a résidé deux ans au CHRS Riboud, situé à Lyon. Et, tout en y étant hébergé, il est parti cinq mois en cure et post-cure au cours de l'année 2020, avant de revenir dans la même structure d'hébergement. C'est donc au regard de ses expériences passées de sevrage et de cure et de celle à venir, que nous décidons de collaborer. L'objet de cette recherche se trouve alors reformulé. Il ne s'agit plus de comprendre ce qui fait épreuve pour les personnes vivant en CHRS qui s'engagent dans un projet de cure en vue d'arrêter l'alcool, mais de documenter ce qui fait épreuve pour une personne vivant en logement qui se rend dans un centre de cure. Il s'agit également d'éclairer, de manière rétroactive, une expérience passée de cure et les épreuves qu'elle a traversées au cours d'une démarche de soin similaire, alors qu'elle habitait dans un centre d'hébergement.

Le projet de recherche, ainsi reformulé, fait écho aux ouvrages sociologiques de Pascale Pichon et Thierry Torche (2011), d'un côté, et de Patrick Bruneteaux (2016), de l'autre. Ces deux ouvrages retracent – dans des perspectives épistémologiques et sous des modalités d'écriture extrêmement différentes, nous y reviendrons – deux parcours de vie : d'un côté celui de Thierry Torche, de l'autre celui de Georges. Ces histoires partagent des caractéristiques communes. En premier lieu, l'expérience de la rue et de la vie en habitats précaires, mais aussi celle de l'addiction à l'alcool. Révélateur de l'importance de ce sujet, chaque ouvrage y consacre d'ailleurs un chapitre⁷. Thierry Torche et Georges y font part de leurs séjours en cure, des arrêts et des reprises de la consommation, de leurs rencontres respectives avec un médecin addictologue qui va compter pour eux, de leur abstinence, de leurs formations en addictologie, de leurs projets et de leurs interventions auprès de personnes dépendantes. Dans les deux cas, la focale porte sur une période de plusieurs années. Elle permet de saisir un déplacement au long cours, des bifurcations et des épreuves, depuis l'expérience de la dépendance à l'alcool jusqu'à l'accompagnement prodigué à d'autres personnes dépendantes à ce produit. Mais, si la cure est plusieurs fois mentionnée, son expérience concrète n'est pratiquement pas documentée. C'est pourquoi, dans la lignée de ces travaux et dans un souci de cumulativité de la recherche, nous proposons de nous arrêter sur une période plus courte, de quelques semaines, quelques mois tout au plus, afin de comprendre dans une perspective sociologique et aussi précisément que possible ce que signifie l'expérience de la cure pour un patient qui s'y engage. Pour ce faire, nous proposons d'engager une expérimentation ethnographique.

⁴ À la demande de Jamel, les noms d'établissements et de lieux n'ont pas été anonymisés.

⁵ « Revol » est le nom du pavillon où est implanté le Service Universitaire d'Addictologie de Lyon (SUAL). Ce bâtiment et ce service sont situés au sein du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron.

⁶ « Létra » est le nom d'une commune du Rhône où est située la clinique de « soins médicaux et de réadaptation » Korian Les Bruyères, spécialisée en addictologie.

⁷ Le chapitre 2 de l'ouvrage de Pascale Pichon et Thierry Torche s'intitule « Le nœud du problème : l'alcool » (p. 77-84) ; le chapitre 2 de l'ouvrage de Patrick Bruneteaux a quant à lui pour titre « L'alcool révélateur des sens biographiques de Georges » (p. 105-159).

B- Une expérimentation ethnographique

Pour mener à bien cette recherche, une démarche d'enquête ethnographique a été envisagée par Gabriel. Mais c'est en collaboration avec Jamel que les modalités de sa mise en œuvre ont été définies et précisées.

« Par ethnographie, on entendra une démarche d'enquête, qui s'appuie sur une observation prolongée, continue ou fractionnée, d'un milieu, de situations ou d'activités, adossée à des savoir-faire qui comprennent l'accès au(x) terrain(s) (se faire accepter, gagner la confiance, trouver sa place, savoir en sortir...), la prise de note la plus dense et la plus précise possible et/ou l'enregistrement audio ou vidéo de séquences d'activités in situ. Le cœur de la démarche s'appuie donc sur l'implication directe, à la première personne, de l'enquêteur, [...] en tant qu'il observe, en y participant ou non, des actions ou des événements en cours. Le principal médium de l'enquête est ainsi l'expérience incarnée de l'enquêteur » (Cefaï et al., 2010 : 7)

L'idée était que Jamel puisse mener une enquête ethnographique durant ses soins ; c'est-à-dire, plus précisément, qu'il décrive au quotidien ce qui se passe et ce qui lui arrive. Cette proposition l'a enthousiasmé. Il l'a rattachée à des pratiques d'écriture passées, telle que la rédaction d'une autobiographie au cours d'une période d'incarcération ou la prise de notes, de façon discontinue, lors de précédents séjours en cure. Mais que décrire ? Sur quoi porter l'attention ? Comment décrire ? Telles sont quelques-unes des questions que tout apprenti ethnographe se pose et telles sont les questions auxquelles nous nous sommes confrontés. Nous avons essayé d'y répondre au cours d'une journée de travail commune, en amont du départ de Jamel pour son sevrage.

Dans un premier temps, pour appréhender le travail descriptif et sa dimension située, Gabriel a soumis à Jamel des comptes rendus ethnographiques tirés de ses propres recherches. Nous les avons lus et discutés ensemble. Ces extraits n'étaient pas envisagés comme des modèles à suivre mais comme des formats possibles d'écriture. Ils représentaient un appui pour aborder comment la description ethnographique se centre sur des pratiques, sur ce que les personnes sont *en train de faire* en restituant leurs paroles, leurs actes et leurs gestes.

Dans un deuxième temps, nous avons cherché à préciser ce qu'il importait *a priori* de décrire pour comprendre ce qui fait épreuve, pour le patient, dans un parcours de soin en vue d'arrêter une consommation d'alcool. Pour ce faire, les expériences passées de Jamel ont été précieuses. Elles permettaient d'anticiper des moments particulièrement éprouvants, tels que les premiers jours du sevrage ou le retour à domicile. Nous avons alors décidé d'orienter l'enquête vers ces situations sans pour autant s'y limiter. De manière plus générale, nous avons défini deux horizons vers lesquels devaient tendre, dans la mesure du possible, les descriptions de Jamel. D'une part, elles devaient rendre compte d'interactions, c'est-à-dire de situations dans lesquelles il rencontrerait des professionnels, des patients mais aussi d'autres personnes telles que des proches. Il s'agissait de décrire la teneur des échanges, des sujets abordés ou des gestes accomplis. D'autre part, et telle est la plus-value d'une démarche dans laquelle l'enquêteur est impliqué à la « première personne », les descriptions devaient se concentrer sur le ressenti de Jamel dans le cadre de ces interactions, que celui-ci soit positif ou négatif. L'intensité de l'expérience sensible constitue un révélateur de l'importance de l'épreuve traversée. Il s'agit donc d'assumer cette subjectivité ; décrire et déplier ce qui « affecte » l'enquêteur pouvant permettre de comprendre ce qui se passe sur le terrain.

Au fil de l'enquête, Jamel s'est ainsi appliqué à décrire des situations vécues, depuis sa place et selon son point de vue, au sein de son journal de terrain. Ce dernier constitue l'outil privilégié de l'ethnographe, le lieu où il consigne ses observations. C'est un support d'écriture, de lecture et de réécriture qui peut prendre différentes formes. Avant le départ de Jamel en centre de cure, nous avons exploré la pertinence et la faisabilité de plusieurs d'entre elles. Nous avons ainsi évoqué la possibilité que Jamel s'enregistre au dictaphone : il aurait pu raconter à voix haute son quotidien, chaque enregistrement aurait fait l'objet d'une

retranscription et l'assemblage des retranscriptions aurait constitué le journal de terrain. Cette manière de faire a toutefois rapidement été écartée. Jamel, par ses expériences passées, savait qu'il se retrouverait dans une chambre double lors de la phase de sevrage. Pour des raisons de confidentialité et d'intimité, il ne lui aurait pas été possible de dicter ses observations au dictaphone. Nous avons ensuite échangé sur une prise de notes dans des carnets papiers ou dans un fichier de traitement de texte sur un ordinateur. Ces deux formats sont restés des possibles tout au long de l'enquête. Mais, en pratique, Jamel a privilégié une version informatisée du journal de terrain. Celui-ci commence au mois de janvier 2022, plusieurs jours avant son départ pour le début du sevrage à l'hôpital du Vinatier, et se termine au début du mois d'avril de la même année, quelques jours après son retour à domicile.

En parallèle des descriptions réalisées par Jamel, nous avons défini une méthode complémentaire de recueil de données. Celle-ci repose sur des conversations téléphoniques régulières entre Jamel et Gabriel. Elles étaient guidées par ce dernier qui invitait Jamel à raconter des situations marquantes – en veillant à préciser en quoi elles étaient marquantes – vécues dans les heures et les jours précédant chaque coup de fil. Parfois, Jamel transmettait par mail des extraits de son journal de terrain à Gabriel comme support aux conversations. Les appels téléphoniques ont eu un double intérêt. D'une part, le fait que Gabriel pose des questions, demande des précisions ou des explicitations, a permis à Jamel de présenter autrement des expériences qu'il avait déjà décrites dans son journal de terrain. Par l'échange, des détails ont été apportés et des informations ont été ajoutées. D'autre part, ces conversations ont également été l'occasion pour Jamel de raconter des situations qu'il n'avait pas (encore) décrites et ainsi de pouvoir en garder trace. Les conversations téléphoniques duraient de 30 minutes à 2 heures. Elles ont fait l'objet d'une prise de notes, la plus dense possible, par Gabriel qui retranscrivait presque intégralement les termes employés par Jamel. Chaque compte rendu était ensuite transmis à Jamel pour relecture et correction. En parallèle, Gabriel intégrait ces retranscriptions dans son propre journal de terrain, au sein duquel il prenait également note des échanges plus fugaces qu'il avait avec Jamel, que ce soit lors d'appels téléphoniques ou par des échanges de textos.

Le journal de terrain de Jamel et les comptes rendus des conversations rédigés par Gabriel couvrent une période allant de la fin du mois de janvier 2022 au début du mois d'avril de la même année. Ils représentent environ 70 pages et constituent le socle principal sur lequel l'analyse est menée.

La rémunération des enquêteurs

La recherche participative soulève la question de la rémunération de l'ensemble des participants.

Gabriel est rémunéré en tant que chercheur post-doctorant au sein de la Chaire PUBLICS des politiques sociales du laboratoire de sciences sociales Pacte, Université Grenoble Alpes. Son temps de travail sur cette recherche a été pris sur le Programme de la Chaire consacré à la « participation des publics », financé principalement par Fondation Abbé Pierre.

Jamel a été rémunéré dans le cadre d'un contrat de vacation avec l'école Ocellia Santé Social. Dans un premier temps, un nombre d'heures de travail a été établi pour la réalisation de cette enquête. Nous avons calculé une moyenne d'heures hebdomadaire que Jamel consacrerait à cette recherche (par l'écriture de son journal, par des conversations avec Gabriel, par son implication aux réunions d'analyse) entre le 1^{er} février 2022 et le 15 juillet 2022. Le coût horaire retenu pour son salaire était celui appliqué par Ocellia pour la rémunération des personnes ressources du Collectif SOIF de Connaissances, dont Jamel faisait partie et dans le cadre duquel ce projet de recherche s'inscrit. C'est ainsi que le montant total de la rémunération a été fixé. Il s'agissait ensuite de définir le cadre dans lequel serait rémunéré Jamel. La Fédération des acteurs de la solidarité Auvergne Rhône Alpes a, dans un premier temps, proposé de salarier Jamel. Cette piste a rapidement été abandonnée puisqu'il était impossible d'être salarié durant l'hospitalisation pour le sevrage et le séjour en cure. Dans un deuxième temps, le même partenaire a proposé une rétribution par chèques Cadhoc (qui permettent de réaliser des achats dans certains magasins), supérieure au montant prévisionnel de son salaire. Cette proposition a été jugée inacceptable par Jamel qui l'a refusée, estimant que l'absence de contrat officiel représentait un manque de considération. Finalement, Ocellia a proposé de rémunérer Jamel dans le cadre d'un contrat de vacation avec un premier virement au début de son contrat et un second au terme de celui-ci. Cette proposition a été acceptée par Jamel.

C- Co-analyse des données et écriture

L'analyse a commencé au mois de mai 2022, quelques semaines après le retour de Jamel à son domicile. Elle a été conduite au cours de cinq journées de travail. Cette phase de la recherche n'a pas suivi un protocole préétabli. Elle s'est structurée chemin faisant.

L'analyse a consisté, d'abord, à dresser un inventaire exhaustif des données, c'est-à-dire à faire le point sur l'ensemble des notes qui avaient été prises par Jamel et par Gabriel. En lisant l'ensemble des notes, nous avons constaté que les journaux de terrain ne documentaient pas suffisamment les semaines qui ont suivi le retour à domicile. Partant de ce constat, une conversation, sur le même modèle que les échanges téléphoniques menés lorsque Jamel était en centre de cure, a été menée afin de décrire ce qu'il s'était passé durant cette période. Nous avons ensuite cherché à identifier les épreuves – au sens où nous l'avons préalablement défini – traversées par Jamel. Une liste de situations et de périodes éprouvantes a ainsi été dressée. Celle-ci a été organisée en deux temps.

D'abord, et dans un souci de comprendre l'enchaînement des épreuves au cours de ce parcours de soin, nous les avons classées par ordre chronologique. Sur un tableau, nous avons daté chaque situation et borné chaque période en veillant à préciser dans quel environnement se trouvait alors Jamel : dans son logement avant de commencer les soins ; au SUAL où se déroule la phase de sevrage ; dans la clinique à Létra où il séjourne ; dans son appartement après ses soins. Ensuite, nous avons hiérarchisé les épreuves, au regard de ce qu'avait pu ressentir Jamel tant d'un point de vue physique que moral, à partir des données écrites – cette précision est essentielle. En effet, certaines situations sont plus marquantes que d'autres, elles ont des effets plus durables sur celui qui les vit. Tel est le cas, au cours de l'enquête, de la consultation médicale au cours

de laquelle Jamel est informé qu'il est atteint d'un cancer. Cette annonce marque une bifurcation dans son parcours de vie ; un avant et un après peuvent être clairement identifiés. D'autres, en revanche, sont très importantes lorsqu'elles surviennent mais restent circonscrites dans le temps et l'espace. Tel est par exemple le cas d'un conflit, survenu au centre de cure, qui a opposé Jamel à une autre patiente. Lors de la première réunion d'analyse cette épreuve n'est pas mentionnée, jusqu'au moment où nous la « redécouvrons » en lisant le compte rendu d'une conversation téléphonique dans lequel elle est amplement développée. Cet exemple révèle tout l'intérêt de l'expérimentation ethnographique mise en œuvre : elle permet de garder trace de situations qui, si elles n'avaient pas été décrites dans les heures ou les jours qui suivent leur déroulement, n'auraient potentiellement pas été mentionnées. Or, elles demeurent précieuses pour rendre compte avec finesse et précisions du quotidien en centre de cure et pour comprendre cette expérience du soin.

Une fois les épreuves réorganisées et classées, nous avons cherché à les *thématiser*. En les mettant en lien les unes avec les autres, en les comparant, parfois en les requalifiant, nous avons cherché à comprendre à quels enjeux, à quels *thèmes* elles renvoyaient. Au cours de ce travail, Gabriel a partagé avec Jamel des concepts et analyses réalisées par d'autres chercheurs en sciences sociales. Ils ont lu des extraits d'articles ou d'ouvrages proposés par Gabriel au fil des échanges, et ont essayé de les articuler avec les données recueillies.

À mesure que cette démarche avançait, s'est progressivement posée la question du format permettant de restituer le plus fidèlement possible cette co-analyse et l'expérimentation ethnographique mise en œuvre. Nous avons d'abord pensé réécrire le journal de terrain de Jamel et les comptes rendus des échanges téléphoniques, réagencer des passages entre eux, opérer des coupes de certaines parties dans un récit à la première personne du singulier incarnée par Jamel. Mais cette perspective comportait une limite principale : elle ne donnait pas à voir la dynamique collaborative de cette recherche. Nous avons alors commencé à envisager de restituer cette analyse sous la forme d'une conversation à deux voix ; ce format faisant écho à la fois à un aspect de notre méthode d'enquête et à la manière dont nous avons traité les données. L'ouvrage de Pascale Pichon et Thierry Torche, dont nous avons lu le chapitre consacré à l'alcool au cours d'une de nos réunions d'analyse, a été une source d'inspiration. En effet, le cœur de l'ouvrage est constitué d'un montage d'extraits d'entretien : on y lit la sociologue poser des questions et faire des remarques au co-auteur qui revient sur son histoire de vie et, notamment, son expérience sans domicile. Notre intention n'était pas de reproduire à l'identique ce format, puisque les conversations n'ont pas été enregistrées, mais de donner à voir, sous forme de dialogue, le cheminement de l'expérience de Jamel, de l'enquête et de l'analyse réalisée. Nous avons donc écrit ensemble les questions et les réponses en nous appuyant sur les données recueillies et en faisant des allers-retours avec le plan analytique sur lequel nous étions en train d'avancer en parallèle.

Lorsque cette conversation a été complètement rédigée, Gabriel lui a adjoint deux autres formats d'écriture. D'abord, des extraits de journaux de terrain de Jamel et de Gabriel ont été ajoutés. Ceux-ci donnent à voir les données recueillies, restituent les doutes et les surprises inhérentes à certaines situations et apportent des compléments ou des précisions à la conversation. Ensuite, pour accompagner le lecteur, lui permettre de saisir les singularités de l'expérience de Jamel mais aussi les points communs qu'elle peut partager avec celles d'autres personnes engagées dans des sorties d'addiction, une troisième voix apparaît. Incarnée par le sociologue, à la première personne du singulier, celle-ci cherche à apporter du liant entre les situations décrites, élabore des pistes analytiques et propose des ouvertures. Elle s'inspire, en partie, du travail réalisé par le philosophe et sociologue Patrick Pharo qui, dans l'un de ses ouvrages (Pharo, 2011), commente et articule des extraits d'entretiens réalisés avec plusieurs anciens usagers de drogues.

Partie 2 – Mise en dialogue d'un parcours de soin en vue d'arrêter l'alcool

Cette partie retrace de manière chronologique et décrit, à partir de situations concrètes, l'expérience des soins de Jamel. Elle s'organise en trois temps. Le premier se centre sur la phase du sevrage et sur les substituts médicamenteux et sociaux que recherche le patient pour combler l'absence de l'alcool dans son quotidien (a). Le deuxième porte une attention particulière aux interrogations identitaires auxquelles se confronte le patient au cours de ses soins et qui se cristallisent, pour Jamel, autour de l'annonce du cancer (b). Le troisième se focalise sur les conditions du retour au domicile, après le séjour en centre de cure, et met en perspective la question de l'isolement dans le logement avec la cohabitation au centre de cure (c).

A- De l'addiction à ses substituts

Entre les premiers échanges avec le Dr. Icard⁸, son médecin addictologue, concernant son projet de réengager des soins pour arrêter sa consommation d'alcool, au mois d'octobre 2021, et son entrée effective, en février 2022, dans l'établissement où se déroule le sevrage, plusieurs mois d'attente s'écoulent pour Jamel. C'est au début de l'année 2022 que le calendrier se précise.

Mercredi 5 janvier 2022. Journal de terrain de Jamel

Ce matin, je participe à une réunion du Collectif SOIF. À 14h, j'ai rendez-vous avec le Dr. Icard, au SUAL, pour connaître ma date d'intégration. Je quitte la réunion du Collectif SOIF après le repas, en compagnie de Louis. Je lui fais signe d'attendre car je vomis tout en finissant ma cigarette. Il me demande si je vais bien. Je lui réponds que c'est habituel. Nous prenons le métro. J'arrive à l'heure à mon rendez-vous. En arrivant au SUAL, je tombe sur le Dr. Icard. Il m'annonce qu'il a reçu un courrier me concernant mais m'indique de me rendre à l'accueil administratif avant qu'on en parle. Je m'exécute. Je suis tout content ; en voyant son regard j'ai compris que c'était une bonne nouvelle. Une fois le passage administratif effectué, je rejoins Christophe [Dr.Icard] dans son bureau. Il m'annonce que je suis attendu à Létra le 15 février. Je saute de joie. Je lui montre mes pieds gonflés. Christophe pense direct à une neuropathie alcoolique, qui touche les nerfs, les articulations et me fait des œdèmes.

Ce jour-là, Jamel apprend la date d'entrée au centre de cure de Létra (le 15 février) et, par la même, celle de l'entrée à Revol (le 2 février) pour une phase de sevrage. Retraçant *a posteriori* cette chronologie, nous nous arrêtons sur cette période.

Gabriel : *Comment tu vis cette période d'un mois ?*

Jamel : *Il fallait attendre une date d'admission à Létra pour que je puisse rentrer à Revol. C'était long, c'était chiant. Ça me faisait ruminer, ça me travaillait. J'étais en perpétuelle attente, jusqu'au jour où j'ai appris quand je pouvais rentrer. C'était au début du mois de janvier. Ça m'a fait souffler un bon coup. J'étais impatient et puis comme je me sentais mal, je voulais faire mon bilan de santé. Je pensais avoir quelque chose de malsain en moi. Je pensais vraiment avoir un cancer et ça n'a pas manqué. Je pensais avoir une maladie grave. Je n'arrivais déjà plus à me lever tout seul. C'était difficile. J'étais en pleine dégradation physique. D'ailleurs, à Revol, on m'a dit que si j'avais attendu pour me faire soigner, « quatre semaines plus tard, on m'aurait trouvé mort ». J'étais aussi en dépression par rapport aux punaises de lit dont j'avais constaté la présence dans mon appartement. Je n'arrivais pas à dormir, c'était insupportable, invivable. J'ai téléphoné à ma curatelle qui a envoyé quelqu'un. Il a fait une intervention qui ne m'a pas plu ; j'ai laissé tomber alors qu'il devait en faire deux autres. Quelques jours avant de partir à Revol, je me suis débarrassé du fauteuil et du canapé qui étaient infestés de punaises. Je dormais par*

⁸ Les prénoms suivis d'un astérisque ont été modifiés. Avec l'accord des personnes concernées, les noms et prénoms qui ne sont pas suivis d'un astérisque n'ont pas été modifiés.

terre quand je n'avais plus de fauteuil. J'avais du mal à me lever du sol, fallait que je m'accroche à la table ou à un meuble. Ou je restais assis sur une chaise toute la journée pour ne pas être bloqué au sol.

Dans les semaines qui précèdent le début du sevrage, Jamel constate une dégradation physique : vomissements répétés qu'il n'avait pas quelques mois plus tôt ; pieds et mains qui gonflent ; difficulté à se déplacer ; grande fatigue, renforcée par la présence de punaises de lit qui l'empêche de dormir sereinement ; amaigrissement. Si, à cette période-là, il n'évoque pas le sujet de la mort, ni dans son journal de terrain ni au cours de nos conversations⁹, sa préoccupation pour son état de santé fait écho aux motifs avancés par les personnes rencontrées par le sociologue et philosophe Patrick Pharo pour justifier la nécessité de mettre un terme à leurs addictions : « Pourquoi ont-elles fini par arrêter ? Massivement, la réponse est soit qu'elles n'ont pas voulu mourir, soit qu'elles ne pouvaient plus vivre comme ça » (Pharo, 2011 : 215). Mais avant d'arrêter, ici dans un cadre médicalisé, il faut *attendre*. Attendre les réponses institutionnelles, comme nous l'avons vu, qui fixent le début des soins, et attendre l'entrée effective dans le premier établissement pour engager les soins. Cette période d'attente est ponctuée d'échéances qui constituent autant d'étapes préparatoires à réaliser avant l'entrée en cure. Il y a d'abord la préparation des affaires pour les semaines à venir loin de chez soi. Ses vêtements étant potentiellement infestés par les punaises de lit, Jamel les a jetés. Évoquant ce sujet avec Louis Bourgois, qui coordonne à l'époque le Collectif SOIF de Connaissances, ce dernier lui propose de lui donner des pantalons, des tee-shirts, des pulls et des vestes qu'il a peu ou pas portés. Ayant perdu beaucoup de poids, ces vêtements sont ajustés à la nouvelle taille de Jamel. Il en récupère plusieurs. Ensuite, il anticipe et prépare son retour à domicile en se débarrassant de son canapé et de son fauteuil, en nettoyant l'appartement avec l'aide de son frère, et en veillant à ne pas y laisser d'alcool.

Jamel : *Avant de partir, j'ai organisé mon retour au domicile, pour être bien lorsque je reviendrai. Je voulais acheter des meubles avant de partir mais ça ne s'est pas fait car le départ était imminent. En revanche, je n'ai pas commis l'erreur de laisser de l'alcool dans le frigo ce coup-ci. Lors de ma précédente cure, j'avais laissé deux canettes de bière dans le frigo. Durant la cure et la post-cure, j'avais pris l'habitude d'être occupé. Lorsque je suis rentré, je m'emmerdais tellement et la curatelle m'avait énervé. J'étais devant la TV, je fumais ma clope, j'ai ouvert le frigo et j'ai vu les deux canettes. « Je ne vais pas boire, je ne vais pas boire... » : je pensais à ce qu'on me disait en cure, à ce que je me disais. Un ami devait venir, il n'est pas venu. Je l'ai appelé, on s'est raccroché au nez, ça m'a énervé encore plus : j'ai ouvert une canette et je l'ai bue. J'ai donc rangé mon frigo avant de partir cette fois.*

Les expériences de cure passées nourrissent la réflexivité de Jamel et constituent des appuis pour anticiper les épreuves à venir¹⁰, ici celle que représente le retour à domicile. Ainsi, les séjours en centre de cure passés ne sont pas (seulement) des « échecs », quand bien même ils peuvent être qualifiés ainsi et vécus comme tels par les personnes. Ce sont aussi des expériences, plus ou moins marquantes, qui contribuent à forger des « tendances à agir » (Mead, 2006). Un tel constat interroge alors la place de ces expériences, et des savoirs que les personnes ont potentiellement élaborés à partir de celles-ci, dans l'organisation et la préparation d'un séjour en centre de cure, en amont du départ.

Pour Jamel, cette préparation est également marquée par une visite de préadmission, le vendredi 28 janvier, quelques jours avant son entrée dans l'établissement où sera réalisé le sevrage.

⁹ À cette période, Jamel a néanmoins évoqué ce sujet avec Cédric Sadin-Cesbron, un ami, qui fut son travailleur social référent au CHRS Riboud.

¹⁰ C'est aussi ce qu'analyse Patrick Bruneteaux des expériences de Georges et ce qu'exprime Thierry Torche à Pascale Pichon : « On pense qu'on va pouvoir régler notre problème d'alcool c'est-à-dire arrêter l'alcool puis après reprendre un verre comme tout le monde à table, ça c'est faux. On a besoin de retomber dedans pour comprendre que c'est faux, du moins moi, j'ai eu besoin de ça [...]. Donc la première cure a servi à ça, m'a appris ça » (Pichon et Torche, 2011 : 79).

Gabriel : *Peux-tu décrire comment se passe cette visite de préadmission ?*

Jamel : *Quelques jours avant d'entrer à Revol, j'ai passé une visite de préadmission : la médecin m'a interrogé sur mon poids, les raisons pour lesquelles je voulais aller en cure. Elle m'a expliqué le règlement intérieur, les différents examens que j'aurai à passer, elle m'a fixé mon entrée le 2 février à 10h et elle m'a fait mon bon de transport. J'ai joué la carte de la transparence, j'ai préféré les prévenir que j'avais eu des punaises de lit. La médecin m'a dit : « Je ne sais pas si ça va poser problème. Faut que je voie avec la cadre de santé ». J'ai dit ça à Dr. Icard. Il a répondu : « Il n'y a pas de raison qu'on refuse sa cure ». Et le 2 février je rentre à Revol. Je me suis levé à 6h du matin. J'ai bu deux canettes avant d'y aller, comme je faisais chaque matin et comme ils me l'avaient recommandé. Et je suis rentré pour mon sevrage. J'y suis rentré avec l'objectif d'arrêter définitivement, comme lors des précédentes cures que j'ai faites. J'ai rencontré des personnes qui venaient en cure pour faire des pauses dans leurs consommations mais moi j'y suis toujours allé pour arrêter définitivement.*

Mercredi 2 février. Journal de terrain de Jamel

Je prends le taxi en compagnie de mon frère. J'ai trois gros sacs et deux cabas. J'arrive à Revol. En attendant que ma chambre soit prête, j'attends dans salle TV. Au bout d'une heure j'ai été fumer une cigarette puis les médecins sont venus me voir. Ils ont halluciné en voyant mes pieds et mes genoux et m'ont expliqué tous les examens qu'ils allaient me faire (gastroscopie, fibroscopie, scanner, bilan sanguin...). Puis j'intègre ma chambre, la même que l'an dernier, et le même lit près de la fenêtre. Marrant, non ?!

L'entrée s'accompagne d'une découverte, non pas des lieux, que Jamel connaît déjà, mais de son voisin de chambre. Puis, ce sont les soins qui débutent avec la mise en place du traitement.

Gabriel : *Comment se passent ces premiers jours à Revol ?*

Jamel : *Quand j'arrive, ils m'attribuent la même chambre et le même lit que l'année précédente. Ça ne m'a pas dépaycé. Je me suis fait la remarque : « Enfin une deuxième chance ! ». C'était le même personnel, ils m'ont reconnu tout de suite. C'était agréable d'être reconnu et d'être dans la même chambre, il y a une certaine familiarité. J'avais un voisin de chambre, un peu speed à mon goût. Mais je préfère être dans une chambre double que seule, pour pouvoir parler, échanger sur la maladie, discuter de l'alcoolisme, mais aussi pour aborder d'autres sujets. Ne pas rester muet. Le temps, il passait plus vite.*

J'avais beaucoup de sommeil en retard à récupérer, j'étais vraiment affaibli. Le sevrage c'est ça. Quand tu arrêtes un produit, tu te sens fatigué. J'étais vraiment épuisé. Je sentais une grosse fatigue. Je restais allongé, je faisais que dormir. J'ouvrais les yeux uniquement pour mon traitement ou pour manger. En plus de mon traitement habituel, ils m'ont prescrit du Valium® et des vitamines pour éviter les crises d'épilepsie ou les delirium tremens. Le Valium® en gouttes, ça te met une tarte ! J'avais même la flemme d'aller jusqu'au fumoir. Les quatre premiers jours, je n'ai pas pris de douche en raison de cette fatigue. Pourtant j'avais des sueurs et je transpirais à cause du manque d'alcool. Mais j'ai fait que dormir.

Jeudi 3 février. Journal de terrain de Jamel

La psychologue est venue me chercher pour une séance. J'étais trop ensuqué pour continuer, alors on a vite mis un terme à la conversation et elle m'a ramené dans chambre. J'ai encore beaucoup de sommeil à rattraper, je suis donc tombé comme une masse, j'ai fait le tour du cadran.

Jamel décrit une situation d'épuisement et d'extrême fatigue, qu'il avait vécue lors des sevrages passés et qu'il avait à ce titre anticipée.

Samedi 29 janvier. Journal de terrain de Gabriel

Je suis installé avec Jamel dans un café, à proximité de chez lui. C'est la dernière fois que je le vois avant son départ à Revol. Nous discutons des premiers jours de sevrage. Il m'explique qu'ils vont être consacrés au repos, du fait de ses difficultés actuelles à dormir en raison de la présence de punaises de lit, et des traitements qu'il va prendre : « *Je vais dormir pendant au moins deux ou trois jours. En plus, sur un matelas médical tu dors bien* ». Nous convenons de communiquer par texto durant ces journées et que, s'il s'en sent l'énergie, il pourra me téléphoner.

Progressivement, la fatigue s'estompe. Son quotidien est rythmé par les multiples examens médicaux qu'il effectue – nous y reviendrons – et par l'écriture de son journal de terrain, à laquelle il consacre une part importante de ses journées.

Jamel : *Au bout de cinq jours j'ai commencé à me sentir mieux, moins fatigué. J'ai eu le droit de sortir dans le parc au bout de quatre jours. Dès je me suis senti mieux, je me suis mis à écrire mon journal de terrain. J'écrivais du matin au soir, sauf quand j'allais fumer ou quand j'allais me promener dans le parc. Je m'étais aménagé un petit coin bureau, avec la petite table qui était à disposition dans la chambre. Je l'ai installée en face de la fenêtre. Je m'asseyais sur le fauteuil et j'écrivais sur mon ordinateur, avec ma tasse à café, mes stylos et mon carnet à proximité. C'était parfait pour moi, ça ne gênait personne. Ça me permettait de travailler en toute tranquillité. Je n'étais pas dérangé. Mon voisin de chambre travaillait sur son ordinateur, moi sur le mien. On faisait des pauses clopes, on allait au fumoir ensemble pour fumer. L'activité d'écriture m'occupait beaucoup.*

Gabriel : *L'écriture occupait une place importante dans ton quotidien et lors de nos conversations téléphoniques : tu me précisais à chaque fois le nombre de mots que tu avais écrits, tu me lisais des extraits de ton journal de terrain... Ça représentait quoi ce travail d'écriture pour toi ?*

Jamel : *Écrire ça m'apaisait. Ça me mettait dans un état de zénitude, je ne pensais plus à l'alcool, je ne pensais plus à me défoncer, c'était agréable d'écrire. Ça me faisait du bien. Et ça m'occupait, je ne voyais pas le temps passer, les heures défilaient. Ça me prenait la majeure partie de mon temps. Pour comparer, l'année précédente j'étais dans le même lieu, dans la même chambre, mais je m'ennuyais. C'était long, il n'y avait rien à faire. Je cherchais par tous les moyens à tuer le temps. Quand je pouvais sortir, j'étais limité à l'enceinte de l'hôpital, je ne pouvais pas aller en ville. Alors avec d'autres patients, on jouait aux cartes, on passait notre temps au fumoir à fumer des clopes ou à regarder la télévision. Là, j'ai beaucoup moins regardé la télévision. Le soir on regardait des films avec mon voisin de chambre. Mais la journée j'écrivais. En plus mon voisin de chambre avait branché son ordinateur à la télévision pour travailler. Ça ne m'a pas dérangé car je n'en avais pas l'usage.*

Avant le sevrage, une partie du quotidien de Jamel était organisée autour de l'alcool, quand bien même il pouvait avoir des rendez-vous, passer du temps avec des proches, participer à des réunions ou à des formations avec le Collectif SOIF de Connaissances. Chaque jour, il achetait ses canettes de bières et chaque jour il les buvait. Le sevrage oblige à réviser ses habitudes. C'est ce qu'affirmait, déjà, le sociologue Albert Ogien à partir de ses travaux avec Robert Castel sur les « sorties » de la toxicomanie¹¹ : « Si l'on admet que la toxicomanie est moins une pathologie qu'un processus qui conduit à adopter un certain mode de vie, "en sortir" est un mouvement qui porte le drogué à abandonner ce mode de vie » (Ogien, 2010 : 681). Jamel s'investit dans la recherche qui s'incarne alors principalement par l'écriture de son journal de terrain et par nos conversations téléphoniques – il me fera d'ailleurs une fois le reproche que je ne suis pas assez disponible et qu'on ne s'appelle pas suffisamment souvent pour travailler ensemble sur cette enquête. Cet

¹¹ Ce processus de « sortie » peut être qualifié en d'autres termes. Par exemple, les Narcotiques Anonymes parlent de « rétablissement » fondé sur l'abstinence et la participation régulière aux réunions qu'ils proposent. L'emploi du terme « rétablissement » marque une distinction importante avec celui de « guérison », les Narcotiques Anonymes considérant que celle-ci ne peut être « envisagée car la "maladie dépendance" est perçue comme incurable par le groupe » (Jaufret-Roustide, 2010 : 96).

investissement intense dans des activités, parfois nouvelles, Patrick Pharo le repère chez d'anciens usagers de drogues : « Les données d'enquête illustrent également l'importance de la recherche d'équivalents ou de substituts dans la période qui suit l'arrêt du produit préféré, au travers de pratiques intenses incluant, suivant les cas, de nouvelles addictions ou de nouveaux engagements personnels, moraux ou religieux » (Pharo, 2010 : 715). Au cours d'une de nos réunions d'analyse, je partage cette citation à Jamel.

Jamel : *C'est vrai qu'avant d'aller en cure, je m'organisais chaque jour autour de l'alcool. Je me réveillais le matin, il me fallait mes deux bières. Il me fallait en boire une juste avant de me coucher. Et dans la journée j'en buvais deux autres. Il me fallait mes cinq bières par jour. Même quand je participais à des réunions au Collectif SOIF, il fallait toujours que j'ai à boire de peur de faire une crise d'épilepsie ou un delirium tremens. Alors je transvasais ma bière dans une gourde... Tous les jours, je me rendais au supermarché situé à proximité de mon appartement pour acheter mes bières. C'était mon habitude. D'ailleurs, et tu as pu le constater en t'y rendant avec moi, les caissières me voyaient si souvent qu'on avait sympathisé. À chaque fois, on échangeait quelques mots. En arrivant à Revol, on m'a prescrit un traitement pour arrêter de boire. Ce sont des substituts médicamenteux que l'on m'a donnés pour faire face à mon addiction. Mais cette recherche et les activités de formation du Collectif SOIF dans lesquelles j'ai commencé à m'impliquer à partir de l'été 2021 m'ont beaucoup aidé. Ça m'a permis de m'entourer de nouvelles personnes, de me faire des amis qui ne boivent pas, de changer le cercle de mes proches. Ce sont des substituts sociaux, des substituts relationnels. J'étais en lien avec toi et t'es venu me voir. Sandrine¹² est venue plusieurs fois me voir. Moi-même, lorsque j'étais en sevrage, je suis allé saluer Nicolas Chambon à l'Orspere¹³ où j'avais fait deux interventions à l'automne 2021 dans le cadre du Diplôme Universitaire Logement d'abord. Et puis je recevais des retours positifs sur mes interventions en formation ou dans notre travail ensemble. Ça me mettait en valeur, ça me donnait confiance en moi. C'est un boulot que j'appréciais. C'était glorifiant pour moi. À Revol, j'ai montré mon contrat de travail au médecin. Je montrais aux gens que je bossais. Je leur faisais lire sur mon ordinateur, ça me faisait plaisir de bosser. Et comme tu sais que j'aime bien frimer : quand les infirmières venaient, je disais que je bossais, que j'effectuais une recherche ethnographique, elles me demandaient en quoi ça consistait. C'était une mise en avant de mon travail. Et ça me mettait de bonne humeur, ça permettait d'oublier ma maladie.*

Vendredi 11 février. Journal de terrain de Gabriel

Je rends visite à Jamel, pour la première fois depuis qu'il est entré à Revol. Je l'appelle quand j'arrive devant la porte du service. Il me demande d'attendre qu'il vienne me chercher. Il arrive quelques minutes plus tard. On se salue. Devant la porte d'entrée de l'établissement, il me présente à deux femmes, en train de fumer leurs cigarettes, comme son « patron » avec qui il mène « la recherche ». La porte franchie, il me précise qu'il s'agissait de deux professionnelles du service. Il réitère cette présentation, un peu plus tard, avec une autre salariée. Lorsque Sandrine nous rejoint, il la présente aux professionnels qu'il rencontre comme sa « directrice ».

Par quoi remplacer la dépendance à l'alcool ? Arrêter sa consommation peut s'envisager comme une enquête, réalisée par la personne, pour répondre à cette question. Cette enquête porte sur son environnement, ses relations et donc sur soi. Il s'agit d'une activité continue qui consiste à redéfinir ce qui vaut, à réinventer des fins – qui émergent en même temps que les moyens pour les atteindre. Dans le cas de Jamel, cette enquête se traduit par une valorisation de l'activité travail. Non pas le « travail » en général et de manière abstraite. Le travail de formateur, qu'il commence à mener depuis quelques mois avec le Collectif SOIF de Connaissances, et celui de participant à une recherche, qu'il découvre concomitamment à son projet

¹² Sandrine Amaré est directrice Formations supérieures et Recherche à Ocellia Santé Social, l'institution qui a porté le contrat de Jamel.

¹³ Nicolas Chambon est le responsable du Pôle Recherche de l'Orspere (Observatoire national sur la santé mentale et les vulnérabilités sociales). Les locaux de l'Orspere sont situés dans l'enceinte de l'hôpital du Vinatier.

de cure. Par sa familiarité avec des personnes associées à cette activité, par sa fréquentation d'espaces où la formation et la recherche s'accomplissent ou encore par des supports matériels tels que le contrat de travail, s'opère un *passage*. Il se défait progressivement du stigmate d'« alcoolique » ou « d'addict » et cherche à endosser le statut de « formateur » ou de « chercheur » ; une place plus valorisée à ses yeux et à ceux d'autrui. L'expérimentation ethnographique catalyse et révèle ce processus que traversent les personnes engagées dans une sortie des addictions. Les sociologues Robert Castel et Albert Ogien, enquêtant sur les « sorties de la toxicomanie », évoquent à ce titre la démarche de « reconceptualisation de l'expérience » que mènent les personnes. Par cette formulation, ils indiquent que l'individu engagé dans une sortie de la « toxicomanie » s'implique dans une activité de connaissance qui l'amène à réévaluer le mode vie qu'il abandonne et à « restaurer, aux yeux d'autrui, ce que tout un chacun est censé posséder et qu'il sait avoir bafoué à l'époque de la dépendance : la normalité ». Pour ce faire, la personne doit « se donner une idée de ce que l'être humain normal doit être (et les éléments de cette normalité idéalisée sont ceux qui se manifestent dans les attitudes d'autrui), puis s'efforcer (de façon délibérée et attentive) de se conformer aux attributs de ce portrait idéal en vérifiant incessamment que ses efforts répondent correctement aux attentes de ses proches [...] » (Ogien, 2010 : 682).

Jamel : *Auparavant, je sentais que j'étais un alcoolique. Je sentais les regards des gens, parfois certains me faisaient des réflexions parce que j'avais toujours une canette à la main, ça m'affectait. J'étais considéré comme un alcoolique, un clochard. Dans le métro, personne ne se balade une canette à la main, moi si. Un jour tu m'avais invité à faire une intervention. J'avais pris le métro avec ma canette à la main, comme d'habitude. Les flics ils m'ont arrêté pour cette raison. Et je n'ai pas pu intervenir. L'alcool, ça attire la merde. Mon implication dans cette recherche a changé cela. Quand tu es venu me voir, je te présentais comme mon « directeur de recherche », Sandrine comme la « directrice ». Je frimais, je disais que j'allais faire une thèse. J'extrapolais un petit peu, tu me connais. J'annonçais qu'on allait faire des conférences. J'expliquais aux professionnels que je menais une recherche ethnographique sur l'addiction. Ça me faisait plaisir de savoir ce que ça signifie « l'ethnographie » alors qu'eux ne connaissaient pas le terme. Ça me mettait en valeur. J'avais mon ordinateur, mon dictaphone, ça faisait professionnel. Le personnel me disait : « Vous nous enverrez une copie de votre travail ». C'est toujours bon d'être reconnu pour son travail. D'ailleurs, dès que je suis arrivé à Létra, je les ai informés de la démarche de recherche et ils l'ont bien pris. Souvent, quand on échangeait ensemble au téléphone je te disais que j'étais « VIP ». C'est parce que ce statut m'a permis de bénéficier de passe-droit : à Létra, par exemple, j'ai été autorisé à garder l'ordinateur alors que c'est habituellement interdit. Ils m'ont fait confiance.*

Cette place de « formateur » ou de « chercheur » revêt d'autant plus de valeur pour Jamel qu'elle favorise un partage de ses expériences avec autrui. La « conversion identitaire » (Jauffret-Roustide, 2010) qu'il traverse est un processus sur soi étroitement articulé vers les autres. C'est à partir d'une enquête au long cours auprès des Narcotiques Anonymes que la sociologue Marie Jauffret-Roustide mobilise ce concept. Elle désigne le travail sur soi qu'engagent les anciens usagers de drogues et qui passe inévitablement par une transmission de ses expériences vers autrui, en l'occurrence des pairs dans le cadre des Narcotiques Anonymes. C'est dans ces allers-retours entre le singulier et le collectif que s'accomplit cette « conversion identitaire ». Au cours de notre enquête, Jamel n'a jamais évoqué une participation aux Narcotiques Anonymes ou aux Alcooliques Anonymes. Mais, à l'instar de ce qui est proposé dans ces groupes, son « rétablissement » s'accompagne d'un souci de partager ses expériences, tant de l'addiction que des soins, avec autrui. Cependant, et contrairement à ce qui se passe dans ces groupes, cette transmission n'est pas réservée et restreinte à la communauté des pairs. Elle est tournée vers l'extérieur. La formation et la recherche engagent des dispositifs de médiation – dont notre démarche d'enquête par conversations et dont le présent rapport sont des formes – qui permettent à Jamel de revenir sur son expérience et de la partager

avec une diversité d'acteurs : des étudiants, des professionnels du champ de l'addictologie et du travail social, des chercheurs, un ensemble de personnes qui peuvent être ou pas des pairs.

B- De patient en addictologie à malade du cancer

Hospitalisé durant deux semaines pour la phase de sevrage, Jamel quitte, comme prévu, Revol pour entrer à Létra le 16 février 2022.

Gabriel : *Est-ce que tu peux présenter Létra et expliquer pourquoi tu as choisi d'y aller ?*

Jamel : *Létra c'est une commune dans le Beaujolais, au nord de Lyon. Il y a une clinique spécialisée en addictologie. Elle est située dans un château avec un grand parc. J'ai choisi d'y aller car je connaissais les lieux, j'y étais déjà allé deux fois ; la dernière fois, c'était l'année précédente. Je connaissais le personnel – que je trouvais génial –, le tutoiement est de vigueur entre le personnel et les patients, il y a pas mal d'activités, d'ateliers – de la sophrologie, de la relaxation, des groupes de parole, du théâtre, des randonnées... C'est très important de connaître les lieux. En arrivant j'ai vite retrouvé mes repères. C'était rassurant de savoir où j'allais, où je mettais les pieds, savoir comment ça se passe, quel est le fonctionnement. C'était un lieu qui m'était familier. Et être à la campagne ça aide beaucoup, ça éloigne du centre-ville, du traintrain quotidien, des amis et ça aide à ne pas penser à l'alcool.*

J'aurais pu réaliser mon sevrage à Létra. J'en avais parlé avec le Dr. Icard. Mais j'ai refusé, je lui ai dit : « Je préfère être à Revol, je vais être mal à l'aise à Létra car je vais devoir rester 15 jours en confinement en arrivant ». Alors qu'à Revol, au bout de quatre jours, j'avais le droit de sortir, je pouvais ensuite recevoir des visites, j'avais droit à un chèque cadeau pour me payer un casque Bluetooth à la boutique de l'hôpital... La veille de mon départ à Létra, j'ai ressenti de l'anxiété à l'idée de ne pas savoir avec qui j'allais me retrouver. La première fois où j'y suis allé, c'était royal, tout le monde était main dans la main. La deuxième fois, l'ambiance n'était pas fameuse, il y avait des clans entre les patients. Mais j'ai aussi choisi de retourner à Létra car c'est une structure dont tu peux sortir, ce n'est pas toujours le cas. La première semaine, les visites et les sorties sont interdites. Mais ensuite tu peux te rendre au village, sous réserve d'un accord de l'équipe. Et en sortant, tu peux te confronter au produit, voir si tu résistes. J'avais apprécié pouvoir sortir, l'année précédente, me rendre à la supérette du village et voir ce qui se passait quand je traversais le rayon où il y a les bières. Avant d'entrer à Revol, quand j'ai fait part à mon addictologue de mon envie d'aller en cure, il m'a parlé d'un autre établissement qui accueille dix personnes. Mais c'est une prison dorée, tu es séquestré à l'intérieur, tu n'as pas le droit de sortir pendant trois mois ! À Létra, tu es mis face au produit, tu es mis face à toi-même, tu vois si tu résistes à toi-même en allant faire les courses au Vival, si ton cerveau te dit « allez prend la bouteille », est-ce que tu as la force de ne pas la regarder ? Mais finalement, ça ne s'est pas passé complètement comme je pensais. J'étais trop affaibli et j'avais trop de difficulté à me déplacer, alors je n'ai pu sortir qu'une seule fois au village.

Jamel présente les raisons qui l'ont motivé à se rendre à Létra, après avoir suivi son sevrage à Revol, et à refuser un autre établissement qui lui a été présenté par son addictologue. De manière générale, ces éléments interrogent le degré d'informations et de précisions sur les règles de fonctionnement, sur l'organisation de l'équipe et l'emplacement des institutions, dont dispose le patient afin de choisir l'établissement où il va suivre ses soins. Au cours de ce séjour, l'expérience de Jamel se caractérise par une dépendance accrue aux autres. En raison de douleurs physiques importantes, il a besoin de l'aide quotidienne des professionnels et des autres patients pour accomplir un ensemble de tâches ordinaires, qu'il effectuait jusqu'à présent seul.

Jamel : *À Létra, il fallait qu'on m'aide pour tout. Je suis passé d'une dépendance à l'alcool à une dépendance aux autres. Je ne pouvais pas me lever moi-même. À la cantine on me débarrassait mon plateau, on m'aidait à me lever. Une fois assis, il fallait que je trouve quelqu'un qui m'aide à me lever. C'était souvent deux petits jeunes, Mathieu* et David*. À la cantine, c'est ceux qui*

mangeaient avec moi à table, parfois c'était l'infirmière. On me faisait prendre ma douche, on me lavait, on m'habillait. Le matin je n'arrivais pas à me lever du lit, fallait qu'on m'aide à m'habiller. C'était affolant. Comment t'expliquer ça... ça faisait peur, c'était... laisse tomber, c'était affreux à vivre. Je sentais que ma santé se dégradait et ça m'affectait, j'en pleurais d'avoir besoin des autres ainsi, de me faire habiller, de me faire laver. Ça te met en position... tu ressens un mal-être.

L'équipe ne voulait pas que je marche, ils craignaient que je tombe, que je me fasse mal, que je me blesse. Une fois je suis tombé, j'ai raté une marche dans les escaliers et je suis tombé. Je me suis éclaté les mains, j'avais plus de force pour me lever. Mathieu* et David* sont venu m'aider en courant. J'avais le droit de marcher 200-300 mètres avec la professeure de sport, 30 minutes de sport par jour. Mais je n'avais pas le droit d'aller au village, hormis une fois où j'étais accompagné. L'après-midi je faisais la sieste. J'écrivais de temps en temps et je participais à différentes activités. J'ai vraiment adoré les séances de sophrologie. Je t'avais d'ailleurs décrit une des séances.

Mercredi 23 mars. Journal de terrain de Gabriel

Conversation téléphonique. Jamel me raconte sa séance de sophrologie de la veille : « Hier j'ai participé à une séance de sophrologie, c'était magnifique. Respiration en triangle. Tu respirez, phase 1 tu inspires, phase 2 tu bloques, phase 3 tu expires longuement et après tu repars. Le temps d'en faire trois ou quatre tu es endormi mais tu entends tout ce qui se passe autour de toi. Elle te laisse pendant un moment. Je suis resté assis durant la séance, les autres étaient allongés. Quand elle se met à parler, j'ai ressenti comme une décharge électrique, j'ai senti des vibrations dans mon corps, j'ai senti des trucs dans mes doigts, je n'avais plus de douleurs dans les genoux, ni dans les chevilles, nulle part ailleurs quand j'étais entre sommeil et réalité. Quand elle s'est mise à parler j'ai eu comme un choc électrique, c'est peu après que mes douleurs sont revenues. Quand tu ouvres les yeux tu as l'impression d'être super reposé. C'est super la sophrologie ! »

Avant d'entrer au centre de cure, Jamel estimait que ce séjour lui permettrait de se sentir en meilleure santé. Cette projection s'appuyait, notamment, sur son expérience de la précédente cure, au cours de laquelle il avait repris du poids – signe, pour lui, d'une amélioration de son état de santé. Mais, cette année, il perçoit une dégradation physique, symbolisée par une perte de mobilité et d'autonomie qui affecte son moral. Une thématique revient alors avec de plus en plus d'insistance : la mort.

Gabriel : À la fin du mois de février, nous avons un échange téléphonique qui m'a marqué. Au cours de cette conversation tu abordes, pour la première fois entre nous et à plusieurs reprises, le sujet de la mort.

Jamel : Oui c'est vrai. Il faut rappeler que lorsque j'étais à Revol, j'ai fait beaucoup d'exams médicaux. À un moment donné, les médecins ont pensé que j'avais une tuberculose, mais finalement ils ont exclu cette possibilité. Quelques jours avant la conversation téléphonique que tu évoques, on m'avait annoncé que j'avais une neuropathie, une polynévrite et de l'anémie. On m'avait également précisé que j'allais devoir faire des examens complémentaires par rapport à une « infection aux poumons ». Toutes ces nouvelles, ça m'avait fait un choc. J'ai pris conscience de la mort. J'ai mis en place les obsèques, j'ai payé mes obsèques. La curatelle m'a amené le dossier et on l'a rempli. J'ai mis mon frère comme héritier et une partie de l'argent ira à une association pour SDF, mais pas un gros truc. Plutôt une structure qui est en train de monter petit à petit. J'ai payé de mon vivant mon enterrement, mon cercueil, ma place au cimetière. J'ai choisi Cédric pour qu'il se charge de mes dernières volontés.

Quelques jours après cette conversation téléphonique, l'appréhension de la mort se renforce lorsque Jamel apprend qu'il est atteint d'un cancer de l'œsophage et du poumon gauche.

Jamel : *Et puis au mois de mars, lorsque j'étais à l'hôpital de la Croix-Rousse¹⁴, ils m'ont fait une gastroscopie. Et 24h après, j'ai appris que j'avais un cancer. Ça m'a fait un choc. Je t'ai appelé, j'ai appelé Sandrine, j'ai appelé Cédric. J'en ai pleuré. Je me suis dit : « Ça y est mon heure est arrivée ». Je pressentais que j'avais un cancer et ça n'a pas loupé. Avec l'alcool que j'ingurgitais, la cigarette, le shit, la cocaïne, l'alcool du matin au soir éventé, tout le temps alcoolisé, je ne buvais jamais d'eau. Ça n'a pas loupé. Donc la mort oui, j'y ai beaucoup pensé à cette période-là et j'y pense toujours beaucoup. Quand j'étais militaire, j'ai été dans des zones de guerre mais je n'ai jamais senti la mort arriver. Mais là, je sens la mort arriver, c'est instinctif. Quand je suis entré dans mon appart, en 2021, j'ai dit : « C'est là que je vais mourir ». Mais je ne suis pas encore mort et je combattrai jusqu'au bout.*

L'annonce de la maladie constitue une bifurcation dans la vie de Jamel. Elle marque un avant et un après. Et elle assigne un nouveau statut à Jamel, qui prend le pas les autres : celui de malade du cancer ou de « *cancéreux* », comme il me l'affirmera à plusieurs occasions. C'est d'ailleurs en raison de cette maladie et de ce qu'elle implique en termes d'examen et de soins que le séjour de Jamel à Létra se voit interrompu, plus tôt que prévu.

Gabriel : *Quel effet a ce diagnostic sur ton séjour à Létra ?*

Jamel : *Ils m'ont poussé vers la sortie. Je devenais un poids pour eux et ce n'est pas un lieu adapté à la situation du cancer. Prendre le VSL [ambulance et véhicule sanitaire léger] tous les jours pour les examens, il y avait une heure de trajet aller et une heure de trajet retour jusqu'à l'hôpital. Ça me fatiguait encore plus. Ils auraient pu me garder en réalité. J'étais trop... fallait trop prendre soin de moi, je mobilisais trop de monde. Je pense que quelque part c'est pour ça qu'ils ne voulaient pas me garder. J'ai ressenti tout ça. Une infirmière m'a fait comprendre que j'étais un poids pour eux, que ce n'était pas une structure adaptée pour moi. Le docteur me l'a aussi dit. Il valait mieux que je rentre chez moi et que je sois hospitalisé à domicile. Alors que moi, au départ, j'avais prévu de rester trois mois pour la consolidation. J'avais prévu de rester jusqu'à la mi-mai, mais finalement je suis rentré début avril dans mon appartement.*

Quand ils ont commencé à m'annoncer que j'allais devoir partir, je leur ai dit : « Si vous me mettez tout seul dans mon appartement, je vais me morfondre sur ma maladie, la seule chose que je vais faire, c'est aller au Franprix du coin et m'acheter des canettes. Ou peut-être au début je vais aller au café en bas de chez moi, je prendrai des cafés, mais après ça sera de la bière ». Depuis mon départ de la maison, je n'avais pas eu de craving, d'envie irrésistible de consommer de l'alcool, j'étais écœuré à l'idée de boire. J'en étais encore plus écœuré sachant maintenant que je risquais d'en mourir. Mais malgré tout, je craignais de revenir chez moi aussi tôt.

Dans un premier temps, le départ de Létra n'est pas synonyme de retour à domicile. Durant plusieurs jours, au cours de nos conversations, Jamel évoque un « retour progressif » à domicile : il séjournerait durant une période – jamais précisée – à Revol, dans le service où il a suivi son sevrage, depuis lequel il pourrait retourner progressivement chez lui.

Jamel : *Avant que je rentre chez moi, il y a une période de quelques jours durant laquelle les professionnels de Létra m'ont parlé d'un retour progressif. Ils ont demandé à Revol, où j'ai fait mon sevrage, s'ils pouvaient me reprendre. De là, j'aurais eu moins de temps de trajet pour me rendre à l'hôpital. J'aurais pu retourner chez moi de temps en temps pour y passer un moment.*

Gabriel : *Au regard des précédentes cures que tu as faites, tu penses quoi de cette idée d'un retour progressif ?*

Jamel : *Je pense que revenir directement ce n'est pas une bonne chose. Reprendre le lien direct avec sa vie passée, ses habitudes passées, ses mauvaises habitudes passées, ce n'est pas bon du tout du tout, je te le garantis. Je parle en connaissance de cause. Par exemple, durant une cure*

¹⁴ Hôpital lyonnais où Jamel a fait plusieurs examens et où il a été suivi pour son cancer.

j'ai arrêté de boire pendant trois mois, quand je suis sorti, j'étais fort. Je suis revenu au foyer où j'étais hébergé. Je ne buvais pas au centre d'hébergement, les gens m'achetaient des canettes mais je refusais. J'étais super fort dans la tête. Je leurs disais : « Qu'est-ce que tu veux que je boive là ? » Deux semaines après, un neveu est arrivé au foyer et j'ai replongé trois semaines après son arrivée. Et en 2021, j'ai rebu quelques heures après mon retour à domicile, comme je l'ai déjà expliqué. J'aurais bien aimé faire l'expérience de ce retour progressif, pour voir ce que ça change vraiment. Mais finalement ça ne s'est pas fait. Apparemment, à Revol, ils n'ont pas donné de réponse. Et le mardi 29 mars on m'a annoncé que je rentrerai chez moi le vendredi 1^{er} avril, le lendemain de ma première séance de chimiothérapie.

Mardi 29 mars. Journal de terrain de Gabriel

Je reçois un texto de Jamel : « Salut Gabriel, je rentre chez moi vendredi. J'ai la chimio jeudi, je rentre vendredi chez moi, ils vont m'installer un lit médicalisé et je serai en hospitalisation à domicile ». Extrêmement surpris que Jamel rentre chez lui le lendemain de sa première chimiothérapie et qu'il l'apprenne aussi tardivement, je le rappelle dans la foulée. Nous échangeons pendant une trentaine de minutes et je prends des notes. Au cours de notre conversation, Jamel s'adresse pendant quelques secondes à une infirmière venue lui apporter son traitement : « D'un côté je suis content, d'un autre je ne suis pas content. D'un côté je suis content de rentrer à la maison. De l'autre, vous prenez soin de moi, je me suis habitué au lieu, j'ai pris mes marques, tout le monde est aux petits soins avec moi ». Ce retour à domicile, subi par Jamel, fait écho à une remarque qu'il m'avait formulée au début de l'enquête en évoquant les circulations d'un lieu à un autre : « On nous déplace comme une pièce sur un jeu d'échec ».

La façon dont se déroule la fin du séjour à Létra, la piste d'un retour progressif, l'annonce du départ, mais aussi la préparation du retour à domicile avant de se rendre en cure interrogent, de manière plus générale, la façon dont la fin du séjour en centre de cure et le retour « chez soi » sont anticipés et discutés entre les patients et les professionnels qui les accompagnent.

C- De l'habitat collectif au logement individuel

Le 1^{er} avril 2022, après environ un mois et demi à Létra, Jamel réintègre son logement qu'il avait quitté au début du mois de février.

Jamel : *Déjà, avant de rentrer chez moi, quand on m'a annoncé la date de mon départ, j'ai appelé le cabinet d'infirmier pour savoir s'ils pouvaient revenir quotidiennement, comme avant mon entrée à Revol. J'ai également appelé la pharmacie pour qu'ils me livrent mon traitement. J'espérais avoir une aide à domicile, mais ça n'a pas pu se mettre en place avant mon retour et ensuite ça a trainé. J'ai finalement commencé à avoir une aide à domicile à la fin du mois de septembre 2022. En attendant, mon frère m'a beaucoup aidé et il m'aide toujours beaucoup. Depuis que je lui ai annoncé que j'avais un cancer, nos liens se sont renforcés, on s'est rapprochés. Il est extrêmement présent depuis que je suis rentré. Il vient me voir plusieurs fois par semaine. Il m'aide pour nettoyer l'appartement, pour faire la vaisselle. Parfois il me fait mes courses ou il me conduit et on y va ensemble.*

Pour revenir à mon retour, quand je suis arrivé, mon frère était chez moi avec la personne qui venait de livrer le lit médicalisé – tu te rappelles, je n'avais ni canapé ni fauteuil après m'en être débarrassé. Toi, tu es passé me voir plus tard, en fin de journée. Je t'ai donné de l'argent pour m'acheter une couette et un oreiller car je n'en avais plus. J'étais fatigué, j'avais eu ma première chimiothérapie la veille. Voilà comment ça s'est passé.

Le retour à domicile signifie habiter de nouveau un environnement associé à la consommation d'alcool. Or, Jamel a cessé de boire. Pour accueillir ce nouvel état, l'environnement devrait aussi se transformer afin de le dissocier de certaines pratiques passées et pour qu'il se prête à de nouvelles habitudes. Changer de meubles, réorganiser leurs dispositions, décorer autrement, autant de gestes qui permettraient d'habiter autrement le logement. C'est ce que suggèrent les projets de réaménagement – en particulier l'installation d'un coin

bureau qui lui permettrait de continuer à travailler sur cette recherche et de préparer ses interventions – régulièrement évoqués par Jamel mais qu’il n’a pu mener à bien. Il revient sur ces projets au terme de l’enquête.

Jamel : *Je voulais m’acheter un canapé puisque je n’en avais plus après m’être débarrassé de celui infesté des punaises de lit. Je voulais redécorer, réaménager. Je voulais acheter un meuble pour la télévision avec un rangement sur le côté, un autre au-dessus, et un petit bureau sur le côté. Une espèce de niche où j’aurais pu m’installer pour travailler. Je voulais mettre des tableaux aussi. J’avais déjà ce projet avant de commencer mon sevrage. Je comptais changer la décoration. Dans mon logement, je me sens chez moi mais la décoration ce n’est pas moi, ce n’est vraiment pas moi du tout. On dirait un squat, on dirait des meubles que j’ai récupérés dans la poubelle. La seule chose que j’aime c’est mon armoire, celle que j’ai achetée chez l’antiquaire.*

Le retour à domicile signifie également le déménagement d’un habitat collectif implanté en milieu rural vers un logement individuel situé en zone urbaine.

Gabriel : *Comment tu vis ce passage entre le centre de cure, qui est aussi un habitat collectif, et ton logement ?*

Jamel : *À Létra, la dimension collective c’est très important. Cette année j’ai été dans une chambre seule, mais l’année précédente je partageais ma chambre avec un autre patient. Donc il y a déjà ça. Ensuite, tous les repas se prennent ensemble au réfectoire. Tu te retrouves aussi avec les autres patients lors de toutes les activités organisées par l’établissement et aussi en dehors de ces activités. Tu es pratiquement toujours en compagnie d’autres personnes. Ce n’est pas toujours simple. Par exemple, cette année, je me suis pris la tête avec une patiente qui m’a accusé de l’avoir insultée. Elle est allée se plaindre à la directrice que je voulais la violer. Mais la directrice n’a pas été dupe, elle m’a dit : « T’es pas un menteur, tu es quelqu’un de respectable, tu es venu trois fois, on te connaît, on voit que tu as évolué, on connaît très bien Ocellia ». Hormis cette situation, la cohabitation s’est très bien passée cette année. J’avais vraiment des relations fortes avec d’autres patients, il y avait beaucoup d’entraide, de moments conviviaux.*

Samedi 19 mars. Journal de terrain de Jamel

J’ai fait du mandala avec Lucien*. On formait un petit groupe, assis au soleil, à discuter. On a parlé de notre addiction, de nos craintes à la sortie, car ici nous sommes dans un cocon, mais dehors ça ne sera pas la même chose. Nous revenons aussi sur les cours que nous avons eus et les activités que nous avons faites durant la semaine. Plus tard, je suis allé dans la salle de détente. Il y avait le bordel, il y avait du monde, tout le monde « tu veux ci tu veux ça ». Super bonne ambiance. L’autre il paye un café, un petit groupe discute dans un coin, dans la salle de visite il y avait un groupe qui jouait de la musique, il y en a d’autres qui jouaient aux cartes. Super ambiance, vachement détendue, il y en a toujours un qui sort une bonne blague. Un coup je suis à une table, un coup à une autre. Tout le monde est au courant que je fais la recherche : « Ça a avancé le boulot ? » « Tu as écrit sur quoi ? » L’année dernière il y avait des clans qui se formaient. Cette ambiance-là elle est positive. Tout le monde m’accepte à ma juste valeur. Estelle*, une opticienne, elle est super sympa. Le matin, quand mes genoux sont froids, les gens m’aident à me lever.

Cette cohabitation, valorisée sans être idéalisée, Jamel la rapproche d’autres modes d’habitats et de prise en charge.

Jamel : *Ce qui s’est passé à Létra, avec les autres patients, je compare ça à une communauté thérapeutique ou à ce qui peut se dérouler dans une pension de famille. Je n’y ai jamais vécu, même si à un moment j’ai pensé y aller. Mais j’ai préféré avoir un logement seul, il y avait des contraintes, à l’époque je me serais peut-être fait virer à cause de l’alcool parce que je m’étais déjà fait virer de tous les centres d’hébergement, hormis à Riboud.*

Revenir chez moi a été difficile, car du jour au lendemain je me suis retrouvé seul. Être seul c'est difficile. Ce n'est que depuis que j'ai ce logement que je vis seul. Auparavant, j'ai vécu en famille, à l'armée, en prison, après à Riboud, les différentes femmes avec qui j'ai vécu... Ce n'est pas facile de se retrouver seul pour moi qui suis très sociable. Je n'arrive pas à vivre seul, j'ai toujours besoin d'être accompagné, d'avoir quelqu'un autour de moi, j'ai toujours besoin d'être avec quelqu'un. C'est un besoin. C'est même une nécessité. Et puis, je ne fais plus toutes ces activités que je faisais à Létra. Mon isolement il est aussi renforcé par mon appréhension à sortir. En revenant de Létra, j'avais toujours des difficultés à me déplacer. J'avais peur de faire des malaises dans la rue, j'avais peur de me déplacer tout seul. Je suis devenu faible. Mentalement, je me sens fort par rapport à la maladie. Physiquement, par rapport à comment j'étais avant, je me sens faible.

Il arrive, au cours de certains échanges, que l'isolement soit associé à la tranquillité, à un « repli habitant », « c'est-à-dire ce retrait où l'on se trouve épargné par cette densité d'épreuves et où donc se conçoit un repos dans la routine et les accommodements personnalisés à l'environnement proche, dans le bénéfice d'un temps propre et privilégié, soit un temps qui se soustrait à la comptabilité et au "rendre compte" » (Breviglieri et Conein, 2003). Cependant, Jamel renvoie principalement cet isolement à une solitude qui lui pèse. Face à celle-ci, il recherche des solutions et expérimente des réponses pour se sentir moins seul.

Jamel : *J'héberge un ami, que j'avais déjà hébergé dans le passé. Un soir, quelques jours après que je sois rentré de Létra, il est venu frapper à ma porte. Il n'avait pas mon numéro et je n'avais pas son nouveau numéro. J'avais essayé de l'appeler avant pour le faire venir justement. Trois-quatre jours après la première chimio, il est arrivé ; comme s'il savait par télépathie. Je lui ai demandé s'il ne voulait pas dormir chez moi. « Pourquoi ? », il m'a répondu. Je lui ai dit : « Parce que je m'emmerde ». Il m'a expliqué qu'il comptait aller dormir chez son père mais j'ai insisté, je lui ai réaffirmé qu'il pouvait rester. Depuis, il dort plus souvent chez moi que chez son père. Il me fait le ménage, il me fait à manger, il s'occupe de l'appartement. Quelque part, il joue le rôle de l'aide à domicile que je n'avais pas. Avec lui, je me sens moins seul même si parfois il m'empêche de dormir. Alors je l'engueule, je lui dis arrête de faire du bruit. On partage la même pièce, ce n'est pas évident, c'est comme en cellule. Et comme je suis chez moi, je me crois Dieu le père. Mais je me sens bien avec lui.*

Jeudi 5 mai 2022. Journal de terrain de Gabriel

Je suis avec Jamel dans une salle de l'école Ocellia pour une journée de travail ; la première depuis son retour à domicile. Occupé et fatigué par les premières séances de chimiothérapie, Jamel a arrêté d'écrire son journal de terrain depuis qu'il est revenu chez lui. Nous décidons donc d'engager un échange sur cette période d'un peu plus d'un mois, pour détailler ce qui s'est passé et repérer les éventuelles situations d'épreuve. Jamel décrit son sentiment d'isolement chez lui et me raconte comment il s'est mis à héberger, de nouveau, un ami. Quand je lui demande s'il a accueilli d'autres personnes ou s'il a reçu des visites, il me signale le passage d'un ancien patient de Létra : « *Un copain de Létra, qui habite à Annecy, est venu passer la nuit. Il a ramené son duvet. On a parlé un peu mais pas d'alcool. Il voulait juste me voir. C'est celui qui m'aidait à me lever à Létra, il prenait soin de moi quand j'étais à la clinique* ».

Si certaines relations sociales passées ont été coupées avec l'engagement dans une démarche de sevrage et de cure, d'autres se maintiennent et revêtent de nouvelles significations. C'est le cas de l'ami hébergé par Jamel, qui joue également le rôle d'aidant en l'assistant dans une diversité d'activités quotidiennes. Mais, en l'hébergeant, Jamel, qui n'a pas rebu une seule fois de l'alcool depuis le début de son sevrage, se confronte quotidiennement au produit. En effet, son hôte consomme chez lui et devant lui.

Gabriel : *Est-ce que ce n'est pas difficile et est-ce que tu n'es pas tenté de boire avec lui ?*

Jamel : *Non, je ne ressens pas d'envie de boire. Depuis que je suis parti à Revol, je n'ai plus envie de boire. Je ne sais même plus ce que c'est avoir envie de boire, contrairement à avant. Ça ne me dérange pas, ça ne me donne pas envie même s'il boit une bière. Depuis le sevrage, je n'ai pas ressenti de craving. L'an dernier, quand j'étais à Létra j'ai eu envie de boire, j'avais toujours ce*

petit truc qui me disait : « Attention attention... » Et dès que je suis rentré, j'ai craqué de suite. Mais là, il y a aussi la maladie, le cancer. J'avais vraiment envie d'arrêter de boire, j'en étais écœuré. L'an dernier je n'étais peut-être pas prêt, je me mentais à moi-même. Là, c'est bon, je suis bien, je me sens calme, en paix avec moi-même.

Conclusion

Ce rapport retrace une expérience singulière des soins en vue d'arrêter une consommation d'alcool et décrit le processus de « conversion identitaire » (Jauffret-Roustide, 2010) qui l'accompagne – et qui se trouve favorisé par l'expérimentation ethnographique. Si elle ne prétend pas représenter les expériences d'autres personnes engagées dans des parcours de soins proches, cette mise en récit d'un travail sur soi est porteuse d'une dimension politique à considérer.

Jamel s'est engagé dans une démarche réflexive sur sa propre expérience des soins qui puisse être *publicisée*. Publiciser signifie ici contribuer à un « public » (Dewey, 2010 [1927]), c'est-à-dire participer à un travail collectif de problématisation, d'enquête et de délibération, dans ce cas autour des soins en vue d'arrêter une consommation d'alcool. Ce collectif n'est pas défini *a priori* et n'est pas figé, il se compose d'une pluralité de personnes qui se soucient de ce sujet. Cette recherche peut et doit leur « servir », a plusieurs fois répété Jamel. Elle le fait, d'une part, à partir d'une expérimentation ethnographique qui souligne l'importance et la nécessité de réaliser des descriptions précises et situées. À ce titre, elle invite à multiplier les enquêtes et à les mettre en partage pour comprendre plus finement les expériences des « personnes concernées » – qu'il s'agisse de celles engagées dans des soins ou de celles qui les accompagnent dans leurs soins – et les épreuves qu'elles rencontrent. Repartir des pratiques et des expériences constitue la condition pour (re)penser des réponses et des manières de faire. D'autre part, elle le fait en donnant des occasions d'en débattre. Cette recherche sert ainsi déjà de point d'appui à une dynamique réflexive, réunissant des personnes s'étant engagées dans des soins pour arrêter l'alcool, des professionnels du champ de l'addictologie et des professionnels du champ de l'hébergement social¹⁵. Ce dispositif collectif traduit les constats qui jalonnent cette analyse pour les remettre au travail et en discussion au croisement des lieux de soins et des centres d'hébergement et de réinsertion sociale – réactualisant ainsi les interrogations initiales de cette enquête.

Si cette mise en débat s'avère possible, c'est parce que l'enquête soulève une multiplicité de questionnements. En guise d'ouverture, arrêtons-nous sur l'un d'entre eux ; il reviendra aux lecteurs et aux lectrices d'en discuter d'autres. L'expérience de Jamel souligne à quel point la question des soins en vue d'arrêter une consommation d'alcool est aussi une question d'*habiter*, c'est-à-dire qu'elle interroge des manières de prendre place et de se sentir à son aise dans des environnements. Comment se préparent, s'organisent et se discutent les *déplacements* et *déménagements* entre différents lieux de vie (logement individuel, institutions de soins, centres d'hébergement) ? Quelles sont les *qualités* – c'est-à-dire ici l'emplacement géographique, l'aménagement des lieux, les activités proposées, les règlements de fonctionnement qui régissent la vie quotidienne, etc. – de ces environnements ? Comment s'y jouent des formes de *cohabitation* – plus ou moins choisies, plus ou moins intenses – et comment sont-elles vécues ? À partir de quelles informations et de quelles connaissances le patient peut-il *choisir* les lieux où il est soigné ? Telles sont quelques-unes des interrogations que l'on peut énumérer et qui pourraient être mises collectivement en débat et au travail, à partir de cette enquête sur une expérience singulière.

¹⁵ Démarche co-animée par la Fédération des acteurs de la solidarité Auvergne-Rhône-Alpes et par Ocellia Santé Social, à laquelle Jamel aurait dû initialement participer. Ce travail est présenté dans la partie 2 de ce rapport.

Bibliographie

Breviglieri Marc, Conein Bernard (dir.), 2003, *Tenir ensemble et vivre avec. Explorations sociologiques de l'inclination à cohabiter : Les formes du vivre ensemble incluant la figure du tiers*, Rapport de recherche, Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA).

Bruneteaux Patrick, 2016, *Les mondes rêvés de Georges. Fabrications identitaires et alternatives à la domination*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Cefai Daniel, Costey Paul, Gardella Édouard, Gayet-Viaud Carole, Gonzalez Philippe, Le Méner Erwan, Terzi Cédric (dir.), 2010, *L'engagement ethnographique*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Choppin Katia, Gardella Édouard (dir.), 2013, *Les sciences sociales et le sans-abrisme. Recension bibliographique de langue française 1987-2012*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne.

Dewey John, 2010 [1927], *Le public et ses problèmes*, Présentation et traduction de Zask Joëlle, Paris, Gallimard.

Duperron Charlie, Uribelarrea Gabriel, 2021, *Soigner l'addiction et modérer l'ivresse. Une expérimentation ethnographique avec des sans-abri*, Rapport de recherche, Fédération des acteurs de la solidarité Auvergne-Rhône-Alpes.

Fioulaine Matthieu, 2017, « Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ? Risques alcool : changer de paradigme pour accompagner les personnes dans leurs usages », *Alcoologie et Addictologie*, n°39 (4), 364-372.

Gardella Édouard, Arnaud Amandine, 2018, *Le sans-abrisme comme épreuves d'habiter. Caractériser statistiquement et expliquer qualitativement le non-recours aux hébergement sociaux*, Rapport de recherche, Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale et Observatoire du Samusocial de Paris.

Hennion Antoine, Vidal-Naquet Pierre, 2015, « "Enfermer Maman !" Épreuves et arrangements : le care comme éthique de situation », *Sciences sociales et santé*, Vol. 33, 65-90.

Jauffret-Roustide Marie, 2010, « Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire », *Pensée plurielle*, n°23, 93-108.

Jauffret-Roustide Marie, 2016, « Quels sont les différents modèles de RdRD ? Quelle place la RdRD doit-elle avoir dans l'ensemble des interventions et dans la politique des drogues et des addictions en France ? », *Alcoologie et Addictologie*, n°38 (4), 335-347.

Lévy Julien, 2015, « L'urgence sociale à l'épreuve du non-recours », *Plein droit*, n°106, 7-9.

Mead George Herbert, 2006 [1934], *L'esprit, le soi et la société*, Présentation et traduction de Cefai Daniel et Quéré Louis, Paris, Presses Universitaires de France.

Ogien Albert, 2010, « Normativité sociale et normativité neuronale. La découverte des "neurones miroirs" et ses usages en sociologie », *Revue française de sociologie*, Vol.51, 667-691.

Pharo Patrick, 2010, « Sociologie cognitive et morale de l'addiction », *Revue française de sociologie*, Vol.51, 692-719.

Pharo Patrick, 2011, *Philosophie pratique de la drogue*, Paris, Les Éditions du Cerf.

Pichon Pichon, Torche Thierry, 2011, *S'en sortir... Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne.

Uribelarrea Gabriel, Alves de Carvalho Domingos, Amaré Sandrine, Hadj-Brahim Yamina, Kalonji Baudouin, Koné Youssouf, Lévy Julien, Machet Valérie, Mendo Medjo Yolande, Ruiz Pascale, 2023, *Considérer l'hospitalité des centres d'hébergement. Une enquête participative*, Bron, Presses de Rhizome.



Phase 2 :
**Enquête sur l'articulation des parcours de soins
en addictologie et des parcours d'hébergement
des personnes accompagnées dans le secteur de
l'Accueil-Hébergement-Insertion et Logement**

Observations et pistes de travail

Une enquête proposée dans le cadre du programme de formation-action :
« Accompagnement des conduites addictives en structures d'Accueil-
Hébergement-Insertion et Logement »

Un programme porté par :



Avec le soutien financier :



Glossaire

<u>ACT</u> :	Appartement de Coordination Thérapeutique
<u>AHI</u> :	Accueil Hébergement Insertion
<u>ASS</u> :	Assistant.e de Service Social
<u>ATR</u> :	Appartement Thérapeutique Relais
<u>CAARUD</u> :	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
<u>CESF</u> :	Conseiller en Economie Sociale et Familiale
<u>CHRS</u> :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
<u>CHU</u> :	Centre D'Hébergement d'Urgence
<u>CSAPA</u> :	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
<u>CT</u> :	Communauté Thérapeutique
<u>CTR</u> :	Centre Thérapeutique Résidentiel
<u>IDE</u> :	Infirmièr.e Diplômé.e d'Etat
<u>SMR</u> :	Soins Médicaux et de Réadaptation (anciennement SSR)
<u>SSR</u> :	Soins de Suite et de Réadaptation (ancien nom de SMR)

Préambule

Objet et contexte de l'enquête

Le **travail de recherche collaboratif ethnographique** a permis de décrire le parcours singulier de soins en addictologie d'une personne hébergée (Jamel Ben Hamed) en croisant son regard et celui d'un sociologue (Gabriel Uribelarrea). Mené durant plusieurs mois, tout au long du parcours de soins (logement/cure/post cure/retour en logement), la personne hébergée a elle-même documenté son parcours, ses épreuves, ses ressentis, ses passages, en étroite collaboration avec le chercheur sociologue qui a accompagné, préparé la manière de documenter le parcours, et aussi réalisé et analysé des entretiens. Suite à ces travaux, le chercheur a identifié plusieurs questionnements autour des 3 moments du parcours repérés : 1/ Organiser le départ en cure ; 2/ Faire l'expérience de la cure ; 3/ Quitter la cure et retourner en logement.

Dans un second temps, il s'agissait de mettre en discussion certains éléments relevés par le travail collaboratif ethnographique de la phase 1 en utilisant la méthode des **focus groupes**. 4 groupes composés de "pairs" ont permis de croiser les regards sur les étapes du parcours de soins présentées dans la phase 1. Ces 4 groupes de pairs se composaient ainsi : 1er groupe : personnes hébergées en centre d'hébergement et ayant vécu un parcours de soin de cure/post-cure en addictologie.

- 1er groupe : personnes hébergées en centre d'hébergement et ayant vécu un parcours de soin de cure/post-cure en addictologie.
- 2eme groupe : professionnels sociaux de structures d'hébergement (CHRS, CHU, mais également pensions de famille).
- 3eme groupe : professionnels de lieux de cure ou postcure en addictologie, lieux de soins résidentiels.
- 4eme : groupe : professionnels de soins (ex CSAPA, ...) orientant vers les cures / post-cures : lieux de soins ambulatoires

Les professionnels présents avaient des fonctions différentes : IDE, ASS, psychologue, CESF...

Constitués de manière non exhaustive, mais en veillant à une variété des structures et des territoires géographiques, ces groupes ont mobilisé 19 personnes à 2 reprises. Elles sont venues au titre de 14 structures¹⁶. Certains dispositifs ne sont pas représentés faute de disponibilités des professionnels (ex : ATR).

Les premiers "**focus groupes de pairs**" se sont réunis pour compléter le travail de recherche de la phase 1 en le nourrissant de leurs regards complémentaires, et a permis de recueillir d'autres expériences, de pratiques de parcours, de circulation entre lieux d'hébergement et lieux de cure des personnes hébergées. Les questionnements guidant de manière semi directive les échanges sont issus des observations et notes produites lors de la phase 1 par le sociologue.

Une deuxième rencontre a eu lieu cette fois en "**focus groupes mixés**" en mélangeant les groupes pour "croiser les regards" à partir des points de vue des personnes concernées, professionnels de l'hébergement, professionnels de soins et/ou de l'addictologie exprimés lors de la première rencontre.

L'analyse des propos échangés durant ces 6 groupes est l'objet de cette restitution de travail d'enquête et permet d'identifier les articulations, les points de leviers et de blocages dans les liens entre lieux d'hébergements et lieux de cure : avant/pendant/après et de faire émerger des préconisations.

A propos des termes utilisés dans cette note

Ce travail de recherche a mis en lumière un fort besoin de clarification des termes employés selon qu'ils soient usuellement employés par les personnes concernées et les travailleurs sociaux, ou en lien avec l'activité de soins ou le statut de la structure.

Des désaccords sont apparus parmi les participants sur la classification des différentes phases, mais pour une facilité de compréhension, nous prenons le parti d'utiliser dans cette note les termes suivants :

- **Sevrage** : sevrage physique au produit (peut être fait en ambulatoire sous surveillance d'un médecin, d'un CSAPA, mais en général contre-indiqué pour les personnes en situation de précarité). Dans le travail de recherche, le sevrage fait référence à une période de soins de sevrage en service de médecine, en milieu hospitalier ou lors de la première semaine du séjour en service de médecine intégré au SMR.
- **Séjour de soin** : séjour de plusieurs semaines pour travailler les aspects psychologiques, physiologiques, sociaux et comportementaux dans un lieu dédié en SMR.
Ces 2 périodes sont communément appelées "cure" par les personnes accompagnées et les travailleurs sociaux, sans forcément distinguer les deux phases.
- **Séjour de consolidation** : une phase au choix de la personne qui va décider d'un lieu résidentiel comme lieu "de soin en addictologie" (ex : centre thérapeutique). Cette phase est souvent appelée "post-cure" par les personnes accompagnées, les travailleurs sociaux et même par certains professionnels de l'addictologie.

I - L'interconnaissance et l'articulation entre les professionnels

Observations

A- Entre professionnels du social et professionnels de l'addictologie

- ◆ Un manque de lien entre les professionnels et une méconnaissance des modalités et spécificités mutuelles, malgré quelques initiatives qui restent encore individuelles et non institutionnelles.

"On n'a pas de contact avec les structures. C'est là où des fois, nous on manque de billes aussi pour mieux vous accompagner là-dedans." (Educateur spécialisé - CHRS)

"Je trouve que globalement, on a moins le temps de se faire des liens entre professionnels, ça baisse de plus en plus et c'est pas du tout systématique." (Assistante sociale – centre hospitalier)

- ◆ Des écarts dans les termes employés entre les professionnels des différents secteurs et les personnes concernées.

"Nous, du côté professionnels on va dire SSRA... En addicto, après, dans les patients, ils nous disent jamais : « Je veux aller en SSR », jamais. Ils disent cure, post-cure. Mais effectivement, je sais pas le sens qu'ils mettent exactement derrière, mais c'est le fait d'aller dans un autre établissement. Mais ils disent jamais SSR." (Assistante sociale – centre hospitalier)

- ◆ Une information manquante ou partielle sur le déroulement concret des séjours de soin pour les personnes concernées et les travailleurs sociaux (fonctionnement, objectifs...).

"Moi, j'avais rien du tout. J'ai tout appris quand je suis arrivé. Le premier jour, on m'a donné les règles de l'établissement, toutes les règles qui devaient se passer. Mais avant de rentrer, je n'ai eu aucun document, rien du tout. J'ai eu que dalle." (Personne concernée)

"On pourrait penser que c'est important de savoir vraiment comment ça se passe concrètement, notamment sur la phase d'avant, puisqu'on a quand même un petit peu un rôle d'orienteur, mais aussi de rassurer tout ça. Et en fait, nous-mêmes on ne sait pas vraiment comment ça se passe en réalité. Moi, j'avoue que je ne sais pas forcément les différents types de structures." (Educateur spécialisé - CHRS)

- ◆ Un manque de connaissances global sur l'addictologie chez les professionnels de l'AH1.

"[Les CHRS] fonctionnent beaucoup avec des apprentis, et il y a très très peu de professionnels formés, diplômés, et du coup, pas forcément non plus formés en addicto." (Educatrice spécialisée - CSAPA)

- ◆ Une envie exprimée par les professionnels de partager et d'être en lien autour de situations singulières.

"C'est tout le travail aussi de lien entre nos structures, parce que voilà, nos structures elles ont toutes des fonctionnements aussi, les CHRS ont leurs propres fonctionnements aussi, et je pense que c'est en en discutant entre nous de nos propres fonctionnements aussi qu'on permet des fois de trouver aussi des maillages possibles dans l'intérêt des personnes." (Educatrice spécialisée - CTR)

- ◆ Des initiatives isolées de collaborations sur des situations individuelles entre des lieux de sevrage ou de séjours de soins et des CHRS ou d'accompagnement institutionnel des CHRS
Exemple : séjours de rupture, accompagnement à la cogestion d'alcool...

"Il y a des choses sur des séjours de rupture qui pourraient être intéressantes. Nous on l'avait fait pour un patient, de le prendre en hospitalisation parce que le CHRS n'en pouvait plus. Ils lui ont fait une mise à pied et on s'est dit : « On le prend sur ce temps-là ». Mais ça, c'est à la marge qu'on peut le faire." (Assistante sociale - centre hospitalier)

"On a aussi pas mal d'établissements qu'on accompagne (...) sur les dispositifs de cogestion, donc l'accompagnement aux consommations d'alcool." (Psychologue - CSAPA mobile)

“Nous, on avait fait un partenariat par exemple avec un CTR. Du coup, on accueillait des fois des jeunes qui avaient besoin de temps de rupture. Donc c’était pendant le temps des vacances parce qu’eux fermaient.” (IDE – centre résidentiel)

B- Entre professionnels de l’addictologie en ambulatoire et en résidentiel

- ◆ Un manque de relais entre les professionnels de l’addictologie en ambulatoire et en résidentiel sur les situations individuelles. Exemple : Des comptes-rendus médicaux envoyés tardivement aux médecins prescripteurs des CSAPA.

“On a peu de liens avec les centres de cure. Que ce soit, enfin avant c’est par l’intermédiaire du dossier, pendant souvent on a le patient en direct, et après, on n’a pas forcément – mise à part le compte rendu que des fois on reçoit trois mois après. (...) On n’a pas forcément les dates de sortie, mise à part par le biais des personnes, et que c’est peut-être un maillon qui manquerait des fois, pour reprendre la suite.” (CESF - CSAPA)

- ◆ Un manque de liens entre les lieux de sevrage et les établissements de soin et de consolidation.

“Pas d’infos avant sur le lieu et le fonctionnement, ça c’est vrai que ça peut être compliqué pour nous, parce qu’on les a pas toutes visitées.” (Assistante sociale – centre hospitalier)

C- Entre professionnels de l’addictologie, du social et de la psychiatrie

- ◆ Une triangulation peu fluide entre professionnels du social, de l’addictologie et de la psychiatrie malgré des initiatives de certaines structures.

“On se retrouve quand même souvent avec la psychiatrie qui dit : « C’est de l’addicto », et nous on dit : « C’est de la psychiatrie ». Donc c’est parfois aussi compliqué de savoir ce qui est lieu de... quelle maladie ? Voilà. Ce qu’on a appelé les pathologies duelles, mais où ça reste compliqué.” (Assistante sociale – centre hospitalier)

“Concrètement, quand il y a une situation de crise, vu que la psychiatrie s’est sectorisée, nous les gens ils sont souvent pas domiciliés sur le département, et c’est n’importe quoi. On arrive aux urgences psy avec un mec qui est pas domicilié sur le département, du coup on nous renvoie d’un service à l’autre. Enfin c’est le carnage, sur la question des situations d’urgence.” (Educatrice spécialisée - CTR)

“Nous on échange bien avec la psychiatrie, parce qu’on a l’EMPP, l’équipe mobile précarité et psychiatrie, et du coup il y a une espèce de partenariat/convention.” (Educatrice spécialisée - Pension de famille)

“Nous, on avait les deux équipes mobiles qui intervenaient, psy et addicto (...) ils venaient vraiment toutes les semaines, des fois plusieurs fois dans la semaine – c’est presque comme s’ils étaient intégrés à la structure, limite. Et du coup, c’était le réflexe direct : « Va rencontrer l’infirmière addicto, ou le médecin addicto, ou le psycho ». (Educatrice spécialisée - CHRS)

D- Un besoin de coordination entre les professionnels des différents secteurs (social, addictologie, psychiatrie, médecine de ville,...)

- ◆ Un besoin de coordination est identifié entre les différents types d’acteurs. Une place est vacante que les structures du social occupent parfois, sur des initiatives individuelles, faute de dispositifs formalisés ou mentionnés.

“Je trouve que la structure du social va avoir un peu le côté de coordination en tout cas des soins où nous on essaye de mettre en lien le CMP par exemple pour faire une synthèse avec le CSAPA, qu’on ait un peu les 3 versants pour pouvoir en discuter, parce que c’est vrai que les CSAPA ne vont pas forcément se rapprocher des CMP... et à l’inverse les CMP vont pas le faire non plus au niveau du CSAPA.” (Educatrice spécialisée - CHRS)

- ◆ Le médecin généraliste peut être prescripteur d’un séjour de soins. Cependant, les résidents de CHRS, très souvent, n’ont pas de médecin traitant.

“On a un public quand même qui est très éloigné du soin, donc on commence par, s’il y a une volonté, de dire : « Tu peux rencontrer le généraliste ».” (Educatrice spécialisée - pension de famille)

Des pistes de travail possibles

A- Des instances permettant l'interconnaissance et la réflexion

- ◆ Mettre en place des groupes d'échanges de pratiques et de réflexions, en privilégiant les rencontres en présentiel, aux échelons local et régional (ou soutenir les groupes existant), mixant professionnels de l'addictologie (ambulatoire et résidentiel), professionnels de l'AHI (CHRS, pension de famille, accueil de jour...) et personnes accompagnées. Exemple du Groupe Ressources Addictions Précarité en région lyonnaise.

Les objectifs de ces groupes seraient multiples :

- Favoriser une connaissance mutuelle des différents types de structures existantes.
- Partager des innovations inspirantes.
- Avoir une réflexion commune sur les pratiques et les règlements de fonctionnement des structures AHI par rapport aux consommations, afin de soutenir les objectifs d'abstinence ou de régulation des consommations en sortie de séjour de soins et lors de la réintégration dans l'hébergement, dans le respect du cadre légal et des droits des personnes accueillies.

B- L'élaboration d'outils d'information, d'immersions croisées

- ◆ Créer et diffuser un outil collaboratif présentant, au niveau régional, les structures de soins en addictologie avec des informations sur les modalités d'accès, la durée, les financements etc... Cet outil pourrait être créé en partant des questions des personnes accompagnées et des travailleurs sociaux. Support possible : annuaire en ligne collaboratif.
- ◆ Recueillir l'existant et/ou créer et diffuser un outil informatif synthétique permettant aux travailleurs sociaux et aux personnes concernées d'avoir une vision claire du parcours de soins (sevrage, séjour de soins, séjour de consolidation, postures sur les poly-consommations, droits de sortie etc.) et des différents types de structures (ATR, CTR...). Support possible : capsule vidéo, dont le contenu serait mis au point par des professionnels de l'addictologie et des personnes concernées. Ces vidéos pourront être des ressources, un support dans la discussion avec les personnes accompagnées.
- ◆ Proposer des visites croisées entre structures de l'addictologie et structures de l'Accueil-Hébergement-Insertion et Logement : ce qui permet de comprendre les pratiques professionnelles mais aussi le quotidien des professionnels et des personnes accompagnées.

C- Des changements de fonctionnement intra CHRS, dont les modalités de maintien ou de fin de prise en charge

- ◆ Généraliser le maintien des places en CHRS pendant les séjours de soins avec un lien accru entre les structures pour faciliter la réintégration en hébergement (anticipation de la date, modalités spécifiques à mettre en place etc.).
- ◆ Prévenir les exclusions de CHRS par des séjours de rupture ponctuels dans des centres résidentiels en addictologie.

D- Renforcer les services d'aller vers des structures d'addictologie

- ◆ Mettre en place des interventions coordonnées d'équipes mobiles spécialisées en addictologie et en psychiatrie dans les structures collectives.
- ◆ Renforcer les consultations avancées des CSAPA en centres d'hébergement.
- ◆ Développer les consultations à domicile des CSAPA.

E- Des dispositifs de coordination

- ◆ Permettre, pour les structures AHI, une meilleure connaissance des dispositifs de type équipes mobiles, médiateurs santé..., pour mieux s'articuler avec eux : creuser la question de l'anticipation des crises, des hospitalisations sous contrainte

II- Des objectifs variés de projets de soin, entre abstinence, pauses ou régulations des consommations

Observations

A- Approche par l'abstinence ou par la réduction des risques

- ◆ Les personnes concernées n'ont pas toutes le même objectif en suivant un parcours de soins : abstinence totale, pause ou consommations ponctuelles et récréatives. Face à des objectifs différents, il y a nécessité à combiner les approches pendant les séjours de soin et de consolidation en résidentiel, en ne les mettant plus en opposition, pour coller au mieux aux projets et aux réalités des personnes concernées.

"Quand ma chienne est décédée, j'ai fait une petite déprime on va dire, et j'ai décidé d'aller faire une cure. Pas pour la cure elle-même, mais pour me changer d'idée. (...) . En fait, c'était pour prendre des vacances, m'écarter d'un peu de ma ville." (Personne concernée)

"Pour ceux qui sont dans des consommations maîtrisées, c'est de pouvoir aussi le travailler avec eux sur comment on maîtrise une consommation, et qu'ils puissent au moins l'expérimenter, et parfois ça leur permet aussi d'ajuster leur projet de soin, de pouvoir l'expérimenter dans un cadre sécurisé, et l'idée aussi de pouvoir le travailler sur la vigilance au transfert de dépendance." (Educatrice spécialisée - CTR)

- ◆ Selon le regard posé par la personne concernée, l'addictologue ou travailleur social, les objectifs et motivations ne seront pas les mêmes, ce qui peut se traduire par des écarts de temporalité. Ex: "urgence" de la demande des personnes et accompagnement au maintien de la motivation pendant l'attente.

"J'utilise pas le mot sevrage parce qu'on n'est peut-être pas sur les mêmes objectifs non plus. C'est quoi les motivations ? Peut-être qu'il ne faut pas en avoir non plus pour eux, et c'est des fois un peu le souci." (Educatrice spécialisée - CSAPA)

"On peut aussi freiner un peu le projet. Parce que si on sent que c'est vraiment une demande hâtive, que la personne ne s'est pas encore appropriée ça, qu'elle a fait beaucoup de cures, qu'elle enchaîne les cures, que finalement, elle se met sans cesse en échec vis-à-vis que ça, on va plutôt se dire qu'on va l'accompagner à réduire les risques, à faire émerger peut-être quelque chose d'un peu plus subjectivé au fur et à mesure. (Psychologue – CSAPA mobile)

"Accompagner lors de l'attente, en tant que travailleur social, j'ai trouvé ça dur. (...) Quand je dis accompagner, c'est aussi faire face aux fantasmes de la personne. Parce qu'il y a beaucoup cette idée qu'il va y avoir un ailleurs, et du coup ça va être magique." (Educatrice spécialisée - CHRS)

B- Des stratégies pour maintenir les objectifs après le séjour de soins

- ◆ Les structures en résidentiel permettent aux personnes de mettre au point des stratégies pour maintenir leurs objectifs (abstinence ou régulation). Les personnes elles-mêmes développent leurs propres stratégies, pendant ou après le séjour de soins. Ex: réaménagement du lieu de vie, itinéraires quotidiens etc.

"On faisait des petites amulettes avec des pierres, avec le jour bien et le jour avec alcool. Alors on prenait cette pierre des fois et on disait : « Ben non, sans alcool c'est mieux ». C'est un petit garde-fou." (Personne concernée)

"J'ai pris la table de nuit, posée de l'autre côté du lit. (...) Parce que chaque matin, quand je bois une bouteille d'eau, je crois que c'est ma petite bière." (Personne concernée)

C- Polyconsommations et transferts de dépendance

- ◆ Les polyconsommations sont rarement traitées de façon globale et un manque de place pour les sevrages complexes.

“Par exemple s’ils viennent pour un sevrage cocaïne-héroïne et qu’ils sont dépistés positifs au cannabis, on les garde quand même parce qu’ils sont pas venus pour ça.” (Assistante sociale – centre hospitalier)

“Quand on est sur l’alcool, seul, je dirais qu’on a un petit peu plus de choix, quand on est sur de la polyconsommation, alors là ça devient très compliqué chez nous (...) Il nous manque vraiment une grosse unité chez nous de sevrage complexe.” (Infirmière - CSAPA)

- ◆ La question des transferts de consommations après un séjour de soin reste également souvent sans réponse.

“Des personnes viennent pour un certain produit, en tout cas c’est des choses qu’on a pu observer, que l’alcool est souvent aussi très très présent en transfert, parce que voilà, c’est dans les mœurs, la culture, et que c’est un produit licite.” (Educatrice spécialisée - CTR)

“Je fumais du cannabis pour remplacer l’alcool.” (Personne concernée)

“Après, on peut tout arrêter d’un coup, mais, enfin bon quand j’y ai été, je leur ai dit : « Je suis là pour l’alcool, je suis pas là pour le THC ».” (Personne concernée)

D- Des approches thérapeutiques et des pratiques variées des structures de soin

- ◆ Adoption de projets thérapeutiques proche du rétablissement dans certaines structures.

“Après, nous on parle de rétablissement, c’est-à-dire que c’est comment face à une difficulté, tu trouves de la ressource pour que le produit ne soit plus la solution ?” (Educatrice spécialisée - Communauté thérapeutique)

- ◆ Un ajustement des pratiques RdRD pour coller aux réalités et besoins des personnes, parfois de façons officieuses.

“Dans les locaux, la consommation est pas permise. C’est un petit peu à cheval, nous on a une dépendance avec un petit jardin, et dans la dépendance, les conso sont – je dirais – sont admises, régulées un peu du moment qu’il n’y a pas de problème de comportement.” (IDE – CSAPA/CAARUD)

Des pistes de travail possibles

A- Former les professionnels et futurs professionnels aux 2 approches, sans les opposer

- ◆ Mettre en place des formations sur la pertinence des 2 modèles (abstinence et réduction des risques) et leur articulation possible en fonction des projets des personnes, par des professionnels de l’addictologie, du secteur social, et des personnes concernées. Ces formations s’adresseraient aussi bien à des professionnels de l’addictologie résidentiel, qu’à des travailleurs sociaux « inspireurs » (CHRS, pensions de famille, accueil de jour).
- ◆ A terme, développer une offre de parcours de soins n’intégrant pas que les objectifs d’abstinence, mais aussi de pause ou de régulation des consommations, en fonction de la situation médicale des personnes.

B- Développer les stratégies de maintien des objectifs

- ◆ Référencer les initiatives déjà existantes au niveau de certaines structures permettant aux personnes de développer des stratégies de maintien des objectifs (amulettes, lettres, films etc.), s'inspirer de pratiques dans certains pays étrangers (voir par exemple au pays bas)
- ◆ Capitaliser sur le savoir expérientiel des personnes et leurs propres stratégies, afin d'essaimer des "pratiques inspirantes".

C- Penser les consommations de façon globale

- ◆ Développer des places pour des sevrages complexes (polyconsommations).
- ◆ Renforcer une culture de prise en charge globale des différentes addictions
- ◆ Interroger la question des transferts de consommations et de dépendance : comment mieux accompagner les personnes : un sujet encore peu abordé, qui mériterait d'être étudié via une recherche, ...
- ◆ Documenter les initiatives ponctuelles de certains centres d'hébergement (ex : canettes de bières de secours pour éviter les crises de manque, ...)

III - Le rôle soutenant des pairs, avant, pendant et après les séjours de soins

Observations

A- Avant le séjour de soins

- ◆ Le conseil par les pairs est l'un des points majeurs de choix d'un lieu de séjour pour les personnes accompagnées.

"Moi j'ai entendu parler du [lieu de cure], parce que c'est que la cure que des collègues avaient déjà faite, que ça se passait bien, qu'il y avait une bonne structure, des bons médecins." (Personne accompagnée)

B- Pendant le séjour de soins ou de consolidation

- ◆ Le collectif de pairs joue un rôle soutenant, mais parfois intrusif, pendant les cures, ainsi que les témoignages d'ex-consommateurs. Certaines structures, comme les communautés thérapeutiques, ont pour socle de leur projet d'établissement le 'collectif de pair'.

"On n'est pas seuls, tu n'es pas le seul qui souffre. (...) On est huit-neuf dans un groupe, et tu reviens le même jour, on souffre de la même façon. On a le même stage, et ça, ça donne des forces." (Personne accompagnée)

"Ils sont accueillis par les fils rouges, c'est des résidents pairs (...) C'est une idée de parrainage, un peu, qui assistent aux entretiens avec les éducateurs, sur le mois d'admission, pour préparer la synthèse etc. En tout cas, il y a un référent résident avec le référent professionnel, qui accompagne et qui présente la structure et qui l'accompagne sur le mois d'admission en fait." (Educatrice spécialisée - Communauté thérapeutique)

"La cinquième semaine, ça commence à être un peu pesant parfois le collectif, et c'est là où du coup, nous l'équipe on remet en place deux trois petites choses, on fait plus de temps individuels à l'extérieur (...). C'est compliqué le collectif. Donc il ne faut pas que ce soit en tout cas un frein à leur projet de soins." (Educatrice spécialisée - CTR)

"Avec nous l'outil c'est vraiment le groupe en fait et c'est pour ça que je parlais de pair-aidance"; " la seule condition d'entrée, c'est d'arriver sevré et d'avoir envie de s'engager dans le collectif" (Educatrice spécialisée - Communauté thérapeutique)

C- Après le séjour de soins

- ◆ Des groupes de pairs ou ex-pairs peuvent être un soutien important (notamment dans un objectif d'abstinence) après le séjour de soins.

"Les groupes de pairs, qui sont investis aussi à ce moment-là, sur l'après. Ils peuvent mieux se comprendre que nous des fois. (...) Les Alcooliques Anonymes, Vie Libre, ça peut être par le biais de ces associations-là. Nous, au CSAPA, on a un groupe de paroles, donc ils peuvent s'y retrouver dans ce cadre-là." (CESF – CSAPA)

- ◆ Lors d'un retour en structure collective, les travailleurs sociaux doivent trouver un équilibre entre activités collectives occupationnelles et socialisantes et risques de reconsommations liées aux membres du collectif.

"C'est se dire : « Ok, je vais « protéger » le collectif de la personne et la personne du collectif, et en même temps, je veux rompre l'isolement ». Ça doit être compliqué de trouver un équilibre." (Educatrice spécialisée - CHRS)

Des pistes de travail possibles

A- Avant le séjour de soins

- ◆ Mise en place de temps de parole par d'ex-consommateurs dans les CHRS, pour informer sur les séjours de soin, en garantissant la confidentialité et l'anonymat.

B- Pendant le séjour de soins

- ◆ Développer la pair-aidance dans les structures en résidentiel et en ambulatoire, au travers de groupes de paroles, des résidents "parrains" des nouveaux arrivants, de l'embauches de travailleurs pairs etc (comme cela se pratique dans les communautés thérapeutiques).

C- Après le séjour de soins

- ◆ Orienter plus systématiquement sur des associations de groupes de pairs (ex : Alcooliques ou Narcotiques Anonymes) après les séjours de soins.

D- Promouvoir le savoir expérientiel en addictologie

- ◆ Former des personnes concernées à la pair-aidance et aux bases de l'addictologie (ex : formation à la RdRD, aux gestes d'urgence face aux overdoses, ...)
- ◆ Développer la formation et le recrutement de travailleurs pairs en addictologie dans les structures de soins et en CHRS.
- ◆ Documenter la mobilisation du savoir expérientiel personnel des professionnels (de l'AHI ou de l'addictologie) dans leurs accompagnements. Questionnement quant à cette possibilité : les professionnels auront-ils l'aval de leur direction pour échanger sur leurs consommations avec des personnes accompagnées ? Aujourd'hui, cet échange est possible autour du tabac, par exemple.

IV - Le rôle central de l'entourage des personnes

Observations

A- Les cercles familiaux et amicaux

- ◆ Quand l'entourage des personnes (famille, amis, mais aussi accompagnants sociaux) est associé au processus de soins, il peut être soutenant pendant le séjour et aussi permettre une ré-intégration plus fluide de la personne dans sa vie quotidienne, par une meilleure compréhension de ce qui se joue pour cette dernière. Les proches ont également besoin de soutien eux-mêmes en tant que compagnes/compagnons, parents, enfants etc.

"Il y a une réunion toutes les deux semaines avec la famille et le patient pour se voir un peu, le patient où ça en est, quelles sont les peurs de l'épouse ou de la mère ou de l'enfant, ou un truc comme ça, pour pouvoir l'aider. Qu'est-ce qu'elle peut faire à la maison pour aider son compagnon. Des trucs comme ça, des petites astuces que les psychologues, et tout ça, donnaient pour les aider." (Personne accompagnée)

"On reçoit beaucoup l'entourage et on essaye aussi de travailler ça avec les familles ; de travailler leur positionnement : « C'est quoi ma place en tant que... ». D'entendre leurs souffrances aussi, complètement, mais je pense que la place de l'entourage qui doit être soutenu chez nous, c'est vachement important là-dedans aussi." (Infirmière - CAARUD)

"Ca peut permettre aussi à l'entourage de se reposer (...) L'entourage peut aussi être en souffrance avec la maladie" (Assistante Sociale - centre de cure résidentiel)

B- Les "mauvaises" fréquentations

- ◆ Malgré l'aspect souvent soutenant de l'entourage, il peut également parfois être un obstacle au maintien des objectifs d'abstinence ou de régulation, lorsqu'il s'agit des anciens réseaux de consommateurs. Il est alors primordial que les personnes réussissent à se détacher d'une partie de leurs anciens réseaux néfastes, pour en développer de nouveaux plus aidants. En effet, lors du détachement des anciens réseaux, il y a un risque d'isolement qui peut être un facteur de re-consommations. En CHRS, les pratiques des autres résidents côtoyés dans les espaces collectifs peuvent aussi mettre à mal un projet d'abstinence ou de régulation.

"Il y a une chose qui est à la sortie, c'est : il faut préparer les numéros de téléphone, certaines personnes il faut les mettre de côté, il y a certains amis qu'il faut mettre de côté pendant un moment parce que quand on sort, on est encore très fragile." (Personne accompagnée)

"Ceux qui évitent les fréquentations, ils se retrouvent tous seuls et c'est tout aussi lourd, ça amène une reconso derrière, pareil." (CESF – CSAPA)

"De voir les autres boire, il y a toujours l'envie, la tentation (...) Tant que les gens boivent dans leur chambre, pas à la vue de tout le monde." (Personne concernée)

C- Les accompagnants sociaux

- ◆ Les accompagnants sociaux font également partie de l'entourage des personnes et sont en demande d'informations de la part des structures de soins résidentiels, afin d'élaborer au mieux des pistes d'accompagnement lors de la réintégration en hébergement. Le respect du secret médical est souvent mis en avant par les structures en résidentiel pour justifier le manque de contact ou freiner les initiatives de liens.

"On a très peu d'informations, aussi, de qu'est-ce qu'on pourrait faire pour faciliter justement le retour de la post-cure. Les parties collectives, ça on l'imagine, on le conçoit, mais c'est vrai que sur plein de petites infos comme ça qui peuvent aider, ça pourrait nous être bénéfique d'avoir un peu plus d'infos

là-dessus, et plus de contacts aussi avec les lieux de cure, qu'on a finalement assez peu." (Educateur spécialisé - CHRS)

"Ça demande, pour une structure d'hébergement d'avoir une attention toute particulière aux personnes qui sortent pour adapter au mieux et soutenir au mieux dans leurs besoins aussi, pour pas que ça soit un grand écart entre ce qu'ils ont vécu dans nos structures de sevrage, et dehors quand ils retournent dans leur environnement aussi, où on n'a pas forcément les mêmes règlements de fonctionnement non plus, on n'a pas la même réalité." (Educatrice spécialisée - CTR)

"Quand ça reste sur le plan social, il y a des échanges d'informations. Mais après, quand il s'agit du secret médical, là pour le coup, on respecte le secret médical." (Assistante sociale – centre de cure résidentiel)

D- Les animaux de compagnie

- ◆ La non-admission des animaux dans les structures de soins résidentiels peut-être un frein pour certains publics précarisés, tout comme dans certains centres d'hébergement.

"Il y a quelque chose qui était hyper important aussi, ça concerne les personnes avec chien : « Qu'est-ce que je fais de mon animal pendant cette... ». Et ça, ça bloque très souvent aussi. « Qu'est-ce que je fais de mon animal ? ». Donc heureusement, il y a de la garde sociale, mais bon c'est toute une négociation à arriver à obtenir de la gratuité là-dessus." (Educatrice spécialisée - CHRS)

Des pistes de travail possibles

A- Les cercles familiaux et amicaux

- ◆ Référencer les initiatives déjà existantes au niveau de certaines structures (réunion de familles, entretiens avec les proches...) afin de capitaliser et essaimer.
- ◆ Intégrer la dimension de l'entourage dans les capsules de présentation des parcours de soin en addictologie.
- ◆ Développer des programmes d'accompagnement des proches des patients, à l'image du programme BREF en psychiatrie.
- ◆ Intégrer l'entourage dans les parcours de soins, même avant le séjour de sevrage.

B- Les accompagnants sociaux

- ◆ Faciliter/systématiser les visites et les rendez-vous des accompagnants sociaux en cours de séjour de soins, avec l'accord de la personne : bilans tripartites à mi-parcours et en fin de séjour etc., tout en respectant le secret médical.
- ◆ Pour les personnes en structures collectives, faciliter un travail partenarial entre les 2 équipes addictologie et AHI, sous couvert d'accord de la personne, afin de déterminer les meilleures modalités à mettre en place au retour, en prenant notamment en compte le règlement intérieur de la structure sur la question des consommations (interdiction, autorisation, co-gestion...), les possibilités de place accompagnée en diffus, les stratégies de la personne à étayer dans le lieu d'habitation, la connaissance des dispositifs d'hébergement ou logement adaptés aux problématiques de santé (ex: appartement thérapeutiques relais), etc...

C- Les animaux de compagnie

- ◆ Faciliter l'accueil des animaux de compagnie, et plus spécifiquement des chiens, dans les structures en résidentiel, par des équipements adaptés, respectant les normes sanitaires (chenils etc.)
- ◆ Faciliter l'orientation vers des systèmes de garde gratuits des animaux de droit commun le temps du séjour de soins (ex. des gardes sociales)

V- Les sorties de séjours de soins et les accompagnements socio-éducatifs de proximité

Observations

A- Les sorties progressives de séjours de soins

- ◆ Les sorties progressives de séjours de soins (séquentiel, appartement de transition...) permettent d'expérimenter une nouvelle manière de gérer sa consommation mais aussi d'éviter les re-consommations ou une perte de maîtrise des consommations lors du retour au domicile.

"Ça les rassure beaucoup le séquentiel. De pouvoir retourner à domicile, là où ils ont beaucoup d'angoisses de ce retour-là, de comment ça va être en retournant dans la famille parce que souvent, les consos sont en lien aussi avec comment ils se sentent chez eux etc." (Psychologue – CSAPA mobile)

"En fin de séjour, ils peuvent être locataires d'un appartement, nous on continue l'accompagnement dans une maison communautaire. C'est un immeuble où il y a trois appartements pour des résidents, sur de la transition encore." (Educatrice spécialisée - CTR)

B- Les sorties ponctuelles en cours de séjours de soins

- ◆ Certaines structures en résidentiel développent des dispositifs permettant aux personnes, pendant leurs séjours de soins, de commencer à expérimenter la vie hors du centre, ce qui rend ensuite plus facile la réintégration à leur lieu de vie habituel.

"On a un appartement thérapeutique sur la ville en fait, à proximité, où ils peuvent s'essayer à partir de l'étape 2 sur une semaine voire plus. L'idée, c'est que petit à petit, ils tissent leurs réseaux, et ils expérimentent en fait leur rapport à l'extérieur, par du bénévolat ou par des activités sportives, ou par... voilà, qu'ils mettent en place des choses à l'extérieur." (Educatrice spécialisée - Communauté thérapeutique)

"Pour des patients qui restent en consolidation, donc qui restent au-delà des cinq semaines, en fait il y a un projet oui de séquentiel justement où ils peuvent partir une semaine pour soit s'ils ont des rendez-vous, soit ils doivent réaménager leur appartement, ou soit ils sont en recherche, et du coup ils partent une semaine même pour se tester certains, dans leur environnement, et du coup après ils reviennent pour retravailler ensemble, oui." (Infirmière - centre du cure résidentiel)

C- Les sorties pour non-respect des règles

- ◆ Du fait d'un non-respect des règles de la structure (notamment des consommations sur site), il peut y avoir des sanctions prévues au règlement de fonctionnement. Cela peut conduire certaines personnes à connaître des sorties anticipées de séjours de soins. Ces sorties donnent lieu, dans la plupart des cas, à une ré-orientation et une possibilité de revenir. Ces fins de prise en charge ne sont pas perçues de la même façon par les professionnels et les personnes concernées.

"On veille toujours à ce que le patient ne se sente pas viré. Quand il y a une rupture de contrat, c'est parce qu'il y avait une difficulté à un moment, et il est toujours accompagné par le médecin et la psychologue pour dire : « Bon là, c'est pas l'erreur la plus grave de votre vie. C'était un échec à un moment donné, mais continuez à avancer et vous reviendrez pour qu'on reprenne le travail là où on l'a laissé »." (Assistante sociale - centre hospitalier)

"Ah non non, vous êtes viré, y a pas de suivi. Vous vous démerdez, c'est comme si vous aviez rien fait." (Personne accompagnée)

D- Les délocalisations en sortie de séjours de soins

- ◆ Pour maintenir leurs objectifs sur les consommations, certaines personnes ont besoin de changer de modalités d'hébergement (par exemple, du collectif au diffus), mais parfois aussi de ville voire de département. Pour certains, le changement d'environnement (campagne vs ville) est sur-investi d'autant que certains centres de séjour de soin sont délocalisés des centres urbains et proposent un cadre plus naturel et éloignés des "tentations".

"Là-haut, il y a des professionnels, les assistantes sociales, tout ça, machin, qui peuvent nous aider à trouver un autre logement ou carrément une autre ville si on veut carrément bouger de région. Ça, on peut s'organiser avec eux." (Personne accompagnée)

"J'ai adoré l'endroit, j'ai même fait toutes les démarches pour un appart là-bas, parce que je savais que revenir dans le même endroit, c'est mauvais." (Personne accompagnée)

"Alors peut-être CHRS diffus. J'y vois peut-être plus de chance que le CHRS collectif." (Educatrice spécialisée - Communauté thérapeutique)

"Il y a peut-être le fantasme de la campagne." (Educatrice spécialisée - CHRS)

E- Un accompagnement socio-éducatif de proximité à la sortie

- ◆ Un étayage de proximité au domicile et dans les actes de la vie quotidienne (courses, cuisine, ménage...) pour ancrer de nouvelles habitudes, appréhender autrement son environnement, serait souvent nécessaire, afin d'éviter les re-consommations ou une perte de maîtrise des consommations, et re-mettre du sens à la démarche des personnes. Le besoin repéré concerne plus le versant socio-éducatif que celui du soin déjà existant même s'il est insuffisant (visite à domicile des CSAPA, équipe mobile en addictologie, consultation avancée addictologiques en CHRS...)

"J'ai été aux courses, tu rentres dans le magasin Super U et le premier rayon que tu vois, c'est le rayon d'alcool. C'est bien fait exprès. Tu vas au Lidl, Aldi, le premier rayon quand tu rentres, c'est le rayon alcool." (Personne accompagnée)

"Oui, [le diffus] pourrait être une solution. Qu'il y ait un projet de changement d'accueil en fait. (...) Mais à mon avis, qui pourrait pas se faire l'économie d'avoir un service d'accompagnement spécifique, parce que les missions des travailleurs sociaux en CHRS, c'est pas addicto. (...) Cet accompagnement hors les murs, il serait quand même très intéressant je pense." (Educatrice spécialisée - Communauté thérapeutique)

"Il manque un truc du côté de l'accompagnement à domicile en fait. Je trouve qu'il manque ce maillage-là, de comment à partir du domicile des personnes comme un SAVS, mais du côté addicto. Parce que maintenir une abstinence quand on est seul dans un appart, c'est pas simple." (Educatrice spécialisée - Communauté thérapeutique)

- ◆ Une difficulté pour les personnes à gérer la solitude et l'inactivité, source d'angoisses après avoir connu la vie collective et la dynamique d'activités de groupe, ce qui peut entraîner des re-consommations. D'où un besoin, pour consolider le projet de soins, d'activités occupationnelles (travail, bénévolat...).

"C'est ça, c'est le plus dur, de sortir. (...) Dans la cure, vous êtes occupé parce que toutes les activités, les réunions, psychologues, groupes de parole, mais quand tu sors, t'as plus rien." (Personne accompagnée)

"Beaucoup d'appréhension. Déjà se dire : « Comment je vais m'occuper ? ». On se pose toutes ces questions, voilà. « Qu'est-ce que je vais faire quand je vais sortir ? Est-ce que je reprends un travail ? Qu'est-ce que je fais ? Qu'est-ce que je vais faire ? Qu'est-ce que je peux faire ? »." (Personne accompagnée)

"Quand on a passé beaucoup d'heures à aller chercher le produit ou à le consommer, quand on sort de cure, il y a un grand vide. Donc orienter sur les loisirs, les activités, le travail, parce que des fois, il y

avait pas de travail, l'associatif. (...) De rouvrir sur le droit commun, et voilà, peut-être à un moment donné, on était un peu fermé sur le produit, et comment on se réouvre sur l'extérieur. D'accompagner ça, des fois même physiquement." (CESF – CSAPA)

F- Des interrogations sur le secteur d'appartenance de l'addictologie

- ◆ Devant la complexité de certaines situations, des professionnels interrogent le secteur auquel relève l'addictologie : inclusion ou handicap ? Ainsi certains dispositifs propres aux personnes en situations de handicap pourraient être adaptés (accès à un SAVS, travail en milieu protégé...) mais impliquent des démarches administratives complexes.

"C'est au-delà de notre pratique dans le sens où au niveau des politiques sociales, je trouve que le champ de l'addicto, on sait pas trop le définir ; si c'est le handicap si c'est la lutte contre les exclusions, si c'est un peu des deux. Et du coup même pour les personnes elles-mêmes, elles savent pas trop comment définir finalement... c'est tellement transversal et la psychiatrie dit que c'est une comorbidité psychiatrique, nous voilà on n'est pas tout à fait d'accord avec ça, c'est un peu enfermement." (Educatrice spécialisée - Communauté thérapeutique)

Des pistes de travail possibles

A- Les initiatives existantes de sorties en séquentiel ou transition

- ◆ Référencer les initiatives de sorties progressives déjà existantes au niveau de certaines structures (organisation de séquentiel, appartement de transition, places en diffus en CHRS etc.) afin de capitaliser et essaimer.
- ◆ Renforcer la connaissance et déployer les places en Appartements Thérapeutiques Relais qui peuvent être des réponses à certaines problématiques.

B- Les changements de lieux

- ◆ Privilégier les retours de soins sur des places en diffus plutôt qu'en CHRS collectif, autant que possible, selon la demande des personnes concernées et leur aptitude à vivre seules.
- ◆ Permettre une articulation avec les SIAO d'autres départements pour simplifier des projets de déménagement d'un département à l'autre.

C- Le besoin d'un accompagnement de proximité, sur le lieu de vie et spécialisé en addictologie

- ◆ Créer des équipes socio-éducatives dédiées et spécialisées en addictologie, intervenant sur le lieu de vie auprès de sortants de séjours de soin, sur les aspects de la vie quotidienne (faire les courses, réaménager le mobilier, orientation sur des activités occupationnelles etc.), en articulation avec les soignants et les accompagnants sociaux déjà en place.

VI- Des manques structurels d'étayage en sortie de séjours de soin, aussi bien du côté du médical que de l'accompagnement social

Observations

A- Au niveau de l'étayage médical

- ◆ Un manque de place et de solution de transport est constaté du côté des séjours de consolidation.

"La vraie difficulté pour la post-cure, c'est le transport, parce qu'il y a pas de VSL. Donc en fait, il faut vraiment que la personne ait suffisamment d'autonomie pour y aller par ses propres moyens." (Assistante sociale - centre hospitalier)

"Les post-cures sont blindées (...) Il y a pas de place. Moi j'en connais un, ça fait depuis le mois de janvier qu'il attend la post-cure." (Personne accompagnée)

- ◆ Un premier rendez-vous en CSAPA en sortie de séjour est très long à prendre s'il n'y avait pas de suivi en amont du séjour. Les listes d'attente en CSAPA sont importantes faute de moyens, même si des pratiques de priorisation des publics sont parfois mises en place.

"Au niveau de la préparation à la sortie, il y a la continuité des soins, alors on essaye de l'anticiper le plus tôt possible parce que malheureusement, les services de soins en ambulatoire sont débordés. Donc les CSAPA, les CMP, enfin c'est de plus en plus compliqué avec les médecins qui manquent." (Assistante sociale – centre de cure résidentiel)

"Alors, nous on a une liste d'attente, mais sortie de cure et post-cure (...) on a aménagé quand même des plages d'urgence. Quand la personne est vraiment dans l'action, je dirais dans le truc, on essaie de prioriser pour qu'il y ait un suivi le plus rapide possible à la sortie (Infirmière - CSAPA-CAARUD)

- ◆ Les hôpitaux de jour peuvent être des relais soutenant à la sortie de cure, mais ils n'existent pas dans tous les départements, ce qui pose le problème des déplacements.

"L'idée, c'est d'avoir un vrai hôpital de jour, parce qu'on se rend compte que ça permet vraiment à certaines personnes de tenir. (...) Le fonctionnement hôpital jour, ça tient quand même, je pense, les personnes. Mais c'est vrai qu'il faut pouvoir se déplacer, et financièrement et puis psychologiquement, être capable de s'y rendre." (Assistante sociale – centre hospitalier)

B- Au niveau de l'étayage social et de l'hébergement

- ◆ Les personnes venant de CHRS ne souhaitent parfois pas y retourner mais il manque de solution adaptée aux problématiques d'addictions. Les personnes sont mises en difficulté lorsqu'elles doivent retourner sur une structure collective où les consommations sont très présentes et parfois autorisées (co-gestion etc.). La question même de la disponibilité des places est une problématique, notamment quand le projet de la personne inclut un éloignement géographique.

"On s'aperçoit qu'il manque un lieu pour l'après communauté en tout cas, parce que le CHRS, ça pourrait être vécu comme un retour en arrière, une régression en fait." (Educatrice spécialisée - CTR)

"Je descends regarder la télé tranquille. Là ils ont des bières, une bouteille de whisky. Et moi je sors de cure. C'est pas pareil quoi. Et ça, c'est un petit peu plus compliqué." (Personne accompagnée)

"En préco, je reviens sur les délais de réponse des SIAO, rapport à la problématique logement parce que vraiment c'est déjà un frein pour l'accès aux soins et puis pour la suite aussi derrière, pour la sortie, c'est une catastrophe quand on n'a pas de réponses." (Assistante sociale - Centre de cure résidentiel)

Des pistes de travail possibles

A- Au niveau de l'étayage médical ou médico-social

- ◆ Augmenter les capacités d'accueil en séjours de consolidation avec une prise en charge des VSL.
- ◆ Assurer un suivi post-sevrage systématique en accélérant les premiers rendez-vous en CSAPA pour les nouveaux suivis, notamment par une meilleure anticipation (pendant le parcours de soins, mise en lien entre centre de soins et le futur CSAPA référent en fonction de vie de la personne)
- ◆ Développer des hôpitaux de jour spécialisés en addictologie dans chaque département, avec prise en charge des VSL.
- ◆ Questionner la pertinence et le développement d'ACT spécialisés dans l'addictologie ?
- ◆ Référencer et développer des initiatives pluridisciplinaires, y compris dans d'autres domaines que l'addictologie (ex : système de baux glissants qui sont expérimentés en psychiatrie sur 3 mois)

B- Au niveau de l'étayage social

- ◆ Faciliter le travail entre les lieux de cure en résidentiel et les SIAO pour une réorientation directe en sortie de séjour (CHRS en diffus, ou sur un autre département etc.)
- ◆ Renforcer les moyens des SIAO (ex : poste de coordinateur de parcours santé complexes en SIAO) et leur réactivité dans un contexte contraint de places d'hébergement financées et disponibles afin de soutenir les travailleurs sociaux des structures AHI-L en terme d'informations, d'orientations possibles.
- ◆ Recenser les initiatives de référents en addictologie en CHRS et en structures sociales et en documenter la pertinence : intérêt d'une personne ressource en interne vs risque de désinvestissement des membres de l'équipe sur la thématique.

Pour conclure : des points de consensus

A l'issue des différents focus-groupes, certains points sont apparus comme faisant consensus entre les différents types d'acteurs :

- Le logement, l'hébergement font partie intégrante du soin et il y a interdépendance entre ces aspects.
- Le besoin d'échanger et de collaborer entre professionnels des différents secteurs et avec les personnes concernées. D'ailleurs, les participants ont tous souligné l'intérêt de cette démarche d'enquête rassemblant divers acteurs.
- Une multiplicité des dispositifs en addictologie et du côté de l'hébergement qui rend difficile le repérage et l'orientation des personnes, l'articulation entre les professionnels et l'absence de consensus dans les termes employés par les différents acteurs.
- Une montée des profils relevant de la psychiatrie et une difficulté à trianguler entre addictologie, psychiatrie et travail social.
- De façon générale, des manques de moyens pour garantir des délais de réponses adaptés aux demandes, aussi bien du côté médical, médico-social que social.