

Notes

LES PRISES EN CHARGE INTENSIVES DE PERSONNES AVEC UN TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL SÉVÈRE

RÉSUMÉ

- Trois services d'hospitalisation pour sevrage de l'alcool, deux structures de soins médicaux et de réadaptation en addictologie (SMRA) et deux hôpitaux de jour en addictologie (HDJA) ont été inclus dans cette étude qualitative sur la prise en charge intensive des personnes présentant un trouble de l'usage de l'alcool sévère.
- Dans l'ensemble de ces structures, une approche centrée sur le maintien prolongé de l'arrêt de l'usage est privilégiée.
- Dans ces services, la préparation de la sortie des patients est une préoccupation majeure des professionnels.

- Toutes ces structures proposent une prise en charge multimodale s'appuyant sur un socle commun d'interventions : médicale, psychologique et sociale.
- L'orientation neurobiologique, très présente, souligne la chronicité du trouble et vise à déstigmatiser les patients en soulignant leur vulnérabilité génétique.
- Les principales difficultés rencontrées sont en lien avec la chronicité du trouble, la grande précarité de certains patients et la prégnance des troubles psychiatriques co-occurents.

SOMMAIRE

Un socle commun d'interventions	4	Deux approches du rétablissement	12
Une prise en charge curative articulée à un réseau de partenaires	4	Deux modèles de déstigmatisation sociale	14
Une approche bio-psycho-sociale de l'addiction	5	Les limites des dispositifs observés	15
Une offre de soins basée sur une approche multidisciplinaire et des outils validés	6	Les critères de restriction des prises en charge	15
Des pratiques professionnelles diversifiées	10	Les contraintes professionnelles comme facteurs explicatifs	15
Des approches différentes de l'addictologie	10	Une prise en charge de la chronicité différente en fonction des dispositifs	17
Origine neurobiologique ou psychologique des addictions	11	Conclusion	18
		Bibliographie	19-20

En 2023, la France compte 3,3 millions d'usagers quotidiens d'alcool chez les 11-75 ans (OFDT, 2025). Les patients qui consultent pour la consommation de ce produit représentent 49,6 % des prises en charge dans les centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en 2022 et 307 676 patients ont été hospitalisés pour un problème de santé lié à l'alcool en médecine, chirurgie et obstétrique en 2023 (Douchet, 2024). En augmentation, ces soins hospitaliers concernent principalement des hommes (à 73 %) et des patients âgés en moyenne de 56 ans. Dans 22,4 % des cas, ils sont motivés par un diagnostic de dépendance et de sevrage, dans 11,3 % pour répondre aux effets à long terme de l'alcoolisation et dans 6,0 % pour une intoxication aiguë.

La prise en charge addictologique en milieu hospitalier des personnes atteintes d'un trouble de l'usage de l'alcool sévère, nécessitant des soins intensifs et résidentiels (à temps plein ou partiel), s'organise autour de trois dispositifs définis dans la circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie (circulaire du 26 septembre 2008). L'hospitalisation à temps complet permet de gérer la situation de crise (intoxication sévère, réalisation de sevrages justifiant une hospitalisation du fait de complications ou risques physiques et psychiatriques) ou est préconisée dans les cas suivants : indication de soins complexes, pathologies physiques et/ou psychiatriques associées, échecs antérieurs de traitements entrepris dans des cadres résidentiels ou ambulatoires. Les soins médicaux et de réadaptation en addictologie (SMRA) et hôpitaux de jour en addictologie (HDJA) sont conçus dans la continuité : les SMRA visent notamment à « consolider l'abstinence », « prévenir ou gérer les rechutes » et « favoriser la réadaptation à une vie sociale » ; les HDJA permettent d'accueillir des patients « nécessitant des soins complexes, de réaliser ou de poursuivre un traitement sur un mode intensif tout en maintenant le lien avec l'environnement de vie ». En dehors du milieu hospitalier, certaines structures comme les centres thérapeutiques résidentiels (CTR), d'affiliation principalement associative, ou des cliniques privées font fonction de SMRA, dans la mesure où ils proposent des prises en charge thérapeutiques résidentielles dans la suite d'une hospitalisation. Depuis la circulaire du 28 février 2008, réunissant les soins aux personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool et les soins aux personnes ayant d'autres conduites addictives au sein des CSAPA (circulaire du 28 février 2008), ces trois lieux accueillent tous types d'usagers. Toutefois, une grande majorité des patients sont accueillis pour un usage d'alcool (voir encadré méthodologique p. 3).

Bien que les missions des intervenants en service d'hospitalisation pour sevrage, SMRA et HDJA soient définies dans les textes et encadrées par des recommandations de bonnes pratiques (Airagnes *et al.*, 2019 ; INSERM, 2021 ; SFA *et al.*, 2023), les activités réellement conduites sont peu connues. L'enquête de Henri Bergeron, réalisée en 2001 au sein des dispositifs de soins en alcoologie¹, décrivait un accompagnement essentiellement curatif principalement orienté vers le maintien de l'abstinence (Hillemand, 1999)². Depuis, les dispositifs de prise en charge des patients ayant un trouble sévère de l'alcool se sont recomposés. Des analyses socio-historiques³ montrent que l'approche globale des phénomènes de dépendance s'est diffusée dans le contexte de la montée en charge du paradigme addictologique dans les années 1990-2000. Celui-ci appréhende l'ensemble des troubles de l'usage, quel que soit le produit, par le prisme d'une origine bio-psycho-sociale et valorise les approches neurobiologiques et cognitivo-comportementales (Bergeron, 1999, 2001 ; Fortané, 2010). Quelques auteurs se sont penchés récemment sur les contextes et les méthodes de travail des intervenants dans plusieurs types de dispositifs en addictologie (Abgrall et Milhet, 2019 ; Duprat, 2024 ; Milhet *et al.*, 2022). Mais les interventions en direction des personnes ayant un trouble de l'usage d'alcool sévère en services d'hospitalisation pour sevrage, SMRA, HDJA n'ont jamais été investiguées. L'objectif de cette note est de décrire ces pratiques dans ces trois dispositifs, de comprendre ce qui les sous-tend et de caractériser l'offre de soins sur un terrain d'enquête nouveau, réalisé en 2023-2024 (voir encadré p. 3). L'enquête s'appuie sur une méthodologie sociologique qualitative dont l'objectif est de comprendre les interventions menées, les logiques d'action, les modèles de soin qu'elles révèlent et les tensions émotionnelles auxquelles les professionnels sont confrontés (voir encadré p. 3).

1. Les dispositifs étudiés étaient les centres de consultation ambulatoire en alcoologie (CCAA) et des unités d'alcoologie (UA) situées en milieu hospitalier.

2. Bien que la terminologie de maintien prolongé de l'arrêt de l'usage prenne progressivement le pas sur celle d'abstinence, ce terme continue de faire sens pour les professionnels rencontrés qui l'utilisent régulièrement dans leur activité.

3. Pour une approche socio-historique du champ antérieure au paradigme addictologique, voir : Babor, 1997 ; Dargelos, 2005 ; Hillemand, 1995a, b ; Thiry-Bour, 1996.

Cette note montre que les pratiques des trois dispositifs étudiés restent centrées sur l'objectif de l'abstinence face à l'alcool, tout en partageant une conception tripartite de l'addiction inspirée du paradigme addictologique qui guide les actions quotidiennes des professionnels. L'observation au cœur de contextes de soin différents révèle néanmoins des contrastes et des nuances, même si l'approche neurobiologique demeure une orientation forte des pratiques. Enfin, la prise en charge de la grande précarité (notamment des personnes sans domicile), de la grande chronicité, ou des comorbidités psychiatriques sévères pose des difficultés aux professionnels, notamment face à différentes contraintes institutionnelles et professionnelles.

Méthodologie

L'enquête Trajectoires d'usages et parcours de soin du point de vue des professionnels et des usagers d'alcool (TUPSALCO) a pour objectif de mettre en regard l'accompagnement et les soins réalisés et les perceptions des personnes accompagnées. Pour ce faire, trois dispositifs ont été investigués : l'hospitalisation complète en addictologie qui réalise des sevrages durant deux semaines à temps plein ; l'hospitalisation de jour (HDJA), proposant un accueil de deux mois renouvelables avec plusieurs journées ou demi-journées hebdomadaires de consultations et d'ateliers ; les services médicaux et de réadaptation en addictologie (SMRA, ex-SSR) résidentiels qui proposent des séjours de six semaines.

Sept structures ont été choisies pour leur diversité (relative à la taille de l'équipe, l'affiliation institutionnelle, la zone géographique d'implantation...) : trois services d'hospitalisation en addictologie de tailles différentes (entre 10 et 50 lits) ; deux HDJA placées en agglomération et en zone rurale ; un SMRA, dans un hôpital en zone urbaine ; un autre SMRA en structure associative et en zone péri-urbaine a été intégré dans l'enquête. Au sein de ces espaces, les pratiques professionnelles ont été observées, puis les personnes accueillies dans les services, principalement des usagers d'alcool, ont été interrogées sur leur trajectoire biographique et d'usage ainsi que leur vécu des différentes prises en charge.

Après une analyse des trajectoires et perceptions des patients (Protais et Milhet, 2025), cette note vise l'analyse des pratiques des professionnelles. L'enquête repose sur la complémentarité des méthodes qualitatives. Un premier temps d'observation des intervenants (d'une à deux semaines en fonction de la taille des structures) a permis de décrire leur travail au quotidien. Il a été

réalisé à deux pour pouvoir diversifier les points de vue et croiser les analyses. Une deuxième phase d'entretiens individuels avec des professionnels d'identité différente (médecins, psychiatres, psychologues, infirmiers, aides-soignants, psychomotriciens, intervenants en activité physique adaptée et dans d'autres ateliers à médiation) a eu pour objectif d'appréhender les soubassements de leurs pratiques en interrogeant leur trajectoire professionnelle, leurs outils, leurs conceptions de l'accompagnement et en débriefant les séquences observées. Un troisième temps d'entretien collectif en équipe a permis de mettre en évidence des points de consensus ou des désaccords en initiant une discussion autour de cas ayant suscité des débats entre eux.

Au total, entre 2022 et 2024, dix semaines d'observation ont été réalisées dans les différentes structures investiguées, ce qui a permis d'observer plus de 400 séquences de soins : consultations, staffs, transmissions, ateliers et groupes de parole. Au total, 42 entretiens individuels ont été conduits avec les intervenants suivis ; 11 entretiens collectifs (en équipe complète dans le cas de petite structure, par spécialisation professionnelle dans le cas de services plus importants), réunissant une cinquantaine d'intervenants au total, ont été menés. L'ensemble a donné son accord pour être inclus dans le dispositif d'enquête. Les données ont été anonymisées (les prénoms, les noms des professionnels et des structures ont été modifiés) et ont fait l'objet d'une analyse compréhensive thématique.

Les observations menées permettent de décrire et de comprendre finement les interventions conduites dans chaque dispositif, de mettre en évidence une ossature commune ainsi qu'un arc de pratiques diversifiées.

UN SOCLE COMMUN D'INTERVENTIONS

Une prise en charge curative articulée à un réseau de partenaires

Conformément aux textes en vigueur, les trois dispositifs étudiés visent des personnes qui présentent des troubles sévères de l'usage de l'alcool. Dans les lieux investigués, la majorité des patients reçus témoignent de trajectoires de consommation marquées par la dépendance et par plusieurs hospitalisations pour sevrage (Protais et Milhet, 2025). Ils ont été principalement orientés par un médecin traitant ou un addictologue, par la médecine du travail ou les urgences, à la suite de périodes d'alcoolisations massives et/ou de décompensations psychiatriques ou somatiques graves, comme les pancréatites ou les delirium tremens (Liot *et al.*, 2006).

Chaque dispositif se présente comme une séquence de soins spécifique au sein d'un parcours pensé dans la continuité qui va du sevrage physique à la réintégration de la personne dans son milieu de vie. À l'issue de l'hospitalisation, la poursuite des soins en SMRA ou HDJA est systématiquement proposée et travaillée par l'ensemble des intervenants, quelle que soit leur identité professionnelle : médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues, travailleurs sociaux. Avoir effectué un sevrage physique est par ailleurs une condition d'admission dans les SMRA enquêtés. Pour certains patients, les trois types d'accompagnement s'enchaînent (hospitalisation, puis SMRA et enfin HDJA) dans l'objectif de favoriser progressivement l'autonomie.

Ces trois univers de soins dessinent une prise en charge polarisée autour d'une action curative, c'est-à-dire, proposant un soin intensif sur une durée définie de troubles sévères et aigus, dans une perspective distincte de la prévention ou du suivi au long cours. Les soins proposés visent principalement l'objectif de l'abstinence durant l'hospitalisation et sa consolidation en SMRA et HDJA. Si l'ensemble des professionnels rencontrés disent respecter les objectifs de consommation verbalisés par les patients, une majorité d'entre eux considèrent en effet l'abstinence comme un objectif à privilégier chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool sévère et donc la valorisent auprès de ces derniers. Quelques intervenants proposent la consommation contrôlée, mais ils sont minoritaires. L'arrêt durable de l'usage de l'alcool est par ailleurs un objectif quasi unanimement recherché par les professionnels dans le cas de personnes présentant des comorbidités physiques menaçant leur pronostic vital. En témoigne ce psychiatre addictologue exerçant en SMRA : il reçoit un patient de 28 ans chez lequel la consommation d'alcool a causé une dizaine de pancréatites. Il démarre l'entretien avec ces mots : « *Bon là, on est bien au clair, hein pour vous c'est zéro alcool. (...) Parce que la prochaine, vous pouvez y rester.* » L'abstinence est ici présentée comme une orientation des soins induite par les conséquences physiques potentiellement létales que pourrait entraîner la moindre consommation d'alcool. La complémentarité de l'accompagnement hospitalier avec celui proposé par le secteur médico-social est également mis en avant par les professionnels, comme l'explique ce médecin addictologue rencontré en service d'hospitalisation, intervenant aussi en CSAPA : « *Il y a un endroit pour chaque... Et moi, je bosse dans une structure de sevrage (...) En CSAPA je ne travaille pas pareil.* »

Cette prédominance de l'abstinence dans les objectifs de prise en charge observés explique que la réduction des risques et des dommages (RdRD) passant par la réduction de la consommation et le retour à une consommation contrôlée soit un référentiel peu mobilisé spontanément par les intervenants rencontrés. Toutefois, quelques professionnels expliquent que le sevrage n'est pas incompatible avec la RdRD. Un travailleur social en service d'hospitalisation envisage ainsi un temps de pause dans la trajectoire individuelle, permettant à l'usager de se protéger des risques et des dommages liés à la consommation continue : « *À partir du moment où on propose à des personnes au moins une pause, voire plus dans leur parcours, on peut appeler ça de la réduction des risques.* » D'autres appréhendent l'hospitalisation comme une mesure de prévention des conséquences sanitaires délétères et du risque vital engagé par la réalisation de sevrages sans assistance médicale : « *On l'hospitalise tous les mois, car il fait des sevrages chez lui mais, dès qu'il redescend à deux grammes, c'est inéluctable, il va faire un delirium tremens. Finalement, c'est moins risqué qu'il fasse un petit sevrage ici, bien fait, même si ce n'est pas bon pour le cerveau de répéter les sevrages comme ça.* » (Médecin addictologue, service d'hospitalisation.) Mais peu mettent en place des mesures de réduction des risques, telles qu'observées dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) et certains CSAPA. Seul un SMRA investigué met à la disposition des personnes accueillies une armoire de matériel de RdRD, en cas

d'envies irrépressibles de consommer. Néanmoins, au vu du contraste qu'il établit avec les autres lieux observés, cette conception de l'accompagnement est marginale dans l'enquête réalisée.

Un autre principe d'intervention partagé par les trois dispositifs est d'offrir un accompagnement limité dans le temps destiné à se poursuivre dans d'autres espaces de soins. Les services d'hospitalisation, les SMRA et les HDJA constituent toujours des dispositifs peu « captants » (Bergeron, 2001), dans le sens où leur objectif n'est pas de « garder » les patients, mais plutôt de « faire tourner les lits ». Les contraintes gestionnaires et l'intégration de la notion de « parcours de soin » officialisée par la loi hôpital, patients, santé, territoires (loi du 21 juillet 2009) (Rothier Bautzer et Troisoeufs, 2021) viennent entériner ces pratiques. Ainsi, ces trois lieux adressent leurs patients à des institutions partenaires, soulignant que, pour « éviter que les personnes accueillies ne se fixent dans (leur) établissement, elles doivent entretenir un réseau de destinataires : la recherche de partenaires en aval est donc un enjeu de première importance » (Bergeron, 2001, p. 79). Cet impératif explique que la continuité du parcours de soin soit perpétuellement travaillée au sein des structures observées, entre les services d'hospitalisation, SMRA et HDJA, mais aussi avec d'autres partenaires socio-sanitaires : médecine générale, CSAPA, psychiatrie... Les professionnels des trois dispositifs étudiés craignent en effet les rechutes rapides constatées lors des arrêts brutaux de prise en charge (Karila, 2006). Préparer la sortie apparaît comme un principe directeur, organisant l'offre de soins proposée. Cet objectif est travaillé continûment par l'ensemble des professionnels observés. En service d'hospitalisation, lors de chaque visite en chambre, les médecins terminent leur entretien par un questionnement sur le projet de suivi du patient à la sortie. Les infirmiers font de même, tout comme les psychologues, telle qu'en témoigne cette professionnelle en service d'hospitalisation, évoquant le partage de cette tâche avec l'ensemble de ses collègues :

« L'idée, c'est de booster un peu la motivation (...) et surtout ce que l'on va pouvoir mettre en place après. Par exemple, parler éventuellement de la postcure. (...) Mes collègues le font, moi j'essaie de le refaire et d'expliquer l'intérêt. (...) Je le sais pour l'avoir vu que certains patients veulent vite sortir pour aller travailler et puis ils reviennent trois mois plus tard parce que ce n'était pas solide. La postcure ne fait pas tout, mais ça peut aider. Donc, on leur présente un peu ce qui est possible. »

Si l'orientation vers un SMRA ou une HDJA n'est pas envisagée par le patient accueilli en service d'hospitalisation, les professionnels s'assurent a minima qu'un rendez-vous soit pris avec un médecin généraliste, un psychiatre ou en CSAPA dans un délai raisonnable après le retour à domicile. Lorsqu'un travailleur social est présent dans la structure, il arrive que l'appel téléphonique soit passé par ou devant lui. Il en va de même au terme des prises en charge en SMRA ou HDJA.

Une approche bio-psycho-sociale de l'addiction

Lorsque les intervenants définissent l'addiction, ils valorisent de manière unanime une origine bio-psycho-sociale, quelle que soit leur identité professionnelle. Apportant des précisions sur le fondement biologique, un médecin psychiatre mentionne « un dérèglement du circuit de la récompense au niveau cérébral ». Cette conception est partagée par de nombreux interviewés (médecins, psychologues et intervenants extérieurs). Pour préciser la cause psychologique, certains professionnels font référence à une composante psychotraumatique :

« Ce sont souvent des gens qui ont du mal à exprimer leurs émotions, à savoir ce qu'ils ressentent, c'est juste quelque chose de désagréable qui fait souvent aussi référence à un trauma et qu'ils vont essayer d'étouffer. Certains vont faire du sport, d'autres vont compenser par l'alimentation. Eux, ce qu'ils ont trouvé comme échappatoire, c'est l'alcool ou les substances psychoactives. » (Psychologue, HDJA)

Pour décrire la composante sociale des addictions, ce psychiatre addictologue en SMRA, évoque différents types d'expériences et leur intrication possible :

« La première cause, c'est l'expérience de domination au sens de stigmatisation, discrimination sociale, raciale, de genre... Tout un système d'inégalités sociales qui fait qu'il y a des dominants et des dominés. (...) Deuxième type d'expérience, qui est très liée, qui est celle autour de la violence, l'expérience de la violence et, en particulier, des psychotraumatismes vécus notamment chez les jeunes femmes et les filles. (...) Et la troisième, c'est ce qu'on appelle la "déliaison". (...) C'est-à-dire les ruptures, les pertes de liens sociaux, les pertes de liens communautaires, l'isolement, l'épidémie de solitude, etc. Tout ça fait système pour installer un mal-être (...) qui se situe dans les modes de relations qu'on a entre nous. »

Les conséquences d'une addiction sur la vie des personnes sont multiples aux yeux des intervenants. Leur prise en compte engage une offre de prise en charge plurielle et diversifiée. La consommation intensive d'alcool provoque une négligence et/ou une atteinte du corps marqué par la dépendance physique et des conséquences physiques graves telles que les pancréatites, le diabète, le cancer, tout autant qu'une altération des fonctions cognitives :

« Le corps est soit abîmé et négligé par l'alcool soit, au contraire, il est en recherche de sensations fortes, avec tous les psychostimulants, etc. Donc, en fait, être juste dans "c'est quoi mes ressentis normaux ?", souvent, les personnes sont déconnectées vraiment de ça. » (Psychomotricienne, HDJA)

« L'expérience totale du produit » (Castel, 1998 ; Fernandez, 2010 ; Protais et Milhet, 2025), marquée par une centration de la vie des personnes autour de la consommation et de l'obtention de l'alcool, bouscule par ailleurs les habitudes en lien avec les autres rôles sociaux (conjoint, parent, exercice d'une profession) qui sont délaissés. Les personnes développent un « rapport négatif » à elles-mêmes (Protais et Milhet, 2022 ; Renault, 2004), se traduisant par des sentiments de honte, de culpabilité et une incapacité à se projeter dans l'avenir. Les professionnels interrogés évoquent régulièrement ces conséquences délétères, à l'image de cette psychologue en HDJA :

« Là c'est stopper toutes les pensées dévalorisantes, toutes les croyances erronées dans lesquelles il peut s'inscrire à ce moment-là : "je ne vais pas y arriver", "je suis nul", "je ne tiens pas", des choses comme ça, avec notamment ces sentiments de honte et de culpabilité. »

Une assistante sociale en service d'hospitalisation relate de son côté les retombées de la dépendance sur l'insertion des personnes : « Il y a un processus de désaffiliation sociale à vitesse record. Il n'y a pas vraiment d'autres domaines dans lesquels ça aille aussi vite. Il y a aussi le fait d'intérioriser le regard violent de la société. »

Une offre de soins basée sur une approche multidisciplinaire et des outils validés

Les trois univers de soins sont pensés comme des séquences spécifiques d'un processus de soins intensifs. La première étape, celle de l'hospitalisation, engage principalement une mise à distance de l'alcool, une mise au repos et un soin du corps abîmé par l'alcool ; la prise en charge médicale y est prédominante. Ce moment constitue également un temps de préparation du travail réalisé ensuite en SMRA et HDJA, essentiellement sur les composantes psychologiques et sociales de l'addiction.

Un médecin addictologue en service d'hospitalisation et en HDJA décrit une ossature de soins partagée entre les trois dispositifs, en fonction des besoins des patients : « Un patient peut avoir besoin d'ateliers corporels, quels qu'ils soient, d'ateliers de parole, quels qu'ils soient, et d'ateliers à médiation [ergothérapie, art-thérapie, théâtre...], quels qu'ils soient. Il peut avoir besoin d'un soutien psychologique, médical, infirmier, aide-soignant et éventuellement d'un éducateur ou d'une assistante sociale. Telle est l'ossature classique... En termes de carte, chez les psychologues ou les intervenants, il faut la possibilité de travailler le trauma, la TCC [thérapie comportementale et cognitive], l'hypnose, la méditation, les thérapies ACT... Avoir un panel d'outils qui s'adapte. »

Si la perspective multidisciplinaire est posée, dans le sens où une large palette d'outils d'orientation théorique potentiellement différente est proposée, la place spécifique prise par les techniques validées scientifiquement – comme l'entretien motivationnel⁴, les TCC, les thérapies de pleine conscience, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), l'*eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) – dans l'offre de soins est valorisée par ce professionnel.

4. Pour plus de détails sur les thérapies non médicamenteuses utilisés en addictologie et leur niveau de validation scientifique, voir : Gouguet et al., 2006 ou FFA et Paille, 2022.

« Bio » : les soins du corps

Les soins du corps comprennent les traitements pharmacologiques de sevrage et la réalisation de bilans biologiques pour évaluer les conséquences physiques de la consommation d'alcool, ainsi que la restauration des fonctions physiques et cognitives altérées par l'usage.

Le traitement pharmacologique apparaît comme central dans les structures investiguées, en particulier en service d'hospitalisation. Le sevrage physique y est réalisé conformément à un protocole⁵ (Airagnes et al., 2019 ; Couzigou, 2001 ; Danel et Deveau, 2003) que les intervenants, médecins et infirmiers principalement (voir encadré p. 8) jugent efficace, comme cela a été démontré par ailleurs (Brouzes et Brouzes, 2008 ; Desprès et al., 2011). Des sevrages ambulatoires ont également été observés en HDJA. Les médecins prescrivent également des médicaments indiqués dans le traitement du trouble de l'usage de l'alcool : acamprostate (Aotal®), naltrexone (Révia®), disulfirame (Espéral®), nalméfène (Sélincro®), baclofène⁶, même si leur efficacité leur pose parfois question concernant le maintien de l'abstinence :

« Pour des somaticiens, nous avons encore beaucoup de progrès à faire sur le champ de la pharmacologie, c'est-à-dire : les traitements médicamenteux, sur l'alcool par exemple, ils ne marchent pas très bien. Je ne parle pas du sevrage, je parle du maintien de l'abstinence. On sait faire la phase du sevrage mais, pour les traitements qui vont consolider l'arrêt du produit, on n'a pas de traitement de molécules efficaces. Pour imaginer des traitements pharmacologiques, il faut comprendre le fonctionnement neurobiologique. » (Médecin addictologue, service d'hospitalisation)

Ainsi, au sein de ce panel de médicaments validés, le traitement privilégié en première intention par le professionnel dépend de l'efficacité perçue, telle qu'expérimentée en partie auprès de sa file active. Là où certains constatent que seul le baclofène est opérant pour prévenir le *craving* (Hillemand, 1999)⁷, d'autres médecins privilégient l'Aotal® en première intention ou le Révia dans le cas d'un poly-usage :

« L'Aotal est presque un placebo. Le Révia joue sur les récepteurs des opiacés. (...) si le patient veut quelque chose pour le rassurer, et l'intérêt de l'Aotal est qu'on le prend matin, midi et soir, ce qui veut dire que tu es vraiment malade, puisque tu prends un traitement matin, midi, et soir, tu accentues l'effet placebo, j'ai tendance à prescrire Aotal. » (Médecin addictologue, HDJA)

L'activité de prescription s'accompagne également de la réalisation d'un ensemble d'examen complémentaires destinés à déceler d'éventuelles complications physiques provoquées par la consommation (syndrome de Korsakoff, diabète, cancer...), nécessitant une ou plusieurs prises en charge complémentaires.

En parallèle du traitement médicamenteux, l'accompagnement de la reprise de contact avec le corps et la rééducation des fonctions cognitives sont également centraux dans le travail des intervenants. Divers ateliers de psychomotricité, d'activités physiques adaptées sont organisés dans les trois dispositifs. Ils visent une remise en mouvement, tout autant qu'un travail sur l'équilibre, la projection de soi dans l'espace, la coordination, la mémorisation... Évoquant le cas d'une patiente, cette intervenante en SMRA et HDJA, en charge notamment d'ateliers d'activités physiques adaptées, explique :

« Elle suit un traitement, elle m'a dit : j'ai vraiment la concentration qui est complètement flinguée, je n'arrive plus à mémoriser comme avant. Je lui ai fait faire de la boxe, et elle est étonnée de ce qu'il y a derrière. Aller au-delà de la vision de : la boxe, c'est juste pour cogner. Mais non, il y a plein de choses qui sont non visibles. C'est toute la partie de l'iceberg invisible qui est liée justement à ça, associer les chiffres au mouvement, taper au bon endroit, se souvenir, etc. »

Les ateliers ou consultations spécifiques réalisés par les neuropsychologues observés en HDJA et SMRA ont également pour objectif de rééduquer un certain nombre de fonctions cognitives.

5. Un traitement par benzodiazépines et vitaminothérapie est administré par voie orale ou par perfusion, si les professionnels jugent les besoins en réhydratation ou les risques liés au sevrage importants (delirium tremens ou crise d'épilepsie).

6. Pour plus de détails sur les différences d'indications et de cadre d'administration de ces différents médicaments, voir : Michel, 2013.

7. Le *craving* est décrit comme une pulsion, une envie impérieuse et irrépressible de reproduire, contre sa volonté, l'expérience à la base de la conduite addictive (consommer une substance ou exécuter un comportement/une activité gratifiante). Il est soulagé par la prise du produit ou la reprise de l'activité concernée.

Le travail des infirmiers et aides-soignants entre « pharmaco », « observation » et « soin relationnel »

Les infirmiers et aides-soignants constituent des intervenants de référence pour les patients reçus à l'hôpital. Leur travail est proche de celui réalisé en service de médecine générale tout en présentant des activités spécifiques. En SMRA et HDJA, les infirmiers se mêlent davantage aux autres catégories d'intervenants et les aides-soignants ne sont pas mobilisés dans les structures rencontrées.

Les activités en lien avec le sevrage sont qualifiées de « pharmaco » et d'« observation » par les infirmiers rencontrés. Ces deux axes constituent des éléments importants de valorisation de leurs compétences professionnelles. Ils réalisent des distributions de médicaments trois à quatre fois par jour : ils contrôlent d'abord la prescription en lien avec la pharmacie et les médecins, expliquent le traitement au patient, s'assurent de la prise, examinent l'opportunité de donner un médicament prescrit en « si besoin » ou qui n'exige pas d'ordonnance, en fonction de l'état clinique du patient. Ils vérifient aussi quotidiennement les symptômes de sevrage : tremblements, diarrhées, réflexes oculaires... et posent des perfusions (après prescription médicale) en cas de signes trop aigus. Le travail des aides-soignants est, quant à lui, principalement organisé autour de la préparation et la désinfection des chambres, la distribution des repas, l'hygiène des patients... Toutefois, dans un hôpital investigué, le travail de repérage des signes de sevrage est partagé avec les infirmiers.

Cet axe technique du travail s'articule au « soin relationnel » que les infirmiers et aides-soignants jugent plus spécifique de l'activité en service d'addictologie et

globalement peu reconnu, notamment à l'extérieur du champ de l'addictologie (« Ils disent qu'on fout rien », entretien collectif infirmiers, service d'hospitalisation). Cette composante s'avère davantage développée en SMRA et HDJA où certains infirmiers investissent plus fortement les activités thérapeutiques. Pour qualifier ce type d'intervention, les deux catégories de professionnels évoquent une posture d'ouverture et de bienveillance, une capacité à manier l'humour pour désamorcer les « situations compliquées », ainsi qu'à poser des questions en lien avec leur travail d'observation des patients : « On peut avoir des informations concernant le patient et ça nous permet de retransmettre à notre hiérarchie. Ça permet aussi au psychiatre de visualiser le patient dans sa globalité et de dire que, peut-être, on peut changer de stratégie, de traitement par rapport à telle transmission des aides-soignantes » (entretien collectif aides-soignants, service d'hospitalisation). Dans le cadre d'une relation de confiance durable instaurée avec certains patients, quelques infirmiers réalisent un véritable travail de soutien psychologique : « [On peut amener] à faire verbaliser des choses parfois difficiles de son passé à des personnes que l'on ne connaît pas et à vraiment créer un lien de confiance et pouvoir essayer de les accompagner dans leurs difficultés » (entretien collectif infirmiers, service d'hospitalisation). Cette relation pose les bases d'un travail sur soi approfondi, poursuivi avec les médecins addictologues et psychologues (Brisson et al., 2016).

« Psycho » : se connaître, maîtriser ses envies et renforcer une identité positive

Au-delà des soins du corps, le travail psychologique sur l'addiction comprend l'investigation des raisons pour consommer et leurs origines dans l'histoire de la personne. Il recouvre également l'ensemble des stratégies susceptibles d'être mises en place pour maîtriser les envies d'alcool. De manière plus générale, les professionnels mettent en place des ateliers destinés à renforcer l'estime de soi et la motivation à l'arrêt.

L'offre d'accompagnement sur le volet psychologique vise d'abord à aider les patients à identifier le rôle joué par la consommation dans une diversité de contextes et situations biographiques (l'ennui, la solitude, la fête, la survenue d'émotions associées à un trauma...). Ce travail est réalisé au sein des consultations par les médecins addictologues, les psychologues, mais aussi les groupes de parole et divers ateliers. En individuel, quelques psychologues, minoritaires dans les structures investiguées, proposent aux personnes un travail centré sur leur histoire ou les relations au sein de la famille en mobilisant des outils d'inspiration psychodynamique. D'autres engagent un travail sur le psychotraumatisme à l'aide d'outils variés, pour certains validés (comme l'EMDR) ou en expérimentation, comme la *trauma integrating flow therapy* (TIFT) ou réorientent vers des professionnels compétents.

Le travail sur les émotions est également très présent dans les structures de soins observés. Certains psychologues invitent les patients à identifier, puis à verbaliser leurs ressentis en se demandant « ce qui s'est passé pour eux » (psychologue, SMRA) à des moments précis de leur vie récente ou passée. Les groupes de parole et divers ateliers, comme l'art-thérapie, visent également le repérage des émotions (exercice particulièrement difficile pour certaines personnes présentant des troubles addictifs), puis leur expression et leur partage.

L'offre d'accompagnement s'appuie ensuite sur des temps collectifs visant à sensibiliser les patients sur les causes et mécanismes de l'addiction, et à mettre en place des grilles de comportements ajustées à une vie sans produit. Délivrée sous forme d'enseignement plus ou moins formel (présentation PowerPoint, exposé en petit groupe, support paperboard...), l'éducation thérapeutique a pour but d'accroître la connaissance des mécanismes impliqués dans l'addiction et soutient la définition de stratégies individuelles pour contrer les envies de produit. Les personnes sont par exemple invitées à reconnaître les pensées permissives ou les situations susceptibles d'entraîner une rechute. Dans une visée comportementaliste, certains ateliers mobilisant les jeux de rôles proposent des mises en situation théâtralisées permettant de mettre en place des comportements destinés à résister à l'offre d'alcool (mise en scène d'une soirée festive où il s'agit de se projeter dans le refus de boire). Au cours des ateliers inspirés de l'art-thérapie également, la proposition est de faire découvrir des activités et de nouveaux plaisirs susceptibles d'être mobilisés dans l'organisation d'une vie sans produit. Durant les ateliers de sophrologie/pleine conscience, techniques validées incluses dans la troisième vague des TCC, largement présents dans les lieux investigués, les patients expérimentent un outil permettant de gérer l'envie de consommer.

À titre d'exemple, dans un atelier sur le *craving* réalisé en service d'hospitalisation, l'intervenant opère une synthèse entre les approches psycho-éducative, comportementaliste et les techniques méditatives. En partant de situations vécues par les personnes, il débute l'atelier par la délivrance de connaissances sur le *craving*, en particulier son caractère limité dans le temps. Les patients sont invités à repérer les moments où surviennent les envies de produit, à évaluer leur intensité sur une échelle de 0 à 10 et à comprendre que l'envie ne durera pas plus de quelques minutes. La séance se termine par un temps de méditation de pleine conscience.

Le travail visant à comprendre l'origine des troubles puis à les maîtriser s'articule enfin à un autre, de nature motivationnelle au sens large, effectué tout autant dans le colloque singulier des consultations que par le biais des ateliers. Il s'agit ici de renforcer la volonté à arrêter en insistant sur les dimensions positives d'une vie sans alcool et d'une identité autonome. En consultation individuelle, une majorité de psychologues et médecins addictologues renforcent, par petites touches au fil des échanges, la motivation du patient en valorisant ses réussites et les éléments positifs de son parcours :

« Je pense qu'avec elle, c'est important de la valoriser, de lui dire que ce qu'elle fait, c'est super, et lui demander : "OK, vous n'avez toujours pas reconsommé ? Ben c'est génial". Vraiment aller sur ce terrain-là, très motivationnel. » (Psychologue, HDJA)

Certains ateliers amènent par ailleurs les patients à renforcer les bases d'une identité positive. À titre d'exemple, l'atelier dédié aux compétences psychosociales réalisé par une assistante sociale vise un renversement de perspective sur ce que les personnes perçoivent spontanément comme des faiblesses de caractère, entraînant une dépréciation de soi. L'intervenante accompagne le groupe à déceler les qualités cachées derrière certains défauts supposés et à savoir s'en féliciter.

« Social » : travailler sa relation à l'autre et l'insertion

Le travail sur cette composante de l'addiction est réalisé dans deux directions différentes. Dans un cas, il vise les compétences sociales, entendues comme l'art de communiquer avec les autres de manière constructive, l'aptitude à développer des relations apaisées et à résoudre des difficultés inhérentes à la vie. Dans l'autre, il concerne la réinsertion en tant que telle : capacité à mener des activités à l'extérieur, à retrouver un emploi...

Le travail social est particulièrement investi dans l'un des SMRA investigués. Dans des suivis personnalisés, des éducateurs accompagnent les patients dans la définition concrète d'objectifs à travailler à l'issue du séjour concernant leurs relations affectives et sociales. Ce travail se poursuit au décours de la vie collective initiée au centre : les résidents y expérimentent des modes de gestion des tensions/conflits grâce à l'appui des intervenants qui offrent de nombreux espaces de discussion en individuel ou en groupe. Il est également réalisé au sein d'ateliers portant sur le décryptage de certains types d'interactions.

Le travail de resocialisation peut être également effectué par des assistants sociaux qui accompagnent les personnes en individuel pour ouvrir des droits ou envisager des reprises d'activités, principalement observé en service d'hospitalisation. Dans un HDJA visité, un éducateur spécialisé prolonge ce travail lors d'un atelier, où les patients choisissent, planifient, anticipent des sorties qui seront réalisées le week-end en individuel, puis débriefées par la suite en groupe.

DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DIVERSIFIÉES

À l'intérieur du socle commun d'interventions, l'observation de séquences de soins spécifiques révèle des pratiques diversifiées dessinant une orientation soit neurobiologique soit psychodynamique (aux référents théoriques variés). L'approche neurobiologique considère que les personnes présentant une addiction témoignent, pour une large part, d'un dérèglement du circuit de la récompense. La fragilité individuelle mise en avant auprès du patient peut être tempérée par une prise en charge médicamenteuse, une réhabilitation cognitivo-comportementale et le maintien de l'abstinence. Le modèle du rétablissement promu est basé sur l'acceptation d'une vulnérabilité à vie. Les approches d'orientation psychodynamique valorisent de leur côté les composantes psychosociales impliquées dans les phénomènes de dépendance. Elles accompagnent le patient dans la reconquête d'un « pouvoir d'agir » (intervenante psychomotricienne, SMRA) à travers une réflexion sur sa propre histoire, son fonctionnement affectif et psychologique et ses relations aux autres. Ce faisant, cette perspective ambitionne l'affranchissement de la personne de l'étiquette de « malade à vie ».

Ces différences observées ne peuvent pas être complètement ramenées à des identités professionnelles (formation et sensibilité théorique) ou de structures (affiliation institutionnelle et historique). Si les affinités théoriques des intervenants sont importantes pour comprendre leurs pratiques, certains se positionnent toutefois différemment en fonction des séquences de soins. Les ressorts des pratiques sont parfois variables : dans un cas, c'est l'adaptation à un patient qui va primer, dans un autre, une posture éthique, ou une activité particulièrement dense... De même, si certaines structures investiguées ont un historique et une identité institutionnelle forte permettant de comprendre une orientation donnée aux interventions menées, les professionnels s'en éloignent également dans certaines situations concrètes, témoignant ainsi d'une adaptabilité importante aux situations des patients, déjà observée dans d'autres espaces d'accompagnement en addictologie (Milhet *et al.*, 2022). Pour rendre compte de cette souplesse des pratiques à l'intérieur de séquences de soins similaires, les différences relevées seront décrites à partir des observations de l'activité quotidienne des services.

Des approches différentes de l'addictologie

En service d'hospitalisation, l'équipe médicale prend le temps de faire le tour des chambres pour savoir comment évolue l'état clinique de chaque patient. Ces tours médicaux ont lieu tous les jours ou une à deux fois par semaine selon les lieux investigués. Ils constituent également l'occasion de former les internes.

Les manières dont le docteur Burgin⁸, psychiatre addictologue, et le docteur Abar, médecin addictologue, tous deux exerçant en service d'hospitalisation, conduisent les entretiens avec les patients à l'occasion de ces tours médicaux présentent certains points communs tout en étant très différentes. Ces deux professionnels ne portent pas leur attention sur le même type d'éléments lors de la visite en chambre et investissent davantage certains axes d'intervention, passant plus rapidement sur d'autres, ce qui révèle des approches différentes de l'addictologie.

Le docteur Burgin travaille dans un service de taille modeste. Lorsqu'il ne connaît pas encore un patient, il revient longuement avec lui sur sa vie, attentif aux éléments traumatiques qui ont jalonné son histoire. Y compris dans les rencontres ultérieures, il conduit un entretien abordant les liens entre la consommation et le passé des personnes, explorant notamment les fonctions prises par le produit. Par exemple, à une patiente qui évoque des interactions conflictuelles avec son conjoint, il demande si ses précédentes relations affectives étaient également difficiles, tout en interrogeant un sentiment de vide intérieur pouvant expliquer les usages répétés. Le docteur Burgin explore avec une autre personne les composantes du *craving* (à quel moment il survient, dans quel contexte, quelles sensations corporelles l'accompagnent...), puis il lui propose un travail de mentalisation et de respiration, inspiré de la sophrologie. L'examen physique est réalisé plus rapidement, comme l'échange autour du traitement prescrit. Interrogé sur ces entretiens réalisés en chambre, le docteur Burgin explique :

8. Des noms d'emprunt ont été attribués dans cette partie aux intervenants pour que le lecteur puisse suivre un ensemble de positionnements relatifs à la même personne qui rend compte de la dimension sociologique de l'enquête. Ceux-ci ont été anonymisés.

« Pour moi, l'addicto psychiatrique, c'est un travail sur lequel on va aller pousser sur les émotions. On va aller pousser sur l'affirmation de soi, où on va aller réfléchir à comment apparaît l'addicto dans son parcours. (...) C'est de prendre en charge le patient dans sa globalité psychiatrique aussi et psychothérapeutique. »

Par contraste, le docteur Abar exerce dans un service de plus de 40 lits. Lorsqu'il rencontre un patient en chambre à l'occasion du tour médical, il consacre très peu de temps à l'anamnèse et pose quelques questions sur le parcours de consommation. Ce médecin se concentre plus largement sur l'examen physique, expliquant à la personne le traitement qu'il va mettre en place et lui demandant comment il envisage la sortie d'hospitalisation. Les échanges du docteur Abar avec les internes portent souvent sur les modalités de prescription des médicaments en lien avec un cas clinique concret, ce qui est moins le cas du docteur Burgin qui focalise davantage son attention sur la compréhension des processus psychopathologiques à l'œuvre dans l'évolution clinique du patient. Le docteur Imbault, médecin psychiatre en service d'hospitalisation, témoigne de pratiques plus proches de celles du docteur Abar que du docteur Burgin. Interrogé sur la manière dont il mène ces entretiens en chambre, il explique : *« Je les écoute pour savoir comment ils vont, s'ils ont des troubles et si les traitements fonctionnent. (...) Il faut y aller, faut définir un diag [diagnostic] et essayer des traitements, si c'est juste empathie et compréhension, c'est gratifiant pour nous, mais c'est pas là où le patient avance, et le prix de journée coûte cher, on n'a pas le temps. »* Pour ce médecin, comme pour le docteur Abar, la psychothérapie n'est pas l'objectif prédominant de l'hospitalisation pour sevrage, car la durée de l'accompagnement est trop courte. Leur identité professionnelle et leurs inspirations théoriques jouent également. Le premier mentionne la psychiatrie neurobiologique⁹ ; le second est médecin généraliste de formation. Dans leurs discours, la médecine basée sur les données probantes (*evidence-based medicine*) est également très présente. À l'occasion des séquences de soins observées, les données scientifiques validées sont régulièrement mentionnées auprès des internes, notamment concernant les traitements pharmacologiques. Les examens physiques approfondis réalisés sur un temps important à des fins de bilans pour déceler d'éventuelles conséquences physiques graves en lien avec la consommation d'alcool justifiant des prises en charge intensives connexes témoignent de cette approche.

Origine neurobiologique ou psychologique des addictions

Les observations sociologiques conduites dans les trois dispositifs témoignent d'une variabilité très importante dans le contenu des ateliers ayant pour vocation d'accroître les connaissances des personnes accompagnées sur le fonctionnement et l'origine de l'addiction. Deux types se dégagent. Dans le premier cas, les patients sont invités à se représenter une maladie biologique évoluant entre des phases aiguës et des phases de rémission plus ou moins longues. Dans le second cas, les personnes sont amenées à considérer la consommation comme une réponse à un mode de gestion spécifique de leurs émotions.

Le docteur Quiroz, médecin addictologue en service d'hospitalisation, conduit un atelier du premier type, inspiré de la psychoéducation. Invitant les patients à réfléchir à la définition d'une addiction, il évoque la perte de contrôle, les envies irrépressibles, l'accoutumance, la dépendance physique et le circuit de la récompense. Le praticien souligne également qu'un certain nombre de personnes présentant des addictions n'ont pas de psycho-traumatismes : *« L'addiction est une maladie neurobiologique beaucoup plus que psychiatrique... le produit permet pour certains de soulager une souffrance, mais souvent on consomme sans psychopathologie sous-jacente. C'est le cas pour 50 % des patients... c'est un dérèglement neurobiologique, c'est pour ça que, le traitement de l'addiction, c'est pas le même que le traitement psychiatrique. »* La dépendance à un produit est présentée comme une « maladie chronique », une « vulnérabilité à tous les produits », qui a « probablement une origine génétique » et avec laquelle les personnes doivent apprendre à vivre : *« Maladie neurobiologique, maladie chronique, ça veut dire quoi ? On vit avec. Faut pas dramatiser mais faut savoir que vous resterez vulnérable. »* Le docteur Kaan, médecin addictologue en service d'hospitalisation, conduit un atelier similaire dans lequel il aborde la notion de circuit de la récompense en donnant trois images aux patients : *« Je vous donne trois exemples, voyez-le comme une boussole, un viseur, un GPS que suit votre cerveau pour vous amener dans la bonne direction, les produits peuvent dérégler ce système, le GPS est dérégulé, la boussole est dérégulée... On veut vous aider à remplir cette partie du cerveau, vous aider à créer*

9. Approche psychiatrique spécialisée dans la compréhension des troubles mentaux compris comme des fonctions biologiques du système nerveux.

des programmations stratégiques que vous allez stocker qui permettra de corriger le bug. » Il aborde également la dimension comportementale, pour éclairer certains contextes de vie qui induisent des consommations : « Le conditionnement peut être un grand obstacle à un processus de changement, vous avez fait mille fois telle chose, comme consommer, vous êtes conditionné à le refaire. Attention à ça ! »

Par contraste, les ateliers consacrés à l'abord des mécanismes de l'addiction réalisés par M. Eriksen, intervenant en SMRA, abordent diverses émotions primaires (colère, joie, tristesse, surprise, dégoût, peur), leur traduction corporelle (rougissements, accélération des battements du cœur et de la respiration, transpiration, expressions du visage...), leurs fonctions positives (être connecté à des besoins comme la survie, la sécurité, le lien... et poser des limites) et la temporalité dans laquelle elles se déploient. Le professionnel développe également les notions de congruence émotionnelle (« cohérence entre ce que je ressens et ce que je donne à voir ») et de dissociation : « *Parfois pour éviter la surcharge de peur, on a le cerveau qui disjoncte pour ne pas mourir. Ça vous parle ? En gros, soit le cerveau fait le boulot, soit c'est la conso. Il y a un problème quand les moindres sensations physiques qui rappellent ce moment de peur me font disjoncter. C'est le stress post-traumatique. Parfois on est dissocié dans la vie, on pense à autre chose, c'est normal. Mais dans le cas du stress post-traumatique, le but c'est la survie et la conso peut être un recours.* »

Deux approches du rétablissement

Les deux conceptions de l'origine de l'addiction qui viennent d'être évoquées ont des implications différentes sur les stratégies pour contrer les symptômes de la maladie et la perception du modèle de rétablissement à privilégier. Ainsi, en lien avec la défaillance du circuit de la récompense, le docteur Quiroz, cité dans la partie précédente, privilégie la stratégie de l'abstinence, la modification des habitudes de vie et la mise en place d'activités qui agissent sur le circuit de la récompense :

« Alors y'a deux écoles, mais quand on dit que la dépendance c'est qu'on ne peut pas contrôler, c'est compliqué de prôner une consommation maîtrisée. Les neurotransmetteurs n'attendent que de se réactiver. Alors, pour certains, les rechutes sont immédiates, pour d'autres, progressives, certaines personnes retrouvent une capacité à contrôler la consommation, mais je ne peux pas vous recommander ça, car les risques sont trop importants, donc ma recommandation c'est d'arrêter. »

Pour asseoir cette abstinence, le médecin évoque ensuite dans le détail les médicaments pour lutter contre l'addiction à l'alcool : leur mode d'action, les effets secondaires à anticiper... Pour autant, les envisageant uniquement comme des « béquilles » au regard de leur efficacité perçue comme réduite, il invite en parallèle à revoir les habitudes de vie pour contrecarrer l'association entre un contexte et le recours à un produit. Diversifier les sources de plaisir est également présenté comme une alternative pour alimenter le circuit de la récompense de manière plurielle avec des activités moins délétères sur la santé : « *Il faut compenser avec les activités qui agissent sur les mêmes circuits. Donc, vous pouvez compenser par une activité sportive raisonnable, une alimentation plus élaborée. (...) On est addict à plein de choses, le problème est la toxicité. Donc, trouver une addiction non toxique pourquoi pas.* »

Le même type de modèle se retrouve dans les groupes d'entraide (Jauffret-Roustide, 2010a) qui interviennent dans une pluralité de services. À l'instar de ce qui avait déjà été observé par Hillemand en 1998 (Hillemand, 1998) puis Henri Bergeron en 2001 (Bergeron, 2001), l'ensemble des services investigués établissent des relais avec les Alcooliques anonymes (AA), les Narcotiques anonymes (NA), Vie libre, la Croix bleue... en les faisant intervenir sur des plages horaires définies. Ces associations d'anciens buveurs jouent un rôle de « *gouttière* » pour des dispositifs qui ne réalisent pas de suivis longs : elles « *peuvent ainsi intervenir, quand les professionnels ne le peuvent pas, pour soutenir les patients dans leurs démarches* » (Bergeron, 2001, p. 71). Basées sur l'adage « once an addict, always an addict », bon nombre des séances observées s'appuient sur la conception neurobiologique de l'addiction pour promouvoir l'abstinence comme la solution à adopter. Ce type de représentation vient en effet donner une assise scientifique à une notion de « maladie dépendance » imprégnée à l'origine d'un substrat spirituel propre aux AA et NA (Jauffret-Roustide, 2010b). Un hôpital investigué a son propre groupe d'entraide : il constitue une synthèse intéressante entre l'héritage des associations d'anciens buveurs et l'approche neurobiologique. Une fois par semaine, des soignants viennent répondre aux questions des participants ; on y entend des médecins expliquant que l'addiction est une maladie chronique engageant un dérèglement du circuit de la récompense. Quels que soient les groupes observés durant l'enquête, le format des séances reste le

même ; elles constituent des occasions renouvelées pour maintenir, redynamiser une motivation à l'arrêt de l'ensemble des produits, les participants partageant leurs expériences positives en lien avec cette mise à distance et la force qu'ils en tirent. Si l'adhésion est inégale d'une personne à l'autre (Protais et Milhet, 2025), comme dans les ateliers menés par le docteur Quiroz et le docteur Kaan précédemment cités, un réaménagement de la vie de la personne basée sur l'acceptation de la maladie chronique, la consolidation de l'abstinence et une révision des habitudes de vie sont préconisés dans ces groupes.

Par contraste, M. Abott, intervenant pair-aidant en SMRA, assure un groupe de parole qui préconise un autre modèle de traitement de la dépendance. Inspiré par la philosophie du « *recovery* » issue de la psychiatrie communautaire américaine¹⁰, le rétablissement y est défini comme projet personnel, consistant à fixer des objectifs de consommation ajustés à un « *contexte de vie, sa psychologie, ses particularités biologiques* ». M. Abott explique : « *Qu'on soit sur une gestion de la conso comme moi ou sur un projet d'abstinence, on va tous dans une dynamique de rétablissement.* » Les composantes psychologiques et sociales de l'addiction y sont particulièrement soulignées par l'intervenant : « *Vous voyez, dans ce qu'on dit, on voit bien le côté psycho-social. Parce que, si c'était juste une maladie du cerveau, vous seriez en trek et vous auriez envie de consommer. (...) En fait, ce n'est pas ça. Dès qu'il y a quelque chose qui se passe, vous n'avez pas envie.* » Cet atelier procède en un échange entre les participants qui entreprennent de définir leur projet de rétablissement, abordé comme un processus continuellement réajusté au fil de la trajectoire. La différence avec les groupes d'entraide est saillante, l'abstinence n'y est pas d'emblée posée comme un objectif découlant nécessairement de la dépendance : « *Ce qu'on dit ici, ce n'est pas "la gestion c'est mieux que l'abstinence", ce qu'on dit c'est "à chacun de s'écouter et de savoir ce qui est bon pour lui".* »

Ces approches contrastées sont également perceptibles dans les consultations. Si l'ensemble des professionnels disent suivre le projet posé par le patient, la hiérarchisation des objectifs de consommation n'est toutefois pas la même pour tous. Le docteur Badaoui par exemple, médecin addictologue en service d'hospitalisation, exposant régulièrement dans divers contextes de soin l'origine neurobiologique de l'addiction, s'appuie sur des éléments comme les rechutes ou des bilans physiques pour sensibiliser les patients à l'idée que l'abstinence est l'objectif le plus adapté. Dans le cadre des entretiens, si la personne ne mentionne pas l'objectif de l'arrêt durable, il se garde bien de préconiser cet horizon de manière frontale : « *Surtout, il ne faut pas aller les brusquer : "Mais non, moi je vous conseille d'arrêter, ce n'est pas bien ce que vous faites, il faut arrêter de boire !" Non, ça, c'est le jugement, je ne suis pas juge.* » En revanche, le médecin entreprend de sensibiliser le patient à l'arrêt des consommations qu'il estime préférable pour préserver sa santé. Il mobilise pour cela des éléments tangibles, comme les dommages déjà avérés : « *Je demande les bilans. Pourquoi je demande des bilans ? Parce que, s'ils sont perturbés, je leur montre : "Regardez par vous-même." Je demande une échographie, si je vois le foie gras, c'est-à-dire un gros foie : "Regardez", je leur explique l'évolution, l'attention, parce que ça peut partir.* »

À l'inverse, M. Guerin, éducateur spécialisé en SMRA, se réclame d'une approche expérientielle et humaniste : « *Pour moi, c'est remettre la personne au cœur de ses soins. C'est vous qui savez ce qui est bon pour vous et là où vous voulez aller. Nous, on est là comme soutien et comme accompagnateur, mais on n'est pas dans une posture de soignant, de sachant, quoi.* » Il s'interdit de promouvoir un objectif d'usage (gestion ou abstinence) à la place du patient : « *Ben l'idée, c'est avant tout de co-construire avec une personne qui vient ici un objectif qui lui est propre : l'abstention, donc qu'il y ait une pause pendant un moment avec le produit sans condamner le fait qu'un jour on y retournera ; l'abstinence ou la gestion du produit.* »

Si l'ensemble des professionnels travaillent différents types de projets avec leurs patients, la manière dont ils les hiérarchisent révèle des conceptions différentes du rétablissement : pour le docteur Badaoui, la personne est considérée comme rétablie lorsqu'elle arrive à maintenir l'arrêt durable des produits ; pour M. Guerin, lorsqu'elle réussit à maintenir les objectifs d'usage qu'elle a choisis. Cette conception est également perceptible chez certains médecins interrogés, considérant que trop de leurs collègues privilégient l'abstinence comme seul horizon possible pour les patients.

10. La philosophie du *recovery*, proche du mouvement de la santé communautaire, est développée outre-Atlantique dans les années 1970 par des associations d'anciens patients de la psychiatrie. Ce courant de pensée s'est construit contre une conception pessimiste de la maladie mentale et la stigmatisation sociale des personnes atteintes de troubles mentaux. L'objectif est de déconstruire un modèle du soin basé sur l'autorité du médecin, en s'appuyant sur l'expérience des personnes ayant vécu la maladie. Dans ce modèle, les personnes expérimentent ce qu'elles estiment être bon pour elles de manière accompagnée.

Deux modèles de déstigmatisation sociale

Les deux approches (celle qui valorise davantage la dimension neurobiologique de l'addiction ou celle qui met la focale sur les composantes psychologiques et sociales) induisent des modèles de déstigmatisation différents pour les patients. L'accent mis sur la composante neurobiologique implique de reconnaître l'usage excessif régulier comme une maladie chronique et, par conséquent, d'endosser un statut de malade à vie. Les patients sont invités à intérioriser une vulnérabilité biologique, se méfier de conditionnements associés à leurs contextes de vie et maintenir une vigilance, ainsi que l'illustre le docteur Badaoui, précédemment cité : *« Tant qu'ils sont abstinents, ils sont guéris. Ils reboivent, on reprend ça. Ils savent très bien qu'un verre en ramène mille. »* Cette approche confronte les personnes à une difficulté majeure : accepter la perspective de ne plus jamais pouvoir consommer de l'alcool. Toutefois, elle procure aussi un soulagement, offrant une perception de soi qui déleste de la honte et de la culpabilité. *« Ça déculpabilise, ça reconnaît le trouble »*, souligne le docteur Thiron, médecin addictologue en HDJA. Ce modèle de déstigmatisation est bien résumé par le docteur Imbault, psychiatre addictologue en service d'hospitalisation : *« La déstigmatisation, le choix du vocabulaire (...) Ça change toute la perspective en fait. Comment on nomme les rechutes, la maladie qui n'est pas un cycle d'intoxications et d'abstinences. (...) Donc, tout comme on ne reproche pas aux asthmatiques de tousser, il est difficile de reprocher à un patient qui a une addiction de consommer. »*

Ce modèle de déstigmatisation des personnes est largement repris dans les groupes de parole et groupes d'entraide observés. Dans celui qui est animé par Mme Charon, psychologue en HDJA, les patients ont pu évoquer la honte face à leurs comportements passés liés à l'alcool et le sentiment que peu de gens comprenaient ce dont ils souffraient. Le même genre de vécu est verbalisé durant les groupes d'entraide observés. Les expériences de stigmatisation sociale y sont également couramment rapportées. L'entre-soi communautaire permet alors de mettre à distance un étiquetage social délétère pour la personne. Le groupe s'emploie à renverser le stigmate en proposant de construire l'identité de dépendant comme une force et non plus comme une faiblesse. C'est ce dont témoigne l'aspect ritualisé des prises de parole, chacun débutant par le rappel de son prénom suivi du qualificatif « dépendant », quand bien même la personne n'aurait pas consommé depuis de nombreuses années.

Les approches qui insistent davantage sur les composantes psychologiques et sociales impliquées dans les trajectoires de dépendance sont porteuses d'un modèle de déstigmatisation différent. Si la vulnérabilité des personnes face au produit est pleinement prise en compte par les intervenants, ces derniers mettent l'accent sur le maintien d'une forme de libre arbitre, à condition de travailler sur les sources de déstabilisation inscrites dans l'histoire et les contextes de vie. L'image renvoyée au patient met ainsi davantage en relief sa faculté d'autodétermination et les capacités d'actions mobilisables à l'issue du temps passé dans un espace de soins intensifs.

Mme Desmarais, intervenante psychomotricienne en SMRA, également inspirée par l'approche humaniste et expérientielle, s'oppose ainsi à l'assignation des personnes à une maladie, à l'origine selon elle d'un pessimisme et d'une passivité, substituant un stigmate moral à un autre de nature médicale qui n'est pas préférable à ses yeux :

« Se dire qu'il n'y a pas de fatalité. Dans la maladie, il y a un peu un truc comme ça, on subit et vous allez avoir un traitement et on verra, et encore. (...) Je trouve que ça ferme des possibles. Bousculer peut-être un petit peu ce paradigme-là, c'est hyper important. (...) Si on améliore ses compétences, notamment psycho-sociales, on peut se dire que peut-être ça a été nécessaire à une période dans la vie, mais ce n'est pas déterminé à vie. (...) Ça n'enlève pas le pouvoir d'agir de la personne. Si tout était autodéterminé, c'est questionnant quand même. »

LES LIMITES DES DISPOSITIFS OBSERVÉS

Tous les profils de patients ne sont pas admis dans les structures investiguées. Les processus de sélection et de suspension de prise en charge mis en place doivent être replacés dans les conditions d'exercice spécifiques du métier dans les trois dispositifs investigués. L'analyse révèle néanmoins que la chronicité n'est pas accueillie de la même manière en HDJA, SMRA et service d'hospitalisation pour sevrage.

Les critères de restriction des prises en charge

Les structures investiguées s'avèrent plus ou moins ouvertes à l'accueil d'une diversité de profils et toutes les décisions engageant l'avenir d'un résident dans un lieu de soins font l'objet de débats renouvelés au sein des équipes. Certains critères communs peuvent toutefois être distingués. À l'instar de ce qui a été observé par Henri Bergeron en 2001, la motivation du patient, le fait qu'il ne présente pas de troubles de la personnalité et psychiatriques jugés trop graves par l'équipe, et qu'il témoigne d'une relative stabilisation sociale sont des éléments particulièrement examinés lors des décisions d'admission. Les personnes sans domicile sont en effet globalement peu intégrées dans les structures, en dépit de besoins de soins importants démontrés par la littérature (Facy *et al.*, 2000). Un des services investigués s'est avéré toutefois moins excluante que les autres. En SMRA et en HDJA, le nombre de cycles précédemment réalisés est également un critère déterminant, la majorité n'accueillant plus les patients au-delà de deux, voire trois cycles réalisés dans les lieux :

« Il n'y a pas de patients qui font dix séjours au SMR, c'est plutôt en service de sevrage. On a des histoires comme ça, de 30 hospitalisations, 40 ou 50. Au SMR, on a des gens qui sont venus deux fois, mais ça s'arrête là. » (Entretien collectif, SMRA, service d'hospitalisation)

Les critères de suspension de suivi dans les différents espaces investigués sont à peu près les mêmes : la consommation sur le lieu de prise en charge est rédhibitoire dans beaucoup de structures, tout comme les violences verbales et physiques visant des soignants ou d'autres patients. Seul un SMRA (mettant à disposition des patients du matériel de RdRD et organisant des sorties au bar supervisées) témoigne d'une tolérance plus marquée à l'égard de l'usage, mais uniquement lorsque le produit n'est pas consommé avec les autres résidents et si l'« écart » est d'emblée partagé et repris avec les intervenants.

Les contraintes professionnelles comme facteurs explicatifs

Les intervenants justifient ces pratiques de sélection et d'interruption de soins de plusieurs manières. L'argument thérapeutique est le premier mentionné : les personnes qui consomment sur place ou dont la motivation n'est pas saillante durant l'entretien d'accueil ne sont pas perçues comme prêtes à la prise en charge proposée. Concernant celles qui n'ont pas de logement et qui sont à la rue : les besoins primaires n'étant pas couverts, les interventions ne sont pas considérées comme accessibles aux personnes. Celles qui présentent des troubles de la personnalité ou psychiatriques définis comme graves (de l'ordre de la psychose décompensée ou de la psychopathie/perversion) sont appréhendées comme présentant une capacité réduite à s'intégrer à la dynamique groupale, centrale dans l'offre de soins. En SMRA ou HDJA, au-delà d'une certaine durée de prise en charge, les personnes sont perçues comme n'avançant plus :

« Après dix hospitalisations, je trouve qu'il faut aller voir ailleurs. Parce que ça veut dire que l'on répète les mêmes schémas, les mêmes discours avec le patient. Or, ce n'est pas mal d'avoir des points de vue, un éclairage différents, quelqu'un qui va dire quelque chose que l'on va "tilter" différemment, parce qu'on n'est plus dans le même lieu. Il y a aussi des patients qui reviennent parce qu'ils connaissent bien l'équipe. Il y a un attachement à l'équipe, c'est rassurant, c'est confortable, on sait que l'on est bien pris en charge. Mais est-ce ça qui va nous faire progresser ? Est-ce que l'idée d'aller dans un endroit que l'on connaît bien est pertinente ? C'est aussi un questionnement à avoir. » (Médecin addictologue, HDJA)

Ces arguments peuvent être reliés à la vocation curative des dispositifs, sélectionnant en première intention les personnes pour lesquelles les actions conduites peuvent être efficaces face à une demande de soins exponentielle. Ces justifications thérapeutiques ne doivent toutefois pas en masquer d'autres de nature institutionnelle, gestionnaire et émotionnelle qui apparaissent en filigrane des discours.

Les professionnels évoluent en effet dans le cadre de contraintes importantes qui peuvent être perçues comme contradictoires. Les différents intervenants des structures observées ont des formations et expériences variées : certains ont par exemple déjà exercé en psychiatrie, d'autres pas ; la présence des psychiatres est par ailleurs très variable d'une structure à l'autre. Cet état de fait rend les équipes plus ou moins ouvertes à l'accueil des personnes présentant ce type de troubles. À titre d'illustration, l'accueil de M. Levy dans un hôpital investigué a soulevé de grandes difficultés au psychiatre-chef de service. Alors que ses troubles psychotiques n'ont pas semblé évidents lors de l'entretien d'admission, M. Levy (probablement en sevrage de crack) est apparu à son arrivée comme délirant, puis agressif à l'égard de l'équipe soignante. Démuni face au manque de moyens, le psychiatre a d'abord essayé de le faire admettre dans le service fermé du même hôpital, qui a finalement refusé de l'accueillir par manque de personnel. Après avoir appelé toutes les urgences de Paris, M. Levy a nécessité un transfert sous contrainte dans un autre établissement au bout de 48 heures de prise en charge.

Les professionnels évoquent également des contraintes gestionnaires, valorisant conjointement des objectifs de santé publique (prendre en charge le plus de patients possible) et l'impératif de rentabilité de l'hôpital, inscrit dans les orientations de politique publique depuis les années 2000 (Belorgey, 2010 ; Pierru, 2012). Ces contraintes renforcent la priorisation de patients « motivés », à même de mettre à profit les interventions proposées rapidement, pour « faire tourner les lits ». À l'inverse, les personnes précaires et chroniques sur la longue durée peuvent être perçues comme des *bed blockers* et confronter les professionnels à des objectifs « non remplis », tel qu'en témoigne ce médecin-chef, exerçant pourtant dans le seul service d'hospitalisation investigué où ces profils de patients ne sont pas exclus d'emblée :

« En fait, ils reviennent, oui, à distance du sevrage, donc ils sont sevrés. (...) Globalement, ce sont des patients qui ne devraient pas être dans des structures de court séjour. Je dirais que, sur les 40 lits, un ou deux à peu près correspondent à ce qu'on appelle des bed blockers. »

Ces contraintes gestionnaires sont citées par les intervenants pour expliquer que les patients hospitalisés de façon trop récurrente sur lesquels le soin ne serait plus efficient ne soient plus réadmis. C'est ce type de raisonnement qui est collectivement mobilisé par l'équipe d'une HDJA rencontrée à propos de M. Guiraud :

« Psychologue : Pour le coup, je l'ai vu il y a quelques semaines en SMR, je trouve effectivement que ça n'a pas de sens parce qu'il connaît trop bien la structure.

Médecin : Il nous aime bien.

Infirmière : Moi aussi. Je l'aime bien, mais...

Psychologue : C'est le soin...

Infirmière : Parce que, en fait, il n'y a plus le travail.

Psychologue : On n'avance plus et on ne travaille pas vers l'autonomisation. Au contraire, c'est bien d'aller voir ailleurs. (...) Du coup, on ne prend plus d'autres patients, parce que les places sont prises. (...) Il y a quand même quelques millions de gens qu'on doit aider. On travaille le confort. Le soin, ce n'est pas forcément le confort. »

Dans ce contexte institutionnel caractérisé par un manque de moyens tout autant que par des contraintes gestionnaires fortes, certains patients attisent des émotions difficiles à vivre pour les équipes soignantes, comme la peur face à des publics souffrant de pathologies psychiatriques aiguës et potentiellement violents, l'épuisement face aux personnes qui rechutent ou qui n'avancent pas et la grande empathie face aux personnes sans solution d'hébergement à la fin de leur séjour hospitalier. Ce contexte confronte certains chefs de service, dont l'impératif de non-sélection des patients est inscrit dans le sens qu'il donne à leur métier, à des conflits de valeurs importants. Certains les résolvent par une forte implication, augmentant la charge mentale liée à leur fonction. En témoigne notamment ce psychiatre-chef de clinique en service d'hospitalisation, qui a décidé, avec le chef du service, d'accueillir un sortant de prison au profil psychopathique (M. Alami). Pour contrebalancer l'opposition et la peur de l'équipe, les deux médecins ont ajusté leur implication, renforçant les visites en chambre, se plaçant en première ligne au moindre doute quant à une possible altercation, y compris sur leur temps de repos :

« Je pense qu'il faut essayer. Avec des patients comme M. Alami, tu ne peux pas juste te fermer au premier aspect. (...) Je ne prends pas du tout à la légère cette histoire de serment d'Hippocrate... Je crois à cet engagement de s'occuper des gens du mieux qu'on pouvait sans regard sur leur passé, leur origine, leur conviction ou quoi que ce soit... J'ai appris qu'on a le droit d'avoir peur, que c'était sain, mais il ne fallait pas ne pas s'occuper des gens parce qu'ils nous faisaient peur... Donc, oui, clairement, M. Alami, comme ça, sur le papier, je ne voulais pas le prendre... et puis j'ai dû réfléchir et j'ai dit "OK, on va le prendre" parce qu'il a beau menacer, il a beau avoir fait de la taule, il est hors de question de ne pas essayer de l'aider. Mais gros travail pour rassurer l'équipe! » (Médecin psychiatre, service d'hospitalisation)

La surcharge des services et le temps important occasionné par la prise en charge de ce type de patients difficiles expliquent que les autres structures investiguées restreignent d'emblée leur accueil.

Une prise en charge de la chronicité différente en fonction des dispositifs

La question de l'absence de prise en charge de la chronicité au-delà d'une certaine durée en SMRA et HDJA pose toutefois question. Entrelacées à de multiples traumatismes, les trajectoires de nombreux usagers sont jalonnées de difficultés non surmontées sur de longues périodes. Cet état de fait engendre un besoin réitéré de soins intensifs, parfois sur de nombreuses années, notamment avec des professionnels en qui ils ont confiance. Pour ces profils, les perspectives des intervenants et des patients ne coïncident pas. Les professionnels, sollicités de façon récurrente après plusieurs séjours, perçoivent une stagnation, un patient qui s'institutionnalise dans une recherche « d'occupationnel » (entretien collectif, HDJA), sans plus tirer de bénéfices de l'offre de soins. À l'inverse, l'expérience des personnes accueillies témoigne de besoins répétés dans la durée (Protais et Milhet, 2025), auxquels les contacts renouvelés avec les soignants apportent une réponse.

La chronicité est toutefois davantage prise en compte dans les services de sevrage, certains accueillant très régulièrement des patients en rechute. Des services mettent d'ailleurs en place des stratégies ciblées pour les personnes nécessitant des prises en charge intensives régulières : système d'hospitalisation séquencée à l'instar de ce qui est réalisé dans d'autres structures (Tonnelier et al., 2011), reprise rapide d'individus connus en situation de rechute... Des médecins exerçant en hospitalisation proposent par ailleurs à certains patients de les suivre en consultations dans le service pour entretenir le lien thérapeutique après la sortie. Si le renouvellement des séquences de consommations peut susciter le découragement des soignants, à l'image de ce qui a été observé en CSAPA ou en CAARUD (Milhet et al., 2022), la conception de l'addiction comme maladie chronique les aide à apaiser le sentiment d'impuissance et permet de rationaliser la nécessité de ces prises en charge répétées. En témoigne cet échange entre deux infirmiers :

« Et tu vas te rendre compte que c'est une maladie psychique et qu'il n'y a pas de solution. Là, je me suis vraiment rendu compte, ça va être un travail de longue haleine. Je ne sais même pas quand la solution va se trouver. Pourquoi j'en suis arrivée à ça, c'est parce que je me suis dit qu'ils reviennent tout le temps. »

« C'est intéressant ce que tu dis, parce que c'est vrai, en plus avec la consommation de produits, ils ont eu l'habitude que le produit soit la solution, mais la solution rapide. Un problème d'anxiété et de dépression, de sommeil ou de tension interne, pour essayer de s'apaiser, ils boivent un ou deux verres d'alcool et en 15-20 minutes, c'est calé. (...) C'est en fait un travail de longue haleine, ça prend du temps. Pour beaucoup, il faudrait faire de la psychothérapie, mais on ne voit pas les bénéfices tout de suite et, parfois, c'est aussi ça qui fait que la consommation revient. » (Entretien collectif infirmier, service d'hospitalisation)

Si la conception de l'addiction comme maladie chronique permet aux patients de se libérer d'un stigmatisation sociale moralisante (Protais et Milhet, 2025), tel que l'envisagent certains médecins interrogés dans l'enquête, elle permet également aux équipes, notamment infirmières et aides-soignantes, d'accepter le coût émotionnel lié à des parcours marqués par la répétition de périodes de consommations massives.

CONCLUSION

L'enquête TUPSALCO apporte une visibilité sur les pratiques des professionnels visant l'alcool dans trois dispositifs de soins intensifs jamais investigués sous l'angle de la sociologie qualitative : les services d'hospitalisation pour sevrage, SMRA et HDJA. Conformément aux textes réglementaires cadrant les pratiques, l'observation témoigne de séquences de soins pensées dans la continuité. Les intervenants mettent en place une prise en charge pluridisciplinaire, proposant une grande diversité d'outils pour travailler les différentes composantes de l'addiction. Cette note, centrée sur l'observation du travail quotidien des intervenants, montre en quoi le paradigme addictologique guide concrètement les pratiques. L'accompagnement observé s'appuie sur une conception de l'addiction large et consensuelle qui a su réunir les différentes branches du traitement des dépendances (alcoologie et interventions en toxicomanie) dans une approche commune à la fin des années 1980 (Fortané, 2010). Les interventions observées s'appuient sur une conception bio-psycho-social de l'origine et du traitement des addictions. Cette perspective se décline dans une diversité de suivis individuels et d'ateliers allant de la prise en charge physique au travail sur les émotions, les compétences psychosociales et la gestion du *craving*, en passant par la psychoéducation. Au sein de cette offre de soins diversifiée, les approches scientifiquement validées, (techniques médicalementes, mais aussi psychothérapeutiques dans la lignée des approches cognitives, comportementales ou motivationnelles) détiennent une place de choix. À l'image des orientations de politiques publiques visant les addictions, mises en place dans les années 1990-2000 (Fortané, 2010), l'approche neurobiologique apparaît par ailleurs comme un axe fort dans les prises en charge observées. Elle constitue le socle théorique d'un soin curatif qui envisage majoritairement l'abstinence comme la solution à privilégier auprès des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool sévère. Sa réutilisation par les groupes d'entraide témoigne de la large intégration du modèle de maladie chronique dans l'univers de l'accompagnement visant les troubles de l'usage de l'alcool sévères.

À l'intérieur de ce modèle dominant, une ligne de contraste se dessine toutefois entre des séquences de soins privilégiant la composante neurobiologique de l'addiction dans le discours tenu aux patients et d'autres mettant principalement en avant les dimensions psychologiques et sociales. Ces focales renvoient aux patients des modèles de pouvoir d'agir et de déstigmatisation différents. Dans un cas, l'idée est de troquer le stigmate moral d'alcoolique contre celui, déculpabilisant, de malade devant maintenir l'abstinence. Dans un autre, le patient est invité à se détacher de l'étiquette de dépendant à vie, en travaillant les composantes psychologiques et sociales de l'addiction. Au-delà d'une offre de soins construite autour d'une ossature commune, ces discours sont susceptibles d'influencer les trajectoires d'usage, la manière dont les patients se représentent leur identité et se projettent dans l'avenir, telle que l'étude sur les parcours de consommation et de soins des patients pris en charge dans ces dispositifs en témoigne (Protais et Milhet, 2025).

L'enquête a par ailleurs montré que la vocation curative des espaces de soins étudiés se heurte aux profils des grands précaires, installés dans les consommations sur de longues périodes, avec des troubles psychiatriques graves. Ce constat confirme ainsi les conclusions déjà posées par H. Bergeron en 2001 : au sein d'une demande de soins exponentielle, ces dispositifs ne retiennent « *tendanciellement – consciemment ou non – dans l'espace thérapeutique que les patients qui leur offrent les plus grandes chances de succès ou, plus exactement, le moins de risques d'échecs* » (Bergeron, 2001, p. 41). Cet état de fait peut être mis en lien avec des contraintes professionnelles, institutionnelles, et gestionnaires susceptibles d'être vécues comme contradictoires, indépendantes de la volonté des équipes (accueillir tout profil de personnes, « faire tourner les lits » et répondre à une demande de prise en charge importante). Elle révèle néanmoins des besoins de soins partiellement non couverts.

Bibliographie

Liens accessibles au 04/06/2025

- Abgrall E., Milhet M. (2019) Les pratiques professionnelles dans le champ des addictions. Paradigmes et déterminants explorés par les sciences sociales. Paris, OFDT, 17 p.
- Airagnes G., Ducoutumany G., Laffy-Beaufils B., Le Faou A.L., Limosin F. (2019) Alcohol withdrawal syndrome management: Is there anything new? La Revue de Médecine Interne, Vol. 40, n° 6, p. 373-379.
- Babor T. (1997) La typologie et le traitement de l'alcoolisme: passé, présent et avenir. *Alcoologie*, Vol. 19, Suppl. 3, p. 293-298.
- Belorgey N. (2010) L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public ». Paris, La Découverte, coll. TAP/Série histoire contemporaine, 336 p.
- Bergeron H. (1999) L'État et la toxicomanie: Histoire d'une singularité française. Paris, PUF, coll. *Sociologies*, 370 p.
- Bergeron H. (2001) Dispositifs spécialisés «alcool» et «toxicomanie», santé publique et nouvelle politique des addictions. Saint-Denis, OFDT, 127 p.
- Brison C., De Timary P., Zech E. (2016) «Réussir» son sevrage grâce à la qualité relationnelle. *Alcoologie et Addictologie*, Vol. 38, n° 4, p. 277-286.
- Brouzes F., Brouzes G. (2008) Sevrage alcoolique. Évaluation d'une procédure standardisée. *Alcoologie et Addictologie*, Vol. 30, n° 4, p. 395-398.
- Castel R. (Dir.) (1998) Les sorties de la toxicomanie. Fribourg, Editions Universitaires de Fribourg, 296 p.
- Couzigou P. (2001) Le sevrage du malade alcoolodépendant (syndrome de sevrage alcoolique - traitement préventif et curatif). In: 11^e séminaire de formation en hépato-gastroentérologie, Vinel J.-P., Levy P. (Dir.). Paris, SNFGE, p. 185-199.
- Danel T., Deveaux M. (2003) Les médicaments de l'aide au sevrage alcoolique. *Le Concours Médical*, Vol. 125, n° 31-32, p. 1843-1849.
- Dargelos B. (2005) Une spécialisation impossible. L'émergence et les limites de la médicalisation de la lutte antialcoolique en France (1850-1940). Actes de la recherche en sciences sociales, n° 156-157, p. 52-71.
- Desprès C., Demagny L., Bungener M. (2011) Les pratiques médicales de sevrage du patient alcoolodépendant. Influence de la conférence de consensus de 1999. *Alcoologie et Addictologie*, Vol. 33, n° 4, p. 333-344.
- Douchet M.-A. (2024) La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2023. Paris, OFDT, coll. Notes de bilan, 10 p.
- Duprat L. (2024) Les conditions fragiles de la pluriprofessionnalité entre médecins et professionnels d'appui: le cas des microstructures médicales addictions (MSMA). Sciences Sociales et Santé, Vol. 42, n° 3, p. 5-31.
- Facy F., Rabaud M., Dally S. (2000) La prise en charge des sans domicile fixe dans les centres spécialisés en alcoologie. *Alcoologie*, Vol. 22, n° 2, p. 107-111.
- Fernandez F. (2010) Emprises. Drogues, errance, prison: figures d'une dépendance totale. Bruxelles, Larcier, coll. Crimen, 374 p.
- FFA, Paille F. (2022) Guide pratique des psychothérapies les plus utilisées en addictologie. Paris, Fédération Française d'Addictologie (FFA), 139 p.
- Fortané N. (2010) La carrière des « addictions ». D'un concept médical à une catégorie d'action publique. *Genèses*, n° 78, p. 5-24.
- Gonguet B., Karila L., Lukasiewicz M., Liot K., Reynaud M., Danel T., Coscas S., Karmous R., Delacotte C., Hecktor L., Vimal T., Benyamina A., Alter C., Friard D., Maisondieu J. (2006) Alcool... quand tu nous tiens. *Santé Mentale*, n° 112, p. 17-91.
- Hillemand B. (1995a) L'évolution conceptuelle de la thérapeutique de l'alcoolodépendance. *Alcoologie*, Vol. 17, n° 4 Suppl., p. 451-458.
- Hillemand B. (1995b) Lecture alcoologiques: aperçus historiques. *Alcoologie*, Vol. 17, n° 4 Suppl., p. 373-470.
- Hillemand B. (1998) Les associations d'aide aux personnes ayant un problème avec l'alcool: aperçus historiques, surtout en France. *Alcoologie*, Vol. 20, n° 2, p. 137-151.
- Hillemand B. (1999) L'alcoolisme est-il une maladie? *Alcoologie*, Vol. 21, n° 2, p. 309-315.
- INSERM (2021) Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 724 p.
- Jauffret-Roustide M. (2010a) L'auto-support des usagers de drogues: concepts et applications. *Rhizome*, n° 40, p. 5-6.
- Jauffret-Roustide M. (2010b) Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire. *Pensée plurielle*, n° 23, p. 93-108.

■ ■ ■

Karila L. (2006) Abus et dépendance à l'alcool : le poids des chiffres... *Santé Mentale*, n° 112, p. 22-23.

Liot K., Karila L., Reynaud M. (2006) Complications somatiques de l'alcoolodépendance. *Santé Mentale*, n° 112, p. 32-37.

Michel L. (2013) Le traitement médicamenteux de la dépendance alcoolique (en dehors de la période aiguë). *Post'U*, p. 155-164.

Milhet M., Protais C., Díaz Gómez C., Guilbaud F. (2022) Les pratiques professionnelles dans le champ de l'addictologie. *Tendances*, OFDT, n° 150, 8 p.

OFDT (2025) Drogues et addictions, chiffres clés. Paris, OFDT, 8 p.

Pierru F. (2012) Les recompositions paradoxales de l'État sanitaire français. Transnationalisation, étatisation et individualisation des politiques de santé. *Éducation et Sociétés*, n° 30, p. 107-129.

Protais C., Milhet M. (2022) Une vie marquée par le mépris. Une approche de l'expérience et de l'identité des grands précaires. *Terrains/Théories*, n° 15, art. 4699.

Protais C., Milhet M. (2025) Se détacher de l'alcool : expériences d'usagers recourant aux soins. *Tendances*, OFDT, n° 167, 8 p.

Renault E. (2004) L'expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice. Paris, La Découverte, coll. Armillaire, 420 p.

Rothier Bautzer E., Troisoeufs A. (2021) De quoi le parcours de soins est-il le nom ? *Sciences de la société*, n° 107, art. 12938.

SFA, EUFAS, Addictions France (2023) Recommandation de bonne pratique. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. D'après la méthode « Recommandations pour la pratique clinique ». Version actualisée le 5 juin 2023. Loos, Société Française d'Alcoologie, 128 p.

Thiry-Bour C. (1996) Genèse d'une institution : Le Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie. Évolution de la politique de lutte antialcoolique. Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 208 p.

Tonnellier S., Lemaire C., Bodenez P. (2011) Les hospitalisations programmées pour des patients alcoolo-dépendants : une façon de redonner un mouvement au temps ? *Psychotropes*, Vol. 17, n° 2, p. 75-88.

> Pour citer cette publication : Protais C., Milhet M. (2025) Les prises en charge intensives de personnes avec un trouble de l'usage d'alcool sévère. Paris, OFDT, coll. Notes de résultats, 20 p.

Remerciements

À toutes les structures qui nous ont accueillies, les professionnels que nous avons interrogés et qui ont accepté notre présence dans le quotidien de leurs pratiques. Au Fonds de lutte contre les addictions (FLCA) qui a financé cette enquête. Aux membres du comité de pilotage qui nous ont accompagnées durant toute la durée de l'étude : Guillaume Airagnes, Benjamin Rolland, Ludovic Gaussot, Nicolas Palierme, Emmanuel Langlois, Anne Paillet.



Observatoire français des drogues et des tendances addictives

69 rue de Varenne 75007 Paris

Tél : 01 41 62 77 16

e-mail : ofdt@ofdt.fr

ISBN : 978-2-488392-02-0

Photo copyrights : © Kalafoto et Halim (Adobe Stock)

www.ofdt.fr