



Paris, le 10 octobre 2018,

Rapport d'étude

Face au sentiment d'impuissance des intervenants sociaux

**Le Programme Marcel Olivier : l'accueil et la sécurisation des usages
d'alcool des personnes sans chez soi comme innovation sociale**

Enquête menée et rédigée par : **Sylvain Beck**, Docteur en Sociologie, Formateur
au centre de formation Saint-Honoré (Paris 19^e), membre du CERA

Responsabilité scientifique assurée par **Anne Petiau**, Docteure en sociologie,
Responsable du CERA

Table des matières

<i>Introduction</i>	4
<i>1. Le programme Marcel Olivier : de l'intervention auprès des personnes sans domicile alcoolodépendantes à un accueil bistrotier</i>	5
<i>Historique du programme et organigramme</i>	5
<i>Partenariat et travail en réseau du Programme Marcel Olivier</i>	13
<i>Evolution de l'EMO vers une approche de réduction des risques</i>	14
<i>L'accompagnement à l'EMO vu au travers de quelques portraits</i>	15
<i>2. La prise en compte des usages d'alcool des personnes sans chez soi, une innovation sociale</i>	25
<i>Alcool et sans-abrisme, une double problématique</i>	25
<i>Aux origines de la réduction des risques alcool en milieu hospitalier et dans le secteur AHI, la naissance du Programme Marcel Olivier</i>	31
<i>Sans-abrisme et alcool, une articulation problématique dans le secteur AHI</i>	40
<i>Changer les représentations : Des usages d'alcool plutôt que l'alcoolodépendance</i>	49
<i>3. Approches politiques des usages d'alcool : vers quelle réduction des risques et des dommages ?</i>	51
<i>La réduction des risques et des dommages, une philosophie pragmatiste et une lutte politique pour la reconnaissance</i>	51
<i>« Accueillir et sécuriser » ou « réduire les risques et les dommages »</i>	55
<i>Une approche qui bouscule les pratiques établies</i>	60
<i>Le partage d'informations et la pluralité des savoirs : une composante de l'approche de réduction des risques</i>	63
<i>Situer l'EMO : un dispositif interstitiel unique</i>	66
<i>Conclusion : le PMO, une prise en compte radicale de la personne humaine</i>	68
<i>Pistes d'action</i>	70
<i>Annexes</i>	72
<i>Organigramme du Programme Marcel Olivier</i>	72
<i>Planning des activités de l'Espace Marcel Olivier</i>	72

<i>Annexes Méthodologiques</i>	72
<i>La catégorie de « personne sans chez soi »</i>	72
<i>Récapitulatif des observations participantes et des entretiens, formels et informels</i>	73
<i>Entretiens formels, enregistré et transcrits intégralement</i>	74
<i>Interventions enregistrées et transcrites du forum Alcool-Exclusion (3 juillet 2017)</i>	76
<i>Recueil d'informations complémentaires</i>	76
<i>Annexe : Guide d'entretien</i>	77
<i>Guide d'entretien pour les professionnels sur la prise en compte des usages de l'alcool dans le secteur AHI.</i>	77

Introduction

Le Centre d'Etude et de Recherche Appliquées (CERA) a proposé à l'association Aux Captifs la libération une étude visant à qualifier le programme Marcel Olivier. Il s'agit de situer les actions du programme Marcel Olivier dans les dispositifs et les débats actuels sur les usages d'alcool des personnes sans domicile, à partir de recherches dans la littérature existantes et d'entretiens auprès des différents acteurs, usagers et partenaires.

Cette étude présente le programme Marcel Olivier, puis des données contextuelles concernant les usages d'alcool des personnes sans chez soi. Sont ensuite présentés les dispositifs concernant l'accompagnement des personnes ayant des consommations d'alcool considérées comme problématiques. Il s'agit de comprendre les enjeux du problème entre normalisation et prise en compte globale de la personne pour évaluer qualitativement la position de l'association Aux Captifs La Libération. La problématique retrace ensuite l'évolution des politiques publiques et approches de la problématique alcool, depuis l'alcoologie vers l'addictologie puis vers la réduction des risques et des dommages pour situer l'action du Programme Marcel Olivier. L'étude présente enfin quelques pistes d'action vers lesquelles pourraient être orientées le projet. En annexe figurent la méthodologie d'enquête, le guide d'entretien, ainsi que des vignettes cliniques qui illustrent le parcours de quelques personnes accompagnées au sein de l'Espace Marcel Olivier.

1. Le programme Marcel Olivier : de l'intervention auprès des personnes sans domicile alcoolodépendantes à un accueil bistrotier

Historique du programme et organigramme

Lancé en janvier 2012 grâce au financement de la fondation Bettencourt-Schueller, l'association Aux Captifs la libération développe un programme spécifique sur l'alcoolodépendance de personnes sans domicile. La finalité est d'apporter une réponse à trois observations faites à propos des usagers par les professionnels de terrain. D'une part, l'alcoolodépendance est une problématique très présente chez les personnes de la rue, pourtant l'accès au soin leur est difficile. D'autre part, les accompagner dans cette problématique prend du temps et nécessite quelques outils et des connaissances en addictologie. Enfin, la question de l'alcool est un élément incontournable à prendre en compte dans tout parcours de « sortie de rue ». Si l'un et l'autre sont indissociables, le programme se propose d'aborder ces dimensions dans un accompagnement proche de la perspective clinique, à savoir l'accompagnement individuel et en petits groupes autour de médiations et situations variées, permettant une observation directe et une expérience partagée avec les professionnels et bénévoles. Ainsi, le programme Marcel Olivier accompagne les personnes sans-domicile alcoolodépendantes dans leur « conversion identitaire », c'est-à-dire dans un processus de transformation de soi, qui part de l'exclusion sociale vers la reconnaissance sociale. Celle-ci passe par la construction d'un chez soi après un parcours d'errance, ce qui favorise l'émancipation de la personne et la relation à l'autre.

Au départ, le programme Marcel Olivier reposait sur une travailleuse sociale qui passait sur les antennes pour aller rencontrer les personnes. Il a été baptisé Marcel Olivier du nom d'un accueilli, sorti de l'alcool qui avait trouvé un hébergement. Une fois hébergé, il s'était investi dans la Bagagerie Antigél, il a participé à la rédaction de « Les mains nues », le journal de l'association Aux captifs la libération. Il assurait également un rôle de « consultant » du programme de l'association en addictologie, parce que lui-même avait connu ce programme et il en avait vu les limites. Il a donc pu apporter son expertise en la matière.

Décédé en 2013, l'association a décidé de donner son nom au programme pour lui rendre hommage.

Le Programme Marcel Olivier (PMO) comporte aujourd'hui deux types d'action : l'Espace Marcel Olivier et les actions transverses¹. Auparavant dénommé « Programme Marcel Olivier » et « Espace » Marcel Olivier (EMO), ce qui provoquait des confusions, ce sont les termes « EMO » et « actions transverses » qui ont été retenus, ces dernières désignant le passage d'une psychologue addictologue sur les antennes de l'association situées dans le 1^{er}, 10^{ème}, 12^{ème}, 16^{ème} arrondissement de Paris.

Les motivations de la responsable actuelle sont clairement liées au projet d'accompagnement des usages d'alcool des personnes sans domicile, en référence à ses expériences antérieures dans l'accompagnement des personnes dans le cadre de l'antenne de Paris Centre d'Aux Captifs, La Libération, durant quatre ans :

-Donc j'avais un gros ras-le-bol, donc je voulais plus voir d'alcoolodépendant : « j'en ai marre, ça sert à rien ! ». Et j'étais à une formation de Mathieu Fieulaine sur la Réduction des risques alcool. Et j'ai découvert la RDR Alcool et là ! Wouah !! De nouvelles perspectives qui s'ouvraient, enfin !

C'était en quelle année, du coup ?

C'était il y a un an, en décembre 2016.

Donc l'EMO était déjà ouvert ?

Oui, mais à l'époque, on était encore sur l'idée que c'était des personnes abstinentes, qui avait suivi un parcours cure/post-cure. C'était flou.

D'accord. Vous n'aviez pas encore cette idée de réduction des risques...

Non, pas du tout. Les équipes étaient en train de se former en fait. On a tous eu cette formation sur la réduction des risques alcool avec Matthieu Fieulaine. Et à l'époque on ne l'avait pas encore. Non, l'EMO était très flou pour moi. À l'époque je travaillais d'abord avec une travailleuse sociale. Donc si tu veux, pour moi, en tant que travailleuse sociale de terrain, dès que quelqu'un parlait alcool, j'appelais la psychologue-addictologue.

¹ Voir Annexe : Organigramme du PMO.

Dans cet extrait d'entretien effectué le 10 novembre 2017 au siège de l'association, la responsable souligne son intérêt pour le passage de l'abstinence vers la réduction des risques à la suite de la formation avec un consultant en alcoologie, Matthieu Fieulaine. Il se dit lui-même « picologue », un jeu de mots entre alcoologie (picole) et psychologie, une manière d'ironiser sur le savoir expert des tenants de ces deux disciplines, lui qui revendique une expertise des personnes consommatrices d'alcool elles-mêmes. Théoriquement, la répartition du temps de travail de la responsable est de deux tiers sur l'EMO et d'un tiers sur les actions transverses, tandis que la psychologue-addictologue est plutôt de deux tiers sur les actions transverses et d'un tiers sur l'EMO. Concrètement, la responsable estime qu'elle consacre plutôt 80 à 90% du temps à l'EMO, au développement, aux liens avec les partenaires et avec les référents sociaux, et 10 à 20% de temps sur les actions transverses. Le travail effectué en trio (chef de projet, responsable de l'EMO et psychologue-addictologue) est de mettre en place la réduction des risques alcool dans les antennes, au niveau des lieux d'accueil, la psychologue-addictologue ayant un rôle plus opérationnel sur les antennes tandis que la responsable participe plutôt aux groupes de pilotage de ce projet. L'une de ses missions est la capitalisation des pratiques dans l'association par un suivi de la réduction des risques alcool, notamment par l'organisation de formations pour les salariés en alcoologie mais aussi en addictologie.

L'Espace Marcel Olivier, un lieu d'accueil convivial et un espace de réflexivité

L'accueil se fait de 9h à 10h à l'Espace Bergère, rue Bergère, entre les métros Bonne Nouvelle et Grands Boulevards. Il est assurée par un service civique et/ou des bénévoles et la responsable autour d'un café ou d'un thé convivial, souvent accompagné de petits gâteaux. Les intervenants les rejoignent pour un atelier, qui est proposé de 10h à 12h. Les locaux doivent être libérés et rangés à 12h30 car l'association propriétaire, une association pour les missionnaires chrétiens, a des activités tous les après-midis, ce qui limite le temps d'ouverture de l'EMO.

L'équipe d'accueil est donc composée d'une responsable, d'un service civique et de deux ou trois bénévoles selon les périodes (certaines périodes, la responsable était seule, faute de recrutement, l'idéal étant au moins deux bénévoles ou service civique). Les intervenants

pour les ateliers² sont deux psychologues-addictologues, une art-thérapeute et un bénévole animant un atelier philosophie.

Les locaux disposent d'un sas d'entrée avec une porte automatique qui donne sur la rue, où les personnes peuvent fumer et boire. L'entrée est constituée d'un guichet à côté duquel une table et des chaises sont installées tous les matins pour l'accueil convivial, avec un poste radio. Des placards sont à disposition, notamment pour déposer une bouteille ou une canette. Un petit bureau est à disposition, ainsi qu'une grande salle séparée de l'espace d'accueil pour les ateliers.

En 2017-2018, l'EMO a eu une faible, voire très faible fréquentation. Il est constaté que l'accueil-café et les ateliers attirent peu de personnes. Patrick³, hébergé en Centre d'Hébergement de Stabilisation (CHS) dans le quartier, est assidu. Une autre, Robert, fréquente régulièrement les lieux. Lors de nos différents passages durant huit mois, nous avons rencontré environ sept ou huit personnes, qui sont venues de manière très épisodique. Parfois, il n'y avait qu'une ou deux personnes ; parfois jusqu'à cinq personnes à la fois, hors bénévoles, services civiques, stagiaires et intervenants. L'EMO reste peu connu malgré des campagnes de prospection et des actions de visibilité. On peut faire l'hypothèse que la spécificité de son action et l'évolution qu'a connu le projet ont pu constituer des freins à son repérage dans le secteur Accueil-Hébergement-Insertion (AHI).

L'Atelier théâtre – art-thérapie : description d'une séance participative

Un extrait du journal tenu pendant l'enquête, qui décrit une séance à laquelle nous avons participé, permet de saisir la dimension clinique de l'art-thérapie, dans le sens où la séance de théâtre n'apparaît pas comme un divertissement. Il s'agit d'une mise en relation entre les participants pour constituer une dynamique de groupe afin de faire émerger des éléments de l'histoire des personnes pour les transformer symboliquement.

L'atelier se déroule dans la grande salle de l'espace Bergère. Un rideau noir installé au préalable cache l'espace de la rue, les tables et les chaises sont écartées, des sacs poubelles sont mis au sol, en long, pour délimiter l'espace de jeu. La séance a commencé par un exercice de marche dans l'espace, au

² Voir annexe Planning EMO

³ Les prénoms ont été changés pour conserver l'anonymat des personnes.

claquement de mains de l'art-thérapeute, les quatre participants s'arrêtent (Patrick, Mustapha, un service civique et moi-même). Les points de contact se font plus nombreux au fur et à mesure de l'exercice. Nous faisons ensuite des jeux de composition de formes : girafe, dragon, fourmi, etc.

L'exercice suivant consiste à se mettre dos à l'espace de jeu, puis à se retourner en mimant l'émotion édictée par l'art-thérapeute : la joie, la colère, la pauvreté, la tristesse, le père, la famille.

L'exercice suivant est consacré à une image que l'on doit choisir parmi d'autres tirées au sort, puis l'on doit exprimer à quoi cela nous fait penser. Toutes représentent des œuvres d'art (peintures). Patrick prend l'une qui représente un homme avec une canne à pêche : il dit que ça lui rappelle son enfance quand il pêchait sur un bateau en Tunisie ; Mustapha prend une image d'un bleu profond et dit que c'est la couleur préférée de ses deux filles qui lui manquent ; je choisis une image de Gustav Klimt qui représente une femme désarticulée, ce qui m'évoque une femme dans la tourmente ; le service civique choisit une œuvre de Kandinsky avec des losanges aux couleurs vives : pour lui, c'est l'accueil chaleureux.

L'exercice suivant consiste à choisir des photographies. Puis nous devons les regarder et penser à un ami. L'art-thérapeute nous demande alors de venir dans l'espace qui représente la « scène », prendre un chapeau et raconter l'histoire de la rencontre avec cet ami.

La fin de la séance a été consacrée à l'expression de trois mots pour qualifier notre ressenti.

L'atelier d'art-thérapie, dans sa forme théâtrale, est donc une tentative de raviver des souvenirs, parfois douloureux, et de construire un récit différent en le mettant en scène, afin de mettre à distance les émotions que cette mémoire peut provoquer. En cela, il comporte une dimension réflexive avec pour finalité un mieux-être de la personne. Il en est de même pour l'atelier philosophie.

L'atelier philosophie

L'atelier philosophie a pour objectif de faire sortir la philosophie d'un cadre académique et de la proposer dans un cadre convivial. Il est animé tous les mardis matin par un bénévole de 58 ans, consultant en entreprise et docteur en philosophie. Il se propose d'ouvrir la philosophie à des personnes qui, selon lui, ont très souvent une réflexion sur des sujets sans s'en rendre compte. Pour lui, il s'agit d'abord de faire sortir cette pensée et de la laisser s'exprimer. Lorsqu'ils parlent, il se fait un devoir de les laisser dire ce qu'ils ont à dire pour que ce soit vraiment eux qui parlent. Finalement, il ne cherche pas à savoir si ce qu'ils disent est vrai ou pas au niveau philosophique, parce qu'il ne se situe pas à ce niveau de réflexion philosophique. Il considère que les épreuves aident à penser :

« Quand tu es dans l'épreuve, tu te poses la question « pourquoi moi ? » « Est-ce qu'il y a une justice dans ce monde ? » « Est-ce que je vais m'en sortir ? Est-ce que je suis capable de cela ? » Tu commences à te poser des questions intelligentes (rires) ».

Oui, l'épreuve te pousse à te poser des vraies questions.

Moi, je crois ! Et puis ce sont des questions existentielles, ce ne sont pas des questions philosophiques, au sens « Dieu existe-t-il ? Oui, non. » Non, c'est « là, je suis dans la panade, et je sais pas... ce que je vais faire... » Enfin, il y a des gens ici, qui sont d'une immense tristesse. Il y a des gens qui sont d'une tristesse ! Oh la la la la la ! Tu te dis... pfff ! Tu te sens quelque fois totalement impuissant par rapport à ça. On espère si tu veux, que l'atelier va leur apporter une petite distraction. C'est de cet ordre-là, il ne faut pas être trop. Il y a des gens aussi qui sont d'une très grande soif. Une curiosité ! Ils ont envie de parler, ils ont envie d'échanger. Il y en a quelques-uns.

Le bénévole intervenant dans les ateliers philosophie propose également une dimension réflexive qui a pour finalité un mieux-être de la personne. Le but, selon lui, n'est pas seulement de penser, mais de bien vivre, ce qui comprend une dimension spéculative et une dimension pratique, les deux faisant partie de la philosophie. De confession catholique, il distingue le registre spirituel et le registre catholique des questions existentielles qu'il aborde. En effet, selon lui, certaines personnes, au sein même des églises, ont une vie spirituelle extrêmement faible, tandis que certaines personnes accueillies, qui participent à son atelier, ont une vie spirituelle importante, avec des questions existentielles. Il propose ainsi aux personnes de s'interroger sur des questions fondamentales de la vie, avec honnêteté, avec

ouverture, sans être partisan, c'est-à-dire dans une méthode exploratoire constructive, sans défendre une thèse ou une identité.

Les groupes de parole et ateliers addictologie

Ces groupes et ateliers n'ont pu être observés directement.

Les actions transverses

Arrivée en juillet 2016, soit sept mois après l'ouverture de l'EMO, la psychologue-addictologue occupe un poste qui comprend trois dimensions, dont deux « transverses » : l'accompagnement des personnes, le développement des partenariats avec les structures médico-sociales (CSAPA, Hôpitaux de jours, etc.) et l'accompagnement des bénévoles référents-alcool qui interviennent dans les antennes et accueils de jour du Pôle Précarité de l'association. Elle peut également être sollicitée par le CHS Valgiros en cas de besoin, dans un cadre d'orientation ou de conseil et de soutien à l'équipe. Elle soutient les équipes lors des réunions mensuelles dans les antennes et échange ainsi avec les travailleurs sociaux et les bénévoles référents alcool sur les situations qui paraissent préoccupantes pour les personnes. C'est aussi un temps où elle fait un retour sur les partenariats, sur les structures avec lesquelles ils peuvent envisager de travailler, sur des propositions de soin ; elle propose aux travailleurs sociaux et bénévoles de l'accompagner pour découvrir des structures tels que des services d'addictologie ou des hôpitaux de jour. Ainsi, elle vise à identifier des partenaires potentiels et à élargir l'éventail des orientations possibles pour les personnes sans chez soi usagères d'alcool.

En effet, certains partenaires sont réticents travailler avec ce public. Les rencontres permettent de ne pas mettre en difficulté les personnes accompagnées en les orientant vers ceux-ci. A l'origine, le programme ne portait que sur la dépendance à l'alcool et portait sur l'accompagnement vers l'abstinence : cures, soins de suite et centres thérapeutiques résidentiels, post-cures. Selon l'équipe du PMO, cette proposition exclusive de soin ne répondait pas à tous les besoins des personnes, d'où l'intérêt pour l'approche de réduction des risques liés à l'usage d'alcool. Cependant, une contradiction émerge dans la mesure où cette approche peut raviver l'effet stigmatisant de l'usage du produit (être identifié comme usager d'alcool), que l'addictologie tente d'effacer. En effet, l'approche de réduction des risques tend

à mettre le produit alcool au cœur de l'accompagnement, plutôt que le comportement, si bien que la psychologue-addictologue est identifiée par les personnes accueillies sur les antennes comme étant « Madame Alcool ». Le paradoxe est que cette fonction stigmatisante est aussi créatrice de lien :

Sur les antennes, on est d'abord dans la construction du lien. Sauf que les personnes qui arrivent à l'EMO ont déjà un lien quelque part ou sont orientées. Alors que sur les antennes, pour parler de mes activités transverses, ce sont des personnes qui fréquentent les antennes régulièrement, notamment à l'ESI qui est ouvert du lundi au vendredi, donc, où des liens se créent, on connaît des personnes. Donc on peut mettre en place l'aller vers. Donc jusqu'à maintenant, et c'est en train de changer, là, dès qu'il y avait une question d'alcool, on dit « ben tiens, y a (la psychologue-addictologue), elle est là tel jour, tu peux aller la voir », pour repasser... Et ça a fonctionné pour certaines personnes. Mais du coup, en termes de relais, c'est pas tenable sur mon poste. Donc l'idée c'est que chacun puisse se saisir et parler de ces questions-là, pas que sur le versant problématique, c'est quand même ça la tendance. Et de parler de ça pour qu'il n'y ait pas de malaise sur ces questions-là.

Les bénévoles référents-alcool

Les bénévoles référents-alcool ont suivi la formation sur les consommations d'alcool et la réduction des risques alcool avec Matthieu Fieulaine. Ce sont quatre personnes à la retraite qui ont exercé dans d'autres secteurs d'activité que le social et le médico-social. Ils participent aux temps d'accueil et aux réunions mensuelles. Certains viennent plusieurs fois par semaine passer du temps avec les personnes accueillies. Ils se connaissent bien et apprécient d'intervenir ensemble. S'ils apprécient de participer aux réunions et de partager les informations avec les professionnelles, ils émettent des doutes sur leur utilité lors de ces temps ainsi que sur leur fonction même. En effet, ils se perçoivent comme ayant une « approche holistique de la personne » en ce qu'ils les considèrent comme des personnes porteuses d'un « problème de vie » plutôt que de problèmes d'alcool. Aussi, considèrent-ils que la psychologue-addictologue reste la principale, voire l'unique experte sur le sujet de l'alcool.

Partenariat et travail en réseau du Programme Marcel Olivier

Un partenariat important pour la fondation du programme est celui établi avec l'Hôpital Bichat, par l'intermédiaire de Micheline Claudon, psychologue-alcoolologue dans cet établissement, toujours impliquée dans ce partenariat. Celui-ci a connu des évolutions depuis le début du programme puisque, suite à des comportements violents de personnes orientées, un compromis a dû être trouvé pour que l'Hôpital accepte de poursuivre la collaboration : l'orientation se limite désormais aux personnes qui n'ont pas de problématique de violence ni de troubles psychiatriques – ce qui est, notons le, difficile à garantir. D'autres structures de soin sont alors rencontrées par la psychologue-addictologue du programme : des CSAPA, CAARUD, lieux de post-cure, de cure, etc, dans le but de diversifier les partenariats et de pouvoir répondre aux besoins des personnes, qui ne sont pas tous identiques.

Le Programme Marcel Olivier part d'un besoin observé concrètement sur le terrain, plus précisément d'un double constat. D'une part, des personnes qui sortaient de cure ou post-cure se trouvaient hébergées mais totalement isolées. D'autre part, des personnes à la rue étaient orientées vers des CSAPA où ils côtoyaient des personnes certes alcoolodépendantes, mais ayant un emploi, un domicile, une famille, etc. Cette rencontre provoquait une violence

symbolique, accentuée par le manque de connaissance de la part des professionnels des CSAPA sur la vie à la rue, le rythme quotidien, la temporalité et l'expérience de survie des personnes sans chez soi.

Le travail en partenariat et en réseau du programme s'ouvre progressivement aux centres d'hébergement, aux maraudes et aux structures qui accueillent des personnes en grande exclusion à Paris. Ceci génère une évolution dans le profil du public accueilli, avec notamment des personnes en plus grande difficulté, alors que l'objectif initial était d'offrir une solution aux personnes sortantes de post-cure – où les personnes vivant ou ayant vécu à la rue sont d'ailleurs peu nombreuses. Cette évolution est génératrice de difficultés pour les intervenants, qui doivent faire face à un public aux problèmes divers et parfois en très grande difficulté.

Evolution de l'EMO vers une approche de réduction des risques

Au cours de l'année 2017-2018, de nombreuses actions de communication et de développement ont permis de mieux faire connaître le Programme Marcel Olivier et, en particulier, l'Espace Marcel Olivier. Deux journées d'étude au Collège des Bernardins en juillet et octobre 2017 ont réunis plus d'une centaine de professionnels des secteurs AHI et hospitaliers. Ces journées ont été suivies par des rencontres avec la responsable de l'EMO et des visites des lieux. Néanmoins, la faible fréquentation aux ateliers et durant les temps conviviaux incite l'équipe à réfléchir à l'évolution du projet. Le virage vers la réduction des risques alcool oriente l'équipe vers un accueil avec alcool, dit « accueil bistrotier », c'est-à-dire avec des consommations d'alcool autorisées dans les locaux. Selon les termes du chef de projet, l'activité se rapprocherait ainsi de celle d'un CAARUD-Alcool. Bien que la tranche horaire du matin ne soit pas idéalement adaptée pour des personnes qui ont passé la nuit dehors, qui prennent des médicaments le soir pour s'endormir ou sont hébergées dans des conditions difficiles, le projet travaillé avec le consultant en « picologie », Matthieu Fieulaine, vise à créer un lieu de réduction des risques qui soit une référence en termes de réduction des risques alcool. Il s'agit de mettre en œuvre l'approche de réduction des risques en permettant les consommations d'alcool sur place et de les utiliser comme support à la relation. Le changement d'approche induit un changement des représentations : les personnes sans domicile ne sont plus qualifiées « alcoolodépendantes » mais de personnes sans chez soi « ayant des usages

d'alcool ». Ce changement de représentations initie une conversion de l'approche des professionnels. C'est ainsi que, progressivement, le projet a évolué d'une prise en charge de l'alcool visant l'abstinence vers une prise en compte de la personne là où elle en est avec ses consommations d'alcool. Notons que bien que l'équipe se forme et soit soutenue dans cette démarche, la mise en œuvre rencontre un certain nombre de freins, sur lesquels nous reviendrons. La partie suivante montre que cette prise en compte de la double problématique – alcool et sans-abrisme – est une innovation sociale dans le champ sanitaire et social.

L'accompagnement à l'EMO vu au travers de quelques portraits

A partir des entretiens, nous rendons compte ici de plusieurs portraits ou vignettes - c'est-à-dire des expériences narrées par les personnes accueillies elles-mêmes ou par les professionnels – qui permettent d'approcher l'expérience de l'usage d'alcool par les personnes sans chez soi et la singularité de l'accompagnement réalisé par l'EMO.

Robert – Entretien réalisé à l'hôpital Fernand Widal

Robert a 44 ans. Il a vécu pendant 4 ans dans un hôtel social « à trois stations de la station Bonne Nouvelle ». Il fréquente l'Espace Marcel Olivier depuis environ deux ans, orienté par un chantier d'insertion Emmaüs. Auparavant, il a vécu dans des auberges de jeunesse. Il dit n'avoir jamais dormi dehors. Il relate des périodes d'aventures et de voyages. Pendant une vingtaine d'années selon lui, il a été cuisinier en saison, notamment en hiver à la montagne, à Chamonix. Il a voyagé avec sa compagne, en Inde où ils ont rencontré le Dalai-Lama, et jusqu'au Mali, par la route, en traversant le Maroc, le Sénégal, etc. Robert a souligné le fait d'avoir été marqué par l'injustice des inégalités de traitement entre les touristes européens et les autochtones indiens. Robert m'a dit ne pas aimer les groupes de parole. Les longs silences qui ont jalonné notre entretien m'ont fait comprendre qu'il ne voulait pas trop parler de son histoire de vie. Je n'ai pas insisté. J'ai laissé le temps du silence. Notre rencontre a duré deux heures, dans la cour de l'hôpital Fernand Widal, une chaude journée ensoleillée du mois de juillet, juste avant le quart de finale de coupe du monde de football où jouait l'équipe de France. Il s'agissait autant de passer du temps ensemble que de faire un entretien sociologique. Il m'a demandé de réinitialiser son téléphone, nous avons pris un café, fumé, parlé un peu, puis les silences se sont succédés. Robert ne semblait pas en forme. Depuis deux

jours, il prenait des traitements qui, m'a-t-il dit, l'ont « assommé », si bien qu'il a dormi de son arrivé la veille en fin d'après-midi, jusqu'à une heure avant notre entretien à 14h.

(Je lui propose l'anonymat) Tu peux garder mon prénom, ça ne me dérange pas.

Donc tu me disais que l'EMO t'a bien aidé...

Ouais, bah aidé, si tu veux, par rapport à... pas qu'avec l'alcool, mais socialement aussi, quoi. Et ils me dirigeaient, ils se connectaient avec mon assistante sociale pour ma communauté thérapeutique. C'est un peu aussi grâce à eux que ça s'est fait, quoi.

Celle où tu as rendez-vous ?

Ouais. Je suis sur deux, là. Sur deux maisons, celle-là c'est sur deux ans. Donc deux ans, ça fera deux ans et demi d'abstinence, je pense que là, je tiendrai le bon bout, quoi.

Oui...

Ça va me permettre de mettre de l'argent de côté aussi, parce que tu dépenses rien là-bas.

Et ici (à l'hôpital Fernand Widal) ?

Je ne dépense rien.

Et du coup, tu as des aides sociales ?

Le RSA, c'est tout. Là, je ne veux pas retourner dans mon ancien hôtel où j'étais

Oui, parce que j'allais te demander : tu étais à l'hôtel quand on se voyait en décembre (sept mois avant l'entretien qui s'est déroulé le 6 juillet 2018)...

Ouais, je payais 850 euros par mois. J'y arrivais pas donc j'étais obligé de faire la manche, il me manquait 100 euros par mois. J'étais obligé de faire la manche. Et puis ça, ça me dit plus...Oui, tu en avais marre, déjà...

Ouais !!

Tu faisais la manche dans la ligne 11, c'est ça ?

Ouais, c'est ça. Ouais, quelle galère ! Ben, il a fallu que j'aie une embolie pulmonaire pour me réveiller.

Ah oui ?

Ben, j'ai failli crever. C'était un caillot de sang qui pouvait monter au cœur et : crise cardiaque !

C'était quand ça ?

Y a deux mois et demi, à peu près. Et depuis, je ne suis pas sorti de l'hôpital... j'ai passé l'alcool, le sevrage... la totale, quoi

Robert est l'avant-dernier d'une fratrie de quatre, un frère et deux sœurs, résidant tous en Normandie. Il a passé huit jours chez son frère à Noël au Havre, qui a sept enfants de 8 à 21 ans. Il était alors enjoué d'annoncer son départ en vacances qui, selon lui, lui permettrait de moins boire. Il a été marié et a deux garçons, d'environ 4 et 7 ans. Il n'aurait plus revu ses enfants depuis l'arrêt de ses droits de visites médiatisées, interrompues depuis deux ans parce qu'il serait venu dans état d'ivresse importante. Sa femme aurait accepté qu'il les voit une fois l'année précédente. Selon les travailleurs sociaux, il n'aurait pas « digéré » la séparation d'avec sa femme et serait toujours en colère contre elle. L'équipe met au travail la question de la place de l'alcool dans la séparation : est-ce que la séparation a provoqué la consommation d'alcool ou la consommation d'alcool a conduit à la séparation ? Selon les psychologues, Robert aurait toujours eu « une dépendance à la défonce ». Mais il reste difficile d'avoir des éléments. La suite de l'entretien, et les nombreux silences qui l'ont jalonné, ont révélé les difficultés de Robert à s'exprimer sur son histoire et ses usages de l'alcool.

(Après un silence de près de deux minutes ou je voyais Robert glisser lentement du banc sur lequel nous étions assis...)

Est-ce que tu veux parler ou pas trop ?

De quoi ?

De ta cure, des groupes de parole...

Baah... c'est toujours à peu près la même chose : c'est des thèmes sur l'alcool, tu parles de l'alcool, des conséquences, machin, l'abstinence... (15 secondes) L'abstinence... (15 secondes)

Et l'abstinence...

C'est zéro.

(30 sec) Et tu en penses quoi, toi, de l'abstinence ?

Ben, ça va être un combat de tous les jours, hein ! (23'50 – 10 secondes)

Ça veut dire qu'il ne faut pas y penser... enfin je pose des questions, hein, ou est-ce qu'au contraire il faut y penser plutôt que le faire, ou se trouver loin...

Ouais, faut pas y penser⁴, quoi. (10 s) Ouais et puis ça ne me dit trop rien de reboire...

Mh... (50 s) Ça ne te dit plus rien ?

Nan. (1'36)

Ça va être une autre vie, du coup ?

Ouais...

Tu arrives à te l'imaginer ?

Euh... ouais. Ouais... je n'ai pas le choix de toute façon.

Comment interpréter les silences de Robert durant l'entretien ? Plusieurs silences, de dix secondes à une minute trente. La discussion s'arrêtait net sur la difficulté : ce « combat de tous les jours » qu'il mène actuellement et qu'il s' imagine devoir mener encore. Car l'abstinence, c'est « zéro ». C'est rien. C'est le vide. Je me sentais engouffré dans un vide, une absence, happé dans une angoisse que traduisait l'ennui. Et pourtant, être là, être ensemble dans les silences, l'angoisse et l'ennui, sans chercher à combler le vide, n'était-ce pas un minimum à partager ? Fallait-il combler ce vide ? Je décidais de me familiariser avec les silences, car « l'angoisse est un souci de luxe pour ceux qui n'ont pas de soucis⁵ ». Lors de notre entretien formel, c'est-à-dire enregistré et transcrit, les principaux soucis de Robert étaient l'ennui qu'il redoutait à l'hôpital car « *[son] voisin de chambre ne parle pas* » et son prochain entretien pour une place en appartement thérapeutique, qui l'inquiétait. Finalement, nous avons donc parlé de choses concrètes, rattachées au présent, en essayant de se projeter dans un avenir proche et plus lointain, plutôt qu'à un passé d'usages d'alcool contre lequel il

⁴ Je comprends donc qu'il ne faut pas trop en parler...

⁵ Jankélévitch, L'aventure, l'ennui, le sérieux, *chapitre 2, L'ennui, « Angoisse et ennui », p. 60.*

semble lutter ardemment. Nous avons donc cherché le lieu de rendez-vous, transformant l'entretien sociologique en entretien d'accompagnement éducatif.

Tu vas essayer de te préparer un peu avant l'entretien ?

Hein ?

Préparer ce que tu vas dire...

Ouais... (... 50 s) Déjà de tenir au niveau de l'alcool, ça m'aiderait...

Ouais. Je suis en train de réfléchir à ce qu'ils pourraient te demander et comment tu pourrais résumer ce qui t'amène là, en fait.

Ouais, voilà.

Comment tu résumerai ça ?

Pff... je suis SDF. Si je retourne en ville, je rebois... je sais vraiment pas en fait...

Tu ne sais vraiment pas ce que tu vas dire ?

Ouais... Être entouré, me resocialiser...

Oui, tu as besoin de soutien.

Ouais...

Ouais, tu as besoin de soutien pour te maintenir d'arrêter de boire et puis...

Et me resocialiser... Ouais. Tu veux une glace ? Ils font des petits cônes, pas chers.

Sur ces mots, nous avons acheté des glaces et passé encore un peu de temps ensemble, assis dans l'herbe, en attendant l'heure du match de foot. Robert a besoin de soutien. Il le sait, il le dit. Il exprime sa lutte quotidienne pour l'abstinence. L'équipe de l'espace Marcel Olivier évoque des troubles psychiques qui s'ajoutent aux consommations d'alcool.

Patrick

Patrick a 60 ans. Il est né à Tunis. Il vient tous les matins à l'Espace Marcel Olivier depuis un an et demi. Il prend ses médicaments avec un verre de lait puis à l'EMO avec un verre de jus d'orange. Il parle de son arrivée en France le 30 mars 2000 et dit qu'il a toujours voulu monter sur le Tour Eiffel mais qu'il a peur. Il est venu de Tunisie, parti en février 2000

pour aller chez sa sœur puis son frère en Suisse, et sa sœur en Italie, puis arrivé à Paris... Patrick raconte aussi son arrivée à l'EMO, incité par le père Marc qui tient la paroisse, dont dépendent les locaux de l'espace Bergère qu'il prête à l'EMO. Il est hébergé à Camara depuis plusieurs mois, un centre d'hébergement de stabilisation non loin de l'EMO. Il partage une chambre avec un certain Rabah qu'il connaît depuis janvier 2017 parce qu'ils dormaient tous les deux près de l'église. Celui-ci fume beaucoup de joints et de cigarettes dans la chambre. Cela l'importune mais il « ne veut pas balancer ». Dans l'ensemble il dit que ça se passe bien. Il fume aussi, des cigarettes seulement, de temps en temps. Ils partagent le ménage : lui vide la poubelle tandis que l'autre passe la serpillière.

Il ne sait pas exactement comment il a obtenu cet hébergement mais ce serait en lien avec l'EMO et il s'y sent bien. Les gens l'aiment bien parce qu'il reste tranquille et ne dénonce personne. Pourtant il dit qu'ils sont sales parce qu'ils jettent les mégots par terre. Il est interdit de boire dans le CHS. Il décrit le personnel comme « dur » avec l'interdiction d'alcool. Il a une carte pour entrer dans sa chambre « comme une carte bleue » et une autre pour l'entrée. Avant cela, il dormait parfois dans une banque et faisait déjà la manche au Franprix, jusqu'à ce que le père Marc vienne lui parler et l'inciter à aller à l'EMO. Pendant trois semaines il n'y est pas allé et un jour le père Marc l'a emmené... Depuis il vient tous les jours. Pour lui c'est comme le travail. Après l'EMO, vers 12h30, il va boire une bière et faire la manche devant Franprix. Il retrouve Mustapha tous les jours pour boire du rosé. Il préfère le rosé parce que la bière, ça fait grossir. Souvent il lui achète un flash de whisky pour qu'il ait chaud parce qu'il dort dehors. Il connaît tout le monde dans le quartier. Les gens lui donnent à manger et à boire, de l'argent (10 à 30 euros par jour, de 14h environ, jusqu'à la fermeture à 21h). Ils lui donnent des vêtements « signés », soulignant ainsi que ce sont des vêtements de marque, qui ne sont pas des contrefaçons. Il a vécu chez un ami algérien du quartier pendant cinq ans.

Il a huit frères et sœurs : six sœurs et un frère. Patrick dit que son frère est un « salaud » : il a déjà « fracassé » et cassé le pare-brise de sa voiture en Tunisie. Il en parle également de cette manière lorsqu'il évoque son séjour à Genève en 1980 (il a alors 23 ans). Il a alors vécu six mois avec une concierge qui lui achetait de la bière et des cigarettes. Il a travaillé dans un restaurant, pour faire la plonge et la préparation de la salle. Selon lui, son frère ne l'aurait pas aidé à avoir des papiers quand Mitterrand est devenu président pour aller à Paris... Son frère est toujours en Suisse, à Genève ou à Lausanne. Il a 65 ans et aurait fait de longues études. Sa femme est italienne et « gentille » selon Patrick. Son frère travaille au consulat de Tunisie en Suisse. Il aurait une villa et représente le ministre quand il n'est pas

disponible, pour l'inauguration d'une mosquée par exemple. Il parle d'une autre sœur en Suisse de 63 ans, à Zurich ou Lausanne chez qui il est allé avant d'arriver à Paris. Une autre sœur la plus jeune, vit à Tunis, elle a 42 ans. Patrick a une autre sœur qui vit dans le huitième arrondissement avec son fils qui est parti à Londres.

Patrick a parfois des problèmes de santé, notamment au poumon. Il prend un traitement médicamenteux pour des troubles psychiques. Patrick s'endort parfois très alcoolisé, ne se souvenant plus de la soirée de la veille. Il a des difficultés à se réveiller. Les accueillants de l'EMO ont pris l'initiative de l'appeler pour qu'il vienne. Il en a parfois été de même avec Mustapha, qui a dormi régulièrement devant le Franprix.

Mustapha

Mustapha a 37 ans, il est d'origine Sénégalaise. Durant l'hiver où l'étude a été menée, il a dormi au Franprix, parfois chez Jean, un habitant du quartier qui l'héberge quand il pleut ou qu'il fait très froid. Parfois, c'est l'équipe du 115 qui l'a emmené dans un Centre d'hébergement d'urgence, Porte d'Orléans ou Porte de Charenton. Mais, selon Patrick, « *il n'aime pas aller là-bas parce que ce sont des dortoirs et la dernière fois, ils lui ont touché les fesses* ». Patrick souligne ainsi le sentiment d'insécurité dans les dortoirs des CHU. Lorsqu'il dormait près du Franprix, les accueillants de l'EMO allaient le réveiller. Après quelques semaines, Mustapha a été hébergé chez sa sœur en Seine-Saint-Denis. Cependant, il refusait de se faire aider par elle. Pour les mêmes raisons, il a séjourné quelques nuits dans l'église de la paroisse, avec Hiver Solidaire, mais un bénévole est venu plusieurs fois à l'EMO pour prendre de ses nouvelles, car l'irrégularité des nuitées d'Mustapha posait la question de lui garder sa place. Question d'honneur, selon son ami Patrick : le « nez⁶ ». Patrick dit que Mustapha est « gentil et rigole tout le temps » quand il a bu mais qu'il peut « casser une bouteille sur la tête de quelqu'un qui l'insulte ». Mustapha n'est plus venu à l'EMO après le mois de mars. Il semblerait qu'il soit resté chez sa sœur.

Francis

⁶ Le « nez », le « nif » a été décrit comme logique d'honneur chez les Berbères par l'anthropologue américain Clifford Geertz pour expliquer des conflits entre familles ou entre individus pour lesquels chacun serait prêt à tout pour défendre son honneur.

Francis a 41 ans. La première fois qu'il est venu à l'EMO, c'était accompagné d'une infirmière-psychologue de l'antenne des Captifs de Paris 10. Celle-ci effectue des maraudes dans le cadre d'un projet spécifique, une maraude qui va à la rencontre des personnes sans-abri autour de gares parisiennes. Lors de sa venue, Francis était hébergé au CHU Danube dans le XVI^e arrondissement. C'était un 5 décembre, il avait eu froid avant de venir. Il a expliqué qu'il avait un hébergement, mais ne pouvait pas y rester parce qu'il se sent enfermé, et qu'il doit sortir pour boire, trouver des cigarettes et faire la manche. Ainsi, il passe ses journées dehors et rentre la nuit. Une accueillante de l'EMO traduit : « *oui, tu dois travailler* ». Au cours de l'atelier philosophie qui a suivi, sur le thème du désespoir, Francis a évoqué certaines sociabilités qu'il jugeait désespérantes car ils le soumettent : « *des profiteurs et des copains qui viennent seulement quand j'ai quelque chose à boire* ». Il s'est reconnu dans une image signifiant le désespoir, qui montre un homme assis par terre sur un carton la tête dans les mains : « *c'est moi quand je fais le "tape-cul" (la manche) ! Sauf que je n'ai pas la tête dans les mains...* ». Il a également raconté que ça rapporte de faire la manche dans le 16^e vers La Muette : une fois un homme lui a tendu la main, il l'a serrée il y avait un « billet vert » (100€). Il a acheté des cigarettes.

Francis dira au cours de la conversation philosophique que « *la vie est un tas de merde qu'on doit manger tous les matins* ». Francis parle aussi de remercier Dieu tous les matins d'être en vie. A la fin de l'atelier, la responsable de l'EMO lui demande s'il reviendra le jeudi suivant. Il répond : « *peut-être mais je ne peux pas trop m'engager dans la durée parce que dans la journée, je bois et quand j'ai bu, il n'y a plus personne !* ».

Selon l'infirmière psychologue qui l'accompagne, son lieu d'hébergement ne fait pas de réduction des risques, mais parfois, ils sont allés le chercher à dix minutes à pied, à Ranelagh, complètement ivre, le ramenant à bout de bras. Elle le décrit comme « *un monsieur problématique de l'hébergement, très gentil par ailleurs* », car « *il vit en hébergement comme s'il était à la rue. D'ailleurs, il dit « nous les gars de la rue...* ». » Elle le considère comme un « profil intermédiaire » entre deux profils qu'elle rencontre, et qui selon elle manifeste ce que le psychiatre Jean Furtos appelle un « syndrome d'auto-exclusion ».

Francis est très solitaire, bien qu'il partage son alcool et des moments d'alcool avec d'autres personnes de temps à autre. Mais elle précise qu'il a tout de même un profil avec un traumatisme d'abandon important, une angoisse de rejet, d'abandon, ainsi que de grosses carences affectives qu'il compense par l'alcool. Francis vit dans la rue depuis l'âge de 18 ans. Son père est décédé à 15 ans. Il a commencé à travailler à 16 ans, en cuisine pour ramener de

l'argent chez sa mère. Tout se passe plutôt bien. Les détails manquent, mais à 18 ans, sa mère a trouvé un nouveau compagnon et a dit « maintenant, tu as 18 ans, tu te barres ! ». L'infirmière-psychologue pense que cela l'a vraiment traumatisé, que cela est resté comme une empreinte de rejet, d'exclusion. Il a fait des saisons. Puis hors saisons, « *il s'est mis à rester dehors et à picoler énormément. Et voilà, ça s'est dégradé ! Et il a une estime de lui, mais alors ravagée, vraiment ravagé il est vraiment très cassé de l'intérieur. Il a énormément (ton insistant) de mal à prendre soin de lui. Et alors on arrive un peu... parce qu'au début, à chaque fois qu'on lui proposait quelque chose, il montrait l'intérieur de son manteau avec la bouteille dedans et il disait (d'un ton désolé) « ouais, mais... c'est pas moi qui décide ! » Et puis il montrait sa bouteille comme ça et il montrait son ventre : « c'est lui qui réclame ! » Et on lui disait « ben oui, Francis, tu as besoin de boire, on le sait... » Et après, on a réussi à lui faire dire, enfin pas lui faire dire, mais parce que vraiment, il y avait la problématique de l'hygiène, etc. Et lui, sa motivation, c'était de trouver un boulot et de trouver une copine. Et on lui disait « ben là pour trouver une copine, il va falloir faire quelque chose par rapport à ton hygiène, parce que là, ça va pas marcher ». Et on a eu plusieurs fois ce dialogue-là parce qu'il oublie beaucoup... Alors oui, l'alcool aussi : (ton désolé) problème de mémoire, problème cognitif ! Et il disait « ben quoi, je pue ? » Je lui dis « bah oui, Francis, je suis obligée de te le dire, hein... » Ça lui fait super mal à chaque fois que je lui dis ça... Mais je me permets de lui dire parce qu'on a tissé un lien suffisant, bon ça tient pas très longtemps, mais n'empêche qu'à l'automne, il avait réussi à se laver un peu, mais ce qu'il m'avait dit à ce moment-là, je lui avais demandé « mais qu'est-ce qu'il se passe ? Pourquoi t'arrives pas à prendre soin de toi comme ça ? » Et il m'a dit « mais tu sais, moi au fond, j'en ai rien à foutre de moi ». Et ça, il l'a dit plein de fois. Donc on essaye de travailler là-dessus, mais ce n'est pas facile.*

Comme il l'évoquait lors de sa première venue à l'EMO, l'infirmière-psy confirme qu'il est difficile de rencontrer Francis l'après-midi : « *alors le matin ça va. Mais alors l'après-midi c'est beaucoup plus compliqué. On a fait un entretien de recadrage parce que c'était vraiment l'enfer dans sa chambre. J'étais venue. J'avais dit à l'éducatrice, parce qu'on reste vraiment en lien* ». Plus généralement, l'équipe de maraudes a expliqué que le travail avec les personnes alcoolisées reste parfois difficile lorsque les personnes sont sous l'emprise de l'alcool : « *Alors soit le mec va se mettre à délirer, soit il devient insultant, soit, surtout,*

comme Francis, il y a des problèmes cognitifs, alors ce n'est pas forcément Korsakoff⁷ mais de fait, ça ressemble à Korsakoff ! Il oublie tout ! Le mec parle, il te pose la même question quinze fois. Il confond tout. Enfin tu ne peux rien faire ! Tu ne peux pas du tout avancer ! Et là, c'est un vrai handicap quand même quand ça perdure même quand ils ne sont pas ivres ». Les professionnelles ont donc des difficultés à mesurer si le comportement relève de la consommation d'alcool ou aux troubles psychiques :

Alors on ne sait pas trop ce qui est dégénérescence cognitive ou alors une forme de refoulement...

Oui, je suppose qu'on ne sait pas toujours si c'est l'alcool...

C'est aussi psychique, quoi ! Il y a une souffrance : « rien à foutre, j'imprime même pas, parce que j'ai pas envie de m'occuper de ça, quoi ! »

De ces situations singulières se dégagent quelques enseignements : la centralité de la consommation d'alcool dans l'expérience de certaines personnes sans chez soi, les souffrances qu'elle peut générer, la manière dont elle affecte les corps et la santé ; les espoirs mais aussi l'angoisse que peut susciter la perspective de l'abstinence ; l'influence des règles adoptées par les centres d'hébergement vis-à-vis de l'alcool - et notamment de l'interdiction - sur les conduites des personnes. On saisit également dans les discours que l'accompagnement à l'Espace Marcel Olivier est global, entre « aller vers » les personnes dans les lieux où elles se trouvent, articulation aux réponses médicales et soutien collectif. Enfin, on peut saisir que, pour des professionnels, la question des usages d'alcool est pensée en lien avec celle des troubles psychiques, qu'ils ne distinguent pas toujours.

⁷ *Le syndrome de Korsakoff est un trouble neurologique, souvent lié à la maladie alcoolique, qui se manifeste par des troubles neurologiques notamment des oublis.*

2. La prise en compte des usages d'alcool des personnes sans chez soi, une innovation sociale

Alcool et sans-abrisme, une double problématique

Les spécificités de la problématique alcoolique

Le mot « alcool » vient de l'arabe *al-khol*, poudre d'antimoine très fine servant de fard pour les yeux. L'éthanol est cette petite molécule simple (deux atomes de carbone pour un d'oxygène et six d'hydrogène) et facilement diffusable dans l'organisme grâce à son petit poids. Son attirance pour l'eau lui permet de pénétrer au cœur de toutes les cellules, y compris les neurones⁸.

La problématique alcoolique se caractérise par son caractère insaisissable, notamment par l'ampleur du phénomène lié à l'alcool, inscrit, en France, dans des pratiques culturelles : l'alcool représente un « art de vivre à la française » en s'inscrivant de manière omniprésente dans la vie quotidienne⁹ : « L'alcool est depuis longtemps inscrit dans nos histoires, celle de notre civilisation et celle plus intime de nos vies¹⁰ ». Dans le cadre de l'addictologie, les alcoologues investiguent deux questions : à partir de quand la consommation d'alcool d'une personne l'expose-t-elle à des risques et des dommages ? Et à partir de quand cette prise de risque peut-elle être considérée comme une maladie ? Ces questions conduisent à définir les troubles de l'alcoolisation, de l'alcoolisation à risque à l'alcoolodépendance. En effet, les troubles sont beaucoup plus nombreux que la cirrhose ou la dépendance (complications tardives, après cinq ou trente ans d'exposition). Dans cette approche, il existe deux types de risques : la consommation immédiate (aiguë) et la consommation à long terme (chronique).

Trois types d'usages entre la consommation ordinaire (ou usage simple) et l'alcoolodépendance sont distingués : l'usage à risque, l'usage nocif, et l'usage qui cause des dommages. L'usage ordinaire peut être représenté par la consommation modérée. En revanche, la mesure quantitative de celle-ci est parfaitement subjective puisqu'elle peut varier du simple au décuple, selon la définition qu'en donne chaque personne : de quelques verres par semaine à quelques litres par jour. Ce jugement est surtout lié aux représentations que chacun se fait des autres consommateurs, ce qui leur permet de relativiser leur propre situation

⁸ Batel Patrick (2006) *Pour en finir avec l'alcoolisme*, Paris, La Découverte, p. 13.

⁹ Palle Christophe (2013a) « 9.1 – Alcool » in OFDT, *Drogues et addictions. Données essentielles*, p. 204. Disponible en ligne : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>

¹⁰ Batel Patrick (2006), Op. Cit., p. 14

par rapport à l'alcool. Ainsi, dans les enquêtes de population générale, chacun et chacune semble avoir son « alcoolique » de référence, dont il peut se différencier de façon rassurante puisqu'il considère consommer moins ou mieux.

L'usage à risque est une consommation d'alcool pour laquelle la personne n'a pas encore de dommages repérés liés à l'alcool, mais dont la modalité ou le niveau de consommation sont supérieurs aux seuils établis par l'OMS (21 verres par semaines pour les hommes et 14 pour les femmes, avec au moins un jour d'abstinence), ce qui l'expose statistiquement à en développer. L'usager à risque n'est pas malade de l'alcool, il a un risque scientifiquement calculé de le devenir s'il ne modifie pas son comportement d'alcoolisation. Aussi peut-on faire la différence entre une alcoolisation instantanée (en un jour) et une ivresse. Par exemple, un homme qui boit 21 verres standards chaque vendredi soir en ne buvant rien le reste de la semaine n'est pas exposé au risque de cirrhose ou de cancer de la gorge mais plutôt à celui d'un accident de la route ou d'une crise conjugale. La difficulté pour mesurer l'usage à risque provient des inégalités de la sensibilité à l'alcool. En effet, les conséquences sur le fonctionnement du foie sont très variables. La recherche fondamentale, pratiquée au niveau des cellules, voire des gènes, a mis en évidence qu'il existait des facteurs cellulaires de vulnérabilité. Certaines personnes auraient donc des cellules plus fragiles, expliquant en partie pourquoi des consommations apparemment faibles d'alcool peuvent provoquer des dégâts considérables. Inversement, il semble exister également des facteurs de protection des cellules qui expliqueraient pourquoi des sujets consommant des quantités d'alcool bien au-dessus de la moyenne ne développent aucune complication.

L'usage nocif caractérise des buveurs qui ont un retentissement biologique, physique, psychique, relationnel ou social de leur consommation... Il est défini par une maladie liée à l'alcool, repérable et ressentie par le sujet ou observée par son entourage ou un soignant. Dans le prolongement de la singularité de l'usage à risque, la difficulté du diagnostic réside dans le fait que le niveau ou le mode de consommation ne permettent pas de définir l'usage nocif. Ainsi, c'est la conséquence observable de l'usage qui en détermine le caractère pathologique, et non les modalités.

Les *dommages* liés aux consommations d'alcool peuvent prendre diverses formes :

- Des troubles physiques comme les anomalies de la peau, les troubles cardiovasculaires, les maladies du foie, la démence, les cancers ou les troubles neurologiques ;

- Des difficultés relationnelles, telles que des tensions conjugales, des tensions professionnelles, des violences ou des reproches ;
- Des troubles du fonctionnement ou modification du caractère : irritabilité, insomnie, humeur variable, difficultés de la concentration, troubles de la mémoire, diminution de l'efficacité professionnelle, modifications du caractère et des attitudes, sentiment permanent de honte et de culpabilité, tendance à la dissimulation, tendance à la fuite, prise répétée d'alcool dans des situations à risque ;
- Difficultés psychologiques : anxiété, dépression, pessimisme, tentative de suicide ;
- Dommages sociaux : licenciement, instabilité professionnelle, isolement ou restriction du champ social, accident du travail, accident de la route
- Dommages juridiques : condamnation pour conduite sous l'influence de l'alcool, condamnation pour ivresse publique, condamnation pour violence sur autrui.

L'alcoolodépendance est la forme aboutie du développement des troubles de l'alcoolisation. Elle constitue une complication tardive et fréquente de l'usage nocif. L'alcoolodépendance est de deux types. D'une part, la *dépendance physique* est un mal-être ou des symptômes, dits de sevrage lors de l'arrêt brutal de la consommation : anxiété, tremblements, sueurs, agitation ou crise d'épilepsie. Ces troubles obligent souvent la personne à boire dès le matin pour les calmer. D'autre part, la *dépendance psychologique* est l'incapacité du sujet à résister à l'envie de boire malgré l'expérience acquise du fait que la consommation peut engendrer des dommages. En définitive, s'il n'existe pas de personnalité type prédisposant au développement de l'alcoolodépendance, une dimension de tempérament comme la recherche de sensations fortes, très associée à celle de l'intolérance à l'ennui, est prédictive du développement de conduites addictives en général. En définitive, selon Mark Keller, psychiatre américain, cité par Philippe Batel : « le trait de personnalité commun à tous les alcooliques est... qu'ils n'en ont pas ! »

Bien qu'il diminue dans certains secteurs, l'alcool constitue un poids économique non négligeable : 16,7 milliards d'euros en 2011¹¹. A la différence d'autres substances addictives, l'alcool est donc un produit licite, intégré dans le système économique et politique. Son ancrage dans l'histoire et dans les pratiques d'usage de l'alcool, le font même considérer par

¹¹ Palle Christophe (2013b) « 7.1 – Le poids économiques de l'alcool » *in Op. Cit.*, p. 154

certain auteurs comme une « drogue d'intégration¹² ». Les statistiques renforcent le sens de cette expression puisqu'à la fin des années 2000, la France comptait 8,8 millions d'usagers réguliers d'alcool, dont 5 millions de consommateurs quotidiens soit environ 10 % de la population âgée de 11 à 75 ans en 2010. De même, l'évolution de l'alcoologie elle-même, en tant que discipline, montre à quel point il est difficile de caractériser l'alcoolisme. L'imbrication du comportement individuel de la personne alcoolique dans des comportements collectifs a longtemps rendu l'objet insaisissable, ne permettant pas de le prendre en compte comme un problème à part entière, si ce n'est par la dangerosité de certains comportements violents¹³. Les tentatives de définitions sont alors glissantes : « les personnes qui ont une consommation supérieure à 49 verres par semaine, c'est-à-dire qui boivent au moins 7 verres par jour, sont quant à elles classées comme « buveurs à risque de dépendance ». La proportion de buveurs de 18 à 75 ans « à risque de dépendance » est en 2010 de 1,2 % (soit environ 520 000 personnes)¹⁴ ». En effet, les enquêtes par questionnaire se heurtent à la difficulté d'objectiver la consommation d'alcool évaluée par les personnes elles-mêmes, en fonction de ce qu'elles veulent bien en dire et de la conscience qu'elles en ont. L'approche subjective n'est pas plus évidente puisque l'alcoolique peut aussi bien être caractérisé par un « type de personnalité, marqué par une faille psychique telle qu'elle entraîne la nécessité impérieuse et irréprouvable de boire de l'alcool, ou la contrainte d'exercer vis-à-vis de la consommation d'alcool une exclusion radicale ou une vigilance permanente et périlleuse¹⁵ ». Que l'on considère la consommation excessive comme inappropriée ou comme une maladie, l'importance de la consommation d'alcool dans la population générale apparaît comme une évidence : « La famille, les parents, les enfants, les frères et sœurs, mais aussi les amis, les connaissances et les collègues de travail... On estime que, derrière chaque malade de l'alcool, quatre personnes en moyenne sont touchées. Ainsi, on considère que si 5 millions de Français présentent une consommation inappropriée d'alcool, 20 millions d'entre eux en ressentent les dégâts collatéraux¹⁶ ». Autant dire qu'il y a de fortes chances pour que chaque soignant ou accompagnant des personnes concernées, connaissent une personne de son entourage, ou soit elle-même, concernée par des difficultés personnelles avec l'alcool.

¹² Ehrenberg A., 1992, *Drogues, politiques et société*, Paris, Le Monde Édition et Éditions Descartes, 386 p.

¹³ Palle (2013a), Op. Cit.

¹⁴ Palle (2013a), Op. Cit., p. 209

¹⁵ Monjauze Michèle (2008 [1991]) *La problématique alcoolique*, Paris, InPress Éditions, p. 24

¹⁶ Batel Patrick (2006), p. 156.

Enfin, les liens de cause à effet entre violence et alcool ou alcool et agressivité ne sont pas évidents. En effet, l'alcool entraînerait une hausse de la dopamine (l'une des nombreuses substances chimiques qui servent de neurotransmetteur dans le cerveau), qui produirait une activation psychomotrice générant des sensations d'euphorie, d'accroissement de pouvoir et d'énergie. Ce sont davantage ces sensations qui augmenteraient la probabilité de réponse agressive à une provocation. D'un point de vue sociologique, ce constat est particulièrement saillant car ce serait davantage des représentations et des croyances qui produiraient un lien de causalité entre consommation d'alcool et comportement : « Parmi les « attentes » à l'égard de l'alcool, il a été mis en évidence que le comportement d'un individu peut changer lorsqu'il croit avoir bu de l'alcool, sans que cela soit vrai, ou s'il pense que l'autre en a bu. Cet effet placebo a été contrôlé dans des recherches portant sur le rôle de l'alcool dans l'agressivité. Des sujets attendaient de l'alcool, certains en ont reçu et d'autres ont absorbé une boisson tonique. D'autres sujets attendaient cette boisson tonique, certains l'ont bue et d'autres ont consommé de l'alcool, toujours à leur insu. Dans ces expériences, l'effet placebo contrôlé est toujours supérieur à celui de l'alcool. Ainsi, l'accroissement de l'agressivité semble plus largement lié aux croyances des sujets concernant l'alcool qu'à l'effet pharmacologique du produit, même si celui-ci existe¹⁷ ». Comme souvent en sociologie des croyances, c'est davantage le fait de croire qu'une cause aura tel effet qui produit cet effet. Autrement dit, le fait de croire que l'alcool rend violent ou agressif peut effectivement rendre la personne violente ou agressive. De même, lorsque le passage à l'acte violent a été effectué, cette croyance reporte spontanément l'explication sur la consommation d'alcool. Ainsi, peut se construire un effet stigmatisant du produit et de la personne qui le consomme, qui voile les autres caractéristiques (troubles psychiques, tempérament, contexte conflictuel ou insécurisant, estime de soi, etc.).

Le paradoxe de l'alcoolique peut donc se traduire de cette manière : la même substance peut intégrer et exclure en fonction de la consommation et des pratiques. Aussi, c'est l'image de la maîtrise de sa consommation d'alcool qui peut caractériser la limite entre norme et déviance, entre intégration et exclusion sociale¹⁸. S'esquisse déjà une distinction des approches entre une vision quantitative des consommations d'alcool et une vision qualitative des manières de boire. Mais dans tous les cas, il semble pertinent d'une réflexion des

¹⁷ *Ibid.*, p. 185.

¹⁸ Roquet, Emmanuel. « « Le bien boire » du sans-abri », *Psychotropes*, vol. 7, no. 2, 2001, pp. 23-32.

intervenants sociaux, bénévoles ou professionnels intervenant auprès des personnes usagères d'alcool sur cette question de la limite entre normal et pathologique.

Usages d'alcool et alcoolodépendance chez les personnes sans domicile

L'association Aux Captifs, La Libération évoque 28 800 personnes sans domicile fixe en région parisienne, c'est-à-dire des personnes qui dorment dans la rue, dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans un centre d'hébergement, avec une augmentation de 84% entre 2001 et 2012¹⁹. La population ciblée par le programme Marcel Olivier articule deux problématiques. D'une part, la situation « sans domicile » implique une mobilité résidentielle, donc de ne pas disposer d'un lieu où s'installer, c'est un « écart à la norme, celui de l'instabilité²⁰ ». D'autre part, l'alcoolodépendance constitue une dépendance au produit alcool. L'articulation entre ces deux catégories pose une première difficulté. Dans quelle mesure les personnes sans-chez soi sont elles concernées par l'alcooldépendance ?

Certains auteurs expliquent que la sortie de l'alcool conditionne la sortie de la rue. D'autres admettent que « l'usage d'alcool apparaît souvent comme un mode de vie indissociable de la rue²¹ », notamment par la socialisation au sein des groupes de pairs où l'alcool constitue une « drogue d'intégration », ce qui implique une maîtrise de sa consommation pour devenir un être socialisable²². A l'approche culturaliste interprétant une « culture de la place publique²³ », s'oppose une approche interactionniste²⁴. La première a tendance à appréhender les personnes sans-domicile comme une population homogène, partageant une même situation, tandis que la seconde s'inscrit dans des processus de conversion/reconversion à des groupes sociaux, ceux de la rue et ceux qui ont un « logement », un chez-soi.

¹⁹ <http://www.captifs.fr/precarite-exclusion/sans-abris/>

²⁰ Pichon Pascale (2007) *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*, Montreuil, Aux lieux d'être, p. 15

²¹ Pichon Pascale, Torche Thierry (2011) *S'en sortir... Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*, Saint-Etienne, Publications de l'Université de Saint-Etienne, 276 p

²² Beck François, Legleye Stéphane, Spilka Stanislas (2006) « L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype », *Economie et statistique*, n°391-392, 2006. pp. 131-149.

Roquet Emmanuel, « « Le bien boire » du sans-abri », *Psychotropes* 2001/2 (Vol. 7).

²³ Gaboriau Patrick (1993) *Clochard. L'univers d'un groupe de sans-abri parisiens*, Paris, Julliard

²⁴ Pichon Pascale (2007), *Op. Cit.*

Si on peut distinguer une diversité des façons de boire en fonction du genre, ou de l'origine nationale²⁵, les standards de la rue diffèrent d'avec la norme socialement acceptée de trois verres par jour pour un homme et deux verres pour une femme (par ailleurs, remis en question par l'OFDT en 2015). De même, les quantités d'alcool consommées quotidiennement varient selon les sources. Selon l'enquête SAMENTA menée par l'Observatoire du Samusocial en 2009, « au cours de leur vie, 82,3 % des personnes sans logement personnel déclarent avoir bu au moins une fois des boissons alcoolisées (91,3 % des hommes et 65,5 % des femmes). Au cours des douze derniers mois, elles sont 81,1 % à déclarer avoir consommé au moins une fois de l'alcool²⁶. Par ailleurs, seules 7,9 % dans la population étudiée lors de cette même enquête déclarent une consommation à risque d'alcool.

Aux origines de la réduction des risques alcool en milieu hospitalier et dans le secteur AHI, la naissance du Programme Marcel Olivier

Parmi les acteurs qui ont été précurseurs pour poser les jalons d'une réduction des risques alcool, on peut citer Micheline Claudon, qui travaille à l'hôpital Bichat à Paris. Depuis trente ans, elle fait le constat que les patients hospitalisés ne demandent pas de soin, notamment par leurs représentations de ce qu'est un ou une alcoolique. Ce constat l'a mené à être à l'origine d'une des premières équipes de liaison, pour rencontrer les patients là où ils étaient, c'est-à-dire dans les lits d'hospitalisation. Les patients disaient avant tout « je ne suis pas alcoolique, moi c'est différent ». Après plusieurs années, Micheline Claudon et son équipe se sont rendus compte que les patients ne refusaient pas seulement le soin, mais la représentation même de ce qu'était un ou une alcoolique. Autrement dit, la maladie alcoolique est vécue comme un stigmat qui peut générer une absence de demande de soin. Ainsi a émergé l'idée d'aller rencontrer la personne « là où elle en est » ; c'est-à-dire qu'il s'agissait pour le médical d'aller rencontrer la personne, plutôt que de l'enfermer dans une pathologie. C'est ce que préconise, aujourd'hui, la Société Française d'Alcoologie (SFA), à l'adresse des médecins généralistes. Il s'agit d'apprendre à mieux connaître la personne et, plutôt que d'être dogmatique en visant soit l'arrêt soit la réduction des risques, de proposer des programmes

²⁵ Beck et al. (2006) Op. Cit.

²⁶ Chauvin Pierre, Laporte Anne (2010) « Samenta. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France », INSERM/Observatoire du Samu Social. Disponible en ligne : <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925/document>

pouvant se succéder dans son histoire, en fonction des besoins. Ainsi, peut-être, à un moment donné, une personne aura-t-elle besoin d'une hospitalisation, puis d'un temps de pause, etc.

Pour François Le Forestier, chef de projet à l'origine du Programme Marcel Olivier, co-construit avec Micheline Claudon et l'hôpital Bichat, l'enjeu était d'aller vers des personnes qui ont des consommations d'alcool importantes, que les équipes de maraude avaient tendance à éviter. Il s'agissait donc de se donner les moyens d'aller à la rencontre de ces personnes pour éviter leur isolement, et de travailler en articulation avec les acteurs de l'addictologie et du secteur hospitalier. En 2008, un travail avec Marco Russo a été initié à partir de son expérience de travailleur-pair et de travailleur social, pour accompagner les équipes de maraudes à mettre en œuvre « l'avance de la parole ». Il s'agissait de retracer des parcours souvent complexes avec le risque que le fil se rompe, d'apporter un étayage relationnel pour permettre à la personne accompagnée de retrouver du sens dans ses démarches. Pour l'équipe de l'association Aux Captifs, La Libération, aider la personne à retrouver du sens à son existence est fondamental. Cela s'inscrit dans l'esprit des Captifs et de son fondateur, le père Giros, qui allait vers les personnes avec les « mains nues », c'est-à-dire sans rien apporter de plus que le fait d'aller vers et d'être avec la personne. Ainsi, selon François Le Forestier, l'objectif est d'articuler un parcours social et sanitaire avec des étayages relationnels, qui vont permettre à la personne de retrouver du sens à son existence. Une convention de partenariat a été signée avec l'hôpital Bichat pour construire un programme de formation pour les salariés et les bénévoles. En 2016, une psychologue-addictologue de liaison a été recrutée, à la suite du travailleur social addictologue qui avait un Diplôme Universitaire (DU). Celle-ci intervient en soutien des maraudes et des accueils de jour. Le programme transversal permet d'avoir une ressource partagée sur les différents lieux d'accueil. Enfin, une fonction de référent-alcool a été confiée à des bénévoles ; ceux-ci garantissent de la prise en compte du sujet alcool dans le service où ils sont. L'objectif de l'EMO lors de sa création en 2016 était ainsi de pouvoir continuer de soutenir les personnes hébergées dans des logements ou des structures adaptées qui, finalement, se retrouvaient souvent isolées. Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) ont constitué une source d'inspiration en ce qu'ils permettent, dans le secteur de la psychiatrie, un recouvrement de l'estime de soi et le développement de la capacité d'agir des personnes, dans un lieu non médicalisé, ou l'on se sent « chez soi ».

Catherine Pecquart est directrice de l'association Charonne, spécialisée dans l'accompagnement des usagers de drogues depuis les années 1970. Elle a notamment mis en

œuvre un groupe de travail intitulé « Exclusion et alcool-dépendance » qui se réunit depuis 2017. Ce groupe a été à l'origine du forum Alcool-Exclusion des 3 juillet 2017 et 20 octobre 2017 réunissant plus d'une centaine de professionnels du secteur hospitalier et AHI. Ce groupe de travail pluri-professionnel, pluri-institutionnel, a également mis en évidence le besoin de mieux prendre en compte les problématiques addictives à l'alcool des personnes sans-domicile. Il s'agissait de pointer les difficultés des équipes d'intervention sociale face à cette problématique, mais aussi leurs explorations de nouvelles formes d'intervention. Le groupe a également souligné des nécessités de formation et de connaissances des équipes en matière d'addictions, en matière de réduction des risques appliquée au produit alcool. Le forum a aussi donné de la visibilité aux actions existantes et aux nouvelles pratiques, ainsi qu'à l'expertise des personnes concernées, qu'elles soient considérées comme des patients, des usagers ou des personnes concernées par l'addiction. Les journées du forum Alcool-exclusion avaient également pour ambition de prendre en compte les spécificités de chaque territoire afin de stimuler les travaux ultérieurs et catalyser les ressources potentielles. L'ambition était aussi de diffuser les échanges, notamment pour les services d'urgences hospitalières qui reçoivent ces personnes dans des conditions complexes. Les deux journées d'étude se sont focalisées sur des principes fondamentaux : la continuité des approches, celle ancienne de l'alcool-maladie et celle nouvelle de la réduction des risques, dont les principes généraux s'appliquent sans difficultés particulières, conceptuelles, aux problèmes d'alcool. Cette approche pragmatique vise à diminuer les dommages pour la santé et la vie sociale des personnes, en considérant l'usager comme expert de ses consommations. Ses principes sont « l'aller vers », l'inconditionnalité de l'accueil ou de l'accompagnement, le « faire » avec la « non-demande ». Il s'agit de développer une approche adaptée aux personnes « là où elles sont » et « là où elles sont », en synergie sur les territoires d'action. Le travail sur les représentations de l'alcoolisme paraît important. De même, Catherine Pecquart revendique l'articulation d'une clinique médicale et d'une clinique sociale.

Matthieu Fieulaine, anthropologue, alcoologue (« picologue »), consultant auprès des Captifs dans l'élaboration des projets d'accueil avec alcool, souligne le rapport à l'alcool et les manières de boire des personnes à la rue, qui ne sont « rien d'autres que des manières de vivre ». Le récit ci-dessous a été travaillé entre Matthieu Fieulaine et Philippe Bergeron et a été présenté au forum Alcool-Exclusion du 3 juillet 2017, et traite de la relation des personnes sans chez soi à l'alcool, aux dispositifs sociaux, médicaux et d'hébergement qui, pour Matthieu Fieulaine, fonde la pertinence d'une approche de réduction des risques alcool.

Le récit de Philippe Bergeron

« Je m'appelle Philippe Bergeron, je suis né il y a 63 ans à Paris, et je suis aujourd'hui en EHPAD à Marseille. Je suis ici pour parler de mon parcours, à la fois singulier, mais aussi exemplaire. C'est un parcours fait à la fois de rue, de galère, de défonce et d'addictions aussi. Mais c'est avant tout un parcours de vie, que j'ai choisi, quelques fois subi, voire les deux en même temps. Sans tout vous raconter de ma vie, je peux vous dire que j'ai toujours été inconstant. J'ai été marin, j'ai pigé pour Libé, j'ai créé une boîte de jazz à Paris, j'ai fait mille boulots, que chaque fois je plaquais plus vite, j'ai aimé, j'ai quitté... et recommencé. Et puis, pour des raisons qu'il n'est pas nécessaire d'expliquer ici, j'ai perdu le fil, j'ai lâché du lest, ça s'est fait presque en douceur, bizarrement, quand j'y repense avec le recul, mais avec plein de heurts quand même, des moments très rudes, des deuils et des blessures, comme pour chacun, qui se sent perdre pied, en emportant tout avec. Tout ça pour finir en foyer, et quand j'étais plus en état d'y être, j'ai fini, comme aujourd'hui, dans un EHPAD. J'ai donc toujours été inconstant, sauf pour une chose : la consommation d'alcool et de drogue. Alors là, j'y ai mis une application incroyable, une énergie de tous les instants, et ça, même bien avant de connaître la rue et tout le reste. Et je m'y suis mis tôt, avec beaucoup d'énergie. J'ai consommé de la cocaïne, de l'héroïne, du cannabis, du LSD, tout ce qui pouvait me rendre grand – alors il faut savoir que Philippe Bergeron est tout petit – ou fort ou beau – alors là, il pensait que ça allait vous faire rire, parce qu'effectivement physiquement, il est pas spécialement à son avantage, mais bon.. Mais surtout de l'alcool, toujours. Ça peut paraître bête aujourd'hui, que je suis tout abîmé et en mauvaise santé, mais ça m'a aidé à tenir debout. C'est bête ou drôle de dire ça aujourd'hui alors que j'ai perdu la famille, le boulot, et aujourd'hui la santé. » Alors il tenait à dire tout ce qu'il avait : « j'ai des troubles respiratoires sévères, j'ai des escarres – alors il a eu de telles escarres que des spécialistes nationaux sont venus avec des cohortes d'étudiants pour photographier son derrière, parce que les escarres étaient... - excusez-moi des détails mais il tenait à vous le raconter – du diabète, alors un diabète important, hein ! Parce que... ça lui a valu la perte de ses doigts de pied, un cancer, alors en cours de traitement, mais c'est une espèce d'histoire qui n'en finit jamais, des troubles visuels, puis il attend – j'attends – une opération d'une

hanche, dont la prothèse anciennement installée le fait énormément souffrir et d'ailleurs lui enlève le peu d'autonomie qui lui reste et qui le contraint à se déplacer - Je suis mauvais acteur, donc je passe du « je » au « il » mais c'est pas grave. Donc aujourd'hui, avec l'âge, avec la sagesse, mais en fait surtout avec mon incapacité à mener les parcours du combattant nécessaires pour me fournir en substances diverses et variées, je ne consomme plus que de l'alcool. Même dans mon état, je cherche l'ivresse, parce que la modération, la tempérance, me sont unimaginable. L'ivresse, parce que ça me rend la vie plus belle. Alors il faut savoir que pour l'alcool, j'ai déjà fait dix sevrages programmés, mais aussi des dizaines sans les choisir, avec les multiples hospitalisations, les gardes à vue, les séjours en prison, mais aussi les sevrages que je me suis fait tout seul, suite à des promesses faites à moi-même ou à ma famille, et puis voyant que ça ne marchait pas, j'ai lâché prise, j'ai abandonné tout projet de santé, vu que c'était incompatible. J'avais plus aucun suivi de médecine, pas de suivi psy, dont j'avais pourtant besoin, et puis j'étais en rupture avec mes enfants. Mes conso d'alcool, m'ont valu de me faire virer de tous les lieux d'hébergement. Je me suis échappé de l'hôpital et mon alcool est du coup, ma façon de dire merde à tous ces gens qui voulaient me dire qui et comment je devais être. Aujourd'hui, je suis dans un lieu d'où je sais bien que je ne sortirai plus, et ce qui fait que j'y reste, c'est la gentillesse des gens qui me prennent tels que je suis et qui acceptent que je les envoie balader quand elles me reprochent mes alcoolisations et les effets que cela a sur mon diabète. Pour finir, je sais que l'alcool m'a fait beaucoup souffrir, qu'il aura beaucoup fait souffrir mes proches. Mais c'est le compagnon de ma vie et même s'il m'aura tué, il m'aura aussi fait vivre. Je suis un éternel addict : bouffe, drogue, alcool, amour, et c'est depuis que j'ai arrêté de cesser de l'être que je vais mieux. Je sors d'un an d'hospitalisation continue et aujourd'hui, tout ce que je demande, c'est qu'on me fiche la paix. Comme dit une personne : « avec l'alcool, j'ai raté ma vie, mais j'ai réussi toutes mes soirées ». c'est cette double relation qui doit être entendue, c'est en prenant en compte ces deux aspects qu'on aidera mieux les gens. Enfin, je voudrais aussi dire, que pour l'alcool, mais aussi le reste, il faudrait qu'on arrête de nous considérer – alors là, il parle des gens qui viennent de la rue – comme des irresponsables, des enfants, et qu'on décide à notre place. »

La parole des personnes concernées est particulièrement saillante lorsque leur témoignage porte sur les aides sociales et les dispositifs du soin. Elle a été recueillie à partir d'une ethnographie des pratiques de consommation des personnes. Cette parole est difficile à recueillir dans les lieux d'hébergement ; l'alcool y étant généralement proscrit, les personnes ne parlent pas librement de leur consommation, qu'ils ont plutôt intérêt, sinon à cacher, du moins ne pas trop manifester.

L'expérience des services d'aide et d'hébergement des personnes sans chez soi usagères d'alcool – paroles recueillies par Matthieu Fieulaine

Gégé : *« c'est pas pour moi ces trucs, les services d'aides, j'y vais des fois, mais de moins en moins. Quand j'étais bien, ça allait, j'arrivais à trouver ma place, mais c'était avant. Quand je croyais que ça me sortirait de la rue. Mais en fait, ça n'a rien changé. Ils sont gentils, je dis pas, mais ils demandent toujours de ces trucs... En CHRS, j'y ai été avant, mais comme ils ont pas beaucoup de places, ils gardent ceux qui ne font pas de problèmes, qui n'ont pas d'histoire. Alors pour ceux comme moi, il reste que la Madrague ou Forbin – ce sont les deux lieux d'hébergement d'urgence à Marseille – mais là-bas c'est la jungle, il faut toujours se bagarrer pour pas te faire voler. Et puis c'est trop pourri. Et c'est vrai que j'en ai marre qu'on m'emmerde avec l'alcool : il faut le cacher, il faut pas arriver bourré, il faut pas boire dedans, il faut faire comme si l'alcool n'existait pas. T'as juste le droit de te taire ou alors il faut se justifier. Moi j'en ai marre de ça. Dehors, au moins, personne te demande des comptes. »*

Momo : *« Moi, chaque fois à l'accueil de jour, c'est la même chose : « toi, dehors, t'as trop bu et à chaque fois t'emmerdes tout le monde ! Voilà ce que j'entends mais je me rappelle même plus moi ce que j'ai fait... j'y vais juste pour me reposer, je cherche pas les histoires.*

Hans : *Y a le mec à l'entrée (l'agent d'accueil), à chaque fois il me faisait attendre, il me disait jamais pourquoi. Les autres il les faisait passer devant et moi, j'attendais. Je crois qu'il m'avait à l'œil. Il attendait que je pète un plomb pour me refuser. Il voyait bien que j'avais bu beaucoup. Mais comment voulais-tu que je fasse ? Je bois beaucoup avant, parce que je peux jamais boire dedans. Et*

ils ont leur tête, hein ! Y'en a qui se font jamais fouiller. C'est les chouchous. Mais moi, impossible de faire rentrer même une goutte. »

Ilyès : « On te fait comprendre, même sans rien te dire, que t'es qu'un alcoolo et que t'as pas ta place. Ils ont une telle façon de te regarder ou de te parler que moi je les supporte plus. On dirait que t'as la peste. Ils veulent qu'on soit nickels, polis, qu'on boive que du coca. Même juste pour une douche, pour un bon pour manger ou une boîte de conserve, t'as le droit à une réflexion, comme à l'école. »

Domi : « moi, chaque fois qu'on m'a viré, c'était à cause de l'alcool. Et c'est arrivé un paquet de fois, je compte même plus. Tu bois dedans, tu te fais virer, tu bois dehors, avant, pour pas boire dedans, tu te fais virer. Tu te retiens de boire et t'es pas bien parce que t'es en manque, alors tu pètes un plomb, tu te fais virer. Et même quand t'arrives à être accepté des fois, c'est les autres SDF qui te virent parce que tu déranges, que eux, soi-disant ils sont cleans. »

Dédé : « Je me suis fait jeter du foyer parce que j'ai picolé dans la chambre et que c'est interdit. Je savais bien qu'il fallait pas mais je pouvais pas faire autrement, sinon c'était la tremblote quoi, le manque garanti. Je leur ai dit, mais ils m'ont dit qu'il fallait que je me soigne, sinon, je pouvais pas rester. Mais les cures et tout ça, c'est bon, moi je connais⁷. Ils ont raconté que le problème c'était pas l'alcool mais mon comportement, parce qu'y a des règles qui sont les mêmes pour tous. Mais moi, je voulais pas mettre le bordel, j'ai juste besoin de boire pour être bien. Au début, je me forçais, j'ai fait une cure tout seul pour faire comme ils voulaient, parce que moi, je la voulais c'te chambre, je voulais plus être dehors. Mais c'était trop dur de tenir, alors je buvais en cachette et ils me disaient « t'as bu ! ». Et moi je disais « non non non ». Ils m'ont dit que j'avais pas respecté le contrat. »

Ilyès : « A Forbin, tous les soirs, y en a qui se font refouler parce qu'ils ont trop bu, mais comment tu veux qu'ils fassent ? Il faut tenir jusqu'au matin sans boire, alors le soir tu fais des réserves. Il faut finir le stock vite avant qu'ils ferment. Et ceux qui le font pas, ils finissent aux urgences avec une crise. Vas-y et tu verras, tous les soirs, y'en a qui pètent un plomb. Moi, j'y vais plus, fini, parce que ça se passe toujours mal, soit parce que j'ai trop bu, soit parce que je me retiens de boire, parce que j'aurais plus le droit de venir soûl à cause du bordel que je mets, il paraît, y a rien qui va jamais avec eux. Ils ont plein de monde tous les soirs,

alors ils s'emmerdent pas avec des poivrots comme nous. Et qui il va voir ceux qui picolent le directeur de Forbin quand il rentre chez lui ? Qui lui fouille son sac pour voir s'il y a des bouteilles ? »

Pierrot : « Chaque fois que j'allais quelque part pour dormir, pour avoir une douche, pour manger, tout ça, il fallait que j'arrête de boire. Mais moi, je peux pas et je veux pas. Je suis vieux et je crèverai en buvant. C'est ma vie ! Parce que j'ai essayé mille fois d'arrêter : tout seul, en cure, j'ai tout fait. Et c'était pire à chaque fois après. J'ai essayé pour leur faire plaisir, ils étaient gentils, mais ça me rendait malade, quand t'as le manque tu risques de mourir, tu le sais. Tu sais, ils te disent « c'est bien, continue comme ça » Mais ils voient pas que je suis malade comme un chien ? Moi, entre la rue et une chambre sans pouvoir boire, et bien, j'ai choisi, voilà. Enfin, c'est le pinard qui a choisi pour moi, il faut dire. »

Les rapports aux soignants des personnes sans chez soi usagères d'alcool – paroles recueillies par Matthieu Fieulaine

Domi : « J'y vais jamais moi chez le docteur, de toute façon, ils veulent pas de nous, on est des poivrots et des SDF. Moi, lorsque j'y vais, c'est parce que je veux des cachets, des trucs qui défoncent et on connaît toutes les adresses de ceux qui donnent ça facile. Ils cherchent pas, ils veulent juste qu'on traîne pas chez eux, comme quoi, ça fait mauvais genre, tu vois. »

Danielle, qui est une femme : « Moi, je veux pas qu'ils me touchent. Et ça tombe bien, eux, ils veulent pas me toucher. Ça se voit que je les dégoûte. À l'hosto l'autre fois, ils faisaient même des commentaires, parce que je pue. Mais moi j'aimerais bien être toute belle et toute propre. Ils parlent devant moi comme si j'étais pas là. Ils disent que ça sert à rien de me soigner parce que je continue à boire. Et ils te laissent dans un coin et ils se débarrassent vite de toi. Et s'ils te gardent à l'hosto, c'est toi qui t'échappe vite parce que t'es traitée comme une moins que rien. »

Momo : « T'es à la rue, alors tu bois. Comme tu bois, t'es malade et comme t'es à la rue, que tu comptes pas, on te soigne mal. Alors t'es encore plus malade et pour

pas avoir mal, tu bois encore plus, mais t'as toujours plus mal et tu retournes au docteur ou à l'hosto et ils te disent « ça sert à rien de vous soigner parce que vous êtes SDF et alcoolo ». C'est ça. Sans mentir. Il faudrait que tu sois plus à la rue et que tu boives plus, pour qu'ils te soignent. »

Momo (le même) : « Bon, t'as les trucs exprès pour nous, les SDF, parce qu'il faut pas croire, hein, tu vas au docteur comme ça. Moi pas en tout cas. Moi je vais au dispensaire là-bas, à Nationale, ou à la Boutique (c'est l'accueil de jour), des fois, ils me prennent un rdv dans un service de l'hosto pour des gens comme nous (des PASS). Ben là-bas, c'est à la chaîne, y a pas de rdv, il faut attendre des heures, et à la fin, on te dit « mais si vous arrêtez pas de boire, on peut pas vous soigner ! » Moi je leur dis « les cures je les ai toutes faites, ça marche pas, alors on fait quoi ? » Ben rien ! On te file trois cachets et dégage ! »

Philou : « Pour mon hépatite, c'est toujours pareil, on me la soigne pas, tant que je bois. Ils disent que le traitement, il sert à rien si je bois, alors moi je la soigne plus. Et puis ça sert à quoi l'hôpital ? Tu vas voir le docteur parce que t'as mal, que t'es pas bien, et il te parle juste de ton alcool. La dernière fois, j'ai dit « ok pour la cure », juste pour qu'il me soigne. Tu y crois toi ? »

Pierrot : « Ils sont tous gentils avec moi les soignants. Ils m'aiment bien. Mais à quoi ça sert ? Ils ont raison remarque, il faut que j'arrête de boire, ils peuvent pas me dire autre chose, c'est leur travail. À chaque fois, ils rigolent parce qu'ils me voient à l'hosto parce que les pompiers m'ont ramassé et je leur dis « vous voyez ? Je suis pas encore mort ! » Et pour le reste je les écoute plus, parce que chaque fois, c'est « arrêtez de boire ».

Les paroles recueillies par Matthieu Fieulaine sont significatives des conflits engendrés par les pratiques d'interdiction de l'usage de l'alcool dans les centres d'hébergement. Celles-ci produisent des effets inverses à ceux visés, par exemple lorsque les personnes consomment massivement de l'alcool avant de se rendre dans les structures et y arrivent alors en état de forte ébriété. En ce sens, l'interdiction favorise les usages à risque, plutôt que de les usages simples ou maîtrisés. Elle provoque également de l'évitement, des conduites de non-recours²⁷ aux services d'hébergement, ainsi que des sentiments de

²⁷ P. Warin, *Le non-recours aux politiques sociales*, PUG, 2016.

stigmatisation. *In fine*, on relève que cette stigmatisation et ces interdictions contraignent l'accès aux services et donc contribuent à maintenir des personnes dans la rue. Ces effets de stigmatisation et d'éviction se retrouvent également dans le rapport aux soignants, les personnes sans chez soi usagères d'alcool rapportant des traitements de mise à l'écart, de raillerie, voire d'exclusion des soins et des services.

L'articulation du sans-abrisme et de l'alcool n'en demeure pas moins une problématique complexe pour les équipes du secteur AHI.

Sans-abrisme et alcool, une articulation problématique dans le secteur AHI

« On avait toujours dans l'estomac et dans la peau une sorte de protestation, la sensation qu'on avait été dupé, dépossédé de quelque chose à quoi on avait droit. »

George Orwell, 1984

Deux dynamiques se dégagent dans la manière dont le secteur AHI fait face à la question de l'alcool. D'une part, on peut parler de « guerre à l'alcool »²⁸, ce qui ne paraît pas exagéré étant donné les pratiques d'exclusion des services d'hébergement et de soin que la consommation d'alcool entraîne³⁰, la violence des conflits qu'elle engendre. D'autre part, un fort sentiment d'impuissance s'exprime de la part des intervenants. L'accompagnement des personnes avec une double problématique composée d'un parcours de rue et d'importantes consommations d'alcool demande beaucoup de temps et une prise en compte spécifique de la singularité de chaque situation. L'analyse sociologique est elle-même mise en déroute par l'impossibilité de monter en généralité, tant les situations sont singulières et instables. Tout se passe comme si l'alcool remettait en question tous les cadres normatifs : de l'accompagnement, des représentations sociales du produit, et même de la pensée. Or, le paradoxe réside dans le fait que ces usages sont, dans une certaine mesure, eux-mêmes

²⁸ L'usage de ce terme s'inspire des travaux d'Anne Coppel qui parle de « guerre à la drogue » par l'interdiction, la prohibition et la répression, plutôt que l'acceptation et la régulation. Voir Coppel Anne (2017) « Des usagers de drogues aux experts de l'ONU, les trois bascules de la politique des drogues », *Chimères*, vol. 91, no. 1, pp. 30-42.

³⁰ On pourrait même avancer que ces exclusions des services d'hébergement et de soin sont susceptibles de majorer le nombre de morts à la rue.

inscrits dans la culture et l'économie française. On peut ainsi comprendre que les professionnels se sentent démunis, d'autant plus dans un secteur de l'Accueil-Hébergement-Insertion qui repose sur le principe de l'urgence sociale, en offrant souvent plus (de confort, d'accompagnement, de durée d'hébergement) à ceux qui ont plus (de ressources financières, d'étayages, de projets)³¹. Le secteur de l'hébergement apparaît comme un ensemble de dispositifs hiérarchisés qui contrôlent les flux et sélectionnent les entrées en hiérarchisant les individus qui se présentent à leurs portes, de manière plus ou moins arbitraire : « *Le paradoxe est de voir que, dans cet univers, la densité de l'encadrement social proposé est inversement proportionnelle aux difficultés rencontrées par les populations*³² ». L'encadrement est souvent constitué de « gardiens » (parfois d'anciens sans-abri), ou de « surveillants » peu qualifiés. Par exemple, au CHU Popincourt, qui est l'une des trois structures repérées comme ayant formalisé la réduction des risques alcool sur Paris en 2018, ce sont des « animateurs » dont la faiblesse de formation a été soulignée par une travailleuse sociale : « *Les formations doivent être faites régulièrement, notamment par rapport à cette problématique-là. Voir où on en est, voir des jeux de rôles, mieux cibler, mieux appréhender, mieux gérer aussi... et je pense qu'à l'heure actuelle, y a encore des... Je ne dirais pas pour moi ! Je dirais plutôt pour les autres membres de l'équipe* » (Travailleuse sociale, CHU Popincourt depuis 15 ans, Samu Social). Elle évoque alors l'agression récente de sa collègue par un résident, ainsi que certains faits de violence qui surviennent « *plutôt le soir où les personnes arrivent, qu'elles ont passé la journée... (à boire) et elles arrivent le soir, ils sont totalement imbibés, et il faut gérer la situation, et la moindre que tu leur dis... ça arrive de balancer son plateau dans la salle restaurant, d'être... vouloir, machin... et puis on les sort, mais on a du mal à... quand vous retrouvez que des nanas, qu'il n'y a pas de mecs sur la structure... parce que ça (l'alcool) dédouble, physiquement la personne, elle est... quand elle part, elle part, hein ! Faut pouvoir la gérer !* ». Elle souligne que ces incidents restent peu fréquents dans un CHU où les personnes résident dans des chambres simples ou doubles, pour certaines depuis plusieurs mois ou plusieurs années, ce qui suppose déjà un certain confort, en comparaison

³¹ Cet « effet Mathieu » que J. Damon retrouve dans le fonctionnement du secteur de l'hébergement. Cf. *La question SDF. Critique d'une action publique*, PUF, 2002.

³² Soulié Charles « Le dualisme du réseau d'hébergement pour personnes sans abri à Paris », in Marpsat Maryse, Firdion Jean-Marie (2000) *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, Paris, INED Editions, p. 220.

des grandes structures avec un hébergement collectif à la nuitée³³, que certaines personnes sans chez soi évitent, comme on l'a vu dans le récit de Mustapha.

Le système de l'urgence sociale tend à fonctionner en circuit fermé, les passages de l'urgence à l'insertion étant loin d'être systématique³⁵. L'hébergement d'urgence tend à instaurer « *nouveau contrôle social (qui) a pour spécificité de s'exercer au nom des droits de la personne et de son respect*³⁶ ». Ainsi, bien que l'urgence sociale poursuive des objectifs d'assistance à personnes en danger et d'accès aux droits et aux soins, elle « *place [paradoxalement] les acteurs publics (accueils de jour libres, maraudes) en position d'animateurs du repêchage d'individus aidés de toute part et qui « peuvent faire valoir leurs droits » comme « préférer librement mourir dans la rue » (selon les propos de directeurs de CHRS et CHU recueillis par l'auteur)*³⁷ ». Autrement dit, les perspectives d'insertion pour les populations dites « *à bas seuil* » restent faibles car la complexité de leur problématique demande du temps à long terme et une disponibilité qui ne sont pas inscrits dans le principe même de l'urgence.

Des modalités d'accueil contraignantes se retrouvent même dans les structures plus petites – telles que celles du CASP, d'Emmaüs ou des Enfants Canal – pourtant promotrices d'un hébergement à « *taille humaine* ». Ainsi, la charte d'un centre d'Hébergement de Stabilisation des Enfants du Canal, établit que « *la consommation d'alcool est tolérée à titre individuel dans la chambre si elle ne déborde pas sur la tranquillité des autres résidents. Si le résident gère sa consommation, et en cas de visite, celle de leurs invités. Pour la tranquillité de tous, mais celle en groupe dans les chambres, elle est interdite dans la structure d'hébergement. Toutefois, en des circonstances particulières, Noël, Jour de l'An, une autorisation peut être accordée par un membre de la direction ou de l'équipe* » (Educatrice Spécialisée depuis 15 ans, CHS Enfants du Canal depuis 3 ans). Ces contraintes sont fréquentes dans les structures du même type, avec chambre individuelle ou partagée. Ainsi, le

³³ Le CHAPSA de Nanterre et La Mie de Pain sont souvent cités comme exemples de tels hébergements collectifs sommaires et insécures.

³⁵ Cette observation a également été faite par le CERA dans la précédente recherche-action portant sur le projet Maquéro de l'association Aux Captifs, la libération ; Petiau Anne et Loison-Leruste Marie, « La recherche-action dans le champ de la lutte contre les exclusions, un dispositif en tension », *Sociologies pratiques*, n°37, 2018.

³⁶ Bruneteaux Patrick, « *L'hébergement d'urgence à Paris ou l'accueil en souffrance* », *Sociétés contemporaines*, 2006/3 (no 63), p. 105-125.

³⁷ *Ibid.*, p. 121.

règlement prime sur la convivialité et même sur certains caractères culturels comme la gastronomie ou les pratiques festives :

On a un repas hebdomadaire le mardi soir, et vient qui veut. Et il se trouve qu'on a plusieurs cuisiniers, donc on fait souvent des bouffes sympas. Mais si on fait un bourguignon, on ne met pas de vin rouge dans le bourguignon (*rires*). C'est triste !

Et vous n'en buvez pas à côté...

Non, on n'en boit pas à côté. On a fait Noël aussi, sans alcool... ((*Educatrice Spécialisée, CHS Enfants du Canal*)

Mais ces interdits font émerger des stratégies de contournement par les personnes accueillies : « *Ça questionne, parce qu'évidemment, les personnes jouent le jeu pendant le repas, puis elles s'absentent, et on imagine bien qu'elles vont picoler une bière ou autre dans la chambre, ou elles sortent. Alors après, comme la consommation d'alcool n'est pas forcément la première consommation, d'autres vont aussi sortir fumer leur pétard (de cannabis) ou consommer autre chose... On ne l'accompagne pas sur du collectif. On l'accompagne, après, on en parle beaucoup* » (*Educatrice Spécialisée, CHS Enfants du Canal*). Les pratiques des intervenants diffèrent en fonction de leurs formations. Si la parole, qui fait partie du métier des travailleurs sociaux, et en particulier des éducateurs spécialisés, permet d'assouplir la règle dans le cadre d'un accompagnement éducatif, c'est plus difficile pour « *des équipes d'accueil, avec leur formation aussi, qui s'en tiennent stricto sensu au règlement parce que c'est ce qui permet aussi de tenir leur poste, donc ça donne lieu à des affrontements* » (*Educatrice Spécialisée, CHS Enfants du Canal*).

Ces difficultés et bricolages des équipes se retrouvent dans tous les centres d'hébergement, ainsi que les espaces d'accueil de jour et en maraudes. Les pratiques et les discours sont parfois contradictoires. Par exemple, les travailleuses sociales rencontrées en maraudes qui, par leurs missions, travaillent avec un large réseau de centre d'hébergement, précisent que « *la plupart ne travaille pas avec ce concept de réduction des risques, mais ils la font... alors ce n'est pas la vraie réduction des risques assumée et travaillée. Mais certains disent par exemple : « nous, on fait : pas vu pas pris ! ». Par exemple, à Camara (CHS, Secours Catholique), c'est quasiment de la réduction des risques sans le dire, en nous disant : « voilà, si vous êtes trop ivre, vous allez dans votre chambre, vous vous posez... » et elle a même précisé que la bouteille devait rester dehors ou pas... Et en fait les gars prennent toujours leur bouteille avec eux, dans un sac, ou ils se démerdent* » (*Infirmière-psychologue*

en maraudes, Aux Captifs La Libération). Cette intervenante fait le même type de constat dans son travail avec le CHU La Promesse de l'Aube (Association Aurore) qui accompagnait Francis en allant le chercher « ivre mort » dans la rue pour le ramener dans sa chambre : *« il y a un monsieur qui est dans un lieu dans le XVI^e qui fait pas de réduction, mais ils sont hyper cools, parfois, ils vont le chercher à dix minutes à pied, à Ranelagh, il est complètement défoncé à l'alcool, ils le ramènent à bout de bras, sachant que c'est un dépotoir, y a plein de bouteilles, c'est l'horreur... »* (Infirmière-psychologue en maraudes, Aux Captifs La Libération). En revanche, dans un CHU qui revendique d'avoir mis en place une réduction des risques alcool, en partenariat avec l'ANPAA, les mesures de sélection et de contrôle semblent prégnantes : *« en fait, ils ont vu Francis en entretien, 14h, il était déjà complètement bourré, et il devait se concentrer quand même (...) Après, c'était mon tour et les deux éducateurs m'ont dit « on tique sur quelque chose, c'est que quand on lui a parlé de sevrage, il nous a dit qu'il en a déjà fait plusieurs et que ça ne servait à rien ». Et donc en entretien de pré-admission, ils lui ont déjà demandé de faire un sevrage ! Alors je dis « ben écoutez, je pense qu'il a un peu raison, parce que c'est aller un peu trop vite, là ! » Mais eux, ils étaient dans le truc : CHRS, réinsertion, donc ils ont parlé boulot, de sevrage,... voilà il faut se réinsérer dans la société. Le mec, ils le connaissent même pas, il a passé la moitié de sa vie dehors, il est complètement déstructuré... il en est pas là, quoi ! Mais... voilà, pour eux, c'était ça. Et je leur ai dit : « mais je ne comprends pas, nous on vous avait mis en préconisations parce qu'on avait vu votre projet ». Et ils m'ont répondu « ah oui, l'expérimentation ! » Ça n'avait pas l'air du tout clair, donc voilà... ils l'ont vécu en tout cas comme une expérimentation, mais ça n'a pas l'air de s'être installé de façon pérenne dans les lieux ».*

Le CHRS Georges Dunant a fait l'objet d'une présentation par Souleymane Bâ et Franck Moulius de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) lors du forum Alcool-Exclusion du 3 juillet 2017. Souleymane Bâ est responsable du CHRS qui accueille cette expérimentation de réduction des risques alcool. Le CHRS a été créé en 2007. Il se situe dans le XIV^e arrondissement, avec une capacité d'accueil de 54 hébergés, dont 10 femmes et 44 hommes. Il accueille essentiellement avec une démarche de soin. La plupart des personnes travaillent, avec parfois des pathologies évolutives. Comme dans tous les règlements en vigueur dans les centres d'hébergement Emmaüs, la consommation d'alcool est mentionnée comme étant prohibée. Cependant, les personnes viennent au centre parfois très alcoolisées. Les équipes retrouvent beaucoup de canettes aux abords et à l'intérieur de la structure, dans les toilettes, les salles de bain. Selon lui, l'interdit

fait que l'on « *se débrouille comme on peut* ». L'équipe du CHRS soulève ce questionnement : « *est-ce que l'interdiction n'expose pas à la surconsommation ?* »

L'ANPAA travaille depuis plus de quinze ans avec Emmaüs Solidarité. L'ANPAA, comme le relate Franck Moulius, revendique une certaine expérience du travail dans le champ de la précarité. Structure importante, elle comprend 1500 salariés et 100 CSAPA sur l'ensemble du territoire français, dont 4 CSAPA parisiens, et 10 CAARUD. Depuis 2010, une convention de partenariat a été signée avec Emmaüs pour mettre en place des formations à destination des professionnels, mais également des ateliers auprès des personnes hébergées et des échanges de pratiques entre professionnels des associations Emmaüs. Une réflexion a donc été menée autour de la réduction des risques alcool depuis plusieurs années. Une première expérience avait été mise en place avec la Mie de Pain, en 2008 avec l'équipe de CAP 14 pour autoriser l'alcool dans les espaces collectifs. Le projet est né de l'observation de problèmes récurrents dans les différents services d'hébergement de l'association : des personnes refusées à l'entrée le soir parce que trop alcoolisées, des personnes qui s'alcoolisent à outrance avant de rentrer dans la structure où la consommation est interdite, des personnes qui quittent la structure très tôt le matin parce qu'elles sont en manque, parce qu'elles ne se sont pas assez alcoolisées la veille. Ces constats provoquent des questionnements au sein des équipes : l'interdiction totale de l'alcool est-elle vraiment une solution ? N'entraîne-t-elle pas une certaine maltraitance des publics ? D'autant que cette drogue est légale et réglementée ? Cependant, l'équipe du centre George Dunant a émis de fortes réticences quand le projet de réductions des risques alcool a été présenté, la démarche pouvant être perçue par certains comme un encouragement voire une incitation des personnes à consommer de l'alcool. Le projet a paru à certains tellement loin des usages en cours et de leurs représentations des modalités d'accueil qu'ils ont cru à une plaisanterie.

Sans revendiquer une démarche de réduction des risques proprement dite, l'Espace Solidarité Insertion (ESI) Paris 10 (Aux Captifs La Libération) a mis en œuvre un travail autour des consommations, en mettant notamment des « placards à alcool » pour que les personnes puissent déposer leur canette ou leur bouteille avant d'entrer, l'usage restant interdit à l'intérieur. « *Pour le moment, on essaye déjà de quantifier et d'éviter les consommations massives. Et non pas, d'amener les personnes dans une réelle réduction des risques, une « zone de confort » sur la RdR. Après, on est en accueil de jour, c'est plus difficile* ». Il s'agit plutôt d'une médiation éducative, un outil de travail pour instaurer une relation avec la personne accueillie et son alcool. En effet, « *rien que le fait d'avoir mis ce*

placard, ça a permis de faciliter le fait de parler des consommations avec les personnes. Parce que c'est « ha ! Qu'est-ce que c'est ? » « Combien tu en as bu aujourd'hui ? ». C'est un bon moyen de médiation entre guillemets : « ah, t'es venu avec ta canette, combien t'en as bu avant, combien tu vas en boire après ? » C'est une bonne entrée en matière ». (Éducatrice spécialisée, cheffe de service et responsable de l'ESI, Paris 10). Si des membres de l'équipe ont exprimé des réticences, celles-ci sont surtout venues de personnes sans-domicile. Ainsi la cheffe de service évoque-t-elle un homme accueilli, que j'avais rencontré lors d'une précédente visite dans un état d'ébriété manifeste, et que l'on m'avait présenté comme un habitué, sujet aux consommations excessives :

*Il vient toujours. Là, c'est lui qui était le plus réticent au placard ! En disant :
« c'est n'importe quoi, vous incitez les gens à boire »*

Si on autorise, ils ont l'impression qu'on les incite.

C'est ça !

Et les professionnels aussi, ont cette impression-là ?

Ben, les professionnels ce n'était pas les plus compliqués. Les plus compliqués, c'était les bénévoles. Pas les professionnels. Non, ça va.

Le même type de réticences a pu être observé aux Enfants du Canal. Une intervenante évoque « les tensions qu'il y a par rapport à l'alcool entre ceux qui boivent et ceux qui s'abstiennent », en prenant l'exemple d'un homme abstinent depuis plusieurs années : « il est dans une posture très rigide, que l'on observe souvent chez les personnes qui ont arrêté... comme quoi, arrêter l'alcool, ça donne vraiment des gens... pfff ! Des fois, tu as envie de leur dire « nan, mais petite, bois un coup, quoi ! » (rires) Parce qu'ils sont ultra-rigide... ». Elle a ajouté qu'il a remplacé l'alcool par le cannabis, ce qui créé un clivage en fonction du type de produit : « il est très critique sur les alcooliques qu'il ne peut plus voir. Par contre, forcément il a un discours plus angélique sur les fumeurs de joints qui sont plus sympas que les alcooliques... ils font mieux le ménage dans la structure. Parce que du coup, il a un rapport très militaire aux règles, à ce qui est interdit, à ce qui est autorisé ». Dans un centre d'hébergement, mais aussi dans un lieu d'accueil de jour, ces tensions peuvent se manifester au quotidien, dans le cadre de la promiscuité de la vie en collectivité : « c'est édifiant, parce que c'est celui qui s'alcoolise le plus est en face du mec qui est là depuis le plus longtemps, qui est sevré et du coup (...) il arrive celui-là n'arrive pas à trouver la serrure quand il met sa clé, il faut faire quelque chose pour lui, mais en même temps, l'autre ne se bouge pas... (...) Il

est critique ! Et puis, il y a l'autre monsieur en face qui dit « oui, je ne comprends pas, lui il m'aime pas trop, il n'est pas très sympa avec moi, souvent il me gueule dessus... ».

La mise en place d'un accueil avec alcool peut donc créer des conflits entre les personnes accueillies. En effet, on peut penser que l'interdit est contenant pour des personnes pour lesquelles les consommations massives d'alcool sont liées à une fragilité psychique et affective les empêchant de maîtriser leurs consommations. L'interdit ferait alors figure de contrainte extérieure, de loi symbolique qui sécurise et rassure contre les potentiels débordements de soi et des autres. L'accueil avec alcool apparaît alors comme une affaire de travail en équipe. C'est une posture qui nécessite du temps pour travailler sur les représentations sociales de chaque intervenant social (professionnels et bénévoles) dans leur rapport à l'alcool. L'expérimentation au CHS Valgiros (Aux Captifs La Libération) illustre ce travail de décomposition des représentations sociales de l'alcool par les professionnels et bénévoles. Ce CHS est une colocation solidaire qui accueille une vingtaine de résidents et onze bénévoles. L'équipe a été accompagnée par un consultant en alcoologie pour mettre en place l'autorisation de l'alcool dans les locaux. Situé dans un quartier résidentiel dans le 15^e arrondissement, l'interdiction des consommations ne concernait pas seulement l'intérieur du centre, mais s'étendait un kilomètre aux alentours, ce qui provoquait des absences prolongées, parfois plusieurs jours, pour boire et des alcoolisations massives de certains résidents. Néanmoins, trois années se sont écoulées entre les premières réflexions et la mise en place de l'expérimentation, en lien avec le travail important à effectuer avec l'équipe. La directrice évoque ainsi :

« Il y a des personnes qui ont vu des personnes s'alcooliser, avoir des comportements très violents, verbalement, physiquement, qui ont peur de l'état dans lequel ça les met, parce que des personnes qui sont en semi-coma éthylique, qui ont lâché leur dignité, qui se sont abandonnées sur un coin de trottoir, on en a vues... Et des personnes ici ont aussi eu des histoires difficiles avec l'alcool dans leur propre famille.

Parmi les bénévoles ?

Parmi les bénévoles, je crois oui, mais parmi les résidents, et parmi les professionnels.

Ce sont des expériences personnelles aussi...

Voilà ! C'est ça ! Donc oui, je pense que ces représentations sont fondées. (...) Au fur et à mesure, les barrières de jugement moral, les représentations par rapport à l'alcool, se sont redéfinies ». (Directrice du CHS Valgiros depuis 2 ans, Aux Captifs, La Libération).

Pour la directrice du CHS Valgiros, la représentation majeure à transformer est de ne plus voir l'alcool comme une cause, mais plutôt comme un symptôme. Après six mois d'expérimentation, elle souligne plusieurs aspects positifs de la démarche, notamment la moindre stigmatisation des personnes qui boivent, la diminution des consommations qui pouvaient être considérées comme des actes de rébellion dans le cadre d'un conflit : *« puisque c'est interdit, je vais d'autant plus consommer à l'extérieur, alors que si je peux consommer dans le centre, je n'aurais pas besoin d'aller boire vite, de boire caché, etc. »*. De plus, elle constate que les personnes ne *« disparaissent plus pour se payer des coups à l'extérieur »*. De même, elle constate *« très peu de violences : globalement, il n'y a pas les débordements qu'on pouvait craindre »*. L'autorisation de l'alcool a été discutée avec les personnes hébergées et les colocataires solidaires en Conseil de Vie Sociale (CVS). Elle insiste sur une *« amélioration qualitative »* de l'accompagnement, dans la mesure où les pratiques et les manières de parler de l'alcool de l'équipe sont plus détendues. Les addictions n'apparaissent plus comme menaçantes. Ce changement de représentation a apporté du soin, au sens relationnel et non au sens médical. Selon la directrice du centre, c'est une manière de traiter les gens avec dignité en les considérant dans leur être ; elle cite l'exemple d'un homme qui boit ses nombreuses canettes de bière chaque jour alors qu'il est sous traitement de chimiothérapie, à qui ils ne font plus *« la chasse à l'alcool »* ; de même pour un homme physiquement alcoolodépendant. Aussi fait-elle la différence entre comportements et consommation : lorsque les comportements ne conviennent pas à la vie en collectivité, un travail vers le soin médical peut être envisagé :

Par exemple, il y a un monsieur qui a eu des débordements récemment, qui a mis le bazar, il ne voulait pas rester dans sa chambre, il est tombé, il s'est blessé, les pompiers sont venus, il s'est enfermé dans les toilettes en faisant du boucan, donc ils ont appelé la police, qui est venue, ils l'ont emmené et l'ont mis en cellule de dégrisement. Donc lui, on essaye de l'accompagner vers du soin, et en sachant que ça fait longtemps qu'on a des problèmes avec lui, qu'il avait déjà eu des débordements en janvier, qu'il a été exclu trois jours, qu'il a été vraiment

insultant, et que là, ça dépassait les bornes. Il est revenu, il a voulu se soigner, le problème c'est que la prise en charge prend du temps. Il est suivi dans un CSAPA, mais il doit être pris en charge dans une unité d'addictologie, mais il n'y a pas de la place tout de suite, et puis il était mal parce que voilà, tout ça. Et puis le week-end, quand il est allé en cellule de dégrisement, il n'a aucun souvenir sur 24 heures, quasiment un trou noir. Et donc le lundi matin il était paniqué, il avait vraiment envie d'avoir une prise en charge hospitalière hyper rapide, donc on s'est vachement bougé là-dessus, pour le sevrage et tout, et puis entretemps, on a vu Matthieu Fieulaine qui nous a dit « mais faites gaffe, quoi ! Ce monsieur a honte de ses consommations, il a honte de ce qu'il a fait, là il va partir pour un sevrage mais la précipitation n'est pas forcément bonne, même si lui en a envie, mais ça se prépare, ça se mûrit un peu et que s'il y va et que ça marche pas, il va revenir avec encore plus de honte, et ça peut être un peu explosif ». Donc au niveau du soin, on reste un peu tiraillés entre ce qui reste une norme, c'est-à-dire le sevrage, qui est celle de pas mal de propositions hospitalière, d'un addictologue, à Pompidou, qui comprend notre démarche et qui est plutôt d'accord avec la réduction des risques et qu'on compte pas les consommations, donc qu'on vérifie pas les quantités, mais que ça améliore leur qualité de vie, donc qu'elles se mettent pas dans des situations où elles se blessent, où elles ont des trous noirs et qu'elles n'insultent pas les autres, parce que c'est la vie en société.

Changer les représentations : Des usages d'alcool plutôt que l'alcoolodépendance

Les actions du PMO – qui cible des personnes ayant des problématiques complexes, qui articulent l'exclusion sociale et usage de l'alcool – s'orientent de plus en plus vers une logique de Réduction des Risques et de Dommages appliqués au produit alcool, plutôt que vers une logique d'abstinence. La notion d'alcoolodépendance a été écartée dans la mesure où elle ne concerne qu'une partie restreinte des personnes concernées. Si elle permet de considérer l'alcoolisme comme une maladie et non plus comme un vice, elle induit implicitement un jugement de valeur par rapport à la consommation d'alcool. Au fond, la remise en question de ce terme pose la question : qui évalue la consommation d'alcool d'une

personne et son caractère problématique ? Cette question peut être traitée en termes de rapport au savoir. C'est un enjeu crucial, source de conflits dans les équipes car il met en cause des postures professionnelles et des disciplines, notamment entre l'éducation spécialisée, la psychologie, l'anthropologie, et la psychologie, mais plus précisément entre l'addictologie et l'alcoologie. L'approche de réduction des risques permet d'aborder les « problèmes d'alcool » du point de vue de la relation : relation entre la personne concernée et son alcool ; relation entre la personne, son alcool et les personnes qui l'accompagne. Elle s'accompagne d'une reconsidération des savoirs expérientiels des personnes concernées face aux savoirs experts, ce qui écarte le point de vue disciplinaire, qui implique des conflits de places et de rôles des professionnels, autrement dit des « querelles de chapelle ». Le terme « d'usage d'alcool » - plutôt que « d'alcool-dépendance » – permet donc de « désigner l'ensemble des comportements de consommation de [cette] substance sans présager de l'intensité et des significations de cette pratique (de l'expérimentation à la dépendance et à l'usage nocif) (...) Cette sémantique tranche singulièrement avec le terme [alcoolique], qui confère à l'usager la statut de délinquant et de malade, qu'il faut surveiller, punir et soigner³⁸ ». Il s'agit donc de considérer les usages excessifs d'alcool « comme une solution avant d'être un problème » pour la personne, selon Micheline Claudon, psychologue clinicienne à l'hôpital Bichat à Paris, cofondatrice du Programme Marcel Olivier, ainsi que pour Matthieu Fieulaine, anthropologue, alcoologue-consultant.

³⁸ Peretti-Wattel Patrick, Beck François, Legleye Stéphane (2007) *Les usages sociaux des drogues*, Paris, PUF, p. 2.

3. Approches politiques des usages d'alcool : vers quelle réduction des risques et des dommages ?

La prise en compte de la problématique alcool dans les politiques publiques et les dispositifs a vu une évolution depuis l'alcoologie vers l'addictologie, puis vers la réduction des risques et des dommages. Celle-ci s'accompagne d'une évolution des secteurs qui prennent en charge cette problématique, du médical et de l'hospitalier vers le social et le médico-social.

L'alcoologie a progressivement évolué vers une prise en compte plus large des dépendances par l'addictologie. On passe d'une approche « produit » à une approche « comportement ». Le tournant de l'alcoologie vers l'addictologie a également impliqué un accompagnement moins spécifiquement centré sur le médical, mais mobilisant la psychanalyse et les neurosciences, la multidisciplinarité, et visant un accompagnement global de la personne³⁹. Cette approche transdisciplinaire a conduit à une politique publique commune à l'ensemble des addictions et la mise en œuvre de partenariats concertés interinstitutionnels. En 2002 sont créés les « centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » (CSAPA), qui réunissent les Centres de Cure Ambulatoires en Alcoologie (CCAA) et les CSST (Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes),

L'alcoologie puis l'addictologie sont fortement orientées, dans la pratique, par une logique de l'abstinence. Celle-ci a été initiée notamment par l'école de Minnesota dans les années 1950. Elle organise et accompagne un sevrage à la substance alcool en vue de « l'arrêt de la consommation et le rétablissement d'une vie acceptable⁴⁰ » comme une maladie considérée dans sa dimension physique, mentale et spirituelle.

La réduction des risques et des dommages, une philosophie pragmatiste et une lutte politique pour la reconnaissance

³⁹ Fortané Nicolas (2014) « La (les) trajectoire(s) du changement » La naissance de l'addictologie, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2014/5 N° 205, p. 42-57.

Fortané Nicolas (2007) « De l'alcoologie à l'addictologie : institutionnalisation d'une réforme de santé publique et transformation du champ médical », *Sociologie Santé*, n°27, p. 73-94.

⁴⁰ Bruno Didier, « Le centre APTE : vers une prise en charge globale des addictions », *Psychotropes* 2004/1 (Vol. 10), p. 113-123.

La réduction des risques et des dommages, introduite dans les années 1990 pour les substances illicites, fait évoluer l'approche vers une consommation adaptée aux besoins et au rythme de chaque personne en réduisant les risques de celle-ci : une « consommation contrôlée n'est pas uniquement une réduction de la consommation, mais une gestion adaptée de la consommation présentant un moindre risque [puisque] l'abstinence ne s'adresse qu'à une minorité de patients ayant des problèmes d'alcool et ayant déjà travaillé leur motivation »⁴². Ainsi, il s'agit de comprendre « les passages de l'usage à l'abus, et de l'abus à la dépendance »⁴⁴. En effet, la dangerosité des produits ne détermine qu'en partie la dangerosité des usages. Dès 1997, le rapport du professeur Parquet pour une politique de prévention définissait les comportements de consommation de substances psychoactives en distinguant trois concepts : la dépendance, l'abus, et l'usage, tandis que l'approche anglo-saxonne illustre le changement de paradigme qui émerge en France avec la création de l'addictologie. Son objet n'est plus le « soin aux toxicomanes » mais les « conduites addictives ». L'addiction est devenue le concept de référence du corps médical. Cette pratique clinique s'affirme fondée en science pour rallier le corps médical dans son ensemble. Elle va même construire un nouveau cadre d'interprétation des comportements humains⁴⁵. Ainsi, l'addictologie considère tous les comportements addictifs sur un même plan, quelle qu'en soit l'origine. Elle regroupe des comportements même s'ils n'ont pas la même signification sociale. Si elle tend à réduire le stigmate par rapport au produit et considérer les addictions dans leur ensemble, elle reste problématique dans la mesure où le capitalisme, par la société de consommation, reposerait sur un principe addictif⁴⁷. En 2011, un dossier grand public de la revue *Sciences humaines* questionne : « Tous accros ? Notre société serait-elle devenue addictive ? ». L'addiction tend en effet à se diffuser comme grille d'interprétation de tous les comportements humains, de toutes les passions : drogues, vidéo, jeux de hasards, achats compulsifs, sexe, travail. Or, si la compulsion fait agir les mêmes neurotransmetteurs, ces différents comportements n'ont pas le même statut dans la société, ne relèvent pas des mêmes politiques et, jusqu'à présent, les

⁴² ANPAA (2012) « RDR Alcool. Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool », Paris, ANPAA, 64 p. Disponible en ligne : <http://www.anpaa.asso.fr/images/stories/201207telechargements/anpaa-rrdc-lasers.pdf>

⁴⁴ Bergeron Henri (2001) « Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique publique des addictions. Analyse sociologique du fonctionnement de quatre dispositifs départementaux de prévention des pratiques d'alcoolisation et de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool », *Rapport OFDT*, p. 24.

⁴⁵ Coppel, Op., Cit., p. 127.

⁴⁷ Pharo Patrick (2018) *Le capitalisme addictif*, Paris, PUF. Entretien en ligne : <https://www.nonfiction.fr/article-9408-entretien-avec-patrick-pharo-a-propos-du-capitalisme-addictif.htm>

pratiques cliniques restent spécifiques à chacun de ces comportements.⁴⁸ Certes, l'addictologie tend à réduire le stigmate de la dépendance aux drogues, en en faisant un cas particulier parmi toute une gamme de dépendances. Mais ce processus se fait au bénéfice d'une pathologisation de comportements qui, auparavant, ne relevaient pas de cette catégorisation. La dépendance s'oppose à l'autonomie. Par ailleurs, cette approche repose sur une individualisation de la responsabilité, et en cela peut être inscrite dans le processus de néolibéralisation de la société au cours des dernières décennies.

La réduction des risques et des dommages est une politique publique mise en place progressivement à partir de 1994 par Simone Weil. En 2005 sont créés les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)⁴⁹. La politique de réduction des risques va de pair avec une incitation au partenariat, par exemple entre CAARUD et CHRS. Cependant, bien qu'introduite depuis les années 1990 pour les drogues illégales, l'approche en termes de prévention et de réduction des risques semble peiner à s'imposer pour le produit alcool, où la logique de l'abstinence continue de dominer. Ainsi l'Agence Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPA) édite en 2012 un guide de bonnes pratiques visant à formaliser l'approche de prévention des risques et de réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool⁵⁰.

Anne Coppel distingue trois moments de la politique des drogues, qui sont transposables à la question de l'alcool :

- L'expérimentation des actions de réduction des risques et la construction d'une expertise issue de l'usage de drogues ;
- Entre santé publique et neurosciences, quand la politique des drogues se veut fondée en sciences ;
- La prise de conscience des conséquences catastrophiques de cette la internationale contre les drogues.

L'alcool, ainsi que le tabac, ont été reconnus tardivement comme faisant partie des drogues sous l'impulsion de Nicole Maestracci, présidente de la MILDT entre 1998 et 2002,

⁴⁸ Dossier *Sciences Humaines*.

⁴⁹ Loi du 9 août 2004, puis décret d'application en 2005 ; circulaire DGCS du 16 janvier 2006.

⁵⁰ ANPAA, 2012, *Op. Cit.*

qui a avoué qu'il lui a fallu résister au lobby alcoolier⁵¹.

Les données fournies dans les rapports d'activité 2010 des CSAPA permettent d'estimer à 133 000 le nombre de personnes qui y sont accueillies en ambulatoire pour un problème de consommation d'alcool. Parmi cette population, la proportion de personnes dépendantes est estimée à 60%. Entre 60 000 et 80 000 ont fréquenté les CAARUD, mais ceux-ci sont davantage spécialisés dans l'accès à du matériel de consommation (seringues, filtres...) et de soin. Ils concernent donc dans une moindre mesure les usagers d'alcool, hormis dans le cas de poly-toxicomanies. Ainsi, les enjeux autour de la réduction des risques adaptée à l'alcool sont multiples. D'une part, la réduction des risques n'est pas directement transposable au produit alcool puisque celle-ci a été mise en œuvre avant tout pour prévenir les risques infectieux de l'usage des seringues. D'autre part, elle est confrontée à une conception archaïque de la santé publique et à une criminalisation de l'usage des drogues, ce qui peut lui conférer une image négative⁵². Mais la réduction des risques introduit surtout un état d'esprit en changeant le regard sur les usagers de drogues et en induisant la nécessité de créer des liens entre les dispositifs. Le risque demeure néanmoins que les personnes sans-domicile usagères d'alcool soient confrontées à une logique de « patate chaude » par des dispositifs ne prenant en compte que l'une ou l'autre dimension : la rue ou l'alcool. Or, la prise en compte de la subjectivité de la personne, de la singularité de sa consommation d'alcool, de ses pratiques, de ses discours de justification, du récit de son histoire dans la rue, de ses sentiments d'appartenance, situe l'accompagnement dans une dimension identitaire et relationnelle entre les intervenants et les personnes accompagnées. La réduction des risques introduit également la finalité de développement du « pouvoir d'agir » des personnes, en tant que mobilisation, dans le soin, du savoir qu'elles ont acquis sur elles-mêmes : la « coéducation patient-soignant [...] doit intégrer le savoir acquis par le patient dans son contexte psychosocial et répondre aux difficultés qu'il rencontre avec son traitement dans sa vie quotidienne »⁵⁴.

Pour une analyse plus complète de la réduction des risques, il est nécessaire de revenir aux origines de sa philosophie. Au milieu des années 1980, Anne Coppel et le Dr Touzeau ont

⁵¹ Coppel Anne, Doubre Olivier (2012) *Drogues : sortir de l'impasse. Expérimenter des alternatives à la prohibition*, Paris, La Découverte.

⁵² Coppel Anne (2011) « Drogues et médicalisation. Entre expertise et demande sociale », *Multitudes* 2011/1 (n° 44), p. 78-84.

⁵⁴ Couteron Jean-Pierre (2011) « La Réduction des risques. Une approche qui vise l'épanouissement de la personne », *Multitudes* 2011/1 (n° 44), p. 69

pris conscience que la grande majorité des nouveaux héroïnomanes étaient « exclus des soins ». Pour comprendre ce qui se passait sur le terrain, ils ont mené des premières recherches-actions en banlieue parisienne ou à Paris dans le 18^{ème} arrondissement, des quartiers alors confrontés à la diffusion de l'héroïne. Ils se sont alors inspirés de l'action communautaire développée par des héritiers e Saul Alinsky à Chicago : travailleurs sociaux, médecins et chercheurs ont uni leurs forces, créé une équipe de rue avec des héroïnomanes de ce ghetto et construit une alliance avec la communauté au sens large, jusqu'aux Black Panther, mouvements de défense des Afro-Américains, eux aussi très affectés. Cette approche, reprise par le Docteur Olivenstein qui a participé à la création de l'association Charonne, se propose d'aller vers les personnes. Elle marque un tournant par rapport à l'approche des soignants qui considéraient qu'aller sur le terrain était inutile voire suspect d'un point de vue clinique, pointant le risque de « relations trop fusionnelles », et la dénonce comme un outil de contrôle social. Personne n'imaginait alors qu'il soit possible de mener d'autres actions que de promouvoir la cure de désintoxication. Pour en finir avec la guerre aux drogues, Anne Coppel en appelle à sortir du « ghetto de l'expertise⁵⁵ ».

« Accueillir et sécuriser » ou « réduire les risques et les dommages »

« On boit parce que Dieu n'existe pas »

Marguerite Duras

La réduction des risques et des dommages reconnaît les consommations de substances psychoactives, c'est-à-dire tout « produit qui agit sur le psychisme, entraînant une modification de l'état de conscience et/ou du comportement », comme un problème de santé publique, quel que soit son statut légal. Néanmoins, la politique de réduction des risques et les pratiques professionnelles qui lui sont liées reposent la question de la spécificité du produit alcool, sa légalité, son caractère culturel en France et ses effets spécifiques à long terme sur la santé physique et psychique. Dans ce rapport, plutôt que de réduction des risques et des dommages, nous proposons de parler « d'accueil et de sécurisation des usages », selon les termes employés par certains enquêtés. Cette dénomination qualifie la manière dont l'association Aux Captifs la libération développe, en lien avec sa singularité et suite au travail avec Matthieu Fieulaine, l'approche de réduction des risques. L'expression « accueillir et

⁵⁵ Coppel, Anne. « Des usagers de drogues aux experts de l'ONU, les trois bascules de la politique des drogues », *Chimères*, vol. 91, no. 1, 2017, pp. 30-42.

sécuriser les parcours » porte l'enjeu d'ajuster les principes de la réduction des risques aux spécificités de l'alcool en d'en respecter les fondements, à savoir l'émancipation de la personne, un chemin vers son autonomie. La difficulté de cet enjeu, pour les professionnels et les bénévoles, est en continuité avec celle du rapport au savoir, de l'expertise de la personne accompagnée : considérer la personne là où elle en est avec le produit, c'est tenir une posture de reconnaissance de celui qui boit en tant que sujet, c'est-à-dire « *au plan social, citoyen et existentiel et pas seulement biologique* » selon Jean-Pierre Couteron⁵⁶. Cette approche par l'émancipation est une autre manière de penser la relation de la personne à son alcool, qui bouscule les conceptions en termes de souffrance psychique ainsi que les catégorisations du normal et du pathologique à l'œuvre dans les secteurs AHI et de la santé mentale⁵⁷. En effet, les postures face aux usages de l'alcool sont également en lien avec des représentations normatives des consommations, sur fond d'hygiénisme et, plus généralement, de contrôle des pauvres en leur niant volonté et capacité d'agir.

Le concept de *harm reduction* (réduction des dommages liés à l'usage de drogues) en Grande-Bretagne, considère réaliser un retour aux sources d'une politique de santé publique, avec des outils propres : réglementations spécifiques selon les produits (alcool, tabac, médicaments, opium, etc.), formation des professionnels de santé, information et éducation sanitaire de populations⁵⁸ ». Cette politique a remporté une victoire politique dans le cadre de la lutte contre le sida dans les années 1980, en Grande-Bretagne, puis sept ans plus tard, en France. L'urgence sanitaire a permis un dépassement des préjugés comme des lenteurs administratives. Le dispositif comprenait dix-huit programmes d'échange de seringues, une trousse de prévention du sida avec seringue stérile et préservatif (Stéribox) disponible en pharmacie, des accueils d'usagers dans des « boutiques », un accès aux soins garanti, à l'hôpital ou en médecine de ville, les réseaux « ville-hôpital » et treize programmes méthadone, la préparation de l'autorisation de mise sur le marché du Subutex, médicament de substitution aux opiacés. La mise en œuvre des mesures de réduction des risques a été possible grâce à l'alliance entre les médecins et leurs patients, ainsi qu'à une mobilisation collective soutenue par le ministère de la Santé et son administration. Les usagers, particulièrement les injecteurs, ont dû changer de comportement, qu'ils aient renoncé à l'injection ou à partager leurs seringues. Selon une psychologue des Appartements de

⁵⁶ Jean-Pierre Couteron, « La Réduction des risques. Une approche qui vise l'épanouissement de la personne », *Multitudes*, 2011/1 (n° 44), p. 64-70.

⁵⁷ Demailly Lise (2011) Sociologie des troubles mentaux, Paris, La Découverte, 127 p.

⁵⁸ Coppel, Doubre (2012), p. 141.

Coordination Thérapeutique (ACT) exerçant à l'association Charonne depuis 18 ans, la politique de réduction a pu déposséder certains usagers de drogues d'un vocabulaire, d'une identité collective liée au produit consommé, d'une marginalité distinctive. Néanmoins, l'appropriation de la réduction des risques par les usagers de drogues a été invoquée par le docteur Didier Jayle, président de la Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT)⁵⁹ en 2003, pour justifier le statut légal de cette politique, sans la limiter aux traitements de substitution. La politique de réduction des risques a alors été officiellement inscrite par le gouvernement dans la loi de santé publique en 2004.

Du point de vue des professionnels, l'appropriation de la démarche de réduction des risques par les usagers ne va pas forcément de soi. En témoigne par exemple le discours d'un éducateur spécialisé, ancien usager de drogues, membre des Narcotiques Anonymes, abstinant depuis quatre ans après suivi le programme APTE pendant trois mois et une post-cure pendant dix mois. Il dit avoir « tout essayé » : *« principalement de l'héroïne, parce que ça me provoquait un manque physique, donc j'étais obligé de l'avoir. Mais je consommais beaucoup d'alcool à côté et de cannabis. Après, on allait faire des festivals et je prenais tout ! J'ai tout fait, sauf le crack et la kétamine. Sinon, j'ai tout testé. On allait en festival, on prenait de la coke, de l'ecstasy... tout ce qui me défonceait, de toute façon, je prenais »*. Il reste sceptique quant à la réduction des risques : *« du coup, je ne suis pas trop fan ! (rires) (...) de mon expérience, réduire les risques, pour moi, ça sert à rien. C'est très personnel comme point de vue, mais pour moi, un alcoolique ne peut pas réduire sa consommation. Ce n'est pas possible. Enfin... moi, si vous m'aviez dit « non, tu bois juste la moitié d'une bouteille de sky [whisky], mais tu ne bois pas un litre... » (rires) ça aurait rien changé dans ma vie, je vois pas du tout... De toute façon, j'aurais bu l'autre demi-litre »*. Notons que cet usager associe la réduction des risques à une réduction quantitative de la consommation, tandis que la démarche qualitative se caractérise comme une réflexion autour du rapport à la consommation, de la relation au produit et des conséquences sur le comportement, ouvrant sur un « accueil et une sécurisation » des usages, ou une utilisation du produit comme médiation éducative.

De même, selon la psychologue des ACT de l'association Charonne, l'adoption d'une démarche de réduction des risques ne relève pas de l'évidence pour certains usagers qui, en

⁵⁹ Renommée depuis MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives.

consommant, peuvent rechercher une forme de confrontation potentielle à la mort. Or, avec la politique de réduction des risques, « on leur dit « non, tu vas vivre ! ». Et bien cela ne va pas de soi pour eux-mêmes ». Du point de vue de la psychologue, les personnes devraient alors se réapproprier la vie, faire « le deuil de la mort ». Mais « rester en vie » n'implique pas nécessairement « d'être vivant ». Autrement dit, réduire les risques et les dommages peut être vu comme une simple normalisation du comportement plutôt qu'une émancipation de l'individu, cette dernière étant visée par l'intervention clinique et le travail social : « le souci du développement de l'être est au cœur de la relation éducative autant et sinon plus que le souci de l'ordre social⁶⁰ ». Le passage du « vivre à l'exister » est au cœur de la clinique éducative, inspirée de la clinique psychanalytique, cherchant à favoriser un processus où « la personne apprend à faire ses propres choix au regard de ses capacités, et à devenir pleinement actrice de sa vie.⁶¹ »

Le travail clinique, tel que nous l'avons observé par exemple chez la psychologue clinicienne de l'ACT, consiste à aider les personnes à s'approprier leur vie et à faire émerger des projets, ce qui implique l'émergence d'un plaisir autre que celui du produit : « être en vie ne suffit pas, parce que sinon, c'est la dépression, pathologique, quasi garantie : parce que non seulement, ils n'ont plus leur plaisir de consommation, ils n'ont plus leurs repères de consommateurs, avec leur micro-société, etc. Donc isolement : dépression. » Cette finalité semble aller au-delà de la démarche d'abstinence ou même de réduction des risques et des dommages qui visent la santé physique, mais pas forcément psychique. Si une approche quantitative de la réduction des risques semble exister, telle que semble notamment la porter l'ANPAA, l'approche qualitative de la réduction des risques insiste sur la nécessité de connaître la personne, là où elle en est avec le produit. Les entretiens recueillis par Matthieu Fieulaine montrent bien que la relation de la personne dépendante avec le produit peut être fusionnelle. Selon la psychologue de l'association Charonne ; « si la personne n'a pas sa bière à la main, et bien c'est comme s'il lui manquait un bras. C'est une extension de soi-même ». La relation serait donc physique, psychique, mais aussi sociale et comportementale. Pour la travailleuse sociale du CHU Popincourt, l'usage d'alcool peut être principalement physique : « selon un résident, du moins c'est ce qu'il dit. En tout cas, il le verbalise comme ça, c'est calmer ma douleur ! Est-ce qu'on prend acte de ça ? Plusieurs fois, je l'entends, il me dit « je bois, parce que je calme ma douleur ! » Il faut l'écouter, ça ! Ok, il a peut-être

⁶⁰ Gaberan Philippe (2003), *La relation éducative*, Toulouse, Erès, p. 11.

⁶¹ *Ibid.*, p. 14.

d'autres soucis, mais s'il le verbalise, c'est quand même que c'est une réalité ». Autrement dit, si on l'interdit de boire, on l'interdit de calmer sa douleur. L'éducateur spécialisé abstient va plus loin en ajoutant une dimension spirituelle, si ce n'est ontologique, du moins existentielle, en situant une relation à un Dieu, dans la lignée de l'approche par la « Puissance supérieure » des Alcooliques et Narcotiques Anonymes : « Mais moi, je vous dis, je n'avais pas confiance en moi. Je fumais mon truc, je buvais mon verre, c'est bon, j'étais en pleine possession de mes moyens. Enfin, j'avais l'impression d'être en pleine possession de mes moyens. C'est un peu mon Dieu pour affronter la vie, comme une croyance ou une religion pourrait apporter. C'est ça : se donner de la force ».

Les notions de « risque » et de « dommage » restent complexes et subjectives puisqu'elles renvoient au rapport de chacun – personnes concernées et professionnels – à leur propre rapport au danger. La notion de risque est liée à l'incertitude d'un danger potentiel, tandis que celle de dommage est objectivée par un fait observable. Si l'alcool est un produit toxique, donc potentiellement dangereux, la prédiction du danger reste incertaine. La posture face au risque relève d'une forme de principe de précaution en politiques publiques de santé et de vie en collectivité, en fonction des connaissances scientifiques et techniques du moment. Mais d'un point de vue individuel, l'attitude face au danger relève d'une responsabilité individuelle par rapport à des conceptions intimes de l'existence, de la vie, de la mort, de la relation à l'autre, du sentiment de plaisir et de souffrance. La réduction des risques relève de la prévention dans la mesure où toute interdiction tendrait vers une normalisation du rapport subjectif au risque. Il en est tout autre pour la notion de dommages. Lorsque le danger est avéré, par exemple dans le cas d'un problème de santé grave avec un pronostic vital (comme l'embolie pulmonaire qu'a subi Robert), la prévention ne suffit plus : le soin est alors inévitable au nom de l'assistance à personne en danger. La mesure qualitative de « là où la personne en est dans sa relation au produit » est intimement liée aux conceptions de chaque intervenant de son propre rapport à l'alcool et au risque, donc à ses représentations des usages du produit.

L'approche de réduction des risques et des dommages reste normative, car le « risque » qu'il vise à réduire est difficile à définir. S'agit-il d'un risque pour la personne, pour l'équipe, pour les locaux qui risquent d'être dégradés, ou pour des principes moraux de vie en collectivité ? Les risques pour la santé physique de la personne ne sont pas les mêmes que les risques pour sa santé psychique (dépression par exemple). Les risques pour la personne ne sont pas les mêmes que les risques pour les bâtiments, pour la propreté des

chambres, des espaces personnels et communs. Les risques pour les locaux ne sont pas les mêmes que ceux pour le respect de la vie en collectivité, lorsque l'alcool entraîne insultes et comportements inappropriés.

Plusieurs personnes enquêtées évoquent « une sécurisation des usages d'alcool », qui présente l'intérêt d'envisager les risques tant du point de vue des personnes que du point de vue des structures : les personnes identifiées comme problématique ne sont pas forcément celles qui ont un problème d'alcool, mais celles avec lesquelles la structure a un problème.

Une approche qui bouscule les pratiques établies

L'accueil et la sécurisation des usages implique d'adopter une approche centrée sur la personne, afin de partir de son histoire personnelle, ses références sociales, ses repères géographiques, ses modes de consommation. La psychologue de l'association Charonne prend pour exemple l'achat de l'alcool pour lequel la logique de « survie »⁶² – c'est-à-dire l'organisation de la vie à la rue – structure des manières de boire : « *Le temps de mettre en place un RSA en route, ou si la personne n'a pas le droit, elle ne va pas aller acheter une bouteille de whisky ni de rhum à 20 euros. Donc, il va acheter petit à petit, il fait la manche, il a 50 centimes par ci par là, c'est rare d'avoir un billet de 10 ou 20 euros d'un coup, or quand on veut consommer, c'est pas dans trois heures, c'est maintenant ! On ne va pas attendre trois jours pour acheter sa bouteille !* ». De même, Matthieu Fieulaine relate qu'au cours de séjours organisés avec alcool, les personnes sans chez soi ne buvaient pas les bières qui avait été soigneusement mise au frigo. Il a fallu du temps aux accompagnateurs pour comprendre que les personnes ne les buvaient pas parce qu'elles avaient mal aux dents.

La prise en compte de la spécificité de l'alcool par rapport à d'autres produits peut aussi venir bousculer les pratiques professionnelles. La psychologue de l'association Charonne, de formation psychanalytique, explique la différence qu'elle a observé dans sa pratique : « *La psychanalyse avec un héroïnomanie, c'était presque confortable, parce que la personne était dans la recherche spécifique d'un produit, lié à une philosophie, donc on est vraiment dans les pulsions, donc la psychanalyse était un référentiel tout à fait adapté. Avec l'alcool, ce n'est pas le cas, parce que très techniquement, quelqu'un qui prend de l'héroïne, va être indisponible psychiquement pendant la période de sa prise ; à distance, il a accès à sa*

⁶² Pichon P., *op. cit.*

pensée, s'il n'y a pas de trouble particulier, s'il n'a pas basculé... mais il y a très peu de troubles neurologiques d'un point de vue cognitif, donc au contraire c'est exacerbé, on est du côté de l'opium, donc on est du côté, au contraire, très prolifique au niveau de la pensée, donc pour la psychanalyse, c'est une autoroute. L'alcool, c'est pas du tout ces phénomènes-là, c'est-à-dire que quelqu'un qui est sous alcool, il va se passer quoi ? Il n'y a pas de temps de répit. La personne consomme de façon longitudinale. Il n'y a pas de temps d'arrêt. Donc là, l'accès à la pensée, on n'y arrive pas. Il y a les répercussions réelles de l'alcool : somnolence, perte de concentration, désorientation, perte de mémoire... Donc, ça paraît tout bête, mais quand je parle de désorientation : poser un rdv à quelqu'un qui est sous alcool depuis déjà un certain temps, avec des consommations importantes, il n'arrive pas au bureau ! ». Elle a ainsi dû réinterroger sa pratique, notamment en allant vers les personnes plutôt que de leur donner un rendez-vous, ainsi qu'en développant une pratique d'échange de paroles, inhabituelle dans son approche psychanalytique : « Un psy qui se déplace ! Ça n'allait pas de soi, pas du tout. Et les patients eux-mêmes. Ça n'allait pas de soi. C'était : voir un psy, c'est dans un bureau, ça doit être austère, sinon, ce n'est pas ça. J'ai dit « ah bon ? Ben si ! » Et puis, concrètement, si j'arrive sur le lieu d'hébergement et que j'attends que la personne soit disponible et physiquement, et psychiquement, que la parole soit là, qu'il puisse faire des liens entre son désir et tout... Il ne se passe pas grand'chose ! Donc j'ai commencé à parler ! Et par corrélation, ça puisse faire écho, psychiquement pour eux, que pris dans cette parole et cette pensée, ça puisse faire émerger la leur. Eh bien, ça a bien fonctionné ».

De même, l'expérience auprès des personnes ayant une problématique de santé mentale a remis en question jusqu'au fondement de ses pratiques : « pour quelqu'un qui est en épisode dépressif majeur (EDM), la psychanalyse, non ! Ce n'est pas un outil adapté ». Elle précise qu'elle a dû enfreindre les préceptes de sa formation initiale pour répondre aux besoins des personnes :

« Il faut proposer à la personne, l'outil adapté à ses besoins. Donc à ce moment-là : alcool, dépression, la psychanalyse n'est pas adaptée ! Donc j'ai fait quelque chose d'extrêmement... je ne sais pas quoi dire... »

Marginal, transgressif...

Tout ! Pour tout le monde ! Y compris pour moi-même. Pour l'institution, pour la corporation de psy, pour le patient... Bref, je me suis formée aux thérapies cognitives et comportementales (rires) Je me suis formée à l'entretien

motivational, là, plutôt lié à l'alcool, avec l'idée des stades de changement de Prochaska et DiClemente et tout ce qui est contemplation et pré-contemplation... identifier où en est la personne pour lui proposer des outils d'entretien adaptés. Pas la peine de parler à quelqu'un d'un sevrage qui est en phase de pré-contemplation : il n'a même pas idée qu'il boit ! Il a huit canettes par terre, mais psychologiquement, non... c'est ce qu'on appelait en psychanalyse, le déni ».

Elle explique que, plutôt qu'une remise en question fondamentale de la clinique, il s'agit d'une reconfiguration de la temporalité, consistant à identifier la temporalité de la personne plutôt qu'à imposer un cadre temporel normatif de l'institution.

L'approche en termes de réduction des risques semble pouvoir puiser dans des approches disciplinaires et des offres de soin différentes, telles que les récapitule Lise Demailly dans le champ de la santé mentale⁶³ :

L'offre *psychanalytique* : importance de l'histoire de la personne ; processus inconscients reliés aux processus conscients ; conception du symptôme comme singulier ; association libre

L'offre *comportementaliste* : amélioration des comportements dysfonctionnels ou mal adaptés par l'observation et la quantification des troubles nés sous l'influence de l'apprentissage ou du conditionnement (contre-conditionnement et désapprentissage des symptômes et comportements pathologiques)

L'offre *cognitiviste* : développer des schémas de pensée positifs, effacer les croyances inadaptées.

Les soins de *psychiatrie biologique* : électrochocs (1938), neuroleptiques (1952), antidépresseur (1957), benzodiazépine (hypnotique et anxiolytique, 1960), théories biochimiques...

L'ethnopsychiatrie : croyances propres au groupe d'appartenance culturelle.

Systémisme (thérapies familiales systémiques) : courant anthroposociologique étudie les distorsions communicationnelles dans les familles (injonctions paradoxales)

En dehors de l'offre de la psychiatrie :

⁶³ Demailly Lise (2011) *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte, p. 62.

*Psychothérapies relationnelles*_: Rogers, Gestalt, PNL, art-thérapie, analyse transactionnelle, groupe d'affirmation de soi...

*Thérapies corporelles*_: Reiki, kinésiologie, sophrologie, relaxation, cohérence cardiaque, méditation...

Réhabilitation psychosociale : éducation à l'autonomie dans la quotidienneté, actions d'écoute, de soutien et d'accompagnement psychosocial, travail socialement

*Soutien par les pairs*_: type Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes

Intervention psychosociologique ou sociologie clinique : analyse institutionnelle, intervention, supervision et travail thérapeutique individuel et collectif dans institutions et organisations.

Ces approches semblent pouvoir chacune contribuer à questionner « *ce que le produit vient faire là, aujourd'hui dans leur vie. Est-ce qu'en fait, il était déjà présent...* », en inscrivant la réflexion du côté du plaisir. Mais l'accompagnement de la personne là où elle en est nécessite également une remise en cause d'un certain rapport au savoir, en tenant compte du savoir expérientiel, c'est-à-dire de celui de la personne elle-même sur son expérience.

Le partage d'informations et la pluralité des savoirs : une composante de l'approche de réduction des risques

L'approche qualitative en termes de réduction des risques implique le partenariat interinstitutionnel, le partage d'expérience et le partage d'informations. Or, leur mise en pratique soulève des difficultés. D'une part, les prises en charge restent très centrées sur le soin, en particulier à l'hôpital, au détriment de l'accompagnement social et éducatif. D'autre part, la collaboration et le partage d'informations génèrent des querelles disciplinaires, des enjeux de places et de rôles, des différences de culture professionnelle, de langages, voire un sentiment d'infériorité en fonction de la qualification ou du diplôme. Ainsi se pose la question du rapport aux savoirs. Comme le souligne l'éducateur qui a expérimenté l'accompagnement en addictologie :

Il y avait des patients-experts... moi j'ai connu des gens qui ont fait et je pense qu'on devrait tous les faire ! C'est eux, les puits de science.

C'est une question de posture... de rapport aux savoirs, en termes d'identification...

Oui, Il y a une puissance, c'est sûr ! Le lien se fait tout de suite. (...) Pour moi, s'il y a dépendance, consommation et réfléchi : hahaha ! (rires) Franchement, ça ne va pas ensemble

Selon lui, le savoir d'expérience prime sur le savoir théorique, précisément parce que le rapport à la réflexion, c'est-à-dire à l'abstraction, est difficile. La temporalité de l'immédiateté des consommations empêche la mise à distance nécessaire à la temporalité réflexive. Dans son expérience, c'est le travail d'identification et la réflexivité progressive qui lui a permis de se rétablir, en changeant notamment de représentation sur le soin de substitution : *« quand je prenais de l'héroïne et qu'on m'a proposé de la substitution, du Subutex, pour moi, je me défonçais toujours. Pour moi, c'était un produit, je devenais pharmaco-dépendant. (...) S'il n'y a pas de travail de fond... Aux NA, ils ne voulaient pas savoir ce qu'on consommait, mais ils voulaient savoir pourquoi on le consommait. Et c'est ce qui a fait la différence. Parce qu'un sevrage physique, il se passe rien. C'est une thérapie comportementaliste, Minnesota, finalement, c'est beaucoup sur les comportements »*. Dans l'approche de réduction des risques qualitative privilégiée par l'EMO, la personne usagère d'alcool est reconnue experte de la signification qu'elle donne à sa consommation, plutôt que cette expertise soit laissée au professionnel expert, estimant la quantité nécessaire à la personne. Or, la reconnaissance de la détention d'un savoir est fondatrice d'un pouvoir⁶⁴. Dans les communautés thérapeutiques par exemple, le travail avec des travailleurs-pairs, qui ont connu l'expérience des usages d'alcool, permet l'identification et la reconnaissance d'un savoir des personnes qui l'ont vécue. Cette posture remet en question le pouvoir des experts, fondé sur des diplômes et des statuts sociaux, tels que les médecins et psychologues : qui est expert de la consommation de l'autre ? Il ne s'agit pas de nier le savoir professionnel, mais de l'associer au savoir expérientiel de la personne et au savoir profane des pairs.

Le travail en équipe et en pluridisciplinarité soulève les mêmes enjeux de remise en cause de la hiérarchie des statuts, des places et des savoirs. La psychologue des ACT de l'association Charonne est explicite à ce sujet quand elle évoque les difficultés de partage d'informations entre les éducateurs, les psychologues et les médecins : *« aux ACT on était très embêtés... Les psychiatres parlaient pas aux psychologues, qui parlaient pas à l'hépato... les travailleurs sociaux avaient un espèce de complexe d'infériorité, limite culturel, scolaire tout le monde travaillait séparément. Il valait mieux que l'on se mette autour de la table et*

⁶⁴ M. Foucault, *Dits et écrits*.

que quand on reçoit quelqu'un, qui que nous soyons, on ne reçoive pas que des bilans sanguins, on ne reçoive pas que sa pensée. On reçoit LA personne (...) la situation est discutée, avec toutes ces questions de secret professionnel, secret partagé ».

Elle illustre la difficulté pour les professionnels de se rencontrer et d'échanger véritablement sur la situation de la personne elle-même, de partager des informations en fonction du savoir de chacun, par un exemple très significatif : *« dans les deux sens, ça n'allait pas de soi du tout, limite on était dans deux univers, voire deux galaxies différentes, donc forcément, si on ne se parle, on ne peut pas se comprendre. Donc des médecins, avec un peu cette autorité patriarcale d'un point de vue intellectuel, sur les psys, donc de toute façon on ne se comprendra jamais. Les réunions étaient à l'intérieur de la corporation médicale, donc les assistantes sociales n'étaient pas là. En fait, les travailleurs sociaux en réunion de synthèse, ça n'allait pas de soi. En tout cas, dans l'équipe dans laquelle je suis depuis très longtemps. Pourtant, ce n'est pas très logique que le référent de la situation, ne soit pas là pour être le chef d'orchestre par rapport à tous les intervenants. Parce que c'est eux qui recueillent le fait que quand vous lui avez donné rdv à 9h du matin, il était au fond de son lit ! Ah ben oui, il est au fond de son lit, parce qu'au lieu de prendre un somnifère une heure avant de dormir, il a pris ses deux Imovane, alors qu'il en avait qu'un, à deux heures du matin. Ah oui, parce qu'on a oublié – le prescripteur – que moi, j'ai à peu près mes repères que je dors, allez grosso modo, avant minuit – donc forcément mon patient va dormir avant minuit... Ben non, pas de bol, parce que comme il n'a pas beaucoup d'activités dans la journée, à 11h du soir, il n'a pas beaucoup envie de dormir, donc on se regarde toutes les séries, je sais pas quoi à la télé, qui sont super excitants, donc pour trouver le sommeil, c'est bien. Et puis, ben oui, à deux heures du matin, puisqu'on m'a dit de le prendre avant de me coucher, je prends mon Imovane. Et puis comme j'ai regardé la télé pendant trois heures, que je n'ai pas marché une heure dans la journée, je n'ai toujours pas envie de dormir avec un Imovane, donc une heure après j'en prends un deuxième. Et donc effectivement, à 9h du matin pour se lever, c'est compliqué ! Mais ça c'est l'éducateur qui le sait ! Moi dans mon bureau, ou un médecin dans un bureau, il ne peut pas... mais alors quand moi, en réunion d'équipe, en intra, il faut qu'ils expliquent tout ça. « Ça peut être intéressant que vous puissiez le signifier au médecin... » « Ohh ! Je vais dire ça au médecin (imite le ton apeuré de l'éducateur), je ne vais pas pouvoir dire ça au médecin, qui je suis ? » « Et bien, vous êtes l'expert de la situation de la personne ! Donc c'est important ! ».Et chacun est expert selon la place qu'il a. »*

Ainsi, le partage d'information induit une capacité à tisser des ponts entre des savoirs pluriels. Les incertitudes sur la possession d'une expertise, les sentiments d'infériorité liées aux représentations de l'autre « *parce qu'il a vingt ans de plus que moi et parce qu'il est bardé de diplômes* », sont autant de freins. Dans le travail partenarial lié à l'approche de réduction des risques, chacun est détenteur d'un savoir, dans son champ, et peut en transmettre quelque chose, à la personne, dans cette délimitation-là. Les paroles du médecin, du psychologue, des bénévoles et celle des travailleurs sociaux sont appréhendées comme devant se rencontrer puisqu'il s'agit plus de parler *du* savoir, mais *d'un* savoir, en lien avec la situation de la personne. Certes, « *on peut avoir peur d'être contaminé par le métier de l'autre, par le type de relations qu'il noue avec les destinataires de l'action (trop « éducative », trop « sociale », trop « médicale », trop « normative », etc.). Mais ce sont aussi, à l'intérieur même des groupes professionnels, les conflits idéologiques, les suspicions (de collusion avec l'industrie pharmaceutique, d'ambition personnelle par exemple, chez les psychiatres) qui compliquent les prises d'initiative. Les éthiques professionnelles entre groupe et à l'intérieur des groupes sont fortement distantes*⁶⁵ ».

Dans l'expérience du travail ensemble, selon la psychologue des ACT, la coopération a mis en évidence les différents savoirs afin de permettre de travailler de concert au service de la personne « *c'est hyper important, que les équipes médicales et les travailleurs sociaux puissent se mettre d'accord. Et les travailleurs sociaux ont commencé à dire : ceux-là, ils ne comprennent rien ! Alors qu'au départ, moi je me mettais en-deça de sa capacité de réflexion, moi aujourd'hui, je me dis « Il ne comprend rien ! Donc on peut se mettre autour de la table ! » Du coup, la personne accompagnée commence à comprendre aussi la pertinence d'avoir trois rdv par semaine !* ». Pour des professionnels enquêtés, c'est ce travail coopératif mis en place au cours de plusieurs années qui a finalement, dans certains cas, permis aux personnes d'aller mieux, tant sur les plans physiques que de la santé mentale, en retrouvant parfois une signification à leur vie.

Situer l'EMO : un dispositif interstitiel unique

Le programme Marcel Olivier, suite au travail engagé avec l'anthropologue consultant Matthieu Fieulaine, s'est engagé dans une approche de réduction des risques visant à

⁶⁵ Demailly Lise (2011) *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte, p. 68.

« accueillir et sécuriser les usages » d'alcool. Tant par la spécificité de l'équipe et des modalités d'accompagnement que par les partenariats établis, le Programme et en particulier l'Espace Marcel Olivier, représente un « dispositif interstitiel » dans le champ AHI, dans la mesure où il est situé « *à l'intersection des prises en charge sociales et sanitaires, des occupations culturelles, de l'aide juridique et administrative, du lien avec les services sociaux qui assurent, au sein d'une même organisation, une coordination de compétences professionnelles et de fonctions sociales différentes*⁶⁶ ». L'évolution du projet vers un accueil bistrotier, unique à Paris et certainement unique en France, affirme la volonté « *d'occuper les interstices, les espaces laissés en friche par les politiques publiques*⁶⁷ ». C'est une manière de lutter contre les inégalités sociales dans les secteurs AHI et de la santé mentale, en assurant de manière professionnelle et bénévole une tâche délaissée par les grandes institutions. L'engagement dans ce projet suscite des remises en question des pratiques et de représentations établis dans le secteur.

⁶⁶ Demailly (2011), Op. Cit., p. 64.

⁶⁷ Ibid.

Conclusion : le PMO, une prise en compte radicale de la personne humaine

Le sens de l'action du Programme Marcel Olivier est avant tout que les consommations d'alcool des personnes sans abri ne soient plus considérées comme un tabou. Le présent rapport fait état d'une « prise en compte radicale de l'humain » dans la mesure où les consommations d'alcool constituent une cause profonde des difficultés d'accompagnement des personnes sans abri. Le terme « radical » est donc « relatif à la racine, à l'essence⁷⁹ » des difficultés de l'accompagnement de certaines personnes, fréquemment stigmatisées dans le secteur AHI. En effet, il ne s'agit pas de généraliser les consommations d'alcool à l'ensemble des personnes sans abri puisque « une personne sur cinq est dépendante à l'alcool » selon l'enquête réalisée par l'Observatoire du Samusocial de 2010⁸¹, mais de considérer qu'elles sont une réponse à une logique de survie telle que la conçoit Pascale Pichon, comme une expérience de la rue faite d'une succession d'épreuves : « La notion de *carrière de survie* rendra compte de la totalité de l'expérience sociale du SDF, expérience extra-ordinaire, tout entière centrée sur la résolution des problèmes les plus triviaux⁸² ». Le caractère radical de la prise en compte des consommations d'alcool renvoie à des questions existentielles pour la personne accompagnée, ainsi que pour les professionnels et bénévoles qui les accompagnent, c'est-à-dire au sens de leur existence. Notre enquête au sein de l'association Aux Captifs, La Libération, montre que cette posture, pour innovante qu'elle soit, s'inscrit surtout dans un « esprit Captifs » : une culture de l'association fondée en 1981 par le père Giros à partir du principe des « Mains nues ». Les « mains nues » est à l'origine du projet associatif qui met « la priorité de la relation sur la prestation dans l'accompagnement global des personnes à la rue », en particulier par la prise en compte de leur dimension spirituelle et affective, et non seulement de leurs besoins matériels, inversant la hiérarchie des besoins par Maslow⁸³. En effet, le Programme Marcel Olivier articule un accompagnement socio-éducatif et sanitaire, la plupart du temps en complément d'un parcours de soin, mais également un accompagnement spirituel. Cette conception de l'humain qui prend en compte les dimensions matérielle et

⁷⁹ <http://www.cnrtl.fr/definition/radical>

⁸¹ Chauvin Pierre, Laporte Anne (2010) Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Observatoire du Samu social, 227 p.

⁸² Pichon Pascale (2006) Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe, Saint-Etienne, Presses Universitaires de Saint-Etienne, p. 53.

⁸³ <http://www.captifs.fr/qui-sommes-nous/association-caritative/>

spirituelle de la personne rompt avec la tradition républicaine du travail social et de l'intervention sociale. Suivant l'esprit de l'association Aux Captifs, La Libération, le Programme Marcel Olivier s'enracine dans un humanisme : tolérance à l'anomalie, hospitalité, droit pour tous à ne pas être maltraité dans les lieux de soin, droit de vivre dans la cité avec son handicap mental ou psychique, sentiment de ressemblance entre tous les êtres.

Le programme Marcel Olivier, suite au travail initié avec l'anthropologue consultant Matthieu Fieulaine, s'est engagé dans une approche de réduction des risques. Celle-ci semble innovante dans le secteur AHI, en ce qu'elle vient répondre à un sentiment d'impuissance des intervenants sociaux face aux usages d'alcool des personnes sans chez soi accueillies dans les services d'aide et d'hébergement, et parce qu'elle rompt avec les pratiques qui semblent être les plus courantes dans le secteur : l'interdiction des consommations, le bricolage des intervenants et bénévoles dans ce contexte d'interdiction, la visée d'accompagnement vers l'abstinence. L'approche de réduction des risques du Programme présente des orientations spécifiques : elle met l'accent sur une réduction des risques « qualitative » plutôt que « quantitative » ; elle soutient la reconnaissance des savoirs des personnes directement concernées sur leur expérience et leurs usages ; elle articule réduction des risques et santé mentale ; elle vise une prise en charge globale sanitaire et sociale. Le Programme soutient donc une approche singulière de la réduction des risques alcool, qui n'est sans doute pas l'unique dans le champ sanitaire et sociale. Nous proposons de qualifier cette approche spécifique « d'accueil et de sécurisation des usages ». En mettant en œuvre ce projet, et en projetant une évolution vers un « accueil bistrotier », l'Espace Marcel Olivier apparaît comme « dispositif interstitiel » dans le champ AHI, situé à la lisière entre le sanitaire et le social, et prenant en charge un problème peu considéré par les politiques et dispositifs publics. Certes, sur le plan organisationnel, la coordination des rôles de chacun reste parfois conflictuelle. Les enjeux de place, de rôles et de disciplines perdurent. La rupture avec les pratiques d'accompagnement usuelles dans les secteurs AHI et sanitaires, l'évolution des représentations que cette approche implique, tout comme l'existence d'approches multiples des usages d'alcool portée tant par l'addictologie que la réduction des risques, explique que ce projet puisse soulever des difficultés tant d'adhésion aux principes que de mise en œuvre concrète, y compris pour l'équipe chargée de le conduire. Le programme Marcel Olivier est donc ce dispositif interstitiel qui se propose d'aller là où les autres ne vont pas, de proposer de l'alcool comme support à la relation pour aller chercher la personne là où elle en est avec ce produit. En réduisant les risques pour les personnes, c'est l'association qui prend un risque :

celui d'être différente, mal comprise car rompant avec un certain nombre de normes et d'usage, dont l'enjeu éthique serait de ne pas reléguer les plus vulnérables aux portes des établissements.

Pistes d'action

Au regard de l'analyse effectuée, nous proposons des pistes d'actions visant à répondre aux principaux enjeux et points problématiques identifiés, et dont l'association pourrait se saisir en fonction de l'évolution qu'elle souhaite donner au Programme Marcel Olivier et aux projets associés :

- Développer la participation des personnes concernées dans la mise en œuvre du projet, sur le principe de l'approche communautaire, en reconnaissant leurs savoirs expérientiels et par l'accompagnement des travailleurs-pairs ;

- Développer le travail en réseau et partenariat avec des associations comme les Alcooliques Anonymes ou les Narcotiques Anonymes, qui ont une longue expérience des travailleurs-pairs et de travail sur la dimension spirituelle, pour un échange de pratiques ou pour organiser des groupes de parole, des temps de sensibilisation ;

- Développer des accompagnements permettant de faire émerger les conceptions subjectives de la vie, de la mort et de la relation à l'autre, de l'ennui, de l'aventure, du plaisir, de la convivialité notamment à partir d'une réflexion sur les manières de boire ;

- Développer des pratiques d'aller vers les personnes et de prises en compte de leur subjectivité, en matière de prévention, dans leur rapport au risque et au danger, mais aussi au niveau du soin ;

- Développer des formations des intervenants sociaux, professionnels et bénévoles afin d'engager un travail réflexif sur leurs représentations des usages d'alcool, des manières de boire, leurs rapport au risque, au danger, à la vie, à la mort, à l'ennui ;

- Développer l'accompagnement éducatif et social pour permettre une réelle approche globale centrée sur la partage d'informations au sein de l'équipe et avec les partenaires ;

- Réfléchir à des stratégies et un vocabulaire pour mieux faire reconnaître l'alcool dans le champ politique, au même titre que la reconnaissance des usages de drogues lors des campagnes de santé contre le VIH et de la mise en place de la réduction des risques dans les années 1990 ;

- Chercher des financements avec les alcooliers et développer des partenariats avec les centres de distribution d'alcool, afin de partager la responsabilité des risques et des dommages avec les producteurs et distributeurs, plutôt que celle-ci repose sur les seuls consommateurs).

Annexes

Organigramme du Programme Marcel Olivier

Planning des activités de l'Espace Marcel Olivier

Annexes Méthodologiques

La catégorie de « personne sans chez soi »

Dans ce rapport, nous utilisons la catégorie de « personne sans chez soi ». La catégorisation est toujours problématique et nécessite une réflexion de fond pour désigner une situation. Pour définir une situation, la tradition sociologique de l'école de Chicago s'appuie sur le principe que ce sont les acteurs de la situation qui la désignent avec leurs termes. Ici, la variété des situations et l'évolution dans l'accompagnement entre la vie à la rue, l'hébergement d'urgence, chez un tiers, à l'hôtel, en centre d'hébergement d'urgence ou de stabilisation, avec ou sans domiciliation, ne permet pas de fixer une catégorie relative aux seules conditions matérielles. La situation des personnes accueillies est complexe, non seulement sur le plan matériel mais aussi sur le plan psychique. Le terme de Sans Domicile Fixe ou SDF est d'usage courant chez les personnes accueillies dans la mesure où ils ont intériorisé la catégorie de ciblage de leur situation par les politiques publiques de lutte contre les exclusions. Il tend à être remplacé par celui de sans-abri par les professionnels afin de diminuer l'effet stigmatisant de l'étiquette de SDF. Le terme sans-abri est aussi employé par un certain nombre de sociologues, à partir du terme anglais de *Homeless* qui n'a pas d'équivalent en français, « où la vie se déploie sans Home au double sens du terme de foyer et de chez soi. Ainsi, il « permet de mobiliser une idée centrale, celle de l'absence d'abri, dans au moins deux sens fondamentaux : l'absence matérielle d'un espace de vie et l'absence du droit à la protection, « à l'abri », à l'inquiétude sociale que la situation en détresse et d'insécurité sociale devrait susciter⁸⁵ ». Néanmoins, nous proposons d'utiliser plutôt l'expression de « personne sans chez-soi », car elle nous semble refléter davantage la relation avec les personnes rencontrées

⁸⁵ Girola Claudia (2011) Vivre sans abri. De la mémoire des lieux à l'affirmation de soi, Paris, éd. Rue d'Ulm, p. 54.

par les professionnels et bénévoles dans le cadre du PMO. Il ne s'agit donc pas d'une manière d'étiqueter les personnes rencontrées, mais de signifier la nature d'une relation instaurée entre les différents acteurs. En effet, en l'absence de mot français pour désigner le *Home*, elle oriente davantage la réflexion sur le chez-soi que sur le foyer, donc sur les conditions existentielles, plutôt que sur les conditions matérielles. Le terme Home en anglais est également utilisé en sociologie des migrations internationales pour étudier les sentiments d'appartenance, nationale, ethnique ou communautaire. Cette expression recouvre donc une approche plus globale de la personne, car le chez-soi est en lien avec la notion d'habiter : son corps, sa maison, son quartier, etc. Le chez-soi est lieu où l'on se sent bien, dans son intimité, qui inclut aussi la dimension citoyenne, psychique et spirituelle de la personne en lien avec les principes du *Housing First* (un chez-soi d'abord) « *Ce n'est pas seulement d'un toit dont ont besoin les personnes pour se rétablir et aller mieux, mais d'un « chez soi », intégré dans la cité, qui procure intimité, sécurité et stabilité... bref, un véritable logement comme tout un chacun, et pas seulement un hébergement ou un abri*⁸⁶ ». L'expression de chez-soi permet donc, non seulement, de « retourner le stigmaté », mais surtout d'identifier les professionnels et bénévoles aux personnes accompagnées, et inversement, en posant la question existentielle commune : « qui suis-je ? Où je me sens chez moi ? ». Il s'agit de se mettre au niveau de la personne dans son existence, sans barrière de distinction, matérielle, administrative ou morale : le chez-soi se construit à partir d'une histoire, personnelle, familiale et sociale. C'est un lieu indéterminé, dont la représentation évolue et s'interroge constamment.

Récapitulatif des observations participantes et des entretiens, formels et informels

Participation à l'atelier d'expression théâtrale-art-thérapie (1 fois)

Participation à l'atelier philo (4 fois)

Fête de Noël de l'EMO

Accueils café EMO (17 fois)

⁸⁶ Vincent Girard, Pascale Estecheandy, Pierre Chauvin (2010) *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen : La santé des personnes sans chez soi*, La Documentation française, p. 148.

Rencontre avec 4 professionnels, 2 services civiques, 1 stagiaire art-thérapeute, 3 bénévoles dont un permanent et 10 personnes accompagnées dont 2 régulièrement.

Participation à la journée du forum Alcool-Exclusion : une réduction des risques nécessaire du 20 octobre 2017

Participation à la réunion de présentation de la RdR-Alcool par Matthieu Fieulaine et de l'expérimentation d'accueil avec alcool au CHS Valgiros par Elise Brochet au SIAO 75 (22 janvier 2018)

Visite des antennes : Paris 12 ; Paris 10 Valgiros, avec participation à une table ouverte

Visite CHU Popincourt (Samu Social)

Visite CHS Grancey (Enfants du Canal)

Visite ESI Mazas (Aurore)

Visite La Moquette (Les Compagnons de la Nuit, Paris 5è)

Intervention à la Croix-Rouge française : présentation des premiers résultats devant une vingtaine de responsables de service

Entretiens formels, enregistré et transcrits intégralement

Éducatrice spécialisée, Responsable EMO, Aux Captifs, La Libération

Psychologue-addictologue, PMO, activités transverses, Aux Captifs, La Libération

Psychologue, maraudes, Aux Captifs, La Libération

Psychologue, maraudes, Aux Captifs, La Libération

Éducatrice spécialisée, Chef de service ESI, Antenne Paris 10, Aux Captifs, La Libération (Captifs)

Directrice du CHS Valgiros, Aux Captifs, La Libération

Consultant-philosophe, bénévole atelier philo EMO (Captifs)

Bénévole référent-alcool, (Paris 10, Captifs)

Robert, Accueilli à l'EMO, Aux Captifs, La Libération

Patrick, Accueilli à l'EMO, Aux Captifs, La Libération

Coordinatrice éducatrice spécialisée, CHS, Enfants du Canal

Travailleuse Sociale, CHU Popincourt, Samu social

Psychologue, ACT, Charonne

Educateur spécialisé, ex-polytoxicomane, abstinent depuis 4 ans, Membre des
Narcotiques Anonymes

Interventions enregistrées et transcrites du forum Alcool-Exclusion (3 juillet 2017)

Catherine Pecquard, Directrice Association Charonne

Franck Moulius, Educateur Spécialisé, ANPAA

Souleymane Bâ, responsable CHRS Georges Dunand, Emmaüs

Bertrand Galichon, médecin urgentiste, Hôpital Lariboisière

Micheline Claudon, psychologue-alcoologue, Hôpital Bichat

Matthieu Fieulaine, Anthropologue-alcoologue, Consultant

Recueil d'informations complémentaires

Anne Coppel, sociologue des drogues, spécialiste de la réduction des risques, par mail

Stagiaire Educatrice spécialisée, CSAPA Valjean, hôpital de Montfermeil

Stagiaire Educateur Spécialisé, Accueil de Jour Charenton (Emmaüs)

Stagiaire Educateur Spécialisé, CHU, 15è, (CASP)

Stagiaire Educatrice Spécialisée, Maraude Paris Gare du Nord (Emmaüs) : mémoire sur les consommations d'alcool lors d'un séjour

Stagiaire Educatrice Spécialisée, CSAPA-CTR Pierre Nicole (Croix-rouge française)

Stagiaire Educatrice Spécialisée, CHRS Levert (Atoll 75)

Stagiaire Educateur Spécialisé, Maraude 12è arrondissement (Samu Social)

Stagiaire Educateur Spécialisé, Maraude Bois de Vincennes (Emmaüs)

Stagiaire Educatrice Spécialisée, CHRS Cité Jacomet (Secours Catholique)

Stagiaire Educatrice Spécialisée, CHS Camara (Secours Catholique)

Stagiaire Educatrice Spécialisée, ESI Familles, Paris 2è (OSE)

Stagiaire Educatrice Spécialisée, ESI Mazas (Aurore)

Etudiante en Master 1 réalisant un mémoire sur l'alcool, Educatrice Spécialisée au Secours Catholique (hébergement diffus)

Annexe : Guide d'entretien

Guide d'entretien pour les professionnels sur la prise en compte des usages de l'alcool dans le secteur AHI.

Fil conducteur : les relations que les professionnels du secteur AHI entretiennent avec l'alcool : pratiques, représentations et prise en compte des usages des personnes accompagnées

Représentations de la dépendance, des addictions, des drogues et de l'alcool en général

Représentations de la dépendance, des addictions, des drogues et de l'alcool chez les personnes ayant un parcours de rue

Expériences de situations professionnelles mettant en scène l'alcool

Expériences de situations personnelles mettant en scène l'alcool

Opinion sur la réduction des risques Alcool, sur l'abstinence et sur l'interdiction de son usage dans le secteur AHI : prise en charge, règlement et usage, place dans l'accompagnement, partenaires privilégiés...

Pratiques et usages de l'alcool du professionnel lui-même

Représentations de la notion de risque : pour soi-même, pour les personnes accompagnées...

Questions existentielles : mort, malade, croyances et pratiques religieuses...

Situation professionnelle, formation, rôle, fonction, parcours professionnel, âge