



alt

Soins
accompagnement
et prévention
en addictologie

Arnaud Bubeck

En quête d'asile

*L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PRÉSENTANT DES CONDUITES
ADDICTIVES ET DES COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES*



« Alors, le corps, dans sa matérialité, dans sa chair, serait comme le produit de ses propres fantasmes. Après tout, est-ce que le corps du danseur n'est pas justement un corps dilaté selon tout un espace qui lui est intérieur et extérieur à la fois ? Et les drogués aussi, et les possédés ; les possédés, dont le corps devient enfer ; les stigmatisés, dont le corps devient souffrance, rachat et salut, sanglant paradis.(...) Le corps est le point zéro du monde, là où les chemins et les espaces viennent se croiser, le corps n'est nulle part : il est au cœur du monde ce petit noyau utopique à partir duquel je rêve, je parle, j'avance, j'imagine, je perçois les choses en leur place et je les nie aussi par le pouvoir indéfini des utopies que j'imagine. Mon corps est comme la Cité du Soleil, il n'a pas de lieu, mais c'est de lui que sortent et que rayonnent tous les lieux possibles, réels ou utopiques. »

Michel Foucault, le corps utopique

Septembre 2017

Reproduction en première page du tableau de Gustave Klimt « La médecine » par l'artiste Elisabeth Nicoloy¹

¹Une analyse du tableau est proposée à la page 138

Table des matières

Glossaire	6
Remerciements.....	7
Introduction.....	8
1. Présentation	8
2. Définitions.....	9
3. Revue de la littérature sur le sujet	10
3. 1. Sur le vécu des patients	10
3. 2. Sur la coordination des équipes et le parcours de soins	12
3. 3. Une situation critique.....	14
3. 4. La démarche sociologique	15
3. 5. Les liens, entre libération et attachements.....	17
4. Méthode de l'étude	18
5. Plan de l'étude.....	19
Chapitre I : De quoi la comorbidité est-elle le nom ?	22
1. Dans le champ de la psychiatrie	22
2. Dans le champ des addictions	24
3. Des diagnostics qui collent à la peau	26
4. L'anormal et le pathologique	28
4. 1. La volonté de ne pas savoir	28
4. 2. Des confusions récurrentes	29
5. Le jeu des étiquettes	31
Chapitre II : La réduction des risques et son appropriation par les acteurs du soin.....	34
1 : historique de la RDR.....	34
2. politiques de la RDR, outils, pratiques, cadre légal	36
3. discours et idées de la RDR.....	37
3. 1. L'inversion du rapport au savoir	38
3. 2. La demande du patient.....	39
3. 3. le rapport à la loi et à la limite	44
3. 4. Le rapport au normal et au pathologique.....	45
4. Les conséquences de ces interprétations	46
4. 1. La question de la limite	47
4. 2. Un risque toujours en suspens	51
5. L'application de la RDR à la psychiatrie et la prison	52
Chapitre III : Les liens entre professionnels	56

1. Les différences selon les lieux géographiques	56
1. 1. Des régions aux disparités historiques.....	57
1. 2. Des villes aux maillages singuliers.....	59
2. Les différences entre les institutions et les disciplines.....	60
3. La constitution d'un réseau personnel : un processus de sociabilité	62
3. 1. Les difficultés en termes d'organisation	62
3. 2. Une sociabilité par les pairs.....	64
3. 3. La recherche d'interlocuteurs par le biais de normes communes	65
3. 4. Des interlocuteurs au même niveau socio-professionnel	68
4. Les représentations entre les disciplines	69
5. Les critères socioprofessionnels.....	71
6. Une recherche des bonnes pratiques	73
6. 1. La pérennisation du réseau par la contractualisation.....	73
6. 2. La demande envers ses partenaires.....	74
Chapitre IV : La recherche de solutions.....	76
1. Des questions globales	76
2. Le logement.....	78
2. 1. Point de départ du soin ou démarche d'insertion ?	78
2. 2. Les conséquences d'une absence de logement.....	80
3. La formation.....	82
3. 1. Une situation insuffisante dans le cursus de formation	83
3. 2. Quel contenu pour les formations ?.....	84
3. 3. La formation des professionnels : sous quelle forme et dans quelles conditions ?	86
3. 4. Des formations pour les patients	87
3. 5. La formation de patients experts	89
4. Des structures et des dispositifs nouveaux.....	90
4. 1. Des initiatives innovantes pour mieux répondre aux besoins des professionnels et des patients.....	90
4. 2. La mise en réseau, exemples et effets.....	92
5. Des outils d'aide à la prise en charge.....	94
Conclusion	96
Limites de l'étude	98
Discussions.....	98
Bibliographie.....	101
Annexe	105

Annexe 1 : Guide pour la passation d'entretiens avec les professionnels du domaine médico-social dans le cadre de l'étude diagnostic auprès d'établissements recevant un public cumulant addictions et troubles psychiatriques	105
Annexe 2 : Guide pour la passation d'entretiens avec les professionnels du domaine sanitaire dans le cadre de l'étude diagnostic auprès d'établissements recevant un public cumulant addictions et troubles psychiatriques	108
Annexe 3 : Guide pour la passation d'entretiens avec les patients dans le cadre de l'étude diagnostique auprès d'établissements recevant un public cumulant addictions et troubles psychiatriques.....	111
Annexe 4 : Liste des entretiens avec les acteurs.....	113
Annexe 5 : Liste des patients.....	114
Annexe 6 : Résultats de l'étude gouvernementale sur le dispositif « Un chez-soi d'abord » entre 2011 et 2016	115
Annexe 7 : Conseils Locaux de Santé Mentale opérationnels au 31 décembre 2014	116
Annexe 8 : Moca test	117
Annexe 9 : Mini-Mental State Examination (MMSE)	118
Annexe 10 : Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB)	119
Annexe 11 : Questionnaire Rapid Addiction Profile (RAP).....	120
Annexe 12 : Questionnaire Adolescents et Substances psychoactives (ADOSPA)	122
Annexe 13 : Analyse du tableau « La médecine » de Gustave Klimt reproduit par Elisabeth Nicolý	123

Glossaire

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ALT : Association de Lutte contre la Toxicomanie

ARS : Agence Régionale de santé

ASAM : American Society of Addiction Medicine

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAS : Centre d'Accueil et de Soins

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CIM : Classification Internationale des Maladies

CIRDD : Centre Information Régional Drogues et Dépendances

CLSM : Conseils Locaux de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Médicale Universelle

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CTR : Centre Thérapeutique Résidentiel

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DSM : Manuel diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

HUS : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

LHSS : Lits Halte Soins Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

RDR : Réduction Des Risques

RSA : Revenu de Solidarité Active

SPIP : Service Pénitentiaires Insertion et Probation

SPUL : Service de Psychiatrie d'Urgence et de Liaisons

SSRA : Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

Remerciements

Cette étude est le fruit d'un travail personnel mais qui n'aurait sans doute pas été possible sous cette forme sans le soutien de nombreuses personnes. Je tenais donc à remercier vivement tous ceux qui ont participé à cette étude.

Tout d'abord je souhaiterais remercier toute l'équipe de l'Association de Lutte contre la Toxicomanie (ALT), auprès de qui j'ai découvert les métiers de l'addictologie et qui m'a énormément appris. Les nombreux échanges et débats que nous avons eus ont indéniablement nourri ce travail. Je remercie particulièrement Johann Oudot qui a travaillé activement à cette recherche et m'a aidé dans de nombreuses tâches. Je remercie aussi Brigitte Spenner, Melinda Huber, Rime Dubois, Anne-Sophie Weber-Grille, Audrey Hernandez, Christian Gesnel, Clara Levy, Gaëlle Brard, Jakub Kowalczyk, Joël Michel, Jean-luc Ambos, Léo Holfert, Mariana Otero, Sabah Bensaad et Tahar Neggar.

Je remercie vivement Valérie Lozac'h, qui a dirigé cette recherche, pour tous les échanges que nous avons eus et pour son aide précieuse.

Je remercie les membres du CIRDD Alsace (Centre Information Régional Drogues et Dépendances) qui m'ont aidé à réunir un ensemble de documents et d'articles scientifiques.

Je remercie Elisabeth Nicoloy qui m'a autorisé à utiliser sa reproduction du tableau de Gustave Klimt intitulé « La médecine » en page de garde de ce rapport.

Je remercie également les membres du comité de pilotage, Corine Delamarre, Christine Pfeiffer, Claude Jacob, Emilie Sour, Pierre Gallion, Laure Berthelot, Marie-Christine Laurent, Thierry Royer, Sami Barkallah, et Sophie Oberlin.

Par commodité d'usage, l'emploi du « nous » sera utilisé dans le reste du rapport.

Cette enquête a été réalisée par Arnaud Bubeck, chargé d'études auprès du laboratoire SAGE (Sociétés, Acteurs, Gouvernements en Europe), sous la direction de Mme Valérie Lozac'h, professeure de science politique à l'Institut d'Études Politiques de Strasbourg, et en collaboration avec l'ALT (Association de Lutte contre la Toxicomanie).

Introduction

1. Présentation

Notre étude porte sur une catégorie de patients souffrant de troubles de l'addiction associés à des problématiques comportementales d'ordre psychiatrique. L'étude part d'un constat des professionnels du champ médico-social de l'association ALT qui sont confrontés à ces patients et se sentent parfois démunis dans la réponse à apporter à ces personnes. Le constat partagé par tous les professionnels de ALT est que ces patients ont besoin de soins qui viendraient en complément de l'accompagnement qu'ils proposent, mais que l'association ne peut leur fournir en l'état. En effet, la prise en charge de ces patients s'avère complexe, tant pour l'engagement des patients dans les soins que pour la possibilité de les orienter vers des professionnels du domaine sanitaire. L'orientation vers les services d'addictologie ou de psychiatrie s'avère souvent difficile pour de multiples raisons, et ces patients sont régulièrement rejetés de ces services lorsqu'on les y oriente. Ils se retrouvent alors démunis, et entrent dans un parcours d'errance alternant séjours à l'hôpital, en prison, fréquentant les associations et dans la rue.

L'objectif de l'étude est donc de dresser un état des lieux de cette situation dans la région Grand Est pour savoir si d'autres structures des champs sanitaires et médico-social partagent ce constat, et si elles ont pu éventuellement apporter une réponse aux besoins de ces personnes. L'objectif sera également de chercher les causes de cette situation, qui semble délétère pour les professionnels confrontés à ces patients, mais aussi pour les patients eux-mêmes.

Au cours de leur parcours d'errance, les patients souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive sont amenés à rencontrer un ensemble d'acteurs, notamment des champs médico-sociaux, sanitaires, judiciaires, associatifs et administratifs. Ces acteurs rentrent dans des logiques différentes, voire parfois antagonistes. Le domaine judiciaire sera par exemple sur un volet répressif par rapport à l'usage de substances illicites, et le médico-social sera sur un volet compréhensif et de réduction des risques où l'usage des substances sera contrôlé mais peut rentrer dans une logique de soins. Le volet sanitaire sera sur l'objectif de guérison du patient, qui peut passer selon les représentations des soignants par l'absence de consommation des substances addictives, ou par d'autres méthodes comme les traitements de substitution.

Tous ces domaines portent en eux des logiques, des discours, des représentations et des méthodes de fonctionnement qui diffèrent grandement les uns des autres. Étant donné le parcours

particulièrement difficile et morcelé de ces patients, il est essentiel que tous les services œuvrant à l'accompagnement social et médical de ces patients travaillent ensemble et en bonne harmonie, afin d'éviter les doublons et les approches contradictoires. Or, comme nous allons le voir, il peut arriver que pour des raisons diverses, la coordination des services sanitaires et médico-sociaux entre eux ne soit pas toujours assurée. Cela peut sembler une évidence voire une fatalité pour certains, car plusieurs services ont une forte réputation de travail en vase clos. Pourtant, nous avons découvert que la situation peut être très différente selon les endroits que nous avons visités. Là où des acteurs ne trouvent aucun relais et aucune réponse à leurs questionnements, à d'autres endroits des réseaux de professionnels de l'addictologie et de la psychiatrie se sont constitués et fonctionnent de manière efficiente et efficace.

2. Définitions

Le trouble de l'addiction se définit selon A. Goodman comme « *tout comportement, qui fonctionne à la fois en produisant du plaisir et en réduisant les affects douloureux (...), comportement utilisé malgré les tentatives avortées et récurrentes de contrôler ce comportement et malgré la présence de conséquences néfastes pour la santé.* »². Selon C. Lançon et J. Cohen³, la définition proposée par A. Goodman « *permet d'entrevoir le lien étroit qui peut exister entre les troubles addictifs et les troubles psychiatriques, en particulier les troubles de l'humeur. En effet, les troubles addictifs peuvent apparaître dans certaines circonstances comme une tentative adaptative pour lutter ou pour contrôler les oscillations de l'humeur.* ». Néanmoins, toujours C. Lançon et J. Cohen, cette définition n'est pas celle proposée dans le DSM⁴, ce qui limite la généralisation des résultats des études proposant cette définition. En effet, le DSM-IV publié en 1994 distingue la dépendance et l'abus de substance en deux troubles distincts, ainsi que les comorbidités avec un trouble psychotique indépendant des syndromes psychotiques induits par des abus de substances. Le DSM-V publié en 2013 installe quant à lui une continuité depuis la consommation jusqu'à la dépendance. Ces divergences dans l'approche des comorbidités témoignent de la complexité de ce trouble, ainsi que des différences théoriques qui existent dans la littérature scientifique et dans l'approche clinique.

²A. Goodman, *Neurobiology of addiction An integrative review*, Biochem Pharmacol, 2008 n°75, pp. 266-322

³C. Lançon, J. Cohen, *Addictions sans substances et comorbidités*, Annales Médico-Psychologiques n°168, 2010, pp. 513-515

⁴American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV)*. Washington DC, 1994

L'Organisation Mondiale de la santé (OMS) donne une définition des comorbidités en ces termes : « *co-occurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique* ». L'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), définit une personne ayant un double diagnostic comme étant : « *une personne qui a été diagnostiquée comme présentant un abus d'alcool ou de drogue en plus d'un autre diagnostic, habituellement de nature psychiatrique, par exemple un trouble de l'humeur, une schizophrénie* »⁵. Il s'agit donc dans cette définition de l'existence des deux troubles au même moment. Une revue de la littérature sur le sujet nous renseigne sur la gravité du problème en termes sociaux et sanitaires, ainsi que sur l'offre de soins actuelle qui paraît inadaptée.

3. Revue de la littérature sur le sujet

Depuis plusieurs années, de nombreuses études s'intéressent à ces patients souffrant de comorbidité addictive et psychiatrique. En 2013, une étude⁶ a montré que ces troubles de comorbidité psychiatrique et addictive ont représenté un total de 183,9 millions d'Années Perdues à cause de la maladie, du handicap ou de mort précoce (DALY), et 8,6 millions d'Années de Vie Perdues (YLL). Ces troubles constituent la première cause d'Années Vécues avec un Handicap (YLD) dans le monde, avec une proportion très importante de toutes ces pertes d'années chez les jeunes de 10 à 29 ans. Ces chiffres impressionnants donnent un aperçu de l'ampleur du problème au niveau mondial, et de la gravité du pronostic pour les troubles de comorbidité. Les études sur le sujet démontrent les nombreux risques auxquels sont sujets les patients souffrant de ce double diagnostic, ainsi que les défaillances dans le système de prise en soins.

3. 1. Sur le vécu des patients

La classification de Lehman⁷ en 1989 distingue trois catégories de situations d'un trouble de comorbidité : soit la maladie mentale est primaire, et les symptômes vont amener le patient à consommer des substances psychoactives ; soit la maladie mentale est secondaire, et induite par la

⁵United Nations Office on Drugs and Crime, *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation A practical planning and implementation guide*

⁶H. Whiteford, et al., *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*, Published Online, Lancet, 2013, pp. 1575-1586

⁷A. Lehman, P. Myers, E. Corty, *Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes*, Hospital and Community Psychiatry, Vol. 40, N°10, 1989

prise de ces substances. Dans le deuxième cas, les signes psychiatriques peuvent avoir plusieurs causes : les effets du sevrage, l'intoxication due aux produits, ou l'effet des substances qui induisent un semblant de symptômes psychiatriques. Dans la troisième catégorie de cas, il s'agit d'une cooccurrence fortuite où le patient souffre des deux troubles sans qu'ils n'y ait de liens de cause à effet, mais ils peuvent tout de même interagir entre eux. Cette classification n'est pas communément admise par tous les acteurs car la réalité est souvent plus complexe, mais elle donne tout de même un aperçu des différentes situations possibles.

Au niveau des complications que ces patients connaissent, l'un des risques concerne les difficultés financières et la désinsertion sociale. Les risques peuvent être différents selon les catégories sociales, les types de consommations et les maladies psychiatriques. Les patients souffrant de comorbidité d'addiction et de schizophrénie ont une probabilité bien plus élevée de connaître un parcours d'itinérance dans la rue après une prise en charge à l'hôpital⁸. Les détenus jeunes qui ont un trouble de comorbidité psychiatrique et addictive ont un risque accru en ce qui concerne les pratiques sexuelles et la transmission du virus du sida⁹. Le risque suicidaire est bien plus élevé pour ces patients, que pour ceux souffrant d'un seul des deux troubles¹⁰. Certaines combinaisons de maladies et de substances peuvent entraîner de graves conséquences en termes de pronostic, comme par exemple un patient schizophrène avec une addiction au cannabis. Cette comorbidité entraîne une sévérité plus importante de la maladie, des complications évolutives, ainsi qu'une diminution de la qualité et de l'espérance de vie¹¹.

L'entrée dans les soins pour les personnes souffrant de comorbidité se fait souvent par les urgences¹². Cette entrée pose de nombreux problèmes, au niveau du diagnostic plus complexe en raison de la prise de toxiques ou de l'état d'ébriété dans lequel se trouvent généralement les patients. Le clivage institutionnel entre les services d'addictologie, les urgences psychiatriques et les urgences somatiques rendent le parcours de soins et la prise en charge encore plus compliqués. La différence entre un suivi et une rupture de soins va ainsi parfois dépendre de la capacité des professionnels de ces deux champs à travailler ensemble.

L'entrée dans les soins peut également se faire par d'autres biais, et sera déterminée par la demande des patients en fonction des perceptions qu'ils ont de leurs troubles et de leurs besoins. Selon

⁸M. Olfson, et al., *Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia*, Psychiatric services, Vol. 50, N°5, 1999, pp. 667-673

⁹L. Teplin, K. Elkington, *Major mental disorders, substance use disorders, comorbidity, and HIV-AIDS risk behaviors in juvenile detainees*, Psychiatric Services, Vol. 56, Issue 7, 2005, pp. 823-828

¹⁰R. Ries, C. Yuodelis-Flores, K. Comtois, P. Roy-Byrne, J. Russo, *Substance-induced suicidal admissions to an acute psychiatric service: Characteristics and outcomes*, Journal of Substance Abuse Treatment 34, 2008, pp. 72-79

¹¹P. Thomas, A. Amad, T. Fovet, *Schizophrénie et addictions : les liaisons dangereuses*, L'encéphale 42, 2016, pp. 3518-3522

¹²C. Tixeront, G. Brousse, *Les comorbidités aux urgences*, in Addictions et comorbidités, Dunod, 2014 pp. 97-114

les auteurs E. Renon et J. Lebreton¹³, il s'agit d'une étape cruciale dans le parcours de soins et les professionnels doivent être formés sur ces questions pour éviter de mauvaises orientations qui nuiront gravement à la prise en charge, où le patient « *risque d'être ballotté d'un champ à l'autre telle une patate chaude, situation de no man's land thérapeutique non recommandable* ». Les auteurs recommandent ainsi qu'une évaluation précise soit menée lors de l'accueil des patients, et de prendre le temps d'une orientation pertinente, que ce soit pour expliquer la situation au patient ou faire réaliser un travail de partenariat entre les structures de soin.

3. 2. Sur la coordination des équipes et le parcours de soins

En 1998, une étude internationale¹⁴ sur 47 pays montrait les différences de visions et le manque de coordination qui existent dans la prise en charge des troubles addictifs (« substance abuse ») et des maladies mentales. Les principales causes attribuées à ces défaillances étaient les différences historiques entre les deux systèmes de prise en charge et la stigmatisation dont sont victimes ces patients. Les acteurs interrogés dans cette étude ont proposé comme solution une augmentation des fonds pour les services qui prennent en charge ces patients, et des formations pour les professionnels sur les spécificités de la comorbidité psychiatrique et addictive.

Toutes les études soulignent la forte prévalence de la comorbidité psychiatrique et addictive chez les personnes fréquentant les centres de soin en addictologie et en psychiatrie. Pour les personnes souffrant de maladies mentales, de très nombreuses études ont été menées sur le risque statistique élevé d'avoir un trouble de l'addiction. La « National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions » (NESARC-III) est une étude réunissant des données sur des dizaines de milliers de patients. Leur analyse révèle¹⁵ que les troubles de comorbidité sont extrêmement présents pour les personnes ayant une addiction, et que l'accès aux soins reste statistiquement très bas. L'étude européenne « European Study of the Epidemiology of Mental Disorders » (ESEMeD) menée entre 2001 et 2003 parvient aux mêmes conclusions¹⁶ de forte prévalence de cette population au trouble de comorbidité psychiatrique et addictive. Elle montre par exemple qu'environ 40% de personnes ayant

¹³E. Renon, J. Lebreton, *Quelle hospitalité pour la folie en addictologie? Études et réflexions à partir de la pratique clinique au centre médical Marmottan*, Psychotropes Vol. 19 n°1, 2013, pp. 81-102

¹⁴N. Young, C. Grella, *Mental health and substance abuse treatment services for dually diagnosed clients : results of a statewide survey of county administrators*, The journal of behavioral health services & research, 1998, pp. 83-92

¹⁵D. Hasin, et al., *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States, Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, American Medical Association, 2007

¹⁶J. Alonso et al., *12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*, Acta Psychiatr Scand, 2004, pp.28-37

un trouble de l'humeur ont une addiction à l'alcool. Toutes deux soulignent le problème de l'accès aux soins, de l'organisation du système de prise en charge, et de l'offre inadaptée.

Une étude menée en 2006¹⁷ a relevé une prévalence dans le public fréquentant plusieurs centres d'addictologie de troubles de l'humeur à 40,5%, de troubles de l'anxiété à 26,4%, de syndromes post-traumatiques à 25%, de maladie mentale sévère à 17,3%, et de troubles de personnalité antisociale à 18,3%. Les études sur le sujet présentent des résultats statistiques assez différents sur la cooccurrence d'un trouble psychiatrique et de l'addiction. La fréquence globalement évaluée est de 50% en moyenne¹⁸ dans la population présentant au moins un des deux troubles.

Dans un article de 1990 sur les barrières d'accès aux soins pour les personnes ayant un double diagnostic, Susan Ridgely¹⁹ note que les relations entre les professionnels et les représentations sociales constituent une entrave majeure au fonctionnement de la prise en charge et du suivi des patients :

« Les conflits philosophiques, les différences de formations, les références des soignants (particulièrement des références dans le domaine de la santé mentale), et le manque de respect pour les compétences d'autrui ont exacerbé les barrières entre les services. Les attitudes stéréotypées sont alimentées par un manque d'informations sur les champs respectifs, ainsi que par un manque de questionnements sur ce qui est requis pour arriver à un traitement efficace. »²⁰

Une étude²¹ réalisée en 2013 à partir de 100 dossiers tirés au hasard au Centre médical Marmottan (spécialisé dans l'accueil et le suivi des usagers de drogues) à Paris montrait que 69% des patients ont ou ont eu un trouble psychiatrique associé, dont 18,5% des troubles psychotiques. L'étude montre également la supériorité de la prise en charge intégrée en termes d'évolution clinique, où les deux troubles sont pris en charge par une même équipe dans un seul lieu, et préconise de créer de nouveaux partenariats entre les systèmes de soins.

La littérature internationale sur le sujet recommande également la prise en charge intégrée qui permet de renforcer l'alliance thérapeutique et d'éviter la multiplication des prises en charge, les doublons et les discours contradictoires. D'autres études ont montré que la prise en charge en parallèle,

¹⁷M. McGovern et al., *Addiction treatment services and co-occurring disorders : prevalence estimates, treatment practices, and barriers*, Journal of Substance abuse treatment, 2006, pp. 267-275

¹⁸S. Hartz, et al., *Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use*, Jama psychiatry, 2014, pp. 248-254

M. Vinurel, H. Rahioui, *Comorbidités psychiatriques et addictives, Alcool et troubles mentaux De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*, Elsevier Masson, 2013, pp. 137-143

¹⁹S. Ridgely, *Barriers to the care of persons with dual diagnoses: Organizational and financing issues*, Schizophrenia bulletin, Vol. 16, N° 1, 1990, pp. 123-132

²⁰Traduit de l'anglais : *« Philosophical conflicts, different training and credentialing of caregivers (especially the differential focus on professional credentials in the mental health field), and lack of respect for one another's competency have exacerbated the barriers between the service systems. Stereotyped attitudes are fueled by a lack of information about the respective fields, as well as a general lack of questioning of preconceptions about effective treatment approach »*

²¹E. Renon, J. Lebreton, *Quelle hospitalité pour la folie en addictologie? Études et réflexions à partir de la pratique clinique au centre médical Marmottan*, Psychotropes Vol. 19 n°1, 2013, pp. 81-102

où les deux troubles sont traités dans des lieux séparés par deux équipes de façon concomitante, était inefficace pour ces patients, et qu'une approche intégrée semblait être la plus pertinente en cas de double diagnostic²².

Néanmoins, certains auteurs²³ soulignent que ces modèles de prise en charge intégrée sont nord-américains et donc adaptés à un fonctionnement local, qui n'est pas toujours transposable en France. La prise en charge intégrée peut se faire dans certains endroits, comme les unités d'addictologie au sein d'hôpitaux psychiatriques, ou pour les soins ambulatoires par des équipes ayant une double culture de l'addictologie et de la psychiatrie. Mais dans la plupart des centres de soin et au vu de la situation actuelle, cette prise en charge reste difficile à appliquer. De plus, d'autres études semblent montrer des résultats intéressants mais dont l'apport reste relatif sur l'évolution des troubles psychiatriques et non significatif par rapport à d'autres prises en charge comme celle en parallèle²⁴.

Étant donnée la complexité de la prise en charge, du diagnostic et du pronostic, nous pouvons avancer l'idée que le trouble de comorbidité est une maladie en tant que telle et pas simplement la combinaison des deux troubles initiaux. Il paraît dès lors normal que les discussions et les controverses scientifiques se poursuivent sur la meilleure façon de répondre aux besoins de ces personnes. La prise en charge en parallèle, où les deux troubles sont traités dans des lieux séparés par deux équipes de façon concomitante, serait donc une solution appropriée quand la prise en charge intégrée n'est pas possible. De là apparaît l'enjeu qui nous servira de fil rouge tout au long de ce rapport, à savoir celui des liens entre des professionnels issus de courants théoriques (addictologie et psychiatrie), de disciplines et d'institutions différents (CSAPA, CAARUD, CMP, hôpitaux et urgences psychiatriques, *etc.*), qui doivent réussir à travailler ensemble.

3. 3. Une situation critique

Une revue de la littérature sur le sujet nous apprend ainsi que la problématique est vaste, complexe, et connue depuis plusieurs décennies. De nombreux professionnels de terrain et chercheurs tentent depuis des années d'alerter l'opinion, leurs pairs et les pouvoirs publics sur cette situation. Le

²²R. Drake, K. Mueser, *Psychosocial approaches to dual diagnosis*, Schizophrenia bulletin, Vol. 26, N°1, 2000, pp. 105-118

²³F. Lemaire, D. Lecolier, *Pour une meilleure prise en charge de la comorbidité addictions et troubles psychiatriques*, Alcoolologie et Addictologie, 35 (4), 2013, pp. 325-333

²⁴M. Butler, et al., *Integration of Mental Health/substance abuse and primary care*, Agency for healthcare research and quality, 2008

M. Donald, *Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials*, Social Science & Medicine 60, 2005, pp. 1371-1383

coût social paraît difficile à estimer, mais semble gigantesque au regard des complications qu'induisent ces types de troubles, que ce soit en termes de complications somatiques, de contamination de maladies sexuellement transmissible ou de désinsertion sociale.

Malgré cette situation alarmante, la prise de conscience par les pouvoirs publics ne semble pas à la hauteur de la gravité de cette question. Dans le « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 »²⁵ et dans le « Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 », les comorbidités psychiatriques et addictives sont évoquées aux côtés d'autres problématiques telles que le harcèlement et le stress à l'école et au travail, ou l'isolement chez les aidants familiaux, et ne font pas l'objet d'une véritable analyse approfondie. L'évaluation du « plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 »²⁶ réalisée par le Haut Conseil de la Santé Publique décrit une amélioration lente du système de prise en charge, malgré la volonté affichée dans le plan de renforcer les collaborations entre les services de psychiatrie et d'addictologie. Le rapport d'évaluation note également que « vingt-deux des vingt-quatre ARS répondantes ont indiqué n'avoir pas mis en place d'actions spécifiques en termes de prise en charge des addictions chez les personnes vivant avec des troubles psychiques ».

Les difficultés que rencontrent les patients dépendent de leur catégorie sociale (migrant, sans-domicile fixe, femme isolée), de leur maladie psychiatrique (schizophrénie, troubles cognitifs, troubles psychopathiques), et de leurs addictions (cannabis, alcool, opiacés, jeux). Un patient jeune, consommant du cannabis, souffrant de schizophrénie n'aura pas le même diagnostic ni le même pronostic qu'une patiente isolée, consommant de l'alcool et souffrant d'un trouble de l'anxiété ou qu'un patient migrant, consommant différents produits dans la rue ayant induit des troubles cognitifs. Chaque profil devra faire l'objet d'une prise en charge particulière, en fonction des besoins de la personne, de sa situation et des risques qu'elle encourt.

3. 4. La démarche sociologique

Quel est l'intérêt d'appliquer une démarche sociologique à ce sujet déjà étudié par les disciplines médicales ? La recherche en médecine s'intéresse au fonctionnement des maladies et à la meilleure façon de les traiter. À priori, deux formes de connaissances font autorité dans ce domaine : celle des experts scientifiques, c'est-à-dire des médecins, et celle des malades, qui possèdent l'objet de la connaissance, à savoir la maladie. Ces deux formes de connaissances occupent chacune une

²⁵Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, La documentation française, 2013

²⁶Haut Conseil de la Santé Publique, *Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*, Collection Évaluation, 2016

place particulière au sein des espaces sociaux où elles sont mobilisées. La position sociale et l'autorité d'un médecin dépendent de son expertise et de sa capacité à mobiliser un savoir scientifique pour soigner une maladie. Pour le patient, le savoir médical est source d'espoir de guérison, mais concerne un objet qu'il est finalement seul à posséder. Son expérience de patient et la connaissance qu'il va développer sur les voies de la guérison seront essentielles dans sa lutte contre la maladie. Quelle est la place du sociologue entre ces deux formes d'expertise ? La notion de « carrière » peut nous aider à mieux comprendre cette place dans un domaine où le savoir occupe une place particulière.

Dans son article « La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation »²⁷, Muriel Darmon explique que, pour un patient, le processus d'identification à une pathologie est une construction sociale complexe, à la fois subie par des déterminismes externes (la maladie, le corps médical, l'entourage), et active par la réception et les interactions que le sujet aura avec ces déterminants. Elle parle également de « carrière anorexique », comme exemple d'un processus évolutif d'identification à une pathologie, où les catégories du savoir médical dépassent largement le cadre scientifique pour devenir des objets sociaux. La maladie va ainsi fonctionner comme enjeu de désignation pour expliquer des comportements, et va devenir un objet de luttes entre les acteurs pour savoir ce qui relève du pathologique ou non. Le rôle du sociologue n'est pas de s'inscrire dans ce débat pour comprendre le fonctionnement biologique de la maladie, mais d'interroger la façon dont la maladie est construite et va influencer les acteurs :

« Il s'agit à la fois de mettre méthodologiquement entre parenthèses la dimension essentialiste de la question (le sociologue ne dit pas « ce qui est normal » et « ce qui est pathologique », et surtout il approche avec les mêmes outils d'analyse des comportements vus comme normaux et pathologiques), et de constituer cette question en objet d'analyse en tant qu'enjeu de luttes (il étudie donc les processus d'imputation et d'assignation du « pathologique » et leurs déterminations sociales, les luttes de désignations dans lesquelles ils s'inscrivent, les intérêts des différents groupes en présence. »

Nous allons interroger cette notion de « carrière » pour les patients souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive, que nous mettrons en parallèle avec la « carrière » des acteurs travaillant dans le domaine de la psychiatrie et de l'addictologie. En effet, la capacité à travailler avec ce public, et en lien avec d'autres professionnels issus de domaines différents, sera rendue possible par tout un processus d'apprentissage et d'identification à un ensemble de normes. Nous verrons que cette « carrière » dans le domaine des comorbidités psychiatriques et addictives n'est pas une construction évidente et naturelle, car les obstacles et les résistances sont nombreux.

²⁷M. Darmon, *La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation*, Politix 2008/2, n°82, pp. 149-167

3. 5. Les liens, entre libération et attachements

Parmi tous les papiers, conférences, rencontres et idées qui ont pu influencer l'écriture de ce rapport, un article en particulier a été une source d'inspiration majeure dans la réflexion et l'analyse des données que nous avons recueillies : celui de Bruno Latour intitulé « *Factures/fractures : de la notion de réseau à celle d'attachement* »²⁸. Dans cet article, Latour reprend sa philosophie de dépassement de l'opposition « sujet/objet » pour interroger la qualité des liens entre les êtres et propose de dépasser la « grande bataille des réactionnaires et des progressistes ». Les premiers pensent que puisqu'il n'est pas possible d'avoir un détachement, il faut conserver les mêmes liens qui ont toujours existé. Les seconds croient qu'il suffit de se libérer des entraves pour accéder à la liberté suprême. Pour dépasser cette opposition quelque peu stérile, Latour propose d'interroger la façon dont les êtres (humains et non-humains, c'est-à-dire incluant les maladies, les substances addictives, etc.) forment des réseaux. Il redonne ainsi à la politique sa définition de constitution d'un monde commun :

« Si l'on appelle politique la constitution progressive d'un monde commun, il est assez difficile, on le comprendra sans peine, d'imaginer une vie commune en commençant par exiger de tous ceux qui aspirent à en faire partie de laisser à l'extérieur, au vestiaire, les appartenances et attachements qui les font exister. »

Pour Latour, la politique ne peut donc pas ignorer que lorsqu'elle brise des liens qui faisaient exister les êtres entre eux sans rien proposer d'autre, ces derniers cherchent à recomposer leurs réseaux à partir de ce qu'ils connaissent. Ce questionnement sur les liens entre les êtres a été extrêmement fécond dans le cadre de cette étude, comme nous allons le voir tout au long de ce rapport. Au niveau du parcours des patients, tout d'abord, cette question se situe au niveau des liens tissés avec les autres êtres que sont les substances à l'origine de l'addiction (non-humains), avec les professionnels qu'ils côtoient au cours de leur parcours de soins (humains). La question de la qualité des liens que les patients établissent avec les substances addictives est une question intéressante et très profonde, mais que nous n'évoquerons que brièvement car elle a déjà fait l'objet de très nombreuses recherches. Les liens entre les professionnels et les patients seront en revanche beaucoup plus étudiés.

La question des liens entre les professionnels fût quant à elle une piste extrêmement importante de notre étude. Nous avons constaté qu'en raison du parcours difficile, parfois chaotique de ces personnes, la coordination entre les professionnels était une condition essentielle, sinon capitale, dans la réussite ou l'échec d'un processus de soin. Comme nous le verrons, ces liens entre professionnels dépendent eux aussi de nombreux facteurs. Des éléments sociologiques dans les

²⁸B. Latour, *Factures/fractures : de la notion de réseau à celle d'attachement*, Ce qui nous relie, éditions de l'Aube, 2000, pp. 189-208

parcours de ces acteurs interviennent également, mais aussi d'autres facteurs liés à l'histoire des institutions, des disciplines médicales et du travail social, à la géographie des lieux et aux représentations sociales entre les professionnels.

4. Méthode de l'étude

Pour répondre aux questionnements que nous avons posés, nous avons d'abord étudié des revues, des ouvrages et des articles scientifiques sur la question. Nous avons reçu l'aide du CIRDD Alsace (Centre Information Régional Drogues et Dépendances) qui fut très précieuse à cet égard afin de réunir une littérature importante dans de courts délais. Cette recherche documentaire à travers des livres et des articles de sociologie et d'épidémiologie nous a permis de dégager plusieurs pistes de travail et d'hypothèses.

Nous avons organisé 3 comités de pilotage au cours de cette étude, à différentes étapes de notre travail. Ces comités de pilotage réunissaient plusieurs personnes de différents champs professionnels²⁹ et représentant différentes structures médico-sociales et associations. Le premier qui a eu lieu le 3 mars 2017 nous a permis de valider certaines pistes qui semblaient prometteuses. Le second, organisé le 5 mai 2017, a servi à présenter les résultats préliminaires et à discuter des orientations à donner pour la dernière phase de travail. Enfin, le dernier a eu lieu le 23 juin 2017 et a permis de présenter les résultats tout en engageant une réflexion sur la poursuite des travaux. L'étude ayant pour objectif de couvrir toute la région Grand-Est, le travail d'identification des acteurs et des structures devait prendre un temps important. Cette tâche a été essentiellement réalisée par Johann Oudot, assistant de service-social travaillant à l'ALT, qui a su mobiliser les réseaux de l'association afin de rapidement contacter un ensemble d'acteurs.

40 entretiens étaient prévus au départ, dont 30 avec des professionnels et 10 avec des patients. La volonté de recueillir le témoignage des patients est rapidement apparue dans les discussions, car il nous semblait difficilement concevable de réaliser une étude sur leurs difficultés et leurs parcours de soins sans les consulter. Les 30 entretiens avec des professionnels ont été réalisés, avec un équilibre entre les acteurs du champ médico-social (éducateurs spécialisés, assistants de travail-social,

²⁹Les membres du comité de pilotage sont : Corine Delamarre coordinatrice du SIAO, Christine Pfeiffer médecin à Haguenau, Claude Jacob, membre de FETE (Formations Études Toxicomanies & Addictions Est), Emilie Sour cheffe de santé de GALA (Groupement Associatif pour le Logement et l'Accompagnement), Pierre Gallion, directeur du CSAPA du Haut des Frêts, Johann Oudot de l'ALT, Laure Berthelot, psychiatre au Centre Hospitalier d'Erstein, Melinda Huber, directrice adjointe de l'ALT, Marie-Christine Laurent chargée de projet à l'ARS Grand Est, Thierry Royer, psychiatre à Brumath, Sami Barkallah de GALA, Sophie Oberlin directrice du SIAO, et Valérie Lozac'h, professeure à l'IEP de Strasbourg

psychologues) et ceux du champ sanitaire (infirmiers et psychiatres). En revanche, nous n'avons réalisé que 6 entretiens avec des patients sur les 10 prévus initialement. Il était très difficile de les rencontrer dans les mêmes conditions que les autres acteurs, et plusieurs facteurs entrent en compte pour l'expliquer. Le fait de venir à un rendez-vous, à une heure et dans un lieu précis n'est pas une chose aisée pour tous les patients souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive. Les troubles cognitifs (notamment les troubles de la mémoire et les troubles des repères spatio-temporels) dont souffrent certains les empêchent de respecter les conditions de la rencontre. De plus, d'autres patients faisaient part de leur anxiété et de leurs appréhensions à la participation d'une étude de sociologie, notamment à l'idée de devoir parler d'événements traumatiques (les expériences en psychiatrie, les difficultés dans la rue, etc.).

Outre les 36 entretiens, de nombreuses observations ont été réalisées, surtout dans la salle d'accueil du CSAPA ambulatoire de l'ALT. Nous avons participé à plusieurs réunions, dont 15 réunions hebdomadaires au Centre d'Accueil de l'ALT avec l'équipe accompagnante, une réunion à l'hôpital psychiatrique d'Erstein, une au CSAPA des HUS (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg), une au « fil d'Ariane » et une dans la structure de RDR « Opaline » à Strasbourg.

5. Plan de l'étude

Ces observations et ces rencontres nous ont permis de recueillir des données sur ce que vivent les professionnels, sur leurs difficultés, et sur les liens qu'ils établissent entre eux. Nous avons ainsi dégagé plusieurs hypothèses et pistes de travail, dont les principales vont être développées ci-dessous.

La première hypothèse était que des questions d'ordre épistémologique avaient des conséquences très concrètes sur les liens entre les professionnels. Cette hypothèse est très vite devenue une piste prolifique, à la fois de par la recherche bibliographique mais aussi par les études sur le terrain. Cette première partie servira donc d'assise théorique pour le reste du rapport, car de nombreux sujets découlent de ces réflexions. Ces questionnements sont nés des entretiens et des échanges informels que nous avons eus avec les différents acteurs rencontrés. Des questions théoriques du type « l'addiction est-elle une maladie ? » peuvent avoir des répercussions très importantes sur les liens entre les acteurs et sur la prise en charge des patients, selon les réponses et les représentations de chacun. En effet, cette différence concernant la catégorisation d'un trouble comme relevant du normal ou du pathologique induit des malentendus entre les professionnels et des difficultés pour les patients dans l'appréhension de leurs maladies. Les méconnaissances qui existent aujourd'hui dans les domaines de l'addictologie et de la psychiatrie entraînent des confusions récurrentes, notamment sur la distinction entre une souffrance « normale » et pathologique. Ces

confusions peuvent également concerner la différence entre une pathologie qui est bien vécue par un patient et une pathologie qui nécessite une prise en charge, ou bien sur la distinction à opérer entre un comportement qui relève de l'anormalité ou d'une pathologie avérée. Les classifications dépendent des courants théoriques dans lesquels les professionnels s'inscrivent et ont des conséquences très concrètes sur les patients qui s'identifient aux diagnostics que leur accole une institution savante. Le diagnostic peut ainsi devenir vecteur de stigmatisation mais reste malgré tout essentiel pour la communication entre professionnels et pour définir un parcours de soins cohérent et approprié.

La deuxième hypothèse de travail concerne l'appropriation des discours de RDR (Réduction Des Risques) par les différents acteurs professionnels que nous avons rencontrés. La RDR est très vite apparue comme étant un sujet incontournable dans la prise en charge des patients souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive, mais également comme un thème vecteur d'interprétations, de tensions et de divisions. Il nous semblait essentiel de parler de ce sujet, et peut-être d'ouvrir un débat sur une politique qui n'a pas été accueillie ou interprétée de la même façon par tous. Plusieurs réflexions méritent selon nous d'être menées, et nous souhaitons nous en faire le relais dans ces lignes, tant la RDR a une influence importante sur les liens avec les patients mais aussi entre les professionnels.

Ces liens entre professionnels concernent justement le troisième chapitre de notre rapport. Nous verrons que les configurations d'acteurs sont différentes selon les territoires et les institutions que nous avons observés. Cette mise en réseau des professionnels dépend de différents facteurs, et notamment de processus de sociabilité où des normes différentes vont apparaître pour distinguer des groupes entre eux. Plusieurs réponses ont été apportées par des professionnels aux problématiques que nous soulevons dans cette étude. Parmi celles-ci, la formation des professionnels et des patients semble essentielle, tant la connaissance des institutions et des maladies joue un rôle clé dans la bonne conduite d'un parcours de soins. Le logement est également une solution pertinente dans certains cas, mais doit respecter un ensemble de conditions pour répondre pleinement aux besoins des patients. Des outils d'aide à l'appréhension des troubles de l'addiction et psychiatriques existent et peuvent être proposés aux équipes soignantes et accompagnantes, comme des tests d'évaluation des consommations et de l'état d'avancement d'un trouble cognitif ou psychiatrique. Ces tests peuvent servir aux professionnels de l'addictologie pour mieux appréhender les troubles psychiatriques, et inversement pour les professionnels de la psychiatrie par rapport aux addictions. Enfin, une réflexion sur les changements à apporter au fonctionnement actuel du système de soins doit être menée pour avoir une prise en charge en parallèle pleinement efficace aujourd'hui, et initier des changements structurels pour aboutir à une prise en charge intégrée dans les années à venir.

Certains propos qui seront détaillés dans ces lignes peuvent paraître difficiles voire choquants

à certains égards, tant les représentations sociales péjoratives peuvent être présentes entre les acteurs de différentes disciplines. Nous avons souhaité retranscrire ces propos pour que chacun puisse prendre conscience des présupposés qui peuvent parfois exister dans les relations entre les institutions et les disciplines, et qui peuvent nuire aux interactions et aux échanges entre les acteurs. Ils ne reflètent en aucun cas l'opinion de l'auteur de ce rapport, et leur exposition a pour objectif de mettre en avant des éléments qui mériteraient une attention plus particulière pour être modifiés, que ce soit par la formation, par la découverte sur le terrain ou par les échanges entre professionnels.

Chapitre I : De quoi la comorbidité est-elle le nom ?

La délimitation entre le normal et le pathologique³⁰ dans les domaines concernés par notre étude est une problématique épineuse. Qualifiée de « tarte à la crème » de la psychiatrie par un acteur que nous avons interrogé, elle relève avant tout de controverses scientifiques afin de délimiter ce qui rentre dans les nomenclatures et ce qui en demeure exclu. La science a un impact déterminant sur la façon dont sont construites les représentations sociales. Les objets étudiés par les sciences naturelles (biologie, physique, etc.) sont indifférents aux catégories nosographiques qui permettent de les classer selon différents critères. Ainsi, les quarks ne sont pas affectés par les classifications que proposent les physiciens qui les étudient. En revanche, dans les sciences qui s'intéressent à l'homme, les sujets étudiés ont conscience d'eux-mêmes, et sont donc influencés par les catégories qu'une autorité (le savoir médical par exemple) leur attribuera. Ian Hacking³¹ parle ainsi de « genre interactif » pour les catégories des sciences qui s'intéressent à l'homme, où l'interaction se fait avec l'objet étudié, mais qui intervient « dans une matrice plus large des institutions et des pratiques qui entourent cette classification ».

Cet aspect sera essentiel dans notre analyse : le regard que portent les institutions sur les sujets aura un impact déterminant sur ces derniers. Cela est d'autant plus vrai qu'une série de représentations sociales seront à l'œuvre dans le discours des acteurs. Par exemple, James W. Trent³² a étudié dans son livre « *Inventing the Feeble Mind* » la façon dont la classification « enfant retardé » découlait d'un ensemble de figures antérieures qui agissent comme des substrats inconscients, telles que la figure de l'idiot, du déséquilibré, du faible d'esprit ou du débile mental. Stéphane Rullac³³, quant à lui, a étudié de manière historique et sociologique la construction de la catégorie « Sans Domicile

³⁰G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, puf, 2013

³¹I. Hacking, *Entre science réalité La construction sociale de quoi ?*, La découverte, 2008

³²J. W. Trent, *Inventing the Feeble Mind : a History of Mental Retardation in the United States*, University of California Press, 1995

³³S. Rullac, *Le péril SDF Assister et punir*, L'harmattan, 2008

Fixe », et la façon dont un ensemble très hétérogène d'acteurs (femmes victimes de violences, réfugiés, anciens « vagabonds ») a été regroupé sous ce terme pour être pris en charge par les services sociaux. Cette redéfinition sous le terme « SDF » a enclenché un dispositif institutionnel et administratif qui a entretenu ces acteurs dans un nouveau processus de marginalisation et d'exclusion. Les catégories accolées aux individus auront donc une importance capitale, à la fois pour les institutions car elles feront rentrer ces personnes dans un dispositif particulier, mais aussi pour les individus eux-mêmes qui finiront par s'identifier aux mots que l'administration, la justice ou la science leur attribuera.

Ces classifications vont également avoir un impact important sur les relations entre les professionnels. En effet, les différences de vision peuvent entraîner des incompréhensions, des tensions voire des incohérences dans le suivi.

1. Dans le champ de la psychiatrie

La psychiatrie est actuellement divisée en plusieurs courants ayant chacun une littérature propre et s'inscrivant dans une histoire et un cadre de référence spécifique. Les différents courants, qu'ils soient basés sur une approche psychanalytique, sur les Thérapies Cognitivo- Comportementales (TCC) ou sur les neurosciences, coexistent aujourd'hui dans l'offre de soins tout en s'affrontant parfois sur des terrains scientifiques, politiques ou médiatiques. Ces courants diffèrent dans les paradigmes scientifiques qui soutiennent leurs théories, dans les diagnostics (démarche pour déterminer le trouble), les pronostics (risques d'évolution du trouble), l'étiologie attribuée aux troubles (recherche des causes) et les traitements qui seront proposés. Plusieurs courants existent pour classer les maladies et identifier les troubles, comme par exemple l'approche psychanalytique, ou bien d'autres courants qui se baseront sur le DSM V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l'Association américaine de psychiatrie) ou la CIM 10 (classification internationale des maladies publiée par l'Organisation mondiale de la santé).

L'approche des conduites addictives sera donc différente selon le courant de pensée dans lequel s'inscrit le psychiatre qui prendra en charge un type de patient. Mais dans la pratique, ces différences n'apparaissent pas de manière aussi évidente entre plusieurs courants qui s'opposeraient frontalement. Chaque psychiatre construit son propre savoir, fondé sur son expérience de la clinique, sur sa formation et sur une certaine littérature. De plus, le diagnostic en psychiatrie possède une part de subjectivité, car la plupart des signes cliniques se trouvent dans le discours du patient au cours

d'un dialogue interpersonnel avec le thérapeute³⁴.

La place qu'occupent les addictions dans le savoir en psychiatrie est complexe, car elle dépend de l'orientation du thérapeute et de ses expériences socio-professionnelles. J.P. Descombey a écrit un article qui revient sur l'approche de l'alcoolisme dans la psychanalyse³⁵, en expliquant que cette discipline a pendant longtemps ignoré ce type de trouble, perçu comme un simple symptôme. Selon cet auteur, les patients alcooliques seraient perçus par les analystes comme étant décevants, « *n'ayant pas de parole* »³⁶, « *pas de demande* », et adoptant un mode de communication primitive. Lors des entretiens, une psychiatre qui se disait « *formée à la psychanalyse pure jus* », nous a parlé des apports mais aussi des limites de la psychanalyse dans l'approche des patients souffrant d'addictions. Pour elle, les thérapies d'inspiration comportementaliste ou psychanalytique peuvent être mobilisées selon les situations :

*« Ce que je reproche aux comportementalistes, c'est de pas pouvoir prendre le sujet dans sa globalité, c'est quelque chose de merveilleux dans la psychanalyse de prendre en compte toute son histoire, sa souffrance, son vécu, on essaye de l'amener à réfléchir là dessus, à réfléchir sur ses failles, ses succès, c'est une tranche de vie une psychothérapie psychanalytique. Tandis que le comportementalisme, il y a un problème on règle le problème, comme une boîte à outil, c'est un peu dérangent, l'efficacité de la thérapie comportementale elle est rapide, mais faut regarder si un boulon s'est pas décroché ailleurs. L'inspiration psychanalytique ça permet globalement sur le long terme d'améliorer des comportements de ce type là. »*³⁷

Mais toujours selon ce psychiatre, la psychanalyse possède également ses écueils qui rejoignent les critiques formulées par J.-P. Descombey, concernant l'incapacité à voir l'addiction comme un trouble en soi jusqu'à entretenir parfois un « *déni total* » :

*« J'ai des patients ils ont fait 20 ans de psychanalyse, leur thérapeute n'a jamais vu qu'ils étaient bourrés tous les soirs. (...) Le problème de la psychanalyse c'est qu'elle ne permet pas de soulever des questions, elle est dans une interface à soi. Nous on fait des psychothérapies d'inspiration psychanalytique ou des TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales) pour manipuler les concepts et aider le patient à traverser un déni, la psychanalyse peut entretenir un déni total. Si je veux pas dire je dis pas. »*³⁸

Les différentes approches possèdent chacune des avantages et des inconvénients dans le repérage dans ce qu'elles permettent d'analyser. Les thérapies d'inspiration psychanalytique permettront de mettre en lumière le sujet et sa parole, tandis les TCC mettent davantage l'accent sur le symptôme qui pose problème.

³⁴Y. Dimitriadis, *Éloge de la subjectivité en psychiatrie*, Recherches en psychanalyse, 2010/2 n°10, pp. 329-336

³⁵J.P. Descombey, *L'alcoolisme, continent noir de la psychanalyse ?*, Revue française de psychanalyse, Vol. 68, 2004/2, pp. 561-579

³⁶J.-P. Descombey, *l'alcoologie, fille ingrate de la psychiatrie*, Le courrier des addictions (7), N°1, 2005, pp 4-6

³⁷Extrait de l'entretien n°13 réalisé le 24/03/17, voir annexe 4, p. 127

³⁸Extrait de l'entretien n°13 réalisé le 24/03/17, voir annexe 4, p. 127

2. Dans le champ des addictions

L'addiction est-elle une maladie ? À quel moment une consommation ou un comportement répété devient pathologique ? À ces questions, de multiples réponses sont possibles. Évidemment, nous n'allons pas trancher le débat en donnant une réponse définitive, mais nous voulons souligner ici les divergences qui peuvent exister sur ces sujets.

L'American Society of Addiction Medicine (ASAM) définit l'addiction comme une maladie chronique du cerveau altérant les circuits neuronaux de la récompense, de la motivation et de la mémoire³⁹. Le Pr. Michael Miller, ancien président de l'ASAM, parle d'une maladie « *liée au dysfonctionnement du cerveau et non aux drogues* » qui serait « *neurologique et non liée à des facteurs externes* »⁴⁰. Le Dr. Raju Hajela, ancien président de la Canadian Society of Addiction Medicine (CSAM), parle du fait que l'addiction n'est pas un choix de la personne qui aurait décidé d'entretenir une relation de dépendance à un objet. En revanche, le choix intervient quand il s'agit de s'engager dans un processus de soin. Le Dr. David Kupfer, président d'un groupe de travail sur le DSM au sein de l'ASAM, parle quant à lui des addictions, des troubles anxieux et de la schizophrénie comme étant des maladies qui « *ne sont pas différentes des maladies cardiovasculaires, du diabète, ou même de l'asthme d'une certaine façon* ». Cette définition insiste donc énormément sur les causes neurobiologiques de l'addiction. Elle permettrait, selon ses promoteurs, de diminuer voir de mettre un terme à la stigmatisation dont sont victimes les patients en attribuant la cause de leurs comportements à une maladie plutôt qu'à un choix rationnel de leur part.

D'autres acteurs critiquent cette définition, comme Alain Morel⁴¹, psychiatre et vice-président de la Fédération Française d'Addictologie, qui y voit des motivations corporatistes et idéologiques. Selon lui, cette définition de l'ASAM se focalise sur les dernières avancées en matière d'imagerie cérébrale et de neurobiologie en faisant des facteurs biologiques la cause ultime des addictions et en niant les autres facteurs externes. Il affirme également que le développement de l'addictologie française s'est fait dans un dialogue interdisciplinaire, qui permet une prise en charge multifactorielle, et que le réductionnisme à une seule cause aurait pour conséquence de n'avoir plus que la médecine comme solution, ce qui nuirait à la prise en charge. Enfin, il rejette l'argument de l'ASAM d'une diminution de la stigmatisation des patients en désignant l'addiction comme une pathologie du cerveau. Pour lui, cet argument entraîne une baisse de l'investissement des pédagogues et des

³⁹<https://www.asam.org/quality-practice/definition-of-addiction>

⁴⁰<http://www.rvh-synergie.org/documentation/bulletins-flyer/111-section-vide-pour-sectionex/640-laddiction-une-maladie-du-cerveau-selon-lasam.html>

⁴¹<http://www.rvh-synergie.org/documentation/bulletins-flyer/111-section-vide-pour-sectionex/641-laddiction-est-bien-plus-qu'une-maladie-du-cerveau.html>

éducateurs dans le travail de prévention, alors que la motivation des patients, de leur entourage, de la collectivité et des professionnels sont des enjeux essentiels pour modifier les comportements.

Ce débat est illustratif des controverses qui peuvent exister dans la littérature scientifique sur ces questions. La revue *Nature* a par exemple publié en 2014 un éditorial sur l'addiction intitulé « Animal farm » qui reprend cette définition neurobiologique mise en avant par l'ASAM et par d'autres collectifs, comme l'American National Institute on Drug Abuse (NIDA). En réponse à cet éditorial, une pétition a été signée par plus de 90 chercheurs et cliniciens dont le titre était « L'addiction : pas juste un dysfonctionnement du cerveau ». Dans un article de W. Hall, A. Carter et C. Forlini⁴² publié en 2015, les auteurs s'intéressent à ce modèle centré sur le cerveau, en analysant ses promesses, les preuves qui le soutiennent, et à ses apports. L'article conclut qu'« *une valeur scientifique considérable existe dans la recherche neurobiologique et génétique sur l'addiction, mais que cette recherche ne doit pas justifier une simplification vers ce modèle BDMA (Brain Disease Model of Addiction) qui domine les discours sur les addictions aux USA et, de plus en plus, ailleurs. Les éditeurs de Nature ont eu tort dans leur présupposé concernant le modèle BDMA qui représenterait un consensus dans la spécialité des addictions* »⁴³.

Nous voyons ici que les définitions données sur un terrain scientifique ont des répercussions très nettes dans le débat politique ainsi que sur la motivation des patients. Le discours d'une autorité médicale, détentrice du savoir sur la maladie, aura une influence sur les représentations des autres acteurs. Le débat est donc intense car de sa tenue dépend le financement des actions publiques dans le domaine de l'addiction.

Ce débat illustre également les différences qui existent dans la prise en charge des patients. La représentation de ce qu'est l'addiction et de la responsabilité du patient par rapport à son trouble auront un impact important sur la pratique des professionnels. Par exemple, un médecin qui estime que les patients dont il a la charge sont responsables de leurs actes, et que l'addiction n'est pas une maladie en tant que telle, aura plus de mal à distribuer du matériel de RDR, en pensant que les seringues stérilisées vont les encourager dans leurs pratiques et vont renforcer leur addiction au lieu de les en détourner. À l'inverse, un médecin qui pense que l'addiction est une maladie et que les patients en sont victimes aura une approche différente, et sera plus enclin à proposer des soins de RDR.

⁴²W. Hall, A. Carter, C. Forlini, *The brain disease model of addiction : is it supported by the evidence and has it delivered on its promises ?* Lancet Psychiatry, N°105-10, 2015

⁴³Traduit de l'anglais : « *Considerable scientific value exists in the research into the neurobiology and genetics of addiction, but this research does not justify the simplified BDMA that dominates discourse about addiction in the USA and, increasingly, elsewhere. Editors of Nature were mistaken in their assumption that the BDMA represents the consensus view in the addictions specialty* »

3. Des diagnostics qui collent à la peau

Nous voyons donc que de nombreuses controverses secouent les milieux de l'addictologie et de la psychiatrie depuis des dizaines d'années concernant la dénomination des troubles et l'efficacité des différentes thérapies proposées. Ces controverses ont des effets très concrets sur les patients, qui accordent une grande importance au discours qu'une autorité savante comme le milieu médical portera sur eux. De plus, de ces diagnostics découleront des thérapies et des traitements qui peuvent parfois avoir conséquences importantes sur la vie des patients. Nous avons ainsi rencontré une patiente⁴⁴ qui nous a raconté son parcours en psychiatrie :

C. est une patiente qui fréquente l'ALT depuis plus d'une dizaine d'années. Ensemble, nous avons surtout parlé de ses nombreuses expériences avec les services de psychiatrie, tant elles ont été marquantes pour elle. Notre entretien fut donc pour elle l'occasion de s'exprimer sur toutes ces années difficiles. Sa première expérience remonte à ses 19 ans, « naïvement » dit-elle, elle pensait y trouver un soutien, une aide, elle ne sera « *pas déçue du voyage* ». Dans le système de la psychiatrie, elle s'est sentie prise au piège : « *Une fois qu'on y a été jeune, on est stigmatisé quelque part à la moindre incartade* ». Cette étiquette, elle souhaite y échapper. Elle ne se sent ou ne se pense pas malade psychiquement, et le psychologue qui la suit non plus, mais elle a l'impression que le système la maintient dans une spirale dont elle n'arrive à se défaire. Les psychiatres ne sont pas d'accord sur son diagnostic, « *un psychiatre me dit je suis borderline, je suis bipolaire, l'autre me dit je suis rien, c'est grave.* ». Elle reproche aux psychiatres de vouloir trop vite médicaliser, de masquer les symptômes avec des médicaments. Elle se sent marquée, comme si elle avait fait de la prison, et souhaiterait un droit à l'oubli pour les personnes qui sont passées par la psychiatrie, pour ne plus avoir à porter cette étiquette.

À l'époque, certains de ses internements étaient justifiés me dit-elle, mais son objectif aujourd'hui est de regagner en autonomie, et elle voudrait que les services de psychiatrie l'aident en ce sens. « *Ils devraient mettre plus de dispositif de réinsertion. Quelque part, ils ne recherchent pas la réinsertion des patients, ça ça manque. C'est pas parce que vous avez fait de la psychiatrie que vous êtes un cas désespéré.* ».

Nous avons également longuement évoqué la question des traitements neuroleptiques, et des effets qu'ils ont eus sur elle, sur sa vie. C. a pris une multitude de médicaments au cours de sa vie.

⁴⁴Entretien réalisé le 27/04/17, voir annexe 5, p. 129

Certains, elle le reconnaît, étaient nécessaires ; mais pour la plupart, elle ne comprend pas le sens de toutes prescriptions. À 15 ans, on l'avait mise sous somnifères, 25 ans plus tard, elle n'a jamais réussi à décrocher. « *Une fois ils m'avaient tellement bazaré de médicaments, j'étais comme un légume, mais j'étais totalement consciente. C'était douloureux pour mes proches, pour moi aussi. Un infirmier est resté toute la journée à côté de moi et ne m'a pas quitté d'une semelle, il y avait un risque que j'y passe. C'était une situation inhabituelle. (...) Vous avez plein d'effets désagréables, le bras qui part tout seul, les yeux au plafond pendant 48 heures, j'avais ça aussi.* »

Avec les psychologues c'est différent dit-elle. Elle se sent comprise, écoutée, elle arrive à trouver des réponses à ses questionnements, à mettre des mots et du sens sur ses souffrances.

Ce récit montre l'importance qu'a eu un diagnostic réalisé très tôt dans la vie de cette patiente. La compréhension de son trouble et le fait de savoir si oui ou non elle est atteinte d'un problème d'ordre psychiatrique sont devenus des questions essentielles dans sa vie. Ces prises en charge dans les services de psychiatrie ont eu un impact très fort sur sa vie et sur celles des membres de son entourage. Elles ont profondément modifié l'image que C. avait d'elle-même et qu'elle renvoyait à autrui. Son entourage a joué également un rôle important dans sa façon de concevoir sa maladie. En effet, selon ses dires, ils ont exercé un contrôle sur ses crises par peur des conséquences, et l'ont encouragée depuis son adolescence à consulter les services de psychiatrie pour régler ses problèmes.

Le vocabulaire très négatif qu'elle a employé pour parler de son expérience avec la psychiatrie est à mettre en relation avec un ensemble de discours qui circulent sur l'institution psychiatrique. Par exemple, le fait que les psychiatres auraient voulu « masquer les symptômes avec des médicaments » est une critique récurrente de l'usage des substances pharmacologiques dans le cadre des soins psychiatriques par les tenants d'une approche plus psychanalytique qui passe avant tout par la parole. Ces discours prennent appui sur des travaux des partisans de l'antipsychiatrie, notamment ceux de M. Foucault⁴⁵ et E. Goffman⁴⁶ dans les années 1960 et 1970, qui ont eu une importance considérable sur la représentation de cette discipline.

Certains éléments de ce récit sont donc à relativiser mais il reste important de l'entendre en tant que tel. En effet, il témoigne d'une expérience personnelle et qui se retrouve très souvent dans la parole des patients et de certains professionnels qui ont côtoyé ce milieu. Il est également important de mettre ce type de récit en parallèle avec la parole des soignants dans les institutions psychiatriques, qui témoignent également très souvent des difficultés dont ils font l'expérience. Les solutions qui

⁴⁵M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1976

⁴⁶E. Goffman, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Éditions de Minuit, 1979

paraissent radicales comme les soins sous contrainte, sont rarement décidées à la légère, et témoignent de réactions à l'égard d'une violence à laquelle il faut répondre. Mais cet état de fait ne doit pas non plus amener à nier les abus de pouvoir qui ont pu exister ou qui subsistent encore dans certaines institutions, car partout où un pouvoir s'exerce, des abus de pouvoir sont susceptibles d'exister.

4. L'anormal et le pathologique

4. 1. La volonté de ne pas savoir

Les professionnels de l'addictologie, qu'ils soient médecins, travailleurs sociaux, infirmiers ou éducateurs spécialisés, côtoient la maladie psychiatrique dans leur pratique quotidienne. En raison de la très forte prévalence des troubles de comorbidité psychiatrique et addictive, ils ont cette expérience de la maladie. Les connaissances des professionnels de l'addictologie sur le sujet des maladies psychiatriques divergent énormément en fonction de la formation de chacun, ainsi que de leur expérience professionnelle et personnelle. Les capacités à identifier, à pouvoir parler et à échanger avec d'autres acteurs du domaine de la psychiatrie seront donc également très différentes.

La capacité à formuler une demande qui soit claire, pertinente et appropriée est une condition essentielle pour entretenir de bonnes relations entre les services de santé. Or, nous avons observé que bien souvent, la demande envers la psychiatrie n'était pas appropriée, car relevant d'une vision erronée de l'offre de soins dans cette institution, des traitements et du rôle du psychiatre. Le manque de connaissances sur les maladies psychiatriques peut également engendrer une détérioration des relations entre professionnels. Ce domaine des pathologies psychiatriques suscite en effet de multiples représentations et appréhensions. Plusieurs professionnels du champ médico-social nous ont affirmé ne pas avoir besoin de mettre des mots sur les maladies mentales, comme nous l'a dit une assistante de service-social :

« Je sais pas si on a forcément besoin de savoir le nom de la maladie pour accompagner la personne, ou juste de savoir comment se comporter avec elle. Je le pense comme ça. Quand j'ai en face de moi une personne schizophrène, ou psychotique, ou autre, je vais essayer d'amener les choses en fonction de comment on arrive à communiquer ou ce genre de choses. Je vais pas forcément faire en fonction de la pathologie. Après je suis pas dans des unités où j'ai des pathologies graves et avérées. C'est peut-être pour ça que mon fonctionnement est différent. »⁴⁷

⁴⁷Extrait de l'entretien n°7 réalisé le 14/02/17, voir annexe 4, p. 127

Cette méconnaissance ou cette incapacité à nommer le trouble de certains travailleurs du champ médico-social sur la question des maladies psychiatrique est constatée et regrettée par d'autres acteurs travaillant en psychiatrie. La capacité à nommer peut certes être stigmatisante, mais elle est parfois nécessaire afin de pouvoir émettre des hypothèses et d'avancer sur le diagnostic, et pour communiquer avec les autres professionnels. Une psychiatre nous a ainsi parlé de l'importance de mettre des mots sur un trouble :

« Ils ont la sensation que les psychiatres stigmatisent les choses, ce qui n'est pas toujours faux, mais des fois il faut nommer les choses pour les comprendre. Si on ne nomme pas les choses, même si c'est faux, on a mis un mot sur les choses et ça permet d'avancer; on peut dire je me suis trompé mais au moins on a avancé. J'ai fait un mauvais diagnostic, ou je n'ai pas mis correctement la limite, mais au moins on en parle, je nous ai aidé à identifier quelque chose. »⁴⁸

Quel est l'équilibre à trouver entre le fait de pouvoir nommer une maladie sans enfermer la personne dans ce diagnostic et la stigmatiser? Il est évidemment impossible de répondre de manière définitive à cette question, car tout dépend de l'état d'avancement de la personne dans sa représentation de son trouble. Mais le cloisonnement idéologique de certains acteurs est susceptible d'entraver les bonnes relations entre les services, au détriment de l'accompagnement et du suivi des patients.

4. 2. Des confusions récurrentes

Suite à des échanges avec plusieurs psychiatres, nous avons défini plusieurs confusions types qui existent dans l'appréhension des maladies psychiatriques chez des personnes qui en ont une connaissance partielle. Une de ces confusions récurrentes concerne la distinction à opérer entre un comportement qui relève de l'anormalité et un qui relève d'une pathologie avérée. En effet, certains comportements observés dans des centres d'accueil relevaient clairement de l'anormalité, au sens d'une déviance par rapport à des normes communément partagées.

La notion de norme dépend du ou des groupes sociaux auxquels les acteurs appartiennent. Pour les travailleurs sociaux, par exemple, certaines normes existent à l'égard des discours racistes, xénophobes ou misogynes qui sont considérés comme étant inacceptables. Certains discours complotistes prononcés par des patients ou des usagers comporteront des paroles qui ne seront pas tolérées par les professionnels, comme par exemple le fait d'attribuer à un groupe ethnique une responsabilité exacerbée dans la tournure des événements de la société. Dans ce type de parole, la

⁴⁸Extrait de l'entretien n°13 réalisé le 17/03/17, voir annexe 4, p. 127

délimitation entre ce qui relève de la « folie » ou simplement de l'anormalité peut être difficile à tracer. Des éléments irrationnels, pseudo-scientifiques, voire parfois pouvant s'apparenter à la paranoïa peuvent être mis en avant. Avec la prise de substance et l'état d'ébriété dans lequel certains patients fréquentent les centres, la confusion devient alors totale. Un médecin travaillant en hôpital psychiatrique et au contact avec des travailleurs sociaux nous a expliqué cette confusion qu'il rencontre souvent dans ses interactions :

« Un des premiers travaux qu'opèrent les gens quand on a des partenaires comme ça (qui ne connaissent pas bien la psychiatrie), en particulier les travailleurs sociaux, c'est de redéfinir ce qu'on peut attendre de nous, et à quel point ce qu'on peut faire est parfois limité. Des fois on a le sentiment d'un « on ne sait plus quoi faire alors c'est à la psychiatrie de faire ». Tout ce qui sort de la normalité relèverait de la psychiatrie, mais on peut être anormal sans être pathologique. Tout ce qui est anormal n'est pas pathologique. C'est quelque chose qu'on doit souvent expliquer. (...) On nous demande parfois d'intervenir sur l'anormal et on ne peut pas. C'est pathologique quand c'est une maladie, c'est des maladies définies, c'est une discipline médicale, il y a des symptômes, des critères où on peut définir une maladie. Il peut y avoir des pathologies sans besoin d'intervenir. »⁴⁹

Une autre confusion concerne la distinction entre une souffrance « normale » et une qui découle d'une pathologie avérée. Certaines souffrances ne sont pas liées à une maladie et sont simplement dues à des événements de vie, tels qu'un deuil ou une séparation. Un exemple intéressant nous a été donné par un psychiatre qui avait reçu un patient migrant dans un état d'anxiété avancé orienté par un collègue généraliste. Sa situation était très précaire, car cette personne était en attente de régularisation, et ne pouvait engager aucune autre démarche pendant ce temps. Sa souffrance était patente, mais ce psychiatre ne pouvait engager aucun autre processus de soins que ce qu'un généraliste était susceptible de faire. En effet, il était normal dans cette situation d'avoir un niveau d'anxiété élevé, mais cela n'était pas lié à une maladie. Dans le cas des patients concernés par notre étude, leurs modes de vie étant souvent extrêmement précaires, ils se retrouvent également dans des états de stress et d'anxiété qui dépassent le cadre « normal ». Mais ce cadre ne nécessite pas forcément l'intervention d'un psychiatre, qui ne pourra rien apporter de plus qu'un médecin généraliste prescrivant des médicaments contre le stress.

Il existe également une confusion concernant certaines pathologies qui sont vécues de manière « normale », et qui ne nécessitent pas de prise en charge particulière. Certains patients vivent bien avec leur pathologie qui est stabilisée, malgré une apparence de « folie » ou d'irrationalité due à certains symptômes qui persistent. Par exemple, certains patients souffrant d'autisme ou de schizophrénie ont appris à vivre avec leur trouble, et ont mis en place des stratégies pour s'accommoder des normes de la société.

« Il y a des gens qui sortent de chez nous, on sait qu'ils vont échapper aux soins, mais ils n'en souffrent pas, et ça pose des problèmes parce que ponctuellement ils ont rencontré quelqu'un qui était

⁴⁹Extrait de l'entretien N°9, réalisé le 02/03/17, voir annexe 4, p. 127

surpris du fait que la personne délire et qui a dit qu'il faut intervenir. Mais il nous arrive de faire sortir des personnes dont on sait qu'elles vont délirer, si elles n'en souffrent pas et qu'elles ne font pas souffrir d'autres personnes, voilà. »⁵⁰

Toutes ces confusions entraînent parfois de mauvaises orientations ou des demandes inappropriées envers les services de santé. La prise en charge dans les services psychiatriques nécessite en effet un ensemble de conditions avec des symptômes clairement définis, un risque pour la personne ou pour autrui, ou l'expression d'une souffrance manifeste.

5. Le jeu des étiquettes

Un comportement ou un discours jugé inacceptable aura tendance à être mieux toléré par les équipes de santé et d'accompagnement si la personne est atteinte de maladie mentale, car la cause de cette parole ou de cet acte aura tendance à être attribuée à la maladie plutôt qu'à la personne. Dans le cas d'une pathologie d'addiction, en revanche, la plupart des acteurs n'auront pas cette tolérance et la personne sera jugée responsable de ses actes et de ses mots.

Des professionnels qui ne travaillent pas en psychiatrie et ont peu d'expérience de cette discipline peuvent ainsi avoir tendance à coller une étiquette de « folie » sur certains événements afin de mieux les tolérer. En effet, le fait d'attribuer la cause d'un comportement néfaste effectué par un patient à la responsabilité pleine et entière de ce dernier reviendrait à devoir prendre une sanction à son égard. Mais prendre une sanction envers un patient revient également à prendre le risque de rompre le « lien de confiance », et de ne plus jamais le revoir dans le cadre d'une prise en charge. Une tentation existe alors à mettre tous les patients sous une même étiquette en déclarant par exemple : « dans cet endroit, ils sont tous fous de toute façon » afin de ne pas tenir compte des débordements qui pourraient avoir lieu pour se concentrer sur la prise en charge et l'accompagnement.

La majorité des patients souhaite échapper à la catégorisation de « toxicomane », centrée sur la personne et renvoyant étymologiquement à la « manie des toxiques ». Le passage au terme « d'addiction » a permis de donner une connotation plus médicale aux consommations, renvoyant davantage à un type de savoir sur des substances ou des comportements⁵¹. La désignation de « toxicomane » renvoie donc à une forme d'essentialisation de la personne en tant que consommateur, tandis que l'addiction⁵² fait référence à un objet extérieur que la personne consomme. La difficulté

⁵⁰Extrait de l'entretien N°9, réalisé le 02/03/17, voir annexe 4, p. 127

⁵¹G. Freda, *De la toxicomanie aux addictions*, Le sociographe n°39, 2012, pp. 65-68

⁵²Nous parlons ici du langage commun où le terme « avoir une addiction » renvoie à un objet extérieur. L'étymologie du terme en revanche replace la focalisation sur la personne où le mot « addictus » vient du latin qui signifie « adonné

étant que la plupart des patients parlent du fait que cette figure du « toxicomane » leur est renvoyée par la société, alors même que l'addiction est aujourd'hui largement admise en tant que maladie chronique liée à des dysfonctionnements du cerveau.

Concernant la maladie mentale, la plupart des patients refusent qu'on leur accole cette étiquette de la « folie », en raison de leurs mauvaises expériences en psychiatrie, ou de la stigmatisation que cette désignation entraîne. Une hypothèse que nous pouvons formuler est que les personnes qui bénéficient de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) pour une maladie mentale ont tendance à mieux vivre le fait d'être désigné comme porteur d'une maladie mentale que ceux qui n'ont pas ce statut. Cette donnée pourrait s'expliquer par le fait qu'une reconnaissance « officielle » par un service de l'État, et donc par une représentation de la collectivité, constituerait une forme de légitimation d'un trouble qui autrement serait moins bien perçu. Certaines observations vont dans ce sens, notamment lors des entretiens où les patients qui perçoivent l'AAH avaient plus de facilités à parler de leur maladie psychiatrique. Mais le nombre peu élevé d'entretiens avec les patients ne permet de conclure sur ce propos. Une étude réalisée en 1999⁵³ montre que le passage du RMI (dispositif existant avant le RSA) à l'AAH fait l'objet de négociations de la part du personnel médical et des patients afin d'obtenir une compensation financière au prix d'un renforcement de leur statut de handicapé. L'étude montre que l'obtention de l'AAH peut parfois faire l'objet d'un refus de la part des personnes qui pourraient y avoir droit en raison de l'atteinte à l'image de soi que ce changement de statut fait peser. Selon l'auteur de cette étude, les personnes qui obtiennent l'AAH doivent « faire la preuve de sa volonté à entrer pleinement dans le statut d'handicapé » en adoptant une « position modérée », c'est à dire en ne présentant pas une posture qui paraîtrait trop exagérée, mais qui correspond tout de même aux représentations de la maladie en question.

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse qu'étant données toutes les représentations négatives associées aux comorbidités psychiatriques et addictives, l'acceptation de l'AAH doit se faire au prix d'un effort important, qui est celui d'accepter d'être perçu comme un malade souffrant d'un trouble psychiatrique ou d'une addiction. Tous les patients ne sont pas prêts à accepter ce type de renoncement, qui concerne à la fois l'image sociale que la personne renvoie, et l'image qu'elle a d'elle-même. Pour les patients qui refusent d'être associés à ce type de représentation, il sera alors extrêmement difficile voire impossible de les orienter vers un service de psychiatrie ou d'addictologie selon la dénomination qu'ils refusent. Le patient G.⁵⁴ que nous avons rencontré nous a parlé de cette stigmatisation dont il se sent victime :

à » et servait à désigner les esclaves adonnés à leurs créanciers qui ne pouvaient payer leurs dettes.

⁵³B. Herrgott, *Du RMI à l'AAH : une vie « a minima » ? Négociations et effets du glissement des plus démunis des catégories de l'insertion aux catégories du handicap*, Lien social et Politiques, 1999

⁵⁴Entretien réalisé le 07/04/17, voir annexe 5, p. 129

G. est un patient jeune qui fréquente l'ALT depuis plusieurs années et dispose de l'Allocation Adulte Handicapé en raison de son trouble mental. G. a été élevé à la DDASS, et ne porte pas un regard positif sur sa vie. Il est pourtant extrêmement reconnaissant envers les services de la DDASS, qui lui ont permis de grandir avec ses sœurs et de partir en vacances. Son respect pour les éducateurs est immense et il ne permet pas qu'on insulte ces services. Il ne tarit pas d'éloges non plus sur les personnes qui l'accompagnent à l'ALT, psychologues ou assistants de service-social. Il parle de l'attention et de l'écoute qu'il reçoit quand il vient, « *si on n'avait pas ça on serait mort, sincèrement* » me dit-il.

Son expérience de la psychiatrie et des services de santé est plus mitigée. Lors de ses rencontres avec des psychiatres, G. avait l'impression de devoir « *se tenir à carreau* », et de correspondre à une certaine image afin de pouvoir sortir de l'hôpital. « *Quand on se voyait les psychiatres, c'était par deux ou par trois, dans le bureau, on se faisait tout un film, on les voyait c'était le bon dieu, fallait se tenir à carreau, c'est l'impression que j'avais, sinon t'étais pas bien. Je me souviens plusieurs fois je les ai vus, et là fallait les persuader que t'étais bien et prêt à sortir, j'avais trop peur de rester trop longtemps là-dedans, je voulais pas rester avec ces gens-là. À chaque fois que je voyais les psychiatres c'était le grand rendez-vous, qu'il fallait pas louper sinon rebelote, on en avait encore pour une semaine. Fallait les convaincre.* »

Il s'est dit également victime de discriminations dans ses interactions avec le personnel infirmier : « *Quand je prenais la Méthadone®, j'avais toujours le regard d'une infirmière qui disait t'es un hippie, t'es un gars qui prend des produits, c'était vraiment une réalité, dès que je la voyais elle se fixait sur moi, c'est pour ça que je voulais arrêter la Méthadone® et le Subutex®, j'étais vu comme un toxicomane, je voulais pas avoir cette étiquette.* ».

Son estime de lui-même n'est pas très bonne, il évoque ses capacités intellectuelles, son manque d'autonomie, son impression de ne pas avoir droit à certains services. Il parle également beaucoup d'amour, celui qu'il a eu dans son enfance, celui qui lui a manqué également, et celui qu'il reçoit à l'ALT de la part des personnes qui lui offrent leur écoute. Il sent qu'il aura toujours besoin de cet accompagnement : « *Il faut des gens qui travaillent dans l'éducation. Je dis pas que je suis con, j'ai une certaine intelligence, mais j'ai pas grandi avec les éléments qu'il faut pour avoir certaines choses, une famille, il y a un manquement qui fait qu'on aura toujours besoin de ces gens-là.* ».

Il serait utopique de penser qu'en ayant une seule classification homogène entre tous les acteurs de toutes les disciplines, ce type de problèmes serait réglé. De plus, nous pouvons penser que n'avoir qu'une seule classification globale ne serait pas forcément souhaitable, car les patients seraient cantonnés à leur diagnostic et ne pourraient jamais y échapper. La diversité des diagnostics peut donc en un sens constituer une richesse de la prise en charge, et non simplement un écueil par manque de consensus. Mais cette diversité peut également entraîner une angoisse pour les patients, qui ne voient pas la cohérence dans les différents discours qui leurs sont proposés. C'est la capacité des professionnels à travailler ensemble et à expliquer où se situe la cohérence malgré les différences dans le diagnostic, qui va pouvoir apporter du sens aux patients.

Chapitre II : La réduction des risques et son appropriation par les acteurs du soin

1 : historique de la RDR

Avant de rentrer dans l'interprétation que font les acteurs des outils et des politiques de RDR, il convient de revenir sur l'histoire de la RDR pour mieux comprendre son utilisation. Notre propos n'est pas de critiquer la RDR, qui possède un cadre légal clair, mais d'interroger la façon dont des acteurs s'approprient cette politique et ces pratiques.

Avant les années 1970, les toxicomanes ne constituaient pas encore un « problème public »⁵⁵, au sens d'une construction sociale mise à l'agenda des politiques publiques. Leur situation sociale était bien différente, étant pour la plupart de milieux aisés et évoluant dans les sphères intellectuelles⁵⁶. Les drogues consommées étaient principalement l'opium, la morphine ou l'héroïne, et le sevrage était alors l'unique solution thérapeutique. En réaction aux mouvements de mai 1968⁵⁷ et à l'augmentation des trafics, le parlement vota le 31 décembre 1970 une loi qui pénalisait l'usage simple de stupéfiants, que ce soit en usage privé ou en public.

⁵⁵D. Cefai, *La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques*, Réseaux, Vol 14, N° 75, 1996, pp. 43-66

⁵⁶R. Henrion, *Modalités de sevrage des toxicomanes dépendants des opiacés, Aperçus sur l'historique et la situation actuelle de la question*, John Libbey Eurotext, 1998

⁵⁷Le rapport Henrion de 1995 sur la lutte contre la drogue évoque l'importance de mai 1968 : « votée dans une période très marquée par les mouvements étudiants dont certaines drogues avaient été l'emblème, surtout aux États-Unis, la loi du 31 décembre 1970 était, dans l'esprit du législateur, une pièce maîtresse dans l'effort d'endiguement qu'appelaient une vague de contestation portée par ce que certains ont appelé "la dissolution" des mœurs »

Les politiques de RDR sont nées dans les années 1980 suite à l'apparition puis la propagation du virus du sida et en réaction aux politiques uniquement répressives. Ce contexte de crise sanitaire a engendré un changement des mentalités dans la prise en charge des toxicomanes. Mais le risque était-il alors d'abord celui pour les patients ou pour la société ? J-Y. Trépos⁵⁸ distingue deux périodes dans la construction du risque sanitaire. Lors de la première (1987-1994), le risque pour les toxicomanes était perçu à l'aune de la contamination envers leurs partenaires sexuels. Ce n'est que lors de la seconde période (à partir de 1995) qu'une véritable politique de RDR à l'égard des usagers de drogue sera mise en place.

Ce changement de paradigme dans les années 1990 a donné naissance aux politiques de RDR telles que nous les connaissons en France, ouvrant la voie à de nouvelles offres de soin : en sortant d'une approche unique du soin par le sevrage, en privilégiant l'outreach (aller vers l'utilisateur) et en donnant plus d'importance aux attentes et aux demandes des patients⁵⁹. Il faut toutefois attendre l'année 2004 pour que la RDR soit pleinement inscrite dans la loi de Santé Publique, qui maintient néanmoins la pénalisation de l'utilisateur. Cette inscription dans les textes réglementaires permet d'en renforcer la légitimité, mais inaugure également certaines ambiguïtés quant aux pratiques et à l'interprétation concrète. Si le terme s'impose rapidement dans les discours et dans le débat public, il reste sujet à interprétations, comme le rappelle J-Y. Trépos :

« L'expression « réduction des risques » est immédiatement parlante pour tous les intervenants spécialisés dans ce champ (tout le monde voit bien de quoi il s'agit), sans impliquer pour autant une parfaite homogénéité de pratiques (les accentuations sont inégales, de nombreuses expérimentations ont lieu) : c'est bien là ce qui justifie l'utilisation de l'expression. Par ailleurs, elle subsume toute une série d'évolutions largement constatables. Tout semble donc plaider pour une interprétation discontinuiste de l'action publique en matière de drogues. »

Le risque devient ainsi la nouvelle modalité de pensée et d'action dans l'appréhension des problèmes sanitaires. Les travaux de Ulrich Beck sur la « société du risque »⁶⁰ (Beck, 1986) peuvent nous aider à comprendre cette construction de la perception d'un risque sanitaire pour les toxicomanes et pour la société. Au même titre que les catastrophes industrielles (Tchernobyl), ou les catastrophes naturelles, les épidémies constituent une menace pour nos sociétés contemporaines. U. Beck qualifie de « modernité réflexive » notre époque tournée sur ses réalisations et ses prouesses, qui ont engendré un ensemble de risques que nous devons contrôler et limiter. Cette focalisation sur les risques que nous avons parfois nous-mêmes créés (par exemple le risque des accidents de voitures) témoigne de notre volonté de contrôle sur des choses qui nous échappent. La science est alors le recours principal

⁵⁸J.Y. Trépos, *La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogue*, Cahiers internationaux de sociologie, n°114, 2003, pp. 93-108

⁵⁹J.P. Coueron, *La Réduction des risques, Une approche qui vise l'épanouissement de la personne*, Multitudes, n°44, 2011, pp. 64-70

⁶⁰U. Beck, *La société du risque : Sur la voie d'une autre modernité*, Aubier, 2001

que notre société convoque pour contrôler ce risque, sans que cette dernière puisse nécessairement apporter une réponse pertinente.

Dans le cas de la maladie du sida, le problème public est également passé par plusieurs phases de construction, d'abord de compréhension de ce qu'était cette maladie pour donner un sens aux faits, puis de réponse programmatique par les pouvoirs publics, et enfin de représentation du problème pour déterminer les actions individuelles et collectives⁶¹. L'action de groupes militants, tel « Act Up-Paris »⁶² qui ont su mobiliser l'espace médiatique, a donné une ampleur exceptionnelle à ce problème et a encouragé les pouvoirs publics à le reconnaître en tant que tel. La réponse apportée a entraîné, selon M. Setbon, une « normalisation paradoxale du sida », où le problème et le risque ne sont pas résolus, mais sont devenus acceptables. Les progrès thérapeutiques, bien que limités, ont contribué à cette normalisation, de même que la prévention à grande échelle. Cette acceptabilité sociale a donc été possible suite à la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs des champs médiatiques, politiques et associatifs.

2. politiques de la RDR, outils, pratiques, cadre légal

La RDR va alors s'imposer dans les débats politiques comme une démarche réaliste, rationnelle et pragmatique pour répondre à un besoin de santé publique. L'article 12 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique la définit en ces termes :

« La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants. »

Les politiques de la RDR se sont déclinées à travers une série d'outils et de dispositifs à destination des usagers de drogues. Dans les lieux qui la pratiquent comme par exemple les CAARUD ou les CSAPA, du matériel d'injection stérilisé est mis à disposition des usagers (seringues, filtres, pailles de sniff, feuilles, etc.), ainsi que des préservatifs pour limiter les risques de transmission de maladies sexuellement transmissibles. Des médicaments et des traitements de substitution (Subutex®, Méthadone®) peuvent être proposés sur prescription médicale pour remplacer la consommation d'héroïne et d'opiacés. L'accueil des personnes dans les établissements qui pratiquent la RDR est dit généralement à « bas seuil » d'exigence et se fait sans distinction, et avec un « haut

⁶¹M. Setbon, *La normalisation paradoxale du sida*, Revue française de sociologie, n° 41-1, 2000, pp. 61-78

⁶²D. Marchetti, *Les conditions de réussite d'une mobilisation médiatique et ses limites : l'exemple d'Act Up-Paris*, Presses Universitaires de France. La politique ailleurs, 1998, pp. 277-297

seuil de tolérance ». Cet accueil est l'occasion de distribuer du matériel aux usagers, de leur prodiguer des conseils sur leurs consommations et les risques qu'ils prennent, ainsi que d'engager un premier pas vers ce qui peut devenir une démarche de soins. Un accès à des douches et à des lave-linge peut-être aussi proposé, et des consultations médicales peuvent être mises en place dans certains centres.

Le site internet de la MILD&CA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives)⁶³ définit la RDR comme étant une « *démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence* ». Les risques sont évoqués en termes de :

- Risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons
- Risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc.
- Risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité
- Risques judiciaires : poursuites pénales, incarcération

Le site du ministère évoque ici une acception large des risques, qui va au-delà du simple risque sanitaire pour la personne et ouvre le champ à plus d'interprétation dans le choix des actions pour les réduire.

3. discours et idées de la RDR

La RDR n'est pas seulement un ensemble de politiques, d'outils et de pratiques qui guident les professionnels. Il s'agit également d'un ensemble de discours et d'idées qui circulent entre les acteurs et peuvent parfois être interprétés pour être traduits en actes. Ces idées qui accompagnent les discours peuvent apparaître de manière plus ou moins consciente dans les paroles des acteurs. Elles ne s'apparentent pas nécessairement à la philosophie originelle du concept de RDR ou à son cadre légal, mais en deviennent parfois des extensions qui font consensus au sein de certains groupes d'acteurs. En questionnant les professionnels sur la façon dont ils perçoivent et appliquent la RDR au quotidien et sur les présupposés qui soutiennent leurs discours, nous avons découvert que derrière la présentation que chacun pouvait en faire, il se cachait effectivement des notions et des idées qui

⁶³<http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques>

diffèrent grandement entre les professionnels, et dont ils n'avaient parfois pas nécessairement conscience au départ. Ces différences concernent notamment la demande du patient qui constitue ou non un prérequis aux soins, le rapport au savoir sur la maladie qui est détenu par le patient ou par le corps médical et le rapport à la loi et aux limites à imposer dans l'intérêt du patient.

3. 1. L'inversion du rapport au savoir

Une des idées principales de la RDR, partagée par de nombreux acteurs, est que le savoir sur la maladie est avant tout détenu par le patient et non par le soignant. L'institution médicale n'est plus la seule détentrice d'une connaissance qu'elle impose au malade dans un rapport asymétrique. La définition du soin et des moyens pour y parvenir sont avant tout définis par le patient lui-même, qui connaît mieux que quiconque ses difficultés quotidiennes, ses souffrances et ce qu'il souhaite pour son avenir.

Cette inversion du rapport soignant/soigné en matière de connaissance peut entraîner des difficultés importantes chez des soignants qui conçoivent leur activité avant tout par les soins qu'ils dispensent à des personnes malades ayant besoin de leur aide. Ce rapport inversé au savoir peut entraîner une forme de dépossession du pouvoir que les soignants ont sur les malades⁶⁴. Certains professionnels de santé sont très attachés à cette définition du soin, portant une confiance très grande dans la science et dans sa capacité à répondre aux problèmes des patients. Ce type de repère peut être brouillé lors de l'exercice des soins en addictologie et les professionnels doivent faire un effort pour modifier leurs représentations du soin et de la place du patient, et s'adapter à ces nouvelles situations.

La connaissance des patients est pourtant un enjeu essentiel du processus de soin. L'éducation thérapeutique du patient est un exemple d'une pratique qui vise à renforcer l'acquisition de compétences et de savoir-faire sur la maladie. Les groupes d'auto-support sont également des initiatives intéressantes qui permettent aux patients d'échanger entre eux des connaissances sur leurs consommations ou sur le soin. Mais pour que ces pratiques soient pleinement implantées, il est nécessaire de réaliser un travail sur les acteurs qui ont encore des réticences à cette inversion du rapport au savoir.

⁶⁴Un pouvoir peut-être tout à fait légitime dans certaines formes d'exercice de la médecine, où le patient délègue le contrôle de son corps à une autorité médicale compétente (dans le cas d'un acte chirurgical par exemple).

3. 2. La demande du patient

Si la connaissance est avant tout détenue par le patient, cela implique qu'il est seul en mesure de savoir ce qu'il veut, ce qui est bon pour lui et ce qu'il souhaite pour sa santé et son avenir. Un soignant ou un accompagnant ne peut pas obliger une personne qui a une addiction à se soigner si cette dernière ne le veut pas. Cette idée fonctionne souvent comme une garantie de l'engagement du patient dans les soins, car si la demande est externe (venant du corps médical ou de la famille par exemple), le patient ne sera pas motivé pour arrêter ses consommations. Or, l'engagement et la motivation sont des conditions essentielles pour arrêter ou limiter toute addiction.

Mais dans les faits, la demande de soins n'émane pas nécessairement du patient. Elle peut bien évidemment venir de la famille qui souhaite une disparition de l'addiction en raison des difficultés ou des appréhensions que ce trouble peut générer. La demande peut également venir de l'institution pénitencière ou judiciaire qui formule une demande d'arrêt des consommations (sous forme d'injonction de soin). Dans les centres de soins qui pratiquent la RDR et ont cette acception d'attente de la demande du patient, il existera une forte dichotomie entre la demande émanant de l'institution judiciaire et la réponse apportée par le corps médical ou médico-social⁶⁵.

Cet aspect de la RDR qui consiste à partir de la demande du patient pose également question lorsqu'il est appliqué à d'autres domaines, telle que la psychiatrie. Plusieurs psychiatres nous ont parlé de l'influence positive de la RDR sur cet aspect particulier, car la psychiatrie a sans doute négligé la demande des patients pendant de nombreuses années. Atteindre un plus haut degré d'écoute de la parole des patients sur ce qu'ils souhaitent pour eux-mêmes paraît donc à beaucoup d'acteurs un objectif important et positif.

Mais il existe cependant un écueil à cette démarche, car la demande des patients atteints de maladies psychiatriques n'est pas toujours audible selon les pathologies. En effet, la demande peut parfois paraître irréaliste, comme le fait de revenir à une vie « normale » en quelques jours de soin, après un parcours alternant les séjours en centre de détention et dans la rue pendant des dizaines d'années, avec des consommations aux très lourdes conséquences.

⁶⁵L'origine de la demande de soins chez les patients est difficile à établir clairement. Vient-elle de la propre volonté de la personne, d'une image à laquelle elle souhaite correspondre, d'une injonction extérieure ? Cela est impossible à dire, mais nous observons que bien souvent, tous les acteurs qui ne travaillent pas dans le domaine de l'addictologie (les patients, leurs familles, les acteurs du système judiciaire) ont tendance à se renvoyer une demande fantasmée de guérison totale et rapide des addictions. Or, tous les professionnels qui connaissent les mécanismes de l'addiction savent que la guérison prend un temps extrêmement long, qu'elle dépend de multiples facteurs (tels que les facteurs environnementaux, la situation sociale de la personne, son histoire personnelle, etc.), et qu'elle peut également ne jamais advenir en raison du caractère chronique de cette pathologie.

D'autres patients sont dans des états qui ne leur permettent pas de formuler une demande claire sur ce qu'ils veulent ou ce dont ils auraient besoin. Le fait d'attendre la verbalisation de la demande peut alors devenir un obstacle dans la réponse à apporter aux besoins de ces personnes. Les problèmes cognitifs dont souffrent de nombreux patients peuvent par exemple entraîner des pertes de mémoire, des problèmes d'élocution, une incapacité à se projeter dans le futur ou simplement une incapacité à formuler une demande claire. Une psychologue nous a ainsi confié sa frustration à cet égard, de ne pas pouvoir agir lorsqu'un patient atteint d'une pathologie psychiatrique n'a pas de demande claire :

« Je pense qu'il y a un glissement, par rapport à la réduction des risques, je crois qu'on a cet intérêt pour le patient, qu'il ait son mot à dire, c'est très important de le prendre en compte, il y a eu une période où c'était le contraire, ils n'avaient pas la possibilité de dire quoi que ce soit, mais du coup ça glisse dans l'autre extrême. Les gens qui ont besoin d'aide vont pas le formuler, surtout du côté psychiatrique. Dans la névrose, s'ils ne sont pas dans la capacité de le faire, ils vont finir par faire le chemin nécessaire pour arriver ou pas, ça les regarde. Mais dans la psychose quand on a des idées dans la tête et qu'on a besoin d'aide, et qu'on dit cette personne a essayé de partir et on peut rien faire, c'est un peu désolant. »⁶⁶

En attendant simplement la demande du patient, il n'est pas forcément possible de répondre à ses besoins en termes de santé et d'accompagnement. Ce que les patients sont en mesure de formuler dépend de nombreux facteurs, comme leurs connaissances de ce qui est possible pour eux, leur rapport aux produits, mais aussi leurs angoisses. Ils ne sont pas nécessairement conscients des thérapies qui existent aujourd'hui, comme par exemple la remédiation cognitive pour traiter des troubles cognitifs. Il est donc nécessaire pour les professionnels de savoir travailler la demande, par rapport aux besoins de la personne (qu'elle ignore peut-être), comme nous l'a expliqué un directeur de CSAPA qui était assez critique sur cette interprétation de la RDR :

« - Directeur : les CAARUD c'est de petites équipes, éducateurs spécialisés, infirmiers, point. Ils bossent bien, mais les patients, vous parliez de demande et de besoin, la demande ça leur va bien, mais les besoins en termes de santé, de soin de santé mentale, je ne sais pas trop.

- Intervieweur : Avec la pathologie mentale la demande est difficile à formuler ?

- Directeur : Absolument, ou elle est un peu folle. Ils sont perclus de peur, ils sont hyper angoissés, leur demande est soumise à leur angoisse, et leurs besoins aussi. Il est nécessaire de lutter contre l'angoisse. Qu'ils arrivent à domestiquer leur angoisse. Les besoins sont sous l'égide de l'angoisse, voilà. Ça demande du temps de décrypter la demande et le besoin, on le fait quand on a du temps avec eux, quand on ne les voit pas que 2 fois, on arrive à faire ça »⁶⁷

Un travail important doit donc être réalisé par les équipes afin de distinguer la demande du patient, influencée par de nombreux facteurs (son environnement, ses connaissances, ses peurs, son entourage, les institutions qu'il côtoie), de ses besoins en termes de santé. Plusieurs acteurs ont également évoqué le fait que cette attente d'une demande claire pouvait servir d'excuse à des services

⁶⁶Extrait de l'entretien n°6 réalisé le 10/02/17, voir annexe 4, p. 127

⁶⁷Extrait de l'entretien n°27 réalisé le 03/05/17, voir annexe 4, p. 127

pour ne pas prendre en charge ces patients jugés difficiles, notamment ceux qui n'accueillent pas prioritairement cette population souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive comme les services de soins somatiques ou les urgences. Ce processus distinctif servirait ainsi de discrimination tacite afin de sélectionner les patients. Plusieurs témoignages vont dans ce sens mais nous manquons de données pour l'établir comme étant une pratique bien installée.

Lors des entretiens avec les patients, nous les avons interrogés sur leurs demandes et leurs besoins. Nous avons pu observer une grande diversité dans leurs propos. Certains patients ont une demande très claire, et profitent de l'entretien pour la mettre en avant (au même titre que d'autres acteurs professionnels). D'autres, au contraire, ne sont pas capable de formuler clairement ce dont ils ont besoin, comme P.⁶⁸ :

P. est un patient que j'ai rencontré en compagnie de son psychiatre. Il est arrivé en France mineur, il n'a pas de famille, et ne parle pas très bien français. D'apparence, P. a l'air de bien se porter, il est jeune et semble être en bonne santé. C'est en discutant avec lui puis avec son psychiatre que je me suis rendu compte de l'état de détresse et d'urgence dans lequel il se trouve. Il dort dans la rue depuis de nombreuses années maintenant, et ne perçois aucune ressource des services sociaux. Il consomme de l'héroïne quotidiennement et ses troubles cognitifs l'empêchent de concevoir une issue à ses problèmes.

P. a du mal à exprimer sa demande. En lui demandant quels étaient ses besoins, il a d'abord répondu ne pas savoir. *« C'est difficile à expliquer qu'est-ce que je demande... à la base je demande pas grand chose, je demande rien, moi personnellement je demande rien. Peut-être ça se passe bien à cause de ça, je demande rien jamais rien pour quelque chose, un vrai service, je dérange jamais personne, un café, bonjour vous allez bien merci au revoir, ça c'est déjà assez pour moi, c'est déjà beaucoup. »*. Pour ses besoins en termes de santé, les services médicaux l'aident beaucoup, mais il se sent parfois perdu : *« ça m'aide beaucoup les services de santé, médecins infirmiers tout ça, après je suis pas convaincu quand ils m'aident, de certaines façons comme j'ai besoin, ou qu'est-ce que j'ai besoin, je sais pas exactement, c'est eux il faut... je sais pas je suis un peu perdu, vers qui je dois aller, de temps en temps je vais vers mon médecin, vers mon psychiatre, mon assistante sociale, mon généraliste, tout ça, ça tourne en rond. »*.

P. souffre de troubles cognitifs (difficultés d'élocution, troubles de la mémoire, des repères spatio-temporels, etc.). Je lui ai alors demandé si c'était sa demande n'était pas claire pour lui, ou si

⁶⁸Entretien réalisé le 07/04/17, voir annexe 5, p. 129

elle n'était pas claire pour les personnes qui le suivent : « *Tous les deux en fait, je pense que oui j'ai peut-être, j'exprime mal ma détresse ou mon problème, en même temps, je pense qu'il faut que je sache qu'est-ce que... par exemple comment qu'est-ce que je demande, comment vous m'aidez, de quelle façon.* ».

Après avoir évoqué ses difficultés à formuler sa demande, nous avons parlé de ses besoins, qui touchent à de nombreux domaines (travail, intégration sociale, communication). Le cumul des difficultés pendant toutes ces années d'errance engendrait une impossibilité à pouvoir se projeter. Ce trop-plein lui paraissait insurmontable, et la maladie mentale restait toujours présente. En lui demandant de quoi il avait besoin pour regagner en autonomie, P. nous a répondu : « *C'est un peu compliqué cette question, plein de choses autour de moi, je peux pas dire comme ça qu'est-ce que... autour de moi il y a plein de choses, il faut régler tout ça, déjà longtemps, après, j'ai l'impression d'abord il faut régler qu'est ce qui est entassé, c'est des années, et après on s'occupe d'aujourd'hui, je peux pas dire aujourd'hui je suis bien tout va bien. Je pense, c'est des années j'ai entassé, même physiquement, psychologiquement, je suis persuadé que c'est des problèmes psychologiques, ou même physiques, ces dégradations de tout depuis les années, qu'est-ce que j'ai vécu, j'ai entassé. Par exemple aujourd'hui je suis venu ici c'est déjà une bonne chose, ouais je pense d'abord il faut, je peux pas dire comme ça, non. (...) J'ai besoin de plus de tout. J'ai besoin plus de tout aujourd'hui. Pour commencer, je sais pas, un travail par exemple comme tout le monde. Soigner, plus sentir tous ces trucs bizarres, ce que je sens, phobie, j'appelle ça phobie, je sais pas si c'est exact, après qu'est ce qui est important, truc de normal social, comme tout le monde, chercher travail, comme tout le monde. Ou faire un stage, j'aime bien, depuis des années, j'ai toujours le même niveau de français, j'augmente pas, je sais pas, j'aime bien faire le bon truc, qu'est ce qui m'avance, en ce moment j'ai besoin que de ça, de vivre normalement sans tous les problèmes de la maladie tout ça, ça me gêne ma vie. Ça m'empêche de vivre normalement. Après comme tout le monde, faire quelque chose, ce qui me plaît, c'est loin. C'est plutôt en rêve.* ».

Son rêve, celui d'une vie normale, il lui semble impossible à atteindre. Il doit d'abord attendre 6 mois que la préfecture règle sa situation, 6 mois durant lesquels il devra attendre, il ne pourra pas travailler. Dans 6 mois, il ne sait pas ce qu'il fera, où il sera, c'est trop long pour lui. Que fera t-il en attendant, où ira t-il, il ne le sait.

Il est attendu des patients de correspondre à une image du type de patient qu'ils représentent (un patient migrant ou une femme isolée par exemple) et de tenir un discours mettant en scène leurs difficultés et leurs conditions de vie difficiles. Mais cette mise en scène n'est pas toujours possible

pour les patients, surtout ceux qui souffrent de troubles cognitifs, d'où cette phrase prononcée : « *j'exprime mal ma détresse ou mon problème* ». De plus, la honte que ressentent certains patients par rapport à leur situation les empêche de pouvoir discuter de leurs problèmes, parfois même avec des personnes dans la même situation qu'eux, comme nous l'a confié P. :

« *Je dirais la vérité j'ai honte de parler par exemple. Même avec des gens je peux pas dire je sais pas qu'est-ce que je mange ce soir; ça passe mal même avec des gens de même milieu ou je sais pas, avec quels gens je suis avec, même avec je peux pas communiquer sincèrement des difficultés, je peux pas dire je sens la sécurité, parce que ils me demandent et je peux pas expliquer pourquoi.* »

L'anthropologue Mark Graham a étudié le rôle des émotions dans les échanges entre l'administration suédoise et les demandeurs d'asile⁶⁹. Selon cet auteur, les réfugiés doivent faire la démonstration de leurs souffrances, et doivent exprimer leur reconnaissance envers les agents qui traitent leurs demandes, sous peine de ne pas correspondre à l'idéal du réfugié tel que le conçoivent ces agents et de voir leurs chances d'obtenir ce statut diminuer. D'autres études confirment cette attente d'une mise en scène de sa vie, à travers la reproduction de discours et d'actes attendus, pour tester par exemple la « bonne volonté » des étrangers dans l'administration française⁷⁰. Les travaux sur la « Street level bureaucracy »⁷¹ dans les années 1980 ont permis de mettre en lumière les acteurs de terrain qui font l'action publique, et leur importance dans l'application concrète des politiques publiques. Il ne suffit plus d'analyser les textes normatifs qui veulent édicter le droit, mais il faut également étudier la façon dont chaque bureaucrate va s'approprier et appliquer les textes, en fonction de différents critères sociologiques (parcours professionnel, origine sociale, etc.). Comme l'a souligné Vincent Dubois⁷², les institutions étatiques entretiennent avec leurs administrés à la fois un rapport de normalisation et d'intégration. Il est attendu des bénéficiaires des services publics de correspondre à une certaine image, dans le but de recevoir un bénéfice matériel et symbolique.

De nombreux témoignages et observations recueillis au cours de cette étude vont également dans le sens d'une attente similaire à l'égard des patients souffrant de comorbidité qui se présentent aux services de soins ou administratifs. Lors de l'entretien avec P., par exemple, nous avons constaté ses difficultés face à ces services, accentuées par ses problèmes de langue et ses troubles cognitifs. Le patient G. a également exprimé le besoin de « *convaincre* » les psychiatres pour sortir de l'hôpital. Cette rencontre était, selon ses termes, « *le grand rendez-vous* », où il fallait les « *persuader que t'étais bien et prêt à sortir* ».

Les pathologies dont souffrent ces patients ne leur permettent pas toujours de comprendre ce

⁶⁹M. Graham, *Emotional bureaucracies : emotions, civil servants, and immigrants in the swedish welfare State*, Ethos 30(3), pp.199-226, 2003

⁷⁰A. Spire, *Accueillir ou reconduire, Enquête sur les guichets de l'immigration*, Raisons d'Agir, 2009

⁷¹M. Lipsky, *Street-level Bureaucracy : Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russel Sage Foundation, 1980

⁷²V. Dubois, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Economica, 2008

qui est attendu d'eux, ou de s'approprier des discours et des postures normalisés. Les pathologies mentales peuvent induire des troubles cognitifs au niveau de la mémoire, de la compréhension et de l'expression. Les addictions sont quant à elles parfois qualifiées de pathologies du lien, dans le sens où la dépendance à un objet va entraîner un délitement des autres liens qu'entretient le patient, notamment les liens intersubjectifs.

Les professionnels qui attendent une demande explicite d'un patient seront donc dans l'incapacité de prendre en charge un nombre important de patients souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive. De plus, tous les jeux symboliques de conformité à des discours et des postures normalisés dans les interactions avec les professionnels de l'administration, de la santé ou du médico-social viendront complexifier le parcours de ces personnes.

3. 3. le rapport à la loi et à la limite

Le rapport à la loi constitue également une question importante qui va dépendre de l'interprétation de chaque professionnel. En effet, les politiques de RDR ont une position qui peut paraître ambiguë par rapport à certaines activités illégales. La possession et la consommation de substances illicites sont encore des actes passibles en théorie de peines allant d'une simple amende à des sanctions très lourdes, même si dans les faits, ces peines ne sont pas toujours appliquées. Les politiques de RDR n'ont pas pour objectif de questionner la légalité de ces actes, mais proposent d'adopter une position réaliste et pragmatique par rapport aux pratiques réelles des usagers.

Ce regard réaliste implique également d'éviter tout jugement par rapport aux pratiques de ces usagers. Le point de départ du soin est donc fixé par l'utilisateur lui-même, qui décide quand il rentre dans ce processus, et pour atteindre quel objectif. Ainsi, le soin ne devient plus un cadre normatif dans lequel l'utilisateur doit rentrer, mais dépend de la motivation de la personne et de sa propre vision de sa santé.

Les politiques et les pratiques de RDR souhaitent ainsi changer la perception des personnes sujettes à ces risques, en dépassant une perspective uniquement répressive. Les termes pour désigner ces personnes sont assez illustratifs à cet égard. En 1996, Françoise Lequarré et Pierre Verjans⁷³ remarquent que le terme « usager de drogue » remplace celui de « toxicomane », et notent que cette évolution est « *l'expression d'une volonté d'humaniser la désignation du consommateur de drogues en dépassant l'attitude moralisatrice ainsi que la violence ségrégationniste qui stigmatise l'utilisateur*,

⁷³F. Lequarré, P. Verjans, *Les drogues prohibées*, courrier hebdomadaire du CRISP, 1996/1 (n° 1506-1507), p.48

avant tout, comme un délinquant ou une victime ». Suivant les lieux où nous sommes allés pour cette étude, les termes pour désigner ces personnes différaient. Dans les lieux qui ont un accueil de type « bas seuil d'exigence » et/ou « haut seuil de tolérance », c'est-à-dire recevant tout type de public sans condition préalable, le terme d'« usager » est utilisé. Pour les lieux qui proposent une démarche de soin explicite, avec un engagement demandé à la personne et une attente de se conformer à ce qu'on attend de lui, le terme de « patient » est privilégié.

3. 4. Le rapport au normal et au pathologique

Comme nous l'avons vu, la RDR implique un changement au niveau du savoir médical. Les connaissances sur la maladie, sur la guérison et les voies pour y parvenir sont avant détenues par les patients eux-mêmes. Si certains patients estiment que leur consommation ne pose pas de problème, le personnel accompagnant n'aura pas à induire de changement.

Dans les faits, les choses ne sont pas aussi clairement séparées entre d'un côté des usagers de drogues qui consomment des substances et de l'autre des patients engagés dans une démarche de soins. De nombreuses personnes se déplacent d'un centre à l'autre, allant d'une institution à bas seuil vers un centre de soin. Certaines institutions qui proposent une entrée dans les soins, comme par exemple les CSAPA, ont également un accueil de type « bas seuil » où les personnes peuvent venir sans exigence de s'engager dans un processus de soins (du moins dans un premier temps). De plus, de nombreuses personnes qui côtoient des structures « bas seuil » telles que des CAARUD sont dans des situations sanitaires très graves et cumulent un nombre de pathologies important, mais sont tout de même appelés des « usagers ».

Cette différence dans les termes (usagers de drogue ou patients) est révélatrice d'une difficulté concernant la distinction à établir entre ce qui relève du normal et du pathologique. En effet, si la modalité principale de la prise en charge devient le risque potentiel qu'un comportement induise un dommage pour la personne, le spectre de cette prise en charge s'élargit considérablement. Il devient alors plus difficile de déceler ce qui relève d'une pathologie clairement établie, et qui n'en relève pas. Par exemple, un comportement violent pourra être attribué à une maladie mentale ou à la responsabilité pleine et entière de la personne si elle n'est pas perçue comme souffrant d'un trouble psychiatrique.

Cette attribution de la responsabilité à la personne ou à la maladie n'est finalement que le reflet de ce que la société ordonne quant à ces questions. La justice attribue en effet la cause d'un acte de

consommation d'une substance illicite à la responsabilité pleine et entière d'une personne qui aurait fait un choix libre et éclairé, sans jamais tenir compte de l'addiction en tant que maladie. En revanche, lorsqu'une personne souffre d'un trouble psychiatrique, la responsabilité de ses actes qui dépassent le cadre de la loi est attribuée à la maladie mentale. C'est donc le cadre judiciaire qui fixe ici les limites entre l'addiction qui n'est pas perçue comme une pathologie, et le trouble psychiatrique qui est en une.

Cette séparation entre le normal et le pathologique aura donc des conséquences importantes dans la relation des professionnels entre eux, notamment entre les professionnels du champ médico-social et du champ sanitaire.

4. Les conséquences de ces interprétations

Tous ces discours, idées et présupposés qui soutiennent ou non la RDR peuvent donner naissance à des interprétations dans la pratique quotidienne. Plusieurs acteurs nous ont fait part de leur compréhension de ce qu'est la RDR au quotidien, dans la pratique, face à des patients ou des usagers. Par exemple, il peut s'agir de donner des informations, de faire attention à la personne, de la questionner sur son quotidien ou son état d'esprit. L'idée ici est de donner de l'attention pour montrer que la personne compte aux yeux de l'accompagnant, et que si la personne ne prend pas soin d'elle, le soin a de l'importance dans l'esprit de l'autre. Le fait de renvoyer ainsi la santé de la personne peut lui faire prendre conscience de son importance.

Certains exemples ont été donnés de mise en pratique de cet état d'esprit dans des situations concrètes, comme le fait de conseiller de mettre un casque lorsqu'un patient décide de prendre le vélo sous l'emprise de substances psychoactives ou d'aller consommer de l'alcool à l'ombre plutôt qu'en plein soleil en été. Il s'agit simplement de conseils prodigués pour que la personne prenne soin d'elle-même, mais qui témoignent quand même de l'acceptation chez le soignant d'un comportement dangereux comme étant un fait qu'il ne faut pas questionner directement (prendre le vélo en ayant consommé par exemple). Ces conseils peuvent être donnés afin d'éviter qu'une violence ne soit dirigée vers une personne, mais plutôt vers un objet, comme nous l'a expliqué une psychologue :

« Ça permettrait d'éviter des situations dramatiques, on avait un patient fou à X (nom de l'association), qui disait j'en peux plus je veux retourner en prison, je vais taper un flic, on a réussi, on était dans la réduction des risques, on a dit ok mais tapez un objet plutôt qu'une personne pour aller en prison, on a appris qu'il avait cassé une voiture devant un commissariat, je ne sais pas si c'est une victoire, c'est très très triste »⁷⁴

⁷⁴Extrait de l'entretien n°4 réalisé le 09/02/17, voir annexe 4, p. 127

L'application à des situations concrètes va donc bien au-delà de ce que la loi prévoit en tant que cadre d'action de la politique de RDR, et sera différente selon chaque le positionnement institutionnel de chaque acteur et selon ses responsabilités en tant que soignant ou accompagnant.

4. 1. La question de la limite

La question de la limite à poser ou à imposer au patient est un point central qui cristallise les différences de vision dans l'application de la RDR au quotidien. En effet, la RDR implique par exemple l'idée d'une acceptation de certains comportements qui pourraient être jugés comme déviants, anormaux ou illégaux. Mais le fait d'accepter que les patients consomment des substances nocives ou qu'ils aient des comportements dangereux peut poser problèmes à des acteurs du soin qui n'ont pas intégré les idées et concepts de la RDR à leur représentations des patients et des consommations.

Selon leur positionnement et le sens qu'ils attribuent à leur action, les professionnels du soin peuvent être plus ou moins à l'aise avec les recommandations, les pratiques et les discours de RDR (ou qui y sont associés). La plupart des professions qui ont intégré les politiques de RDR possèdent un cadre d'intervention bien défini. Par exemple, des acteurs rencontrés qui travaillent en addictologie ont réussi à trouver un équilibre entre l'acceptation de comportements dangereux comme la consommation de substances nocives, tout en parvenant à les encourager à s'engager plus dans le soin. Si le soignant estime que le patient est prêt, il peut même lui proposer de diminuer voire d'arrêter ses consommations. Cette recherche d'un équilibre n'est jamais une évidence car elle dépend de l'avancement du patient dans son processus de soin. En effet, les patients ne sont pas toujours prêts à entendre qu'il faudrait songer à diminuer ou à arrêter telle ou telle pratique qui peut s'avérer dangereuse. Les soignants doivent ainsi estimer ce que le patient est prêt à entendre et à faire, pour l'amener à prendre conscience des risques qu'il prend.

Les professionnels qui ont été formés à cette pratique savent estimer où en sont les patients et les encourager tout en respectant leur volonté. C'est le cas par exemple des médecins addictologues qui ont reçu une formation sur la RDR. Mais cet équilibre entre l'acceptation de certains comportements dangereux et le fait d'encourager le patient à s'engager dans le processus de soins peut être difficile à trouver pour d'autres soignants. C'est le cas notamment des professions comme les médecins, les infirmiers ou les assistants de service-social qui ont très peu de temps de formation pendant leurs études sur les thèmes de l'addictologie. Ces professionnels sont de plus en plus amenés à cumuler les temps de présence dans différents lieux, et donc à ramener les pratiques d'un

établissement dans un autre, ou à devoir s'acclimater à des pratiques et à des discours pour lesquels ils n'avaient pas reçu de formations.

M. Crozier qualifie de « marginal sécant »⁷⁵ ces professionnels qui exercent leur métier dans deux lieux ou deux domaines différents. Cette accumulation peut alors devenir source d'enrichissement voire même de créativité dans la découverte de pratiques différentes, mais elle peut également devenir vecteur d'angoisse et d'incertitude lorsque l'individu ne parvient pas à assimiler des logiques d'action qui lui semblent contradictoires avec ce qu'il connaît ailleurs. C'est le cas ici avec les pratiques de RDR qui peuvent paraître incompatibles avec la logique d'autres lieux qui vont plutôt mettre en avant des discours et des pratiques en faveur d'une guérison de l'addiction qui passe par la disparition de la consommation.

Plusieurs acteurs nous ont ainsi fait part d'une « perte de repères » dans l'accompagnement. Selon plusieurs professionnels de santé que nous avons rencontrés, les patients ont besoin d'un cadre et d'un repère qui fasse sens pour eux, et de construire un nouveau rapport à la loi en respectant les règles d'un lieu (un centre de soins par exemple). Ainsi, une psychologue nous a confié ses doutes à cet égard :

« à la salle de consommation à moindre risque, de se dire si ils consomment autant que ce soit propre, mais quelle place on a, comment on peut continuer à être référent, pour pouvoir limiter quelque chose, quand on est en train de... pas cautionner mais... on est pas là pour cautionner ou pas mais pour travailler avec eux, on passe toujours par des extrêmes je trouve, il y a cette idée d'abstinence qui est très radicale aussi, mais il y en a certains qui ont cette demande-là »⁷⁶

Cette psychologue évoque ici sa place en tant qu'accompagnante qui lui semble difficilement conciliable avec le fait d'accepter des actes et des comportements qui sont dangereux pour les patients. En effet, la façon dont elle a appris son métier et dont elle conçoit son rôle lui semblent parfois en contradiction avec le fait de ne pas mettre de barrière ou de limites aux patients.

De la même façon, cette perte de repère peut aussi se faire ressentir dans la réponse à apporter aux discours de violence de certains patients. Si ces actes restent rares, ils ont un effet extrêmement marquant pour les professionnels qui y sont confrontés, selon leur degré d'intensité. Tout le fonctionnement d'un lieu ou d'une équipe pourra s'en retrouver bouleversé, particulièrement s'il n'y a pas de consensus sur la réponse à apporter à cet acte. La gestion de ces manifestations de violence est une des tâches les plus délicates de l'activité des travailleurs du champ médico-social. Elle nécessite bien souvent des années d'expérience pour savoir comment réagir face à des situations, des gestes ou des paroles qui ne sont pas tolérés. Il s'agit également d'une donnée très sensible pour les autres corps de métiers qui peut faire naître le rejet ou des réactions d'agressivité, que ce soit dans le domaine

⁷⁵M. Crozier, E. Friedberg, *L'acteur et le système*, Seuil, 1977

⁷⁶Extrait de l'entretien n°6 réalisé le 10/02/17, voir annexe 4, p. 127

médical ou administratif. Une rencontre avec un des patients⁷⁷ fut particulièrement illustrative de ce point de vue :

J. est un patient qui fréquente l'ALT depuis de nombreuses années, et vit dans une situation de grande précarité. Mon entretien avec J. fut assez particulier. Nous savions qu'il serait difficile de l'entendre en entretien, mais nous pensions qu'il était important de recueillir son témoignage. Un jour, il semblait contrarié par la décision d'une administration à son encontre, et paraissait avoir envie de s'exprimer. Nous avons alors pensé qu'il accepterait de me rencontrer, ce qu'il fit. Dès le début de notre entretien, il me dit : « *N'ayez pas peur, vous allez entendre des choses bizarres* ».

Ses propos portaient sur une multitude de choses, et il était difficile de cadrer la discussion, passant d'un discours sur l'armée qui allait bientôt reprendre le pouvoir, à Dieu et au soleil qu'il est difficile de regarder dans les yeux. « *Peu de gens sont capable de le voir* », me dit-il, avant de poursuivre : « *je l'ai vu moi le soleil, je peux vous dire qu'il n'y a rien derrière* ». La description de ses conditions de vie dans la rue était extrêmement dure. Il me décrivait les armes qu'il pouvait se fabriquer pour se défendre, en plaçant un briquet devant un déodorant, ou en découpant une cannette de bière qui ferait un bon poignard.

Pendant tout l'entretien, J. fouillait frénétiquement dans son sac, sans que je sache pourquoi. Ses paroles lugubres sur sa vie, sur son « *envie d'en finir et d'emmener quelqu'un avec lui* », ont fait naître une gêne en moi. Non par crainte qu'il passe à un quelconque acte envers ma personne, mais simplement par le fait d'écouter un trop-plein que je ne pouvais entendre, ni comprendre. « *La mort est plus intéressante que la vie, la mort est éternelle, la vie est brève* », me dit-il, « *le créateur a fait une erreur, on ne devrait pas être là* ».

« *C'est une vie de merde, c'est ça que vous voulez entendre ?* » me demanda-t-il. « *Non* » lui ai-je dit, « *je souhaite simplement entendre votre témoignage* ». Mais qu'étais-je venu entendre en réalité ? Une mise en récit de sa souffrance ? La même mise en scène qui est demandé aux demandeurs d'asile par l'administration ? Plus tard dans l'entretien, il me demanda « *vous voulez savoir quel effet ça fait de se shooter c'est ça ?* », encore une fois, je lui répondis : « *non, je m'intéresse aux personnes, pas aux produits* ».

Je me suis alors demandé ce que devait ressentir un soignant face au même type de discours ou d'attitude. Un soignant qui travaille aux urgences par exemple, avec une salle d'attente remplie, ou même un administrateur pris dans sa routine et son travail quotidien, et qui doit soudain faire face

⁷⁷Entretien réalisé le 07/04/17, voir annexe 5, p. 129

à ce type de discours.

Cet entretien était important pour l'étude. Il m'a permis de comprendre la réalité d'une rencontre qui peut être déconcertante, difficile, violente. Cette gêne que j'ai ressentie, alors que j'avais moi-même voulu rencontrer cette personne, doit sans doute être similaire à celle de tant de professionnels qui ne veulent pas accueillir ou prendre en charge les patients souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive.

Pourtant, malgré cette violence qu'il laisse transparaître, J. côtoie l'ALT et d'autres services depuis des années sans que cela n'ait posé de problèmes. Les soignants et les accompagnants qui le connaissent savent que cette violence est l'expression d'une vie remplie de souffrances. Ils savent qu'il n'est « *pas méchant* », comme il le dit lui-même. Ils ont peut-être réussi mieux que moi, avec le temps et l'écoute, à saisir cette subjectivité qui m'a échappé.

À la fin de l'entretien, J. s'est excusé pour ses paroles, pour aussi peut-être ne pas m'avoir donné ce que j'attendais, du moins le pense-t-il. Il me dit que « *vous êtes gentil, vous* ». Pourquoi me dit-il cela ? Pour ne pas avoir répondu par la violence à la violence qu'il porte en lui ? Cette rencontre ne m'a pas laissé indifférent, j'ai longtemps recherché à savoir ce qu'elle signifiait, et comment l'interpréter. En allant à la rencontre d'une subjectivité qui m'était inaccessible, j'ai découvert cette réalité d'une violence qui se perpétue.

Lors de cet entretien, le fait d'avoir expliqué que le chercheur s'intéressait à la personne et non aux produits ou à la misère qu'elle vivait a permis de désamorcer une certaine provocation voire une violence qui s'exprimait dans les paroles de ce patient. Cette réponse a également instauré une confiance et a rassuré le patient qui a compris que le chercheur n'était pas ici dans une démarche de contrôle, ou de « flicage » pour vérifier ce qu'il consomme, ni dans une logique de voyeurisme.

Pour plusieurs professionnels du champ médico-social, le fait d'établir un « lien de confiance » (terme qui revient très fréquemment dans les discours des professionnels) avec les patients est considéré comme étant une priorité pour engager un travail sur le long terme. De la même façon que dans cet entretien entre le patient et le chercheur, le fait de s'abstenir de poser des questions sur des éléments délicats comme les consommations peut soulager les patients. Ils sont alors plus enclins à percevoir le lieu de la consultation comme un espace à part, comme nous l'a expliqué un assistant de service-social travaillant dans un CSAPA :

« Je me suis dit il y a un tas de fois où on veut avoir les informations mais qu'est-ce que ça apporte ? Qu'est ce qu'on va en faire ? Il y a des assistantes sociales qui sont comme ça, il faut avoir le plus d'informations possible. Si moi à un premier entretien on me demande un maximum

d'informations, je ne reviens plus jamais. Au niveau de la confiance est-ce que c'est souhaitable ? (...) ce qui est important pour les personnes c'est qu'elles aient des endroits relais avec une confiance, où quelque chose peut se mettre en place. »⁷⁸

Pour établir ce « lien de confiance », il faut donc selon cet acteur s'abstenir de poser des questions qui seraient susceptibles d'être perçues comme trop indiscrètes. Cela peut concerner notamment les questions sur les consommations et les troubles mentaux, mais aussi les actes illégaux ou qui seraient dangereux pour la santé des patients. Cette économie d'informations peut néanmoins avoir des conséquences délétères sur les liens entre les professionnels qui pourraient être intéressés par certaines données que leur aurait donné un patient (avec toujours le consentement du patient pour que les informations circulent).

Cette attitude a indéniablement des effets bénéfiques sur la relation entre le professionnel et le patient qui ne sent pas jugé et qui sait que, si il le souhaite, il pourra être pleinement honnête et parler librement. Mais la position du professionnel devient plus difficile à trouver face aux débordements qui interviennent au sein de la structure. En effet, si la question du franchissement des limites à l'extérieur du lieu d'accueil n'a jamais été posée ni discutée, celle du franchissement des limites au sein du lieu d'accueil risque de poser problème.

4. 2. Un risque toujours en suspens

Cette gestion du risque pèse sur de nombreux professionnels qui ont du mal à trouver leur place et à redéfinir leur rôle dans l'accompagnement des patients et des usagers. En effet, lorsque le risque devient la modalité principale de l'accompagnement ou de la prise en charge, les professionnels doivent en permanence anticiper les conséquences de leurs actions sur le comportement des patients. Nous avons assisté à plusieurs réunions où la problématique se situait en ces termes : « que se passera-t-il pour le patient si nous prenons telle ou telle décision ? ». Par exemple, dans le cas d'un comportement qui dépassait le cadre de ce qui était acceptable au sein d'un établissement, la question était souvent de savoir si l'exclusion de cette personne n'allait pas entraîner pour elle des conséquences encore plus graves. La décision était donc susceptible d'augmenter le risque que la violence s'accroisse et qu'elle se reproduise dans d'autres lieux, pouvant entraîner de graves conséquences pour la personne et pour la société.

Les accompagnants se trouvent donc bien souvent dans un état d'appréhension de ce qui peut être dit ou fait dans la crainte d'augmenter le risque qu'un comportement violent ne surgisse ; et

⁷⁸Extrait de l'entretien n°1 réalisé le 06/01/17, voir annexe 4, p. 127

lorsque ce comportement violent surgit, dans la crainte de prendre une décision qui puisse nuire à la personne. Cette appréhension peut parfois entraîner un effet de paralysie chez les professionnels et dans le processus de décision, car le niveau d'incertitude sur ce qu'il peut se passer est souvent très élevé.

À ce niveau d'analyse, nous pouvons nous demander si ce genre de comportement chez les soignants est toujours lié aux politiques de RDR et aux discours qui les accompagnent. La question est difficile, car d'autres discours viennent interférer dans l'argumentaire des professionnels, que ce soit sur la bienveillance à l'égard des usagers ou des patients, sur le rejet que ces personnes vivent dans toutes les sphères de la société ou sur leurs parcours de vie extrêmement difficiles. Nous pouvons néanmoins affirmer que la modalité principale de la prise de décision envers ces personnes tourne autour de cette notion du risque, qui n'est plus simplement sanitaire mais étendue à tous les risques pour la vie de la personne. Étant donné le niveau de précarité dans lequel se trouvent nombre de ces personnes, le moindre acte peut alors avoir des conséquences très grave dont on ne sait où elles s'arrêteront. Par exemple, une décision de justice de suspendre le permis d'une personne peut entraîner pour elle l'impossibilité de poursuivre son activité salariale, qui mettra un terme à ses rentrées d'argent et aggravera son niveau de précarité. Une décision de ce type peut ainsi mettre à mal un accompagnement de réinsertion de la personne, qui prend souvent un temps très long. Ce type de réflexion et de projection fait partie intégrante du travail quotidien des assistants de service social et d'éducateurs spécialisés, particulièrement dans les échanges entre professionnels où chacun s'exprime sur ses craintes et sur ce qu'il pense qu'il adviendra.

5. L'application de la RDR à la psychiatrie et la prison

Étant donné le parcours parfois extrêmement difficile de ces patients, il est possible de les retrouver dans différents lieux comme les établissements pénitentiaires ou les hôpitaux psychiatriques. Les professionnels du domaine de l'addictologie qui viennent travailler dans ces lieux sont susceptible d'y importer les pratiques de leur discipline, dont celle de la RDR. Mais ces lieux ne sont pas forcément compatibles avec ces pratiques et leur personnel n'est pas nécessairement formé à ces questions.

L'application de la RDR dans les établissements pénitentiaires soulève plusieurs questions intéressantes mais que nous n'avons pas eu le temps de développer suffisamment. Certains professionnels ont néanmoins évoqué cette question avec nous. Un médecin nous a ainsi confié les difficultés qu'il rencontrait, les compromis qu'il faisait sur ce qui était possible ou non avec le

personnel médical et pénitencier :

« Il y a le problème des seringues, ça c'est limité à X (centre de détention), on fait tout sauf les seringues, parce que c'est assez compliqué, l'équipe infirmière et moi on traite la psychiatrie, l'addicto, on fait la substitution, on fait la RDR, mais distribuer les seringues en même temps que filer un comprimé de substitution ou de méta, là les infirmiers ont du mal à faire les deux. Là on a cette limite-là. »⁷⁹

Ce médecin évoque ici les seringues stériles qui sont distribuées dans les CAARUD et dans les lieux qui pratiquent la RDR. La possibilité de les distribuer aux détenus demeure pour lui impossible à cause de la réticence des autres professionnels qui n'ont pas été formés à ce sujet. C'est le cas notamment des gardiens de prison, pour qui la possibilité de fournir du matériel qui va permettre aux détenus de consommer des substances illicites paraît contradictoire avec leur rôle. De plus, certains objets de RDR pourraient potentiellement devenir des armes en milieu carcéral, comme les pipes à crack ou les seringues.

De nombreux acteurs du domaine de la psychiatrie nous ont également parlé de l'appropriation des discours et des pratiques de la RDR dans les institutions psychiatriques. Il existe cependant un biais méthodologique car nous avons essentiellement rencontré des psychiatres et des infirmiers qui étaient concernés par les questions de l'addictologie. Il nous est donc impossible à ce stade de nous exprimer sur l'application de la RDR pour l'ensemble des acteurs de la psychiatrie. En revanche, il est clair que des professionnels ont ramené certaines pratiques et discours de la RDR dans ce domaine, soit en ayant travaillé dans le domaine de l'addictologie au cours d'un stage ou d'une activité, soit par intérêt pour cette discipline. Cette affiliation peut se penser par rapport à des pratiques qui ont toujours existé en psychiatrie (comme la réduction du risque suicidaire par exemple), ou par rapport à des pratiques qui se rapprochent des idées et des pratiques de l'addictologie, comme l'a évoqué un psychiatre :

« - Médecin : On a pas à être intrusif à ce point là, on est juste là pour aider les gens à moins souffrir, on les accompagne.

- Intervieweur : Ça rejoint un peu les discours de RDR ?

- Médecin : ça peut être ça, dans le sens où oui il y a des personnes où on sait qu'on est pas curatif. Mais on essaye tant bien que mal d'améliorer leur qualité de vie. Ça peut se rapprocher de ça quelque part. Il faut être humble et savoir ce qu'on peut faire. Ça peut être un travail avec nos partenaires, il y a des gens qui attendent beaucoup de nous, peut-être trop, dans ce qu'on peut apporter. Parfois ça peut être juste une stabilisation, une atténuation du symptôme, si c'est une atténuation suffisante pour que la personne retrouve un peu d'autonomie, ben c'est déjà bien pour nous. »⁸⁰

Nous avons également eu cette discussion avec un psychiatre qui parlait de l'apport de la RDR

⁷⁹Extrait de l'entretien n° 19 réalisé le 30/03/17, voir annexe 4, p. 127

⁸⁰Extrait de l'entretien n°9 réalisé le 02/03/17, voir annexe 4, p. 127

à la psychiatrie, et jusqu'où cette logique pouvait aller :

« L'objectif c'est quand même le patient qui le fixe, c'est ce qu'on m'a appris, j'aime ça par rapport à la psychiatrie, il y a pas de contrainte, ou très rarement ; si le patient dit je veux continuer à picoler et voilà, ok, à me détruire ok, je veux diminuer mes consommations mais pas arrêter, ok, je veux arrêter mais reprendre après, ok. Ce que j'aime bien c'est ça, à quel point c'est pas le médecin qui définit l'objectif. Après il y a des cas où on est un peu obligé d'insister, le sevrage cannabis et schizophrénie, là on est vraiment embêtés, on est à l'inverse dans le fait d'être, d'avoir un discours beaucoup plus ferme, sur le fait d'avoir une abstinence totale, en expliquant qu'ils ont une maladie qui rend une consommation de cannabis extrêmement dangereuse. C'est très dangereux, on ne sait pas si le cannabis crée la schizophrénie, mais on sait que les schizophrènes qui fument du cannabis c'est la catastrophe en termes de pronostic. Le reste du temps quand il n'y a pas cette notion, je suis pas ferme sur l'abstinence. Les patients qui disent réduire l'alcool mais pas arrêter, moi ça me va hein. »⁸¹

Quand le risque est trop grand, ce médecin reconnaît les limites de l'apport de la RDR en psychiatrie. Son interprétation de cette pratique se heurte au sens qu'il donne à son rôle de médecin. En poursuivant la discussion, nous avons parlé du risque d'aller trop loin dans cette vision de la prise en charge, jusqu'à une certaine négation de la pathologie mentale :

« Si la folie c'est relatif, c'est là où le bât blesse, les patients viennent nous rappeler de temps en temps que la folie ça existe. Toute cette bienveillance comme ça, moi c'est là où ça se plante complètement l'anti psychiatrie, c'est le moment où ça vient nier qu'il y a des gens qui sont lourdement malades. (...) On ne va pas dire à un patient psychiatrique on vous laisse choisir, c'est à vous de nous dire, ça marche pas. Quand on les voit, ils peuvent être pas en état de prendre cette décision. La RDR c'est pas mal en addicto, en psychiatrie faut peut-être faire gaffe au risque. »⁸²

La discussion s'est donc tournée vers la question de la demande du patient, comme étant une limite considérable de l'application de la RDR en psychiatrie. Ainsi, si de nombreux acteurs s'accordent sur les bénéfices de la RDR en psychiatrie, d'autres soulignent les limites de cet apport, comme l'a exprimé cet autre psychiatre :

« Chez un patient on peut dire ok on réduit la consommation d'alcool, ok, réduire la cocaïne, et on verra pour l'arrêt. Ça marche si le patient est en état. Un patient délirant parce que il a pris de la cocaïne, lui laisser en reprendre c'est meurtrier. On peut se dire réduire les risques s'il prend moins c'est meurtrier. Chez un patient qui fait une bouffée délirante aiguë ou crise de schizophrénie, qui consomme du cannabis, c'est extrêmement dangereux. Là vous n'êtes pas dans votre rôle de soignant. Quelqu'un qui a une cirrhose faut lui dire d'arrêter de boire sinon il va mourir. L'idée c'est pas de réduire. On peut se dire qu'on peut pousser la RDR à l'extrême, et se dire que s'il boit moins il y a moins de chances qu'il meurt vite etc. c'est une discussion qu'on peut avoir. Mais faut dire au patient, c'est à lui de choisir et ça c'est très important, il faut dire si vous n'arrêtez pas vous allez au casse-pipe. On n'a pas le droit de pas lui dire. »⁸³

Nous voyons dans cet extrait à la fois l'apport de la RDR chez ce médecin (informer le patient, lui laisser le choix, accepter les comportements risqués) et les limites par rapport à la maladie psychiatrique (patient délirant qui prend de la cocaïne, dangerosité du pronostic). Dans son discours,

⁸¹Extrait de l'entretien n°10 réalisé le 10/03/17, voir annexe 4, p. 127

⁸²Extrait de l'entretien n°10 réalisé le 10/03/17, voir annexe 4, p. 127

⁸³Extrait de l'entretien n°13 réalisé le 17/03/17, voir annexe 4, p. 127

ces aspects entrent en compte et il tente de trouver un compromis en construisant une argumentation. Ce médecin a ensuite évoqué les limites qui doivent parfois être imposées au patient pour réduire les risques lorsqu'ils concernent autrui, même si cela doit se faire sans son consentement :

« Quand on a une pathologie psychiatrique il y a le danger pour autrui et pour soi-même. Je ne vais pas laisser un type beurré qui va prendre sa voiture je suis obligé de dire c'est pas raisonnable. Dans ces cas-là, on s'arrange avec la famille, vous pouvez prendre les clés, on met en place des choses pour qu'il n'y ait pas de pépins. On l'empêche pas de boire, on réduit le risque. Mais on met une limite. Réduire le risque c'est quand même mettre une limite. Des fois c'est réduire sans le patient parce qu'il n'y a pas le choix. »⁸⁴

Ainsi, la RDR appliquée en psychiatrie soulève d'autres questionnements que lorsqu'elle est appliquée dans le domaine de l'addictologie. Les risques, aussi bien pour la société que pour le patient, sont d'une nature différente. Certains troubles de comorbidité (schizophrénie et addiction au cannabis) peuvent entraîner des conséquences très graves pour la santé, et les médecins se doivent de poser une limite claire. Le risque pour autrui lorsqu'un patient atteint de schizophrénie décide consciemment de prendre sa voiture sous l'effet de l'alcool et qu'il exprime verbalement sa volonté de le faire ne peut être accepté par le personnel soignant.

Mais la RDR peut, de la parole même de nombreux acteurs travaillant en psychiatrie, apporter beaucoup d'éléments positifs et intéressants à ce domaine. Plusieurs questions restent en suspens, pour savoir jusqu'où peuvent aller ce type de pratiques et de discours, car des différences importantes existent entre les professionnels, et les confusions ne favorisent pas l'entente ni la coordination des acteurs du soin entre eux.

⁸⁴Extrait de l'entretien n°13 réalisé le 17/03/17, voir annexe 4, p. 127

Chapitre III : Les liens entre professionnels

Comme nous l'avons vu précédemment, les liens entre professionnels sont extrêmement importants dans le parcours de soins de ces patients. Le travail en réseau doit permettre en théorie à chaque acteur d'échanger des informations, de recevoir des conseils face à une situation qu'il ne maîtrise pas et qui est en dehors de son domaine de compétence, et d'orienter un patient vers d'autres services de soins si besoin. La capacité pour chaque acteur de se construire et de mobiliser un réseau va dépendre de multiples facteurs que nous allons analyser dans ce chapitre, telles que les représentations sociales entre les disciplines, l'histoire des lieux et des institutions ou le parcours socioprofessionnel de chaque acteur. Nous allons voir que les situations peuvent être bien différentes selon les lieux et les configurations d'acteurs qui se sont constituées.

Nous avons recueilli des témoignages très différents, à la fois entre les régions que nous avons visitées, entre les institutions et les disciplines, mais également parfois entre des acteurs qui travaillent au sein d'un même établissement. La remarque principale que nous pouvons établir à ce propos est que chaque acteur a développé ses propres réseaux de personnes de confiance, qu'il va pouvoir mobiliser ou non selon les situations. Ces réseaux sont d'une grande diversité, et il n'existe pas de modèle uniforme. Leurs caractéristiques en termes de pérennité, d'histoire, d'efficacité et de nombre d'acteurs impliqués diffèrent grandement. Les principales questions que nous allons soulever concernent la transmissibilité de ces réseaux entre les acteurs, par exemple pour un jeune professionnel qui arrive dans un établissement et souhaiterait bénéficier du réseau établi par ses pairs. Nous soulèverons également la question de l'institutionnalisation de ces réseaux, dans le fait de savoir jusqu'où est-il possible et souhaitable de pérenniser et d'officialiser des partenariats entre établissements.

1. Les différences selon les lieux géographiques

Malgré la limite méthodologique de cette étude où la couverture de la région Grand-est n'a pas pu être pleinement assurée, nous pouvons néanmoins affirmer que les situations sont différentes selon les villes et les régions, et ce sur de nombreux points.

1. 1. Des régions aux disparités historiques

Dans chaque ante-région, les réseaux d'acteurs se sont constitués selon des logiques différentes en fonction des besoins, des moyens et de l'histoire de chaque territoire. De grandes disparités existent entre des zones économiquement riches, qui possèdent une offre de soins importante, et d'autres où les déserts médicaux s'étendent de plus en plus. Ces disparités concernent également les espaces urbains par rapport aux espaces ruraux, avec des territoires comme celui de l'Alsace bossue où l'offre de soins est très limitée, notamment en raison de la topographie des lieux, comme nous l'a expliqué un psychiatre travaillant dans cette région :

« Près de Sarre-Union, je suis pratiquement le seul psychiatre, maintenant il y en a un deuxième qui vient du secteur, mais quand il y a des troubles addicto, il n'y a pas de CSAPA directement à Sarre-Union, faut adresser soit à Sarreguemines, soit à Saverne, mais il y a changement de région c'est pas la même chose. Ça peut poser problème. Quand vous habitez à Sarre-Union, vous êtes à 30 bornes de Saverne, si vous êtes à la Petite-Pierre... là bonjour. Il y a des endroits où par la géographie, c'est à dire le relief qui fait qu'il n'y a pas de voie de communication, et la démographie médicale qui est presque nulle, ça complique les choses. Ça c'est vraiment important. La baisse de démographie médicale, en Alsace bossue, on manque de généralistes, de psychiatres, de CSAPA, il y a le CSAPA de Saverne, mais on cumule les défauts, et on est dans un milieu social défavorisé, des entreprises qui ferment, les services publics qui partent. La problématique sociale est extrêmement importante. »⁸⁵

Certaines villes moyennes comme Haguenau parviennent à répondre aux besoins d'un territoire qui ne sont pas trop importants. Les moyens et les besoins trouvent ici un point d'équilibre que les grandes agglomérations peuvent avoir du mal à trouver.

« En fait la ruralité a des problématiques sociales, et la ville a d'autres problématiques sociales. En ville, on a une réunion de personnes en difficultés qui n'ont pas de logement. Il y a peut-être les intermédiaires, des villes moyennes où on n'a pas trop de problèmes et des moyens dimensionnés. À Haguenau, avec leur CHRS, ils ont quand même je trouve un peu plus d'espace de respiration que Strasbourg, où chaque jour il y a des appels dans le vide et des gens dorment dehors. Haguenau concentre moins de précarité, et il y a plus d'offre sociale et du soin par rapport à cette population. »⁸⁶

Certaines problématiques que l'on retrouve dans les ante-régions d'Alsace et de Lorraine, comme par exemple la question des liens entre l'addictologie et la psychiatrie, n'existent pas forcément en Champagne-Ardenne, ou du moins pas dans les mêmes termes. Ce lien peut poser problème à un endroit en raison du développement en parallèle de ces deux disciplines pendant plusieurs années, où deux traditions différentes en termes de pratiques et de valeurs finissent par apparaître. Les pratiques vont différer par rapport à l'attente d'une demande du patient par exemple, qui constitue dans la plupart des centres d'addictologie une condition importante à la prise en charge.

⁸⁵Extrait de l'entretien n°19 réalisé le 30/03/17, voir annexe 4, p. 127

⁸⁶Extrait de l'entretien n°19 réalisé le 30/03/17, voir annexe 4, p. 127

Les valeurs pourront également diverger à l'égard de l'importance accordée à la RDR par exemple, et avec tous les discours et pratiques qui y sont associées (savoir sur la maladie détenue par le patient et non le médecin, réticence à catégoriser un comportement comme relevant d'une conduite pathologique). Mais en Champagne-Ardenne, l'addictologie et la psychiatrie se sont développées ensemble, comme nous l'a expliqué un acteur de Reims :

« Ce qui s'est passé ici, la psychiatrie s'est organisée avec l'addictologie, le gros truc à Châlons-en-Champagne, il y a l'établissement public de santé mentale, et plein de CMP sur Reims, Châlons, etc. Ce qui s'est passé il y a pas mal d'années, un CMP a été pour l'alcoologie, le lien avec la psychiatrie et l'alcoologie puis l'addictologie a été très fort. Le président de l'association est un médecin qui a créé ce truc-là. Du coup il n'y a pas de soucis, de conflits, de problèmes dus aux représentations des uns et des autres, entre les psychiatres, la psychiatrie et l'addictologie parce que ils sont ensemble. En interne il peut y avoir. Les guéguerres entre psychiatres c'est connu, l'hôpital c'est très hiérarchisé, il y a des chefs, c'est un peu militaire comme organisation, sûrement à escient, c'est tellement énorme, en tous cas ici sur Reims, sur la région Châlons, il y a un CSAPA dans l'hôpital Châlons, les médecins, les psychiatres travaillent beaucoup avec l'établissement public de santé mentale. »⁸⁷

Dans la l'ante-région Alsace, et plus particulièrement dans la zone autour de la ville de Strasbourg, l'offre de soins par rapport à l'hospitalisation en addictologie reste faible. Les sevrages proposés en médecine hospitalière classique ne correspondent pas aux besoins des patients ayant une comorbidité addictive et psychiatrique. Le centre hospitalier d'Erstein, spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales, est l'un des seuls centres de psychiatrie de la région à posséder une unité de soins en addictologie. Il reste l'une des seules options pour nombre de professionnels pour répondre aux besoins des patients souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive, comme nous l'a expliqué une infirmière travaillant en équipe de liaison :

« J'ai des gens qui viennent de loin pour aller en hospitalisation sur Erstein, parce que ailleurs c'est de la médecine, et la médecine faut un lit, les gens sont sur un lit de médecine, il n'y a pas d'activité. Où est ce qu'il y a une unité d'addictologie... Jury-les-Metz, il y a un truc d'alcoologie à Pfastatt. Ça fait peu. Après il y a des CSAPA un peu partout, il y a un CSAPA hospitalier à Nancy. Mais ça ne fait pas lourd quoi. »⁸⁸

Les lits en médecine hospitalière classique sont généralement évités lorsqu'un sevrage est proposé à un patient. Ils ne sont pas adaptés aux spécificités des patients souffrant de comorbidité, qui sont souvent dans un état de précarité avancé. Le personnel doit être formé et les activités proposées doivent être adaptées à ce public.

Les lits halte soins santé (LHSS) peuvent offrir une possibilité d'hébergement pour les personnes dans des situations de précarité avancées, mais il existe aussi une importante inégalité de l'implantation de ces dispositifs sur tout le territoire français, et plus particulièrement sur la région Grand-Est. Le département du Bas-Rhin ne compte qu'un seul LHSS (Escale Saint Vincent), alors

⁸⁷Extrait de l'entretien n°27 réalisé le 03/05/17, voir annexe 4, p. 127

⁸⁸Extrait de l'entretien n°8 réalisé le 17/02/17, voir annexe 4, p. 127

que la Moselle en compte trois, dont deux dans la ville de Metz (l'accueil du pont des grilles, et les lits halte soins santé AIEM).

1. 2. Des villes aux maillages singuliers

Chaque ville possède un tissu associatif qui lui est propre, dépendant de son histoire et de l'engagement de ses acteurs. À Mulhouse par exemple, les associations qui s'occupent des « personnes sans domicile fixe » fonctionnent bien, mais la demande se situe aujourd'hui sur l'accueil des personnes migrantes, comme nous l'a expliqué un infirmier travaillant dans cette ville :

« À Colmar il y a un peu moins de précarité qu'à Mulhouse. À Strasbourg, il y a beaucoup plus de SDF qui se voient. À Mulhouse, il y a moins de personnes qui font la manche. il y a une association, l'ALSA (Association d'aide au Logement des Sans-Abri), qui explique ça, qui prend en charge et loge des personnes en très grande précarité, qui sinon seraient à la rue. C'est des nuances de territoire hein. Nous c'est extrêmement riche par ses associations, avec un bénévolat assez fort. Notre public, il y a des communes assez grandes, des quartiers populaires défavorisés, le secteur de Saint Denis, malgré que la Suisse soit à côté, il y a aussi une population pauvre qu'on voit moins. La frontière fait que, comme Colmar, on a une population un peu particulière. À Mulhouse le centre est ville est pauvre, tous les quartiers populaires touchent la ville. Il y a toute une zone, tous ces jeunes qui sont là, il y a aussi un marché avec la délinquance très visible, c'est une ville très jeune et très pauvre. »⁸⁹

Nous avons rencontré des professionnels travaillant dans six structures différentes sur la ville de Mulhouse⁹⁰, et tous ont confirmé la bonne santé et le dynamisme des associations dans cette ville, mais également les nombreux défis qui se présentent aux acteurs du soin, notamment pour les primo-arrivants. Les difficultés se situent aussi au niveau des urgences psychiatriques qui connaissent un afflux important de personnes ayant un trouble de comorbidité psychiatrique et addictive. Malgré ce réseau associatif et ce maillage des acteurs, le phénomène des « patates chaudes » est également présent sans que des solutions pérennes aient pu être mises en place, comme nous l'a expliqué la directrice d'un CAARUD à Mulhouse :

« Ça peut être des personnes qui cumulent un certain nombre de problématiques et chaque problématique est cantonnée. De l'extérieur c'est chacun son rôle, santé, social, psychiatrie, et tout le monde peut se renvoyer la balle. Il y a la prison aussi, tout le monde se refile un peu le bébé. Nous on a essayé ça ne marche pas, sans forcément qu'il y ait de mauvaise volonté, il peut y en avoir mais on touche les limites et on est assez démunis. Je suis une personne qui a un suivi psychiatrique, qui est actuellement sans papiers et qui parle turc, qui est là tous les jours, tous les partenaires ont été mobilisés, ils ont tous joué le jeu, on est confrontés à la limite qu'il est toujours super mal, il se tape la tête contre les murs, il vient tous les jours, qu'est-ce qu'on peut lui proposer d'autre ? On a utilisé

⁸⁹Extrait de l'entretien n°14, réalisé le 23/03/17, voir annexe 4, p. 127

⁹⁰L'association ALSA (Association d'aide au logement des Sans-Abri), l'association du Service d'urgence sociale (Surso), Le CSAPA « le Cap », la P.A.S.S. De l'hôpital de Mulhouse (permanence d'accès aux soins de santé), l'équipe mobile psychiatrie précarité du centre hospitalier de Rouffach, le service de psychiatrie du centre hospitalier du Hassenrain

tous les outils à notre disposition et on est coincés un peu. »⁹¹

À Strasbourg, au contraire, le réseau d'associations pour l'accueil et l'accompagnement des personnes et familles réfugiées est très bien constitué. L'association « Club de jeunes l'Étage », par exemple, propose un « dispositif d'intégration par la langue et la découverte culturelle française » pour les demandeurs d'asile. Il s'agit d'un enjeu politique pour la ville qui a fait de cette question une priorité, en tant que capitale européenne de la démocratie et des droits de l'Homme, accueillant des institutions comme le Conseil de l'Europe et la Cour Européenne des Droits de l'Homme. En revanche, l'accueil des personnes sans-abris reste une problématique importante dans cette ville, où de nombreux appels du 115 restent chaque soir sans réponse⁹².

Il peut exister une forte disparité entre une ville, son département et sa région, comme par exemple Reims et Troyes par rapport à la région Champagne-Ardenne. Ces villes possèdent une offre de soins importante en addictologie, ayant chacune trois CSAPA. Le département de la Marne possède cinq CSAPA, tandis que l'Aube n'en a qu'un seul. En dehors des espaces urbains, la région reste pauvre et a peu d'offre de soins à ce niveau, malgré un centre à Epernay qui permet un accès aux soins plus proche des régions rurales qui restent très désertifiées, comme nous l'a expliqué un directeur de CSAPA travaillant à Reims :

« C'est des petits services dispatchés en Champagne-Ardenne, ça dépend des départements, comment ils sont configurés. La Marne est bien lotie. L'Aube, il y a Troyes et le département est un peu désert. Les Ardennes, c'est pareil. (...) On a un centre à Epernay, ça c'est très important, que ce type de service soit à proximité de la population, sinon ils viennent pas. »⁹³

2. Les différences entre les institutions et les disciplines

Chaque institution possède également sa propre histoire, en lien avec un espace local et territorial. De nombreuses associations sont nées à des moments particuliers, avec une certaine philosophie d'action et pour répondre à un problème précis. Certaines associations ont par exemple été créées par des psychiatres, et auront des liens facilités avec le domaine de la psychiatrie. D'autres ont été créées par des juristes, et auront des contacts privilégiés avec le domaine de la justice. Par exemple, nous avons rencontré des acteurs travaillant dans un CHRS qui fut créé à l'initiative d'un

⁹¹Extrait de l'entretien n°17 réalisé le 23/03/17, voir annexe 4, p. 127

⁹²Est-il besoin de préciser ici que nous faisons pas de concurrence victimaire entre les réfugiés et les sans-abris, ou pour le dire autrement, nous ne reprenons pas l'argumentaire qui consiste à dire que la situation des personnes les plus précaires dans notre société (les sans-abris) est due à la situation des personnes dans un état de précarité similaire (les réfugiés). Notre propos est simplement de dire que chaque ville a son propre agenda politique, et donne la priorité à un problème ou à un autre selon certaines conditions.

⁹³Extrait de l'entretien n°27, réalisé le 03/05/17

juge dans une volonté de mieux travailler les problématiques de récidive, comme nous l'a expliqué sa directrice :

« La justice c'est encore différent (par rapport à la psychiatrie), le X (nom de l'association) est né à la demande d'un juge d'instruction. Le lien est plus facile pour nous, c'est un public qu'on connaît mieux, qu'on maîtrise mieux, on a plus nos entrées avec les SPIP (Service Pénitentiaires Insertion et Probation). On a ce réseau de ce côté là, au vu de notre histoire. »⁹⁴

Ce centre d'hébergement possède de ce fait des liens historiques avec la sphère judiciaire, et a pu nouer un réseau d'acteurs de confiance pour travailler sur les sujets de la délinquance et de la réinsertion sociale. En revanche, ce même centre ne parvient pas à nouer des contacts durables et efficaces avec des acteurs de la sphère psychiatrique. D'autres associations créées par des militants historiques de la RDR par exemple n'auront pas ce type de lien, et pourront même s'opposer aux actions d'une autre sphère comme celle de la justice. En effet, la RDR implique de ne pas porter de jugement sur le caractère légal ou illégal d'un acte de consommation de substances illicites, ce qui va à l'encontre des pratiques des acteurs dont la tâche est de faire appliquer la loi.

Chaque institution possède également sa propre « philosophie » et son mode d'action privilégié. Il existe des associations qui ont, de par leur histoire, une très forte tradition d'usages des méthodes et des outils de la RDR (parfois avant même que les politiques en la matière aient vu le jour). D'autres axeront leurs pratiques sur le versant curatif, en proposant un accompagnement médico-social sans nécessairement s'inscrire dans une tradition ou un courant très marqué. À Strasbourg, le CSAPA Ithaque a été en avance sur les pratiques de RDR et est aujourd'hui en mesure de diversifier son offre de soins dans ce domaine, en proposant le dispositif de la Salle de Consommation à Moindre Risque. Ce dispositif expérimental est le seul en France, avec celui de la ville de Paris. L'autre CSAPA de Strasbourg, l'ALT a depuis sa création et pendant plusieurs années proposé le sevrage comme modalité unique du soin. Cette offre a bien sûr évolué depuis une dizaine d'années avec l'évolution des pratiques, des discours et du cadre de la loi. Mais des différences subsistent par rapport à la RDR, comme nous l'a expliqué un médecin travaillant à ALT :

« Avec Ithaque, on se partage, il n'y a pas de grande différence, on est quelque part complémentaires, ils sont plus dans la réduction des risques, ils voient des patients qui sont pas encore dans la démarche de soin, la délivrance du traitement, du fait du manque de cette pharmacie du CAARUD, on a pas de CAARUD, on est plus dynamique pour pousser le patient vers le soin, là je pense qu'on est complémentaires. Quelqu'un qui veut rentrer dans le soin pour faire quelque chose, pour améliorer sa santé, pour accéder au logement, trouver une formation, je trouve qu'il sera mieux chez nous que chez Ithaque, quelqu'un qui n'a pas de papiers, il sera peut-être mieux à Ithaque au début. »⁹⁵

Cette différence entre les CSAPA observée à Strasbourg se retrouve dans d'autres villes. Les

⁹⁴Extrait de l'entretien N°28, réalisé le 04/05/17, voir annexe 4, p. 127

⁹⁵Entretien n°5 réalisé le 09/02/17, voir annexe 4, p. 127

associations ont connu des changements importants ces dernières années, dus à l'évolution de la loi, de la société et des modes de consommations. Certains acteurs reprocheront par exemple à leur institution ne pas pousser assez les usagers vers les soins, tandis que d'autre regretterons que la RDR ne soit pas plus ancrée dans les pratiques. Ainsi, il est possible de trouver des luttes entre les acteurs au sein d'un établissement qui témoignent des différences d'opinion sur ces questions. Ce phénomène est encore accentué par le fait que de plus en plus de professionnels travaillent sur différents lieux avec des contrats à mi-temps ou même à des durées inférieures. Il n'est donc pas rare de voir au sein d'un établissement cohabiter des pratiques et des discours qui divergent. Tous ces éléments seront autant de facteurs favorisant ou limitant les liens avec d'autres institutions qui assurent le relais pour le parcours de soins des personnes souffrant de comorbidités.

3. La constitution d'un réseau personnel : un processus de sociabilité

La grande majorité des personnes que nous avons rencontrées ont confié travailler d'abord avec des personnes avant de travailler avec des institutions. Il s'agit d'une donnée essentielle pour comprendre comment les professionnels parviennent ou non à assurer le bon déroulement des parcours de soins et le suivi des personnes souffrant de comorbidités, en orientant les patients vers les bons partenaires. Pour une série de raisons que nous allons développer, les partenariats entre institutions sont difficiles à mettre en place. Pour contourner ce problème, les acteurs ont dû s'identifier mutuellement pour savoir avec qui ils pourraient travailler. Des processus de sociabilité vont alors entrer en jeu afin de distinguer les acteurs. Ces processus peuvent être définis comme étant « l'ensemble des relations qu'un individu entretient avec d'autres compte tenu de la forme que prennent ces relations »⁹⁶.

3. 1. Les difficultés en termes d'organisation

Les difficultés pour constituer des partenariats solides et pérennes se situent à différents niveaux. Plusieurs acteurs nous ont fait part de leurs difficultés au niveau de leur temps de travail pour pouvoir rencontrer régulièrement d'autres professionnels avec lesquels ils souhaiteraient travailler. Les réseaux professionnels qui n'ont pas été pérennisés de manière formelle doivent être

⁹⁶C.-A. Rivière, *La spécificité française de la construction sociologique du concept de sociabilité*, Réseaux n°123, 2004, pp. 207-231

portés par un ou plusieurs acteurs qui s'occupent de l'organisation, ce qui peut poser problème en cas de départ de ces personnes. Une infirmière travaillant en psychiatrie nous a ainsi parlé de ces contraintes par rapport à ses collègues travaillant en CSAPA :

« La coordination, c'est sûr c'est essentiel mais ce n'est pas fait, en tout cas sur le secteur. Ça peut être fait ponctuellement, entre personnes, mais ce n'est pas fait systématiquement, on ne se connaît pas suffisamment, on travaille peu ensemble. Je ne les connais pas ceux du CSAPA, il y avait eu des réunions mises en place, le problème pour nous, on a un cadre qui change tous les 6 mois, c'est pas suivi, on avait un médecin qui était investi et qui est parti. Il y a un médecin en moins et les autres n'ont pas de temps, ça s'étirole comme ça. Si personne ne porte d'intérêt à l'addictologie c'est laissé de côté et le temps passe. Nous seuls en tant qu'infirmier on peut pas changer ça. On est vachement dépendants du médecin, là on se rend compte que plus le temps passe, moins on a le temps, on doit faire de plus en plus de choses avec de moins en moins de moyens. C'est compliqué. »⁹⁷

Cette infirmière évoque le manque de personnel et la responsabilité de sa hiérarchie dans la mise en place et l'alimentation d'un réseau entre l'addictologie et la psychiatrie. La rotation importante des cadres de son service a empêché la pérennisation d'un réseau, malgré l'apport qu'il présentait et l'intérêt que plusieurs acteurs lui prêtaient. Le manque d'autonomie dont bénéficie le personnel infirmier ne leur permet généralement pas d'assurer par eux-mêmes un réseau stable et efficace en termes de transmission d'informations, de rencontres entre professionnels et d'échanges de bonnes pratiques. La constitution et l'entretien d'un réseau impliquent des activités chronophages et coûteuses en termes de ressources. Il faut être disponible, pouvoir répondre aux besoins d'autrui, se déplacer et organiser des rendez-vous. Les injonctions au « travail en réseau » sont nombreuses dans tous les milieux professionnels, mais sans toujours prendre en compte le coût de ces réseaux. De plus, il peut arriver que la hiérarchie ne soutienne pas ce travail de partenariat, car n'y voyant pas d'intérêt, ou à cause de représentations sociales négatives envers un autre corps de métier. Les acteurs qui voudront tout de même faire un travail de partenariat sans avoir l'assentiment de leur hiérarchie devront alors le faire malgré elle.

Il peut arriver également que la hiérarchie souhaite mettre en place des réseaux, mais que les professionnels concernés n'y voient pas l'intérêt et rejettent ce type de propositions. En évoquant la mise en place de tables rondes avec une assistante sociale comme solution pour renforcer les liens entre les professionnels, sa réponse fut très nette quant à son refus de participer à ce genre d'événement avec des psychiatres :

« Les groupes de travail, si c'est pour finir avec des psychiatres qui rencontrent la cheffe etc, ils ne rencontrent pas les travailleurs sociaux, c'est toujours comme ça, nous on traîne les pieds, on a autre chose à faire que d'aller faire les beaux, on va traverser la ville pour aller à une réunion où ils vont monopoliser la parole, ça reste quand même ça, on peut avoir un travail très ouvert ici, mais la prescription du médecin ça reste sa décision, ça veut bien dire ce que ça veut dire. Je travaille pour l'association je représente l'association, mais les médecins ont une manière de présenter les choses

⁹⁷Extrait de l'entretien n°24 réalisé le 06/04/17, voir annexe 4, p. 127

différemment, à l'hôpital c'est encore pire, on n'a rien à dire. Pour aller en réunion 3h et essayer d'en placer une, ça ne vaut pas la peine. »⁹⁸

Cette professionnelle évoque ici la violence symbolique qui peut s'exercer dans un cadre formel. Suite à ses années d'expérience, elle connaît la réalité qui se cache parfois derrière les discours de « travail en réseau » et de « l'échange d'informations ». Ses connaissances n'ont, de son point de vue, jamais été entendues par des psychiatres. Elle a fini par abandonner l'idée même de les rencontrer pour échanger sur des sujets comme celui de la comorbidité.

3. 2. Une sociabilité par les pairs

Chaque profession fournit aux acteurs qui l'exercent des ressources économiques, culturelles et sociales. Tous ces éléments permettent de bénéficier d'une reconnaissance sociale, en fonction de critères de rémunération, de niveau d'études et d'image de cette profession. Dans le milieu sanitaire, en raison des grandes disparités de reconnaissance sociale dont bénéficient les différentes professions qui s'exercent au sein d'un même lieu (entre médecins et infirmiers par exemple), l'équilibre nécessaire pour assurer le bon fonctionnement d'un service peut être délicat à trouver. Mais les acteurs sont souvent obligés de travailler ensemble et doivent mettre en place des stratégies pour collaborer malgré les tensions qui peuvent exister. En revanche, lorsque des professionnels ne sont pas obligés de travailler ensemble dans un même lieu (entre le milieu sanitaire et médico-social par exemple), ces tensions qui préexistent aux rapports interpersonnels peuvent aboutir à des stratégies d'évitement des confrontations. Il s'agit là d'un premier obstacle qui pourra entraver la création d'un réseau efficient et efficace car les acteurs ne sont pas obligés d'y participer.

Si les acteurs décident malgré ces contraintes de travailler ensemble, la construction de ces réseaux professionnels doit d'abord passer par un processus de sociabilité. Un nouvel arrivant dans une structure devra d'abord se faire connaître auprès de ses futurs partenaires, en partant de la réputation de la structure où il travaille. Cette réputation pourra être positive ou négative, en fonction des valeurs et des pratiques que son institution met en avant, par rapport à celles de son interlocuteur. Ce travail de construction d'un réseau prend beaucoup de temps, car il est nécessaire de connaître ce qui existe en termes de structures sanitaires, sociales, administratives et même judiciaires. Il est également nécessaire d'identifier les acteurs qui sont prêts à collaborer sur cette question de l'accompagnement des personnes souffrant de comorbidités. Tous les acteurs ne sont en effet pas disposés à travailler avec cette population, en raison des nombreuses difficultés, fantasmées ou réelles, qui peuvent advenir dans la pratique, et des représentations sociales associées à ces patients.

⁹⁸Extrait de l'entretien n°3 réalisé le 18/01/17, voir annexe 4, p. 127

Enfin, les partenariats doivent s'alimenter au fur et à mesure des mois et des années, en construisant la confiance entre les acteurs. Une infirmière nous a ainsi confié son expérience sur cette constitution d'un réseau professionnel :

« Si j'ai une collègue qui débarque aujourd'hui elle est larguée elle n'a pas le réseau, et le travail de réseau c'est l'essentiel de notre travail. Quand tu connais les gens tu les appelles, tu leur demande de l'aide, le fait de se connaître, normalement dans l'idéal ça ne devrait pas reposer sur une personne, mais c'est comme ça que ça marche. Je suis depuis 8 ans sur le réseau précarité. Ma collègue qui est depuis 5 ans elle a son réseau aussi, mais au début elle galérait. Les gens me demandaient moi parce qu'ils m'avaient repérée. Tout ce qui est administration ne doit pas reposer sur une personne. Tu peux faire comme tu veux les gens te repèrent. Faut prouver à tes partenaires que tu es digne de confiance, ça se gagne. Une fois que tu as gagné ça ton travail est plus simple. Hier j'ai téléphoné à X on m'a passé Mme untel, que je connais par rapport au PRAPS, et ça simplifie énormément le passage d'informations. Ça quand ils (les instances dirigeantes) auront compris que ça permet au patient après une meilleure prise en charge et plus élaborée, plus adaptée, plus fine... »

99

Ce processus de sociabilité doit être entretenu au fil du temps afin de consolider les partenariats, et d'assurer la confiance des acteurs entre eux. Cette consolidation peut être facilitée si les partenaires sont amenés à travailler ensemble, soit dans un même lieu, soit par des réunions d'équipes où ils peuvent se rencontrer et échanger. Elle peut également être provoquée par la démarche d'un acteur qui ira se présenter dans différents lieux, en montrant ses méthodes de travail, son apport et ce qu'il attend de ses partenaires. Un outil simple comme le téléphone joue ici un rôle important dans la constitution et l'entretien de ce réseau. Certains acteurs l'utilisent régulièrement, pour faire appel à leurs connaissances et avoir un avis direct et sans intermédiaire. Cet outil permet également de contourner les demandes écrites par courriel ou par lettre, en ayant un échange plus informel et plus rapide. En effet, certaines informations trop sensibles ne peuvent pas être écrites, par risque qu'un tiers puisse découvrir le contenu du message.

3. 3. La recherche d'interlocuteurs par le biais de normes communes

L'appropriation d'un ensemble de normes et d'un langage propre aux différents espaces, comme celui de la psychiatrie ou de l'addictologie, est une partie essentielle du processus de sociabilité des professionnels. Certaines valeurs doivent être assimilées, notamment sur la perception des patients, de leurs consommations et sur l'attitude à adopter face à eux. Dans certains endroits, l'orientation politique peut également jouer un rôle de sociabilité important ou au contraire pour marquer une différence contre un autre groupe qui porte des valeurs jugées négativement. Les valeurs

⁹⁹Extrait de l'entretien n°8 réalisé le 17/02/17, voir annexe 4, p. 127

« de gauche » servent ainsi de marqueurs à plusieurs acteurs pour confirmer ou infirmer la possibilité de travailler avec des partenaires qui partagent les mêmes idées. À l'inverse, entre les domaines du travail social et de la psychiatrie, les travailleurs sociaux sont parfois perçus comme étant orientés à gauche, voir à l'extrême gauche, avec une connotation négative. Un psychiatre l'a évoqué en ces termes :

« J'ai l'impression qu'elles (les assistantes sociales) comprennent la problématique ou pas. Après je dis il y a des libertaires comme ça, on a l'impression que c'est mai 68 tous les jours, et qu'il faut ouvrir toutes les portes de la psychiatrie et laisser sortir tout le monde. C'est les mêmes qui vont faire chier parce qu'un patient est passé à l'acte, parce qu'il a montré sa quéquette place de la cathédrale, c'est exactement les mêmes. »¹⁰⁰

La référence à « mai 68 » et aux « libertaires » renvoie à une image stéréotypée de l'activisme de gauche des années 1960 et 1970. Cet acteur a évoqué ces termes pour forcer le trait de son ressenti face à certains travailleurs sociaux. Au demeurant, il affirmait également entretenir généralement de bonnes relations avec ces derniers. Mais l'emploi de ces mots témoigne tout de même d'un langage récurrent pour désigner les professionnels du champ médico-social. Ces représentations péjoratives font référence à l'idée que, pour de nombreux travailleurs sociaux, tous les comportements seraient permis, qu'aucune limite ne serait jamais posée, et que tout pouvoir deviendrait suspect et source de contestation.

La RDR peut également servir de marqueur entre les professionnels pour savoir qui porte des valeurs similaires ou non. Certains acteurs sont ainsi assez critiques envers d'autres professionnels qui en font une interprétation large, avec un discours idéaliste :

« Ce discours de RDR il est très connoté politiquement, c'est très gaucho, dans le respect de la personne etc. machin, avec des gens qui des fois vous respectent pas du tout, peuvent vous sauter dessus vous mettre 2 coups de poignard, ils se n'en souviennent même pas, c'est très idéaliste, c'est très beau (rire) mais c'est idéaliste. La salle de conso c'est génial, c'est une révolution sur le plan institutionnel, mais la façon de se positionner de certains psychologues est complètement à côté de la plaque. Ils ne voient pas, toujours pas l'addiction comme une maladie. C'est un vrai souci. Si vous ne le voyez pas comme une maladie tout est toujours possible. Hors non tout n'est pas possible. (...) dans certaines structures et des gens que j'ai rencontrés ont une position tellement idéaliste, qu'ils finissent par mettre en péril la prise en charge. Si vous dites tout est possible, ben nan tout n'est pas possible. S'ils sont marginalisés c'est parce que tout n'est pas possible. (..) Quand on est tellement idéaliste qu'on voit plus ce qui se passe, je ne vois pas en quoi ça aide les gens. Il y a plus de limite, la dame a le droit d'agresser sa voisine de chambre. La limite c'est quand même autrui. Quand on leur dit ces gens-là ils sont intoxiqués ils vont attaquer autrui, ah bon. Ben ouais. Ça me paraît une évidence, mais ça doit pouvoir se discuter. »¹⁰¹

Dans cet extrait, nous voyons que l'orientation théorique d'un professionnel, en l'occurrence de « certains psychologues », peut jouer un rôle important de démarcation. La capacité d'un psychologue à désigner un comportement comme relevant du normal ou du pathologique sera

¹⁰⁰Extrait de l'entretien n°13 réalisé le 17/03/17, voir annexe 4, p. 127

¹⁰¹Extrait de l'entretien n°13 réalisé le 17/03/17, voir annexe 4, p. 127

déterminante dans la possibilité de travailler avec ce professionnel. D'autres acteurs sont encore plus critiques et adoptent une position de rejet par rapport à des pratiques et des discours qu'ils ne partagent pas. Un acteur interrogé nous a ainsi parlé de son appréciation de la RDR en ces termes :

« Les outils de la substitution, c'est une RDR majeur, nous on ne distribue pas de seringue propre, on en appelle à la responsabilité de la personne et de sa capacité de changement, on ne lui donne pas les outils pour pas qu'il change. »¹⁰²

Le fait de dire « on ne lui donne pas les outils pour pas qu'il change » signifie que les outils de la RDR entretiennent le patient dans ses consommations au lieu de l'aider à en sortir. Cet acteur nous a également parlé de la méthadone® et du subutex® comme des traitements de « maintenance » et qu'il fallait arrêter de dire « de substitution » car les patients qui prennent ces traitements continuent de consommer d'autres substances comme des opiacés.

Une autre hypothèse de notre travail était que la psychanalyse pouvait servir de référence commune à différents professionnels pour travailler ensemble, et nous avons recueilli des données qui vont dans ce sens. De nombreux acteurs nous ont parlé de l'influence de la psychanalyse dans la formation et la pratique des travailleurs sociaux. Si la psychanalyse n'est pas, loin s'en faut, une discipline unifiée, elle conserve néanmoins plusieurs notions invariantes qui traversent tous ses différents courants. Ces notions concernent par exemple la représentation du patient, en ignorant les déterminants sociaux (origine ethnique, sociale, etc.) pour se focaliser sur la personne et sa parole. La relation aux substances voire même aux pathologies psychiatriques peut également être volontairement ignorée lors d'un entretien, encore une fois dans la volonté de n'accoler aucune étiquette à une personne.

Cette approche permet de nouer une relation particulière avec les patients, et est souvent déterminante dans la capacité à créer un lien pérenne pour l'amener vers les soins. Nous en avons nous-même fait l'expérience lors de l'entretien avec le patient J. qui tenait des propos virulents à notre égard concernant notre position de chercheur qui s'intéresse aux drogues et aux maladies mentales, et qui s'apparentait pour lui à de la curiosité malsaine. Le fait de lui dire que nous nous intéressions à sa personne et non à sa maladie ni à ses consommations nous avait permis de poursuivre l'entretien. Mais en désamorçant ainsi son accusation, nous n'avons pas pu l'interroger sur ses consommations, et nous avons raté des données sociologiques intéressantes. Le phénomène est similaire pour les professionnels qui utilisent la psychanalyse pour nouer des liens avec les patients, et qui doivent ainsi ignorer d'autres aspects de la personne qui pourraient être utiles dans les relations avec d'autres professionnels.

Plusieurs psychiatres que nous avons rencontrés et qui étaient concernés par la question des

¹⁰²Extrait de l'entretien n°27 réalisé le 03/05/17, voir annexe 4, p. 127

troubles de comorbidités ont également affirmé être ou avoir été influencés par la psychanalyse dans cette représentation du patient en tant qu'individu à part entière. Certains acteurs ont également évoqué le fait que les psychiatres qui pratiquent les Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont moins sensibles aux questions de la comorbidité et moins enclins à travailler de manière efficace avec les travailleurs sociaux. Néanmoins, malgré ces données, il nous est impossible de nous prononcer définitivement sur ce sujet, et ce pour plusieurs raisons. Les professionnels qui se disent inspirés dans leur pratique par la psychanalyse mélangent ces idées avec d'autres issus de différents courants. Chaque professionnel va constituer son propre cadre théorique de référence, en fonction des auteurs et des courants qu'il jugera les plus pertinents. De plus, nous n'avons pas rencontré suffisamment de psychiatres de différents domaines théoriques (notamment des TCC) pour pouvoir établir une comparaison stricte qui nous permette de statuer sur cette question. Enfin, la psychanalyse souffre depuis plusieurs années d'une image négative dans plusieurs sphères de la société, surtout auprès des pouvoirs publics¹⁰³. Les institutions et les professionnels qui se réclament de la psychanalyse sont donc aujourd'hui peut-être plus réticents à exprimer leur attachement à ce courant théorique.

3. 4. Des interlocuteurs au même niveau socio-professionnel

Comme nous l'avons vu, ce processus de sociabilité se réalise par la recherche de partenaires qui partagent des normes et un langage communs. Ce processus passe également par la recherche d'interlocuteurs au niveau de reconnaissance sociale similaire. Certaines catégories socio-professionnelles serviront alors d'intermédiaires privilégiés lors des échanges entre les institutions. Plusieurs travailleurs sociaux du champ médico-social nous ont ainsi confié préférer avoir comme interlocuteur un infirmier ou un travailleur social lors d'un contact avec une institution hospitalière, plutôt que de parler directement à un psychiatre. Ainsi, de nombreux acteurs privilégieront les contacts avec des catégories socioprofessionnelles au niveau de reconnaissance sociale plus ou moins similaire au leur. Il s'agit également peut-être d'une stratégie pour contourner les hiérarchies qui existent, afin de rencontrer et de travailler avec des professionnels qui ont le même degré d'autonomie et un niveau socio-professionnel équivalent.

« le problème c'est qu'ils (les psychiatres) ont l'impression de tout savoir et qu'on a rien à leur

¹⁰³Les causes de cette image négative dont souffre la psychanalyse auprès des pouvoirs publics sont nombreuses, dont notamment une controverse en 2004 sur l'évaluation de l'efficacité de la psychanalyse par l'INSERM, ou plus récemment sur la prise en charge de l'autisme. Cette dernière controverse a amené 96 députés à déposer en 2016 une proposition de résolution pour inviter le gouvernement à « condamner et interdire les pratiques psychanalytiques sous toutes leurs formes » dans la prise en charge de l'autisme.

apporter et c'est eux qui viennent te dire et ils te rigolent presque au nez.(...) je suis allé vers les professionnels du X, et l'infirmière cadre était très sympa, très avenante, elle m'a très bien accueilli, c'est plus les psychiatres qui sont dans une espèce de toute puissance, je sais tout, qui empêche... en tous cas c'est ce que racontent les collègues des différentes tentatives, les infirmières c'est autre chose. Ces deux infirmières font le lien avec l'extérieur, avec elles on travaille très bien, je suis en lien quand il y a des orientations, on se connaît, on se fait confiance, ça fait partie des groupes de X, mais on n'a jamais vu débarqué un psychiatre »¹⁰⁴

Évidemment, il existe beaucoup d'exceptions à cet état de fait, où des psychiatres peuvent par exemple se mettre en réseau avec des professionnels qui ont un statut socio-professionnel moins élevé que le leur. Les acteurs qui construisent des réseaux le font en fonction des affinités qu'ils tissent et à travers des relations interpersonnelles qui dépassent le simple cadre d'échanges formels.

4. Les représentations entre les disciplines

Les représentations sociales entre les disciplines jouent un rôle important dans la capacité des professionnels à travailler ensemble. En interrogeant les travailleurs du champ médico-social sur le rôle de la psychiatrie dans la prise en charge des patients, nous nous sommes rendu compte qu'il existait des appréhensions différentes sur le sens du soin dans ces institutions. De nombreux acteurs ont donné des définitions assez vagues du soin psychiatrique, en insistant sur le fait que n'étant pas médecins, ils ne pouvaient se prononcer davantage sur cette question. Certains exprimaient l'intention volontaire de ne pas en savoir davantage, soit pour préserver la relation de confiance avec le patient en n'interférant pas avec ce que le patient vit avec son médecin, soit par désintérêt. En interrogeant une assistante sociale sur sa définition du soin en psychiatrie, elle a répondu en des termes qui montrent son interrogation face à ce domaine, mais aussi son appréhension pour le bien-être des patients dans l'institution psychiatrique et à l'égard des traitements neuroleptiques :

« Est ce que les psychiatres ont comme objectif le bien-être des gens ? Je ne sais pas quel est leur objectif. Moi c'est que les gens vivent le mieux possible leur vie. Ça m'intéresserait de savoir quels sont les vrais objectifs de la psychiatrie. Je ne pense pas qu'on... après c'est dur, je pense pas qu'on devient psychiatre pour ça (pour que les patients souffrent), l'objectif c'est qu'on vive le mieux possible. On ne devient pas médecin pour faire rentrer les gens dans des cases, mais au final on finit par travailler comme ça. Ça a toujours été cette question non ? Pour la psychiatrie. (...) Les psychiatres aujourd'hui, leur rôle c'est d'empêcher que les gens nuisent. Les gens qu'on a vu avant traitement et après, ils sont plus vivants. C'est pour ça que je parle de souffrance, quand il y a un traitement mis en place, peut-être qu'ils sont plus dangereux pour eux et pour autrui mais qu'est-ce que c'est pas vivant. La psychiatrie c'est pas vivant. J'ai peur de voir les patients devenir comme ça, on les préfère sans traitement. C'est peut-être pour ça que j'ai peur d'orienter. On a été très tristes de

¹⁰⁴Extrait de l'entretien n°6 réalisé le 10/02/17, voir annexe 4, p. 127

voir certains patients comme ça. Après s'ils ont besoin d'un traitement ils en ont besoin. »¹⁰⁵

La problématique des traitements en psychiatrie est un thème qui est souvent revenu lors des entretiens. Beaucoup d'acteurs du champ médico-social ont une vision négative de l'effet des traitements, qualifiés de « camisolés chimiques », sur le psychisme des patients. Les médecins sont souvent perçus comme « mettant la dose », transformant les patients en « zombies ». Cette vision se trouve renforcée par le discours de nombreux patients, dont plusieurs que nous avons rencontrés, comme F.¹⁰⁶ :

F. fut le premier patient que j'ai rencontré. Il était très angoissé à l'idée de notre entretien, de parler de sa vie et de ses blessures. Dès le départ, en lui demandant de me raconter son parcours, j'ai senti le poids de son passé dans ses paroles. Sa vie, chaotique selon ses propres mots, fut jalonnée de souffrances : la prison, la rue et la drogue ont laissé des traces qui ne s'effaceront jamais. Ces traces, comme autant de cicatrices, de tatouages, de marques du temps, sont les témoignages de cette vie.

La voie que F. a trouvée pour se soigner est originale : c'est par la méditation et la prière qu'il affirme s'en être sorti. La maîtrise de sa peur est pour lui essentielle : elle fait écho à celle qu'il ressentait étant enfant. Le bouddhisme l'aide à maîtriser ses passions, à rejeter la violence, celle qui vient d'autrui mais également celle qu'il porte en lui et qu'il a peur de reproduire. Il ne s'agit pourtant pas d'une voie aisée, la prière requiert toute une discipline et une grande volonté. Ce n'est pas de la relaxation, il faut être croyant, c'est harassant. Répéter un mantra inlassablement, pour se concentrer sur un seul son et chasser toute autre pensée. Répéter « amour », répéter « péché », inlassablement.

La souffrance est toujours là, elle ne partira pas. La rémission passe pour lui par le savoir, par la sagesse, par les livres. « *Je suis devenu ce que je lis* » affirme-t-il. Ses mots me touchent. Je souhaite le laisser parler et n'ose lui dire l'importance qu'ont eu les livres pour moi, peut-être aurais-je dû.

L'expérience de F. avec la psychiatrie fut malheureuse. « *La meilleure chose en psychiatrie, c'est les 5 premières minutes* » me dit-il, « *ils vous font rentrer, ils vous enferment, après ils s'occupent de vous, ils prennent votre taille, votre tension, prise de sang, après ils vous montrent votre chambre, vous marchez dans les couloirs, vous voyez un psy, ils vous donnent un traitement, après vous marchez dans les couloirs pendant des jours. Vous allez dans la cour pour fumer, et vous êtes entouré de fous, et vous vous sentez plus bien.* ». Il ne voit pas où est le soin en psychiatrie. Le

¹⁰⁵Extrait de l'entretien n°3 réalisé le 18/01/17, voir annexe 4, p. 127

¹⁰⁶Entretien réalisé le 25/01/17, voir annexe 5, p. 129

psychiatre n'a pas le temps de parler me dit-il, à part déambuler dans les couloirs et la cour, fumer, il n'y a rien à faire.

Que vient-il chercher au CAS ? Une présence, une écoute, un moment à partager autour d'un café, à observer les autres en silence, échanger quelques mots parfois mais jamais longtemps. Chez lui, il est seul. Il n'a personne avec qui parler, alors venir ici pour s'entretenir avec la psychologue, même juste pour quelques minutes, ce sont des moments précieux. F. ne demande rien. Une fois seulement, une directrice lui avait donné 5000 francs, il avait pu payer ses dettes et ses loyers en retard, une aide qui lui avait permis de ne pas redevenir SDF. Il l'avait déjà été pendant 5 ans.

5. Les critères socioprofessionnels

La capacité des acteurs à travailler ensemble va également dépendre dans certains cas de critères socioprofessionnels dans leurs parcours. En effet, le processus de sociabilité avec l'acquisition des normes et d'un langage propres à un champ particulier peut s'établir au cours d'une expérience professionnelle. Plusieurs acteurs nous ont ainsi fait part de ce type d'expérience qui leur a fait découvrir une autre discipline. Elles sont généralement l'occasion de découvrir le fonctionnement d'un autre service, ses limites en termes de personnel, de ressources et de communication, mais aussi ses atouts et ses apports dans le parcours de soins.

Par exemple, plusieurs professionnels dans le domaine de la psychiatrie nous ont parlé de l'importance d'avoir fait un stage ou d'avoir eu une expérience en addictologie, et comment ce parcours leur a fait changer de regard par rapport à cette discipline. En effet, les pratiques et les discours étant bien souvent divergents sans être nécessairement contradictoires, ces expériences ont pu être source d'enrichissement en termes de capital symbolique, c'est-à-dire de ressources sociales ou culturelles perçues comme légitimes par un champ considéré¹⁰⁷. Cette occasion de découvrir le fonctionnement d'autres services et la manière de travailler d'autres personnes est susceptible d'accroître la capacité des acteurs à travailler plus tard en réseaux. Ainsi, en questionnant un psychiatre travaillant dans un centre pénitencier sur les solutions à apporter dans le cadre de cette étude, il nous a répondu ceci :

« Plus de formations en psychiatrie pour les jeunes psychiatres à la médecine pénitentiaire, à la psychiatrie pénitentiaire en l'occurrence, et à l'addictologie, je pense qu'il y a un réel manque, parce que quand on n'est pas formés, on a peur, et quand on a peur on y va pas. Là on a un poste qui

¹⁰⁷P. Bourdieu, *Raisons pratiques – Sur la théorie de l'action*, Seuil, 1994

est libre depuis 10 ans, en psy à X (nom de l'institution). Et qui est lié à l'addicto et à la pénitenciaire. Là vraiment, la précarité aussi peut être. C'est vraiment des choses, peut-être plus de formations permettra de développer un intérêt des différents corps de métier parce que c'est peut-être la même chose pour les pharmaciens, les travailleurs sociaux, c'est difficile d'aller vers l'inconnu, souvent ben c'est traité à la marge ces problèmes là, dans les formations, c'est traité, mais dans la réalité je sais pas ce qu'il va faire quand il y a un patient en face de nous, plutôt s'en débarrasser. »¹⁰⁸

Ce type de formation peut-être donc être selon lui une solution pour dépasser les peurs et les appréhensions propres à un milieu qui génère énormément de représentations. Mais les centres de détention restent malgré tout des lieux difficiles en raison de la violence symbolique et physique qui a lieu entre leurs murs. Une expérience de ce type doit donc intervenir à la suite de l'acquisition d'autres compétences dans des services d'addictologie ou de psychiatrie en hôpital.

« - Intervieweur : La prison est donc un lieu important pour la formation des professionnels ?

- Médecin : Oui mais c'est un milieu difficile, ça peut pas être une formation, par exemple un jeune interne, après 6 ans de premiers cycle d'études médicales, on rentre dans l'hôpital mais en tant que médecin prescripteur avec des responsabilités, si je conseille à un jeune interne en psychiatrie d'aller dans le milieu pénitencier, je lui dis d'abord tu fais 2, 3 ans en psy générale et après tu vas te confronter à ça, faut déjà avec une expérience en psychiatrie générale avant de se confronter à la pénitenciaire, où là ça va être difficile. S'il peut avoir une expérience en addicto aussi au préalable c'est pas mal. D'abord la psy ou l'addicto, si on est addictologue faire un peu de psy. Et après aller vers la prison. Ça demande des étapes, le service reçoit régulièrement des internes et je pense que c'est vraiment formateur, mais c'est sûr, c'est beaucoup plus dur que de rester à l'hôpital, où c'est quelque chose de plus attendu, de plus convenu, il y a moins de surprises, moins de chocs, d'agressivité. »¹⁰⁹

Ce processus de sociabilité doit donc respecter un certain nombre d'étapes, car les difficultés qui jalonnent ce type de parcours ne peuvent pas être surmontées toutes en même temps. Les expériences en centre pénitencier, en institution psychiatrique, en addictologie ou dans un travail de rue comportent chacune leurs spécificités, leurs difficultés mais aussi leurs richesses en termes de découvertes des patients, de leurs histoires de vie et de leurs singularités. Ces expériences sont généralement l'occasion de découvrir la singularité propre à chaque patient, de comprendre leurs parcours de vie jalonnés de difficultés et de dépasser la première approche qui peut parfois être délicate.

« Le parcours le plus simple c'est quand le praticien a eu une formation en addictologie, c'est évident, ou bien ce praticien a déjà travaillé dans une structure médicale ou médico-sociale, qui prend en charge tous ces patients qui ont des problème d'addictions. Quand on ne comprend pas la souffrance de ces patients, on est moins sensible à la prise en charge, si on reste sur tout ce qu'on a appris dans les livres, il faut ça ça ça, les critères de la formation, on prendra jamais en charge ces patients-là. Il y a des critères, faut que le patient soit motivé pour faire un sevrage ; quand on comprend si on a vu, comment ils vivent ces patients, dans son milieu, son environnement, là on peut comprendre que une semaine d'hospitalisation peut créer quelque chose dans la demande, c'est énorme pour eux, juste le faire sortir, pas forcément un sevrage, mais juste sortir de son environnement habituel c'est déjà énorme. C'est ça qui est important je pense. Je suis addictologue

¹⁰⁸Extrait de l'entretien n°19 réalisé le 30/03/17, voir annexe 4, p. 127

¹⁰⁹Extrait de l'entretien n°19 réalisé le 30/03/17, voir annexe 4, p. 127

et psychiatre, je suis formé à la psychiatrie, et donc j'ai déjà travaillé aussi à la prison, c'est déjà ce parcours là, mais en même temps il y a aussi tous les contacts avec les professionnels de terrain qui a permis d'avoir ce regard un peu souple vis à vis de ces patients. Au début quand on commence on a toujours ce regard, il faut prendre en charge, sur place on va pas prendre n'importe qui, etc., c'est quand même important d'avoir eu ces expériences en fait. »¹¹⁰

Cette découverte permet de réaliser que pour ces patients, le soin ne passe pas nécessairement par des voies habituelles. Elle permet de comprendre que le simple accueil, l'écoute, l'acceptation de la différence et du sentiment d'étrangeté que ces personnes dégagent peut déjà être une étape importante dans un processus de soin. Elle permet d'entendre une singularité, un parcours de vie hors normes, où bien souvent la peur appelle la violence, et la violence appelle la violence.

6. Une recherche des bonnes pratiques

Plusieurs acteurs nous ont rapporté des situations intéressantes au niveau des liens entre les professionnels et les institutions. Ces exemples positifs peuvent nous éclairer sur les conditions qui doivent être réunies pour construire un partenariat solide et efficace.

6. 1. La pérennisation du réseau par la contractualisation

Un des défauts de la constitution d'un réseau personnel en tant que professionnel du soin est la fragilité des liens qui auront été tissés entre les acteurs sur le long terme. En effet, un acteur pourra trouver une solution pour une situation donnée en contactant un partenaire qu'il connaît et auquel il accorde sa confiance, mais cela ne garantit pas que la même personne répondra de la même façon si la situation se reproduit. Il est possible également qu'un acteur ait pu constituer un réseau à une époque donnée, mais qu'il ne soit plus capable de le mobiliser à un autre moment. En effet, ses partenaires ont pu se déplacer, partir à la retraite, ou il n'a tout simplement plus les mêmes ressources matérielles ou temporelles pour entretenir ces liens. Il arrive aussi qu'un acteur clé se trouve au centre de plusieurs partenariats qu'il réussit à maintenir et à alimenter par sa propre activité, mais lorsqu'il part à la retraite ou se déplace, tout ce réseau s'effondre avec son départ.

Afin de pérenniser et de consolider les liens entre institutions, certains acteurs ont mis en place des formes de contractualisation des partenariats à travers l'écriture de conventions entre les

¹¹⁰Extrait de l'entretien n°19 réalisé le 30/03/17, voir annexe 4, p. 127

établissements. Ces conventions garantissent de manière beaucoup plus formelle les conditions de rencontre entre les professionnels, à travers par exemple la mise en place de réunions à des dates fixes ou par le biais d'évaluations annuelles qui permettent de faire un bilan et une analyse des apports et des limites du partenariat.

6. 2. La demande envers ses partenaires

D'autres actions sont nécessaires afin de garantir la solidité du réseau sur le long terme. La façon dont les demandes d'aides, de suivis ou de conseils sont formulées entre les institutions va jouer un rôle important dans les relations entre ces dernières. Plusieurs acteurs ont souligné l'importance de savoir formuler une demande claire sur ce qui est attendu de leurs partenaires. La connaissance du rôle d'autrui, de ses moyens, de son mode de fonctionnement et de ce qu'il peut apporter à la prise en charge permet de formuler une demande réaliste et appropriée. La connaissance du rôle des autres disciplines et institutions dans le parcours de soins joue ici un rôle déterminant, car une représentation erronée du rôle d'autrui entraînera une demande inappropriée.

La connaissance de son propre rôle et de celui d'autrui est également très importante. En sollicitant une institution pour demander de l'aide, il ne faut pas simplement considérer le partenaire comme un prestataire de service, mais être prêt à lui proposer ses services en échange si besoin. Par exemple, une institution proposant un accompagnement de cure ou de postcure (CTR ou SSRA) peut proposer un partenariat à une institution psychiatrique afin d'orienter des patients qui font des crises de décompensation, ou pour avoir un avis médical sur les traitements neuroleptiques. En échange, les institutions psychiatriques peuvent orienter certains patients qui sont dans des phases de stabilisation de leur maladie et qui gagneraient à s'engager plus en avant dans un processus d'autonomie accompagné par des professionnels du champ médico-social. Cet exemple est illustratif d'un partenariat qui a pu être observé à certains endroits, tandis qu'à d'autres, des acteurs ont regretté qu'il n'existe pas car il correspond à un véritable besoin. Une directrice d'un CHRS nous a ainsi expliqué les difficultés qu'elle rencontrait dans l'orientation vers la psychiatrie :

« Une première difficulté, c'est sur le plan de la communication. Les services de psychiatrie se cachent très rapidement derrière le secret médical. Pour accompagner une personne au mieux, il faut disposer de certaines informations. Pour bien l'accompagner, ça commence par là, la communication. Une personne arrive par le 115, hospitalisée en psychiatrie, on essaye de prendre contact, on explique le cadre dans lequel on intervient, est-ce qu'on peut savoir s'il y a un traitement, un psychiatre désigné, des fois on trouve porte close, et on ne répond pas à nos informations de base. (...) ne pas donner l'information c'est faire une rupture de soins, ne pas savoir quand est le prochain rendez-vous, ne serait-ce que pour l'accompagner, ça ne nous permet pas de travailler. Une deuxième

difficulté c'est le mode opératoire dans le cadre d'une hospitalisation. Si une personne décompense et qu'elle ne veut pas être hospitalisée, elle ne veut pas prendre le traitement etc., ça m'est arrivé que la personne soit vue par le SPUL (Service de Psychiatrie d'Urgences et de Liaisons), et qu'on me dise la personne va très bien. Je suis pas médecin, mais quand l'équipe signale que la personne ne va pas bien, on envoie pas la personne à l'hosto pour rien. »¹¹¹

Cette directrice évoque les difficultés de communication qui existent de la psychiatrie vers son CHRS. Sa demande d'une continuité dans la prise en charge par des services compétents est, de son point de vue, régulièrement rejetée. Ce manque d'informations patent témoigne également d'une forme de violence symbolique dont peuvent faire preuve certains services sanitaires qui refusent toute coopération avec des acteurs du milieu médico-social. Bien que ces exemples restent rares, ils demeurent une réalité pour de nombreux professionnels qui ne trouvent pas de réponse à leurs demandes. Cette même directrice a ensuite évoqué les avantages que son CHRS pourrait tirer d'un partenariat avec une institution psychiatrique :

« Je me suis entretenu avec un travailleur social qui intervient en psychiatrie, qui m'a dit « on y gagnerait tous à travailler ensemble ». Les personnes hospitalisées depuis de nombreux mois, elles pourraient quitter l'établissement et tenter l'hébergement. Et nous, quand on a un besoin, on pourrait les envoyer là bas. On y gagnerait tous à pouvoir bosser ensemble. On joue un peu au jeu de la patate chaude. Quand quelqu'un sort d'un centre hospitalisé, on se retrouve à héberger des personnes qui n'ont pas leur place ici. Au vu de l'évolution de la société, il y a un manque de structures adaptées. »¹¹²

Ses besoins en termes de partenariat sont donc réels et déjà clairement identifiés. Elle a déjà réfléchi à ce que son CHRS pourrait apporter à d'autres services, et ce qu'elle attendrait d'eux. Ce travailleur social exerçant en psychiatrie qu'elle a évoqué est un premier interlocuteur qui peut initier un contact entre ces deux établissements pouvant potentiellement aboutir à un véritable travail en partenariat. Mais la construction de ce réseau va d'abord dépendre de la capacité et de la volonté de chaque acteur à travailler ensemble.

¹¹¹Extrait de l'entretien N°28, réalisé le 04/05/17, voir annexe 4, p. 127

¹¹²Extrait de l'entretien N°28, réalisé le 04/05/17, voir annexe 4, p. 127

Chapitre IV : La recherche de solutions

L'un des objectifs de ce travail est de recueillir, d'analyser et de synthétiser l'avis des professionnels de terrain sur les propositions de solutions ou les éléments à modifier pour améliorer le parcours de soins des personnes souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive. Comme nous l'avons vu, la situation est complexe, faisant intervenir un nombre important d'acteurs du soin qui doivent se coordonner pour assurer le suivi de ces patients. Mais cette complexité ne doit pas devenir l'excuse pour n'amorcer aucun changement, car pour plusieurs problèmes qui ont été abordés dans ce rapport, des solutions ont été trouvées par des acteurs à des endroits spécifiques qui pourraient être généralisées.

1. Des questions globales

Plusieurs problèmes qui nous ont été adressés ne feront pas l'objet d'une analyse avancée dans ces lignes, car ces derniers nécessiteraient des changements trop importants pour être résolus. Nous pouvons simplement les évoquer comme étant des questions importantes, sans pour autant pouvoir apporter de réponse concrète. Nous avons choisi de nous focaliser sur des problématiques qui peuvent être résolues dans des délais et avec des moyens raisonnables, en nous appuyant sur les bonnes pratiques que nous avons recueillies. Nous espérons que cette attitude pragmatique et réaliste fournira aux professionnels qui sont concernés par ces questions des outils concrets et des réponses à leurs questionnements.

La question des moyens financiers à l'hôpital et dans toutes les structures médico-sociales est évidemment une problématique qui est revenue très souvent lors des entretiens. L'hôpital public connaît aujourd'hui dans sa globalité des méthodes de management inspirées par le « *Nouveau Management public* »¹¹³ qui impose des restrictions budgétaires importantes et un mode de gouvernance sur des rendements quantitatifs. Les professionnels travaillant à l'hôpital nous ont quasiment tous fait part de conditions de travail difficiles, de la pression pour atteindre les objectifs, et du peu de temps pour se former ou pour faire du lien avec d'autres collègues dans différents services, voire avec les patients eux-mêmes. La spécialisation et les gestes techniques prennent une place de plus en plus grande, au détriment parfois d'une approche qui prend le patient dans sa

¹¹³N. Belorgey, *L'hôpital sous pression*, La Découverte, 2011

globalité.

L'hôpital psychiatrique plus particulièrement connaît des changements profonds depuis quelques années, avec une réduction importante du nombre de lits, et le développement de la psychiatrie de secteur plus proche des zones urbaines (avec les CMP). Le changement amorcé dans les années 2000 de l'hôpital asilaire vers les centres hospitaliers psychiatriques¹¹⁴ a eu de profondes conséquences sur le rôle social de la psychiatrie, sur ses moyens qui ont diminué et sur les droits des patients qui ont été renforcés. La forte prévalence des troubles psychiatriques dans la population des « sans domiciles fixes » pourrait être corrélée à la réduction des capacités d'accueil et de prise en charge de la psychiatrie selon certaines personnes que nous avons interrogées. Un médecin nous a ainsi parlé de la « nostalgie de l'asile » que pouvaient ressentir certains patients :

« En psychiatrie depuis 20, 30 ans la politique c'est la réduction des lits, on pourra de moins en moins accueillir des patients même pour des temps courts. C'est sûr que ces patients-là, précaires addicto, ils trouveront plus de place à l'hôpital psychiatrique. C'est sûr. Je regrette un peu ça. Je pense qu'on a beaucoup dénigré l'hôpital psychiatrique et on va le regretter. Parce qu'il y a des patients, c'est simplement cruel de les laisser vivre dehors. Honnêtement. J'ai vu des patients dans une nostalgie de l'asile, mais oui ! C'était des lieux pas comme maintenant, des lieux incroyables, il y avait un centre social, des activités, j'avais travaillé à l'hôpital d'Armentières à l'époque il y avait 2000 patients, il y avait une ferme, un terrain de foot, ils brassaient leur propre bière, c'était une ville dans la ville, c'était un lieu de vie, aujourd'hui c'est plus du tout ça, on a défait ça en disant qu'il fallait mettre fin à l'asile qui chronicisait les gens, je suis d'accord, mais le retour c'est un certain déni de la folie. Tous les patients peuvent vivre dehors et bien, nan. il y a des patients qui vivaient mieux à l'hôpital psychiatrique, il y a des patients qui vivent moins bien dehors, ils traînent dans des appartement insalubres dont ils savent pas s'occuper, ils font rien de la journée. Je pense que c'est un certain déni que certains patients vont mieux à l'hôpital psychiatrique. Je regrette et on pourra de moins en moins accueillir à l'hôpital. »¹¹⁵

Les associations doivent quant à elles répondre de plus en plus à des appels d'offre venant d'organismes publics dans le but de survivre financièrement. Elles doivent ainsi s'adapter en permanence aux discours et aux politiques qui sont mis en place au niveau national et régional. Ce fonctionnement est susceptible de reteindre leur autonomie et leur champ d'action quant aux priorités qu'elles souhaitent établir. Pour la question des troubles de comorbidité psychiatrique et d'addiction par exemple, il sera difficile pour les associations de mettre en place des mesures véritablement pertinentes tant que ce sujet ne sera pas mis à l'agenda des politiques publiques.

La situation sociale de ces patients est également une problématique majeure de notre sujet qu'ont soulevé de nombreux professionnels rencontrés. Le niveau de précarité global de la société ayant augmenté, les personnes les plus fragiles sont touchées de plein fouet par ces bouleversements économiques et sociaux. La possibilité de trouver un travail est devenue beaucoup plus difficile, alors

¹¹⁴S. Thillman-Kohl, *La souffrance institutionnelle : réflexions cliniques sur une structure asilaire en mutation*, cahiers de psychologie clinique, 2004/2 (n°23)

¹¹⁵Extrait de l'entretien n°10 réalisé le 10/03/17, voir annexe 4, p. 127

même qu'une activité professionnelle est souvent la seule possibilité pour ces personnes d'accéder à un niveau décent d'existence, à une reconnaissance sociale et une autonomie réelle.

2. Le logement

Au delà de ces questions qui concernent le fonctionnement des institutions et de la société elle-même, des problématiques plus concrètes peuvent trouver des solutions réalistes, dont la question du logement. De nombreuses personnes souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive étant « sans domicile fixe », le logement est une question importante voire essentielle dans leur parcours de soins et d'accès à l'autonomie. En effet, il est difficilement concevable pour des personnes vivant dans la rue et devant avant tout survivre de s'engager dans des démarches d'insertion professionnelle ou de prendre soin de soi d'elles-mêmes autrement que dans l'urgence.

2. 1. Point de départ du soin ou démarche d'insertion ?

Stéphane Rullac explique que parmi les quatre fonctions vitales, qui sont le fait de se nourrir, de se soigner, d'avoir des ressources personnelles et de disposer d'un logement, la société est prête à accorder les trois premières à tous ses résidents. Plus personne ne meurt de faim en France, les soins sont proposés à tous grâce à la couverture médicale universelle, et toute personne peut en théorie avoir droit au revenu de solidarité active¹¹⁶. Si le droit au logement est également inscrit dans la loi, il reste dans les faits le droit fondamental le plus compliqué à faire valoir pour ces personnes souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive, qui restent très nombreuses à vivre dans la rue.

Lors des entretiens avec les professionnels, nous avons recueilli les avis de chaque acteur sur la question de l'hébergement et ils ont tous souligné l'importance de cette question pour les personnes souffrant de comorbidité psychiatrique et d'addiction. Il est à préciser que l'hébergement est une question importante également pour les patients ne souffrant que d'un seul des deux troubles. Chaque

¹¹⁶Ces données sont tout de même à relativiser. L'accès aux « restos du cœur » par exemple reste compliqué pour les populations les plus précaires, qui doivent par exemple déposer leur sac avant de rentrer alors que toute leur vie est contenue dedans. L'accès aux soins avec la CMU reste difficile et ces personnes ont tendance à perdre leurs documents en vivant dans la rue, surtout si elles souffrent de troubles psychiatriques et cognitifs. Quant au RSA, de nombreux problèmes subsistent à cause de la multitude de démarches administratives et de conditions à remplir pour accéder à ce droit.

problématique, qu'elle soit sociale ou sanitaire, engendre des difficultés qui se cumulent aux autres en termes de stigmatisation et d'accès aux droits.

L'hébergement est une solution intéressante et pertinente mais qui comporte plusieurs aspects nécessitant une analyse. Le fait de créer des structures spécialement dédiées aux personnes souffrant de comorbidité psychiatrique et d'addiction pourrait avoir un effet négatif en termes de stigmatisation et de « ghettoïsation » de cette population. Une solution à cet écueil pourrait être de privilégier des petites structures d'accueil et d'accompagnement.

Plusieurs acteurs ont également souligné le manque de dispositifs actuels et les difficultés rencontrées au quotidien sur ces questions. Le manque de logements peut entraîner pour les personnes sans abris une incapacité à intégrer des dispositifs de soin. C'est le cas notamment de certains centres de post-cure qui demandent expressément une adresse de retour, sous peine de refus d'entrée aux soins (ce qui n'est pas le cas dans tous les centres de postcure, comme nous l'a confirmé un directeur d'un de ces centres). Une infirmière nous a ainsi confié les difficultés qu'elle a connues pour certains patients sur cette question :

« L'an dernier on avait reçu une personne à la rue depuis je sais pas combien de temps. On a travaillé avec l'équipe de rue de la ville. Cette équipe voyait cette personne depuis longtemps. Ce monsieur a accepté d'être hospitalisé. Il a fait le chemin habituel. Il aurait aimé faire une postcure et ils l'ont pas pris parce qu'il avait pas d'adresse. L'hébergement qu'il avait n'était pas considéré comme une adresse. Il est retourné à la rue. C'est quelque chose... il faudrait pas mais tu peux pas rester indifférent. Je dis pas qu'il serait pas mort, mais peut-être que si on lui avait proposé la postcure, 3 mois de plus, déjà au bout de 3 semaines il y a eu une métamorphose, il était physiquement différent. T'as fait ce que t'as pu, mais tu sors pas indemne, tu travailles avec l'humain, après quelle est la solution... Faut assouplir les postcures. »¹¹⁷

Des acteurs ont évoqué l'importance de ne pas voir le logement comme un tremplin qui permettrait de développer un projet professionnel, car certains patients ont simplement besoin d'avoir un endroit sécurisant où se poser. D'autres acteurs interrogés nous ont dit au contraire qu'il était essentiel que le logement s'inscrive dans une logique plus globale d'accompagnement et d'insertion. Ces deux discours peuvent sembler contradictoires et incompatibles, mais ils correspondent en réalité chacun à des situations différentes. Pour certains patients, la première priorité est de se trouver un toit sur la tête et de sortir de la rue, et la possibilité d'avoir un projet professionnel paraît totalement inappropriée tant la survie est pour ces personnes l'enjeu principal. Pour d'autres, l'objectif est de sortir d'une routine qui les entraîne dans des consommations et dans un mode de vie insalubre, et l'insertion devient une composante essentielle d'un processus de soin.

Les dispositifs d'hébergement « Un chez-soi d'abord » sont des solutions intéressantes à la problématique de l'hébergement chez les personnes sans-abris qui souffrent de diverses pathologies.

¹¹⁷Extrait de l'entretien n°8 réalisé le 17/02/17, voir annexe 4, p. 127

Ils sont inspirés des dispositifs « Housing first » mis en œuvre au Canada et aux États-Unis, et ont été lancés en France en 2011 à Lille, Marseille et Toulouse puis à Paris en 2012. Ces expérimentations à destination d'un public très précaire montrent des résultats intéressants¹¹⁸. Une étude gouvernementale¹¹⁹ réalisée par des chercheurs indépendants a montré des résultats très positifs de l'expérimentation entre 2011 et 2016 sur la diminution des symptômes, l'amélioration de la qualité de vie, et le maintien dans le logement pour plus de 80% des participants. Le diagramme présenté en annexe¹²⁰ montre ces résultats par rapport à un groupe témoin aux conditions sociales identiques et qui n'a pas bénéficié du programme.

Ces résultats soulignent également la difficulté à définir un profil-type qui correspond au dispositif. En effet, il est impossible de prévoir à l'avance si une personne va adhérer ou non à ce type de programme en connaissant uniquement des informations sur son âge, son sexe ou sa situation sociale. C'est grâce à la pluridisciplinarité et l'inventivité des équipes accompagnantes que chaque patient pourra être identifié comme correspondant ou non à ce type de dispositif. Il est donc essentiel de faire confiance à ces équipes qui sont souvent les plus aptes à juger de la possibilité pour un patient d'accéder à un logement.

En résumé, le logement constitue une dimension clé dans le parcours de soins des patients souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive. Son absence entraîne pour ces personnes une série de problématiques qui sont difficiles à endiguer. Le mode de vie dans la rue a des conséquences parfois irrémédiables sur le corps et le psychisme, aggravant tous les problèmes de santé qui existaient au départ, dont les addictions et les troubles psychiatriques.

2. 2. Les conséquences d'une absence de logement

Le fait de proposer un logement à ces personnes a certes un coût important et qui freine les décisions politiques allant dans ce sens. Mais le coût de l'absence de logement pour ces patients paraît bien plus élevé que l'investissement initial, car les conséquences pour la société sont multiples. Toutes les maladies chroniques qui naîtront ou s'aggraveront à cause de ce mode de vie dans la rue devront être prises en charge par des services sociaux et de santé. Plus le temps passera, plus les difficultés s'accumuleront, se compliqueront et deviendront plus coûteuses. Leurs parcours d'errance les amènent

¹¹⁸S. Vincent, *L'expérimentation « Un chez-soi d'abord » devrait bientôt être pérennisée et étendue*, Actualités Sociales Hebdomadaires, N°2966, 2016

F. R. *De premiers résultats encourageants*, Actualités Sociales Hebdomadaires N°2904, 2015

¹¹⁹Source : Site du gouvernement, <http://www.gouvernement.fr/hebergement-logement> consulté en septembre 2017

¹²⁰Voir annexe 6, p. 130

bien souvent aux urgences, qui se trouvent engorgées et qui cherchent à les renvoyer vers d'autres services de santé. Ils sont régulièrement renvoyés entre chaque service de soins (phénomène dit de la « patate chaude »), ce qui accentue encore l'engorgement du système, leur sentiment d'exaspération et celui des des soignants. Une psychiatre nous a expliqué la gravité de la situation pour les situations les plus critiques qu'elle observe dans sa pratique :

« Le problème de ces patients c'est qu'ils sont jeunes. Les gens sont déments à 40, 50 ans, des démences, des passages à l'acte importants. On doit les protéger, d'autrui et d'eux-mêmes. Ils se retrouvent dans des services de neurologie à 3000€ la journée et dans des services de psychiatrie à 1500€. Ils ont un coût monstrueux. Alors qu'on pourrait avoir des maisons médicalisées pour ce type de soin, ça pourrait coûter 150€ par jour, comme les SSRA, c'est jusqu'à 300€ par jour. On pourrait imaginer une prise en charge moins coûteuse. (...) Ils se retrouvent dans des maisons de retraite, on doit faire des demandes de dérogation pour qu'ils y rentrent à 50 ans. Ça pose des problèmes immenses. Ils sont délaissés par la famille, ils s'appellent X ou Y parce qu'on ne sait pas comment ils s'appellent. Si ils fuguent il faut mettre un bracelet au pied. On ne sait pas où ils vont, où ils errent. Il y a une défaillance dans le système global »¹²¹

Ce calcul comptable ne doit évidemment pas être la seule motivation pour s'investir davantage sur cette question. Néanmoins, il s'agit là d'un argument fort en faveur d'une démarche de prévention afin de prévenir toutes les conséquences de ce mode de vie dans la rue pour les patients souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive. Une des conséquences possibles les plus graves de ce mode de vie est le syndrome de Korsakoff qui induit des troubles neurologiques au niveau de la cognition. Les personnes victimes de ce syndrome souffrent de troubles de l'orientation, de fabulations, et ont de graves problèmes de mémoire et ne peuvent retenir des informations que pendant quelques secondes. Ce syndrome touche particulièrement les personnes alcooliques qui ont une carence en vitamine B1. Cette carence est due à une mauvaise alimentation et pourrait être facilement évitable avec des actions de prévention. Cette psychiatre que nous avons interviewée a rencontré un nombre très important de profils de ce type, et a souhaité établir le coût financier pour avertir les pouvoirs publics. Mais ce calcul s'est avéré impossible, comme elle nous l'a expliqué :

« - Intervieweur : Concernant le coût global de la prise en charge de ces patients, qui est immense pour un résultat parfois assez faible, où peut-on trouver les informations ?

- Médecin : C'est intéressant votre question, on a essayé le de faire, c'est impossible. Il faudrait que tous les CHU de Strasbourg remontent le nombre de sujets Korsakoff hospitalisés dans les services de neurologie, de chirurgie, le nombre de patients hospitalisés en psychiatrie. Parce que le coût, il y a différentes fonctionnalités, on a une dotation financière, la médecine générale reçoit pour un séjour une dotation, nous on a une dotation générale. Il faudrait remonter tout ça, les coûts en psychiatrie ne seraient pas difficile à déterminer. C'est impossible, j'avais essayé de sonder chez nous, il y avait une vingtaine de patients hospitalisés pour des troubles de type Korsakoff, à l'EPSAN et à Erstein. Déjà rien que ça, une vingtaine de sujets sur les secteurs de la région Alsace, c'est un coût inimaginable. Voilà. »¹²²

¹²¹Extrait de l'entretien n°13, réalisé le 17/03/07, voir annexe 4, p. 127

¹²²Extrait de l'entretien n°13, réalisé le 17/03/07, voir annexe 4, p. 127

Bien évidemment, la solution ne consiste pas seulement à donner simplement un logement à toutes ces personnes pour régler une fois pour toutes ces problématiques. Néanmoins, et de l'opinion même de presque tous les professionnels que nous avons rencontrés, beaucoup de complications pourraient être évitées si ces personnes avaient accès à un endroit où se poser, où s'abriter, et où reconstruire progressivement leur vie. Comme nous l'avons évoqué, l'attribution de logement doit se faire au cas par cas et dans la continuité d'une démarche de soin. La forme de l'hébergement, dans une démarche de court ou long terme, en CTR, CTR-CSAPA, CHRS, par un séjour en SSRA ou par le dispositif « Housing first » doit être décidée par les équipes soignantes et accompagnantes qui savent ce qui est adapté pour chaque patient. Si le logement ne constitue pas une fin en soi dans le parcours de soins, il paraît évident qu'aucune démarche de soins ne peut aboutir sans logement.

3. La formation

Comme nous l'avons vu, le parcours socio-professionnel des acteurs du soin aura une importance sur la façon d'appréhender ce public souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive. Des expériences croisées (psychiatrie et addictologie) ou sur différents terrains (centre de détention et travail de rue) permettent de mieux comprendre les spécificités très particulières de ce public. Les connaissances sur l'addiction en tant que pathologie, sur ses mécanismes et ses conséquences sur le cerveau (en termes cognitifs, neurodégénératifs, sur les circuits dopaminergiques) offrent une meilleure vision de ce que vivent les patients, de leurs difficultés et des solutions pour les aider. Il est en de même pour les pathologies psychiatriques, où la connaissance du fonctionnement psychique de ces patients permet de démystifier les représentations et les *a priori* sur la « folie ».

De plus, les expériences professionnelles participent de ce processus de sociabilité qui permettent aux professionnels de travailler en réseau, de parler une même langue et de partager des valeurs communes. Les regards croisés entre les disciplines permettent de comprendre le rôle de chacun et comment fonctionne un établissement et ses acteurs.

Ces expériences professionnelles ont donc un rôle double de sociabilité entre les acteurs du soin et de sensibilisation à l'égard du public visé. Reste maintenant la question de savoir la forme que peuvent prendre ces expériences.

3. 1. Une situation insuffisante dans le cursus de formation

Dans le cursus d'études des étudiants dans le domaine sanitaire, que ce soit en médecine ou dans les études de soins infirmiers, la sensibilisation aux questions liées aux comorbidités psychiatrique et addictive reste peu abordée. Il en est de même pour la formation des assistants de service-social, qui sont pourtant des corps de métier nécessairement amenés à rencontrer cette population dans leur pratique. De plus, les formations de soins infirmiers et d'assistants de service-social abordent très peu les sujets de l'addictologie et de la psychiatrie.

La question de la précarité des patients notamment est très liée à la problématique des comorbidités et demeure sujet à des représentations et à des stigmatisations. Dans une étude de C. Flye Sainte Marie et al¹²³ de 2015 réalisée auprès de 856 médecins généralistes, le souhait de formation sur les problématiques de la précarité était exprimé par les deux tiers des participants, en ciblant une approche pluridisciplinaire et sociale. Parmi les propositions, les médecins suggéraient également un travail de coordination plus approfondie avec les travailleurs sociaux. Les auteurs déclarent en conclusion :

« La formation proposée aux internes de médecine générale qui répond aux besoins identifiés au cours des entretiens gagnerait à être obligatoire, si l'on s'en réfère aux deux tiers des médecins qui en expriment le besoin. Une formation basée sur l'approche pluridisciplinaire pourrait être proposée à l'ensemble des spécialités, dès le premier cycle des études médicales, puis de façon plus pratique au cours de la spécialisation mais aussi en formation continue. »

Le défenseur des droits a également récemment souligné le fait que les patients précaires, appelés les « CMUs » (Couverture Médicale Universelle), étaient des « *bénéficiaires victimes de représentations médicales stéréotypées* »¹²⁴ chez les médecins généralistes, soupçonnés de fraudes, de surconsommation de soin, d'absentéisme et de retards fréquents. Ces discriminations peuvent ainsi parfois prendre des formes insidieuses selon l'étude : « *réorientation systématique d'un patient vers un autre praticien ou à l'hôpital, des délais d'attentes anormalement longs, forme d'entente entre praticiens de ne pas s'adresser des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé) ou de l'AME (Aide Médicale de l'État).* ».

Dans l'ouvrage collectif « Addictions et comorbidités » publié en 2014 sous la direction d'Amine Benyamina, les auteurs font un constat similaire d'un manque d'intérêt et de connaissances pour les pathologies addictives dans le champ de la psychiatrie générale, et pour les

¹²³C. Flye Sainte Marie et al., *Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires*, Santé Publique 2015/ (Vol. 27), p. 679-690

¹²⁴<https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/communiqués-de-presse/2017/04/le-regard-des-medecins-liberaux-sur-les-patients-precaires>

psychopathologies dans le champ de l'addictologie¹²⁵.

Les auteurs des études « Santé mentale en population générale » (SMPG) travaillent depuis plusieurs années sur les représentations que véhicule la psychiatrie, ainsi que celles liées à la « maladie mentale », la « folie » et la « dépression ». Ces travaux montrent de manière récurrente les représentations négatives qui sont associées à ces termes chez le grand public et les professionnels. Les images du « fou » ou du « malade mental » sont largement associées à des comportements violents (meurtres, viols, incestes)¹²⁶. Les études SMPG ont également pour but de « *sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politique à l'importance des problèmes de santé mentale et de promouvoir l'instauration d'une psychiatrie intégrée dans la cité* ».

Les représentations stéréotypées et négatives sur les patients souffrant d'une comorbidité psychiatrique et addictive restent donc, selon ces études, très présentes parmi tous les corps de métiers qui sont amenés à rencontrer cette population.

3. 2. Quel contenu pour les formations ?

Plusieurs thèmes nous semblent importants dans la formation des professionnels. Pour les professionnels travaillant en psychiatrie, une connaissance du domaine de l'addictologie paraît importante pour mieux comprendre le parcours des patients et leur prise en charge. À l'inverse, une connaissance du domaine de la psychiatrie semble essentielle pour les professionnels de l'addictologie.

D'autres thèmes sont apparus dans certains entretiens et méritent d'être soulignés. Deux acteurs ont ainsi évoqué la question des différences entre la discrétion professionnelle, le secret professionnel, le secret médical et le secret partagé. Ces thèmes nous paraissent assez importants car ils jouent un rôle dans les relations entre les acteurs et peuvent être vecteurs de malentendus ou d'incompréhensions. Il existe une méconnaissance des différences entre ces termes parmi les professionnels, notamment sur les responsabilités pénales qui incombent aux assistants sociaux par exemple, ou sur les possibilités d'un échange d'informations sensibles sur le patient (le secret partagé) si ce dernier en donne l'accord, et ce pour assurer un meilleur suivi de la prise en charge. Un chef de

¹²⁵M. Casas, *Introduction à la notion de comorbidité et concept de dual diagnosis*, in *Addictions et comorbidités* sous la direction d'Amine Benyamina, Dunod, pp. 3-11 2014

¹²⁶V. Bellamy, *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale*, Études et Résultats drees, N° 347, 2004

service d'un CSAPA-CTR nous a ainsi parlé de ces nuances et des formations qu'il avait proposé à son équipe sur ces questions :

« Il faut avoir une bonne connaissance du rôle de l'autre et de ses responsabilités. Le médecin a de sacrés responsabilités. L'assistante sociale, les gens doivent savoir qu'elle est tenue au secret professionnel, et pas à la discrétion professionnelle. Le secret c'est au niveau pénal, c'est pas rien. L'assistante sociale si elle ne veut pas dire, elle ne dit pas. Elle est, comme les notaires et les avocats, tenue au secret. Les travailleurs sociaux dans leur globalité, même les psychologues, ils sont sur la discrétion professionnelle. Ils ne sont pas tenus au secret professionnel. C'est au niveau juridique, c'est bien différent. »¹²⁷

Des formations peuvent également être imaginées sur les problématiques plus spécifiques que connaissent certains patients, afin de renforcer la sensibilisation des professionnels à ces questions. Ces formations pourraient aborder les thèmes du racisme, des théories du complot, ou de la violence qui sont généralement des questions très sensibles et auxquelles les professionnels sont souvent confrontés sans toujours savoir comment aborder ces questions dans la pratique. La question des spécificités que vivent les femmes dans l'appréhension des troubles de comorbidité psychiatrique et d'addiction peut également constituer un sujet particulièrement pertinent, tant ces dernières connaissent des situations qui méritent une connaissance approfondie. C'est notamment le cas sur la question du rapport au corps et à la féminité, dont l'image est atteinte par le mode de vie dans la rue et par la prise de toxiques ou de médicaments. La rencontre avec la patiente M.¹²⁸ a été l'occasion d'aborder ce sujet, ainsi que celui de la violence :

M. est une patiente que j'ai rencontrée à l'ALT. Ensemble, nous avons parlé de son traitement, de son expérience de la psychiatrie, et de ses difficultés au quotidien.

En évoquant son parcours, elle me parle des mauvaises décisions qui l'ont amenée là où elle en est. Elle me dit être à la rue mais être fière d'elle malgré tout. Physiquement et mentalement, elle a tenu la route ; mais maintenant elle se sent fatiguée, le corps ne va plus, à cause de la rue. L'alcool et les rencontres au bistrot ou ailleurs l'aident à lui remonter le moral. Son expérience de la psychiatrie n'est pas mauvaise, elle affirme y avoir trouvé ses repères. Plusieurs fois, elle y a été prise en charge contre son gré, mais après quelques semaines elle ne voulait plus en repartir.

En parlant d'elle-même, elle se dit violente, directe, difficile à vivre. Je rencontre pourtant une personne calme, digne, mesurée. Comment conjuguer ces deux aspects, ce qu'elle dit sur elle et ce qu'elle est ; j'imagine les changements d'état qu'elle doit subir en elle. Elle me parle des étrangers notamment, elle est très critique. Quand je lui demande de me parler des difficultés qu'elle rencontre,

¹²⁷Extrait de l'entretien n°26, réalisé le 03/05/17, voir annexe 4, p. 127

¹²⁸Entretien réalisé le 07/03/17, voir annexe 5, p. 129

elle évoque très brièvement l'éducation et le self contrôle, avant de dire : « *c'est aussi qu'on est embêtés par les étrangers en France, il y a tellement d'étrangers qui demandent avant toi, qui demandent tout* ». Rapidement, elle mesure ses paroles, elle dit qu'il faut relativiser, que son frère n'accepterait pas, mais elle me parle tout de même certaines « *crises de racisme* » qu'elle fait avec son ami. Elle évoque le sentiment d'injustice qui lui fait tenir ces propos, qui sont difficiles à entendre de l'extérieur.

La Méthadone® lui a permis de s'éloigner de son addiction à l'héroïne, et d'avoir un rythme de vie plus stricte. Le contrecoup de la Méthadone®, c'est que ça « *anesthésie les jambes, ça anesthésie les envies dans la tête* ». Elle souhaiterait changer de traitement car celui-là lui a fait prendre 40 kilos, impactant son rapport au corps, au désir, à autrui.

Son objectif, c'est de reconquérir son autonomie. Elle souhaite avoir son propre logement, elle dit qu'elle en prendrait soin, et ne veut pas d'un éducateur qui lui dise quoi faire. Elle me parle de sa volonté de s'en sortir, elle souhaite « *faire les choses bien* », « *à la trainspotting* », et avant de partir, elle me dit : « *Il faut que je reconstruise toute ma vie, le pire c'est que j'y crois.* ».

3. 3. La formation des professionnels : sous quelle forme et dans quelles conditions ?

Lors des entretiens avec les professionnels du soin, nous avons régulièrement parlé de la forme que pouvaient prendre ces formations professionnelles. Les cours magistraux étaient plutôt rejetés par la plupart des acteurs, qui ne souhaitent pas une forme asymétrique du rapport au savoir où un sachant viendrait délivrer ses connaissances à des personnes qui ne savent pas. Chaque professionnel possède sa propre expérience des patients souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive, et ses propres connaissances qu'elle soient scientifiques ou non. Une expérience de terrain riche de plusieurs années de contact directs avec les patients, mais qui n'est pas nécessairement formalisable en termes scientifiques, peut avoir autant d'intérêt qu'un savoir théorique savamment construit.

Plusieurs acteurs des champs médico-social et sanitaire ont donc évoqué l'importance d'avoir une relation symétrique lors des échanges entre professionnels. Cet élément est également susceptible de renforcer l'autonomisation (ou l'« empowerment », dans le sens d'un renforcement du pouvoir d'agir des individus sur leur environnement) des professionnels du champ médico-social qui souffrent parfois d'un manque de reconnaissance de leurs connaissances et de leurs formations. En effet, les professions du domaine du travail social en France souffrent d'un manque de reconnaissance, où

l'absence d'un doctorat dans cette discipline fait figure d'exception dans le monde¹²⁹.

Des tables rondes peuvent être organisées avec tous les acteurs du soin qui interviennent dans la prise en charge de ces patients. Des exercices de type « jeu de rôle » ou de « réalité virtuelle » permettent aux acteurs qui le souhaitent de mettre en scène des événements qui surviennent dans leur pratique quotidienne. Cela permet de montrer à d'autres acteurs qui n'en sont pas forcément conscients ce qu'ils sont susceptibles de vivre dans l'exercice de leur métier.

Il est important de souligner que les formations nécessitent un ensemble de conditions qui doivent être réunies pour être menées à terme. Tout d'abord, ces dernières coûtent cher pour les organismes qui doivent souvent trouver un remplaçant pour la personne partie en formation, particulièrement dans les petites structures avec peu de rotation. Certains lieux comme les centres d'hébergement d'urgence doivent rester ouverts 24 heures sur 24, et le remplacement d'une personne peut être compliqué. Il faut également souligner le fait que la motivation des professionnels n'est pas toujours présente, quand bien même leur formation sur tel ou tel sujet serait particulièrement pertinente aux yeux de leur hiérarchie. Le manque d'intérêt pour la psychiatrie par exemple, ou plus généralement pour les questions médicales, est patent chez certains acteurs. Il est donc important d'encourager et de stimuler l'intérêt des professionnels sur ces sujets à travers un travail pédagogique venant de la hiérarchie, et en mettant en place les conditions matérielles qui rendent possible cet intérêt.

3. 4. Des formations pour les patients

La question des formations pour les patients eux-mêmes est également une piste intéressante soulignée par quelques acteurs. Un infirmier a ainsi évoqué les formations qui prenaient place dans une association à Mulhouse sous forme de tables rondes avec les personnes en situation de précarité et des professionnels du soin, comme des addictologues par exemple. Bien que sceptique au départ, cet infirmier nous a confirmé l'intérêt que pouvait avoir ce type de formation pour les patients qui ignorent parfois les effets de certaines substances sur leur métabolisme. Ce type d'initiative est susceptible de mettre en valeur les patients en leur transmettant des connaissances et en faisant d'eux des acteurs de leur parcours de soins.

Dans le même esprit, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) peut également être une piste pertinente. Ces programmes sont des dispositifs de soins mis en place en médecine hospitalière et

¹²⁹*Doctorat en travail social : une nouvelle étape ?* Actualités sociales hebdomadaires, N°3001, 2017

ambulatoire et qui possèdent un cadre légal en France depuis la loi HSPT de 2009. Il s'agit d'un processus de soins qui cherche à renforcer les connaissances et les capacités du malade ou de son entourage pour prendre en charge sa maladie, et ce grâce à un accompagnement médical qui associe tous les acteurs du soin dans une perspective pluridisciplinaire. La charte d'Ottawa en 1986 fait mention de l'éducation thérapeutique, et préconise son utilisation pour aider les personnes souffrant de maladies chroniques à prendre soin d'elles-mêmes. Les programmes d'ETP répondent à des problématiques originales et sont liés à de nombreux enjeux tels que l'autonomie du patient, la prévention ou encore la démocratie sanitaire. La transmission d'une connaissance d'un acteur du soin vers un patient implique une série de procédures très encadrées qui s'étalent sur un temps long, souvent sur plusieurs années.

L'ETP se développe depuis plusieurs années en France, après avoir fait ses preuves dans d'autres pays comme la Suisse ou la Belgique où les universités de Genève et de Louvain-La-Neuve connaissent une renommée internationale sur la recherche et l'enseignement de cette pratique. L'efficacité de l'ETP en termes d'acquisition de connaissances et de compétences a été prouvée pour des maladies chroniques comme le diabète ou l'asthme¹³⁰.

Dans les domaines de l'addictologie et de la psychiatrie, l'ETP est encore peu développée en France. En 2014, sur les 3378 programmes recensés sur le site des ARS, seuls 35 concernaient l'addictologie, soit environ 1% du total. Une étude réalisée en 2014 montre l'apport de l'ETP en addictologie¹³¹ pour les patients en termes d'acquisition de compétences, mais aussi pour les professionnels en tant que ressource pédagogique et organisationnelle dans la structuration des réseaux d'acteurs.

Concernant la psychiatrie, l'ETP est davantage proposée mais pose d'autres questions. Entre 2010 et 2017, 44 des 783 programmes recensés par l'ARS Île-de-France concernaient la psychiatrie, soit environ 6% du total. Par rapport aux autres pathologies chroniques, des questions spécifiques à la psychiatrie se posent en termes de rapport à la maladie, de déni d'un trouble, et de capacités d'apprentissage. En effet, pour certaines pathologies psychiatriques, les capacités cognitives comme le raisonnement ou la mémoire peuvent être atteintes. De nombreux programmes sont destinés à l'entourage, afin de mieux connaître le fonctionnement des maladies et les réponses à apporter.

Qu'en est-il des troubles de comorbidité psychiatrique et addictive ? Quelques programmes dans le domaine de l'addiction s'intéressent aux conséquences neurologiques des substances, comme

¹³⁰A. Warsi et al., *Self-management Education Programs in Chronic Disease A Systematic Review and Methodological Critique of the Literature*, American Medical Association, Vol. 164, 2004

¹³¹S. Guillemot, *Place et apports de l'éducation thérapeutique du patient en addictologie/tabacologie*, Elsevier Masson SAS, 2014

en 2010 au Centre Gilbert Raby avec un programme « visant à l'acquisition de stratégies permettant de minimiser l'impact des troubles cognitifs alcool-induits sur la qualité de vie des patients présentant des troubles cliniques et infra-cliniques ». Les programmes qui allient la dimension psychiatrique et addictive restent très rares, mais semblent pourtant très pertinents pour influencer sur la motivation et l'engagement des patients et de la famille, et pour construire un parcours de soins adapté.

L'ETP dans le domaine des comorbidités psychiatrique et addictive est donc une piste intéressante mais qui mérite de plus amples réflexions et davantage d'études pour connaître une application qui soit pertinente et efficace. Plusieurs professionnels ont fait part de leur intérêt pour ce type de dispositif, que ce soit dans les entretiens ou dans les discussions informelles.

À Strasbourg, des organismes comme « ETP Alsace » qui propose des formations dans ce domaine peuvent être mobilisés dans cette optique. Plusieurs acteurs dans des centres hospitaliers, comme par exemple celui de Jury-Les-Metz, sont intéressés par l'ETP et souhaitent mettre en place ces programmes. Une recherche mériterait d'être menée afin de repérer tous les acteurs de la région Grand-Est qui pourraient être mobilisés sur ces questions, et pour étudier leurs capacités à travailler en réseaux.

3. 5. La formation de patients experts

Une réflexion sur la possibilité de former et de mettre en avant des « patients experts » mérite selon nous d'être menée. Avec l'ETP, certains patients sont susceptibles d'acquérir une véritable expertise sur leur maladie. Ce savoir peut concerner les connaissances explicites sur le fonctionnement biologique des addictions par exemple, mais se base également sur leur expérience propre de la maladie. Cette expérience apporte une dimension supplémentaire que seuls les patients possèdent, et constitue une richesse indéniable qui peut venir compléter un savoir plus technique porté par d'autres acteurs.

Concernant l'application concrète de cette expertise, nous pouvons par exemple penser à des actions de prévention auprès de jeunes publics. La parole d'une personne ayant personnellement vécu les effets de certaines substances sur sa vie, comme l'héroïne, le cannabis ou l'alcool, aurait sans doute un effet pédagogique très fort par rapport à d'autres discours de prévention basés uniquement sur des données scientifiques.

Ce mode d'intervention existe déjà dans certains domaines comme l'autisme par exemple, où

des personnes¹³² atteintes de ce trouble comme viennent régulièrement s'exprimer dans les médias et participer à des actions de communication. Ce travail pédagogique permet à un large public de découvrir les spécificités des symptômes autistiques, et de lutter contre la stigmatisation dont sont victimes ces personnes. Des interventions de ce type sont également susceptibles de mettre en valeur les connaissances des patients, et de les inclure dans des dispositifs où ils deviennent de véritables acteurs du soin et de la prévention.

Étant donné la gravité des conséquences des comorbidités psychiatriques et addictives sur la vie des patients, une réflexion doit être menée sur la meilleure façon de mobiliser ces patients experts, qui pour la plupart sont dans des états de fragilité assez avancés.

4. Des structures et des dispositifs nouveaux

La réflexion sur les changements structurels à apporter à l'offre de soins actuelle est difficile mais nécessaire. L'offre de soins existante est déjà vaste et la question des moyens reste une problématique incontournable. Néanmoins, de nombreux dispositifs ont fait la preuve de leur efficacité et nous pouvons en évoquer certains à titre d'exemples de bonnes pratiques.

4. 1. Des initiatives innovantes pour mieux répondre aux besoins des professionnels et des patients

Certains projets pilotes d'intervention auprès des personnes souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive ont obtenu des résultats intéressants¹³³ en proposant une prise en soins pluridisciplinaire, sur un lieu unique et en prenant en compte des particularités des deux troubles. Ce type de prise en charge « intégrée » représente une solution innovante et pertinente pour répondre aux besoins des patients souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive. La transition d'une prise en charge en parallèle, où les deux troubles sont soignés dans deux lieux différents avec deux équipes en contact, vers le soin intégré sur un même lieu avec une même équipe se fera progressivement et prendra sans doute plusieurs années. Dans les différents lieux que nous avons visités pour cette étude,

¹³²Une personne comme Josef Schovanec par exemple a écrit plusieurs livres sur le sujet, étant lui-même atteint d'autisme. Il a participé à plusieurs émissions dans les médias et est devenu un porte-parole

¹³³B. Chassé, C. Gagné, F. Morin, *Intervention auprès d'adultes ayant une double problématique de troubles mentaux sévères et persistants et d'abus de substances : un projet pilote*, Psychotropes Vol. 7 n°1, 1999

cette transition n'était pas à l'ordre du jour, ou du moins pas à notre connaissance. Il est donc important que les acteurs de l'addictologie et de la psychiatrie engagent une réflexion sur ce type de prise en charge, pour initier les changements structurels qui permettront d'aboutir à terme à ce type de solution.

Le CSAPA ALT à Strasbourg propose également une solution innovante pour régler la question des liens à établir avec des établissements non spécialisés en addictologie et en psychiatrie mais qui sont susceptibles d'accueillir un public souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive. L'association propose de former des « référents santé » dans ces établissements afin de leur dispenser les connaissances nécessaires sur le fonctionnement de ces services et sur les maladies en question. Ces « référents santé » deviendraient ainsi des interlocuteurs privilégiés lorsqu'un contact doit être établi pour obtenir une information, ou pour assurer un suivi ou une prise en charge. Ils disposeraient d'un certain nombre d'heures dédiées à la recherche de documentation et à la construction d'un réseau afin de connaître les services de soins, leurs rôles et leurs apports. Cet exemple paraît pertinent car il offre les conditions matérielles en termes de temps pour établir des liens avec les acteurs qui assurent un suivi ou qui seront source d'informations et de conseils.

Les acteurs intermédiaires, telles que les équipes mobiles, peuvent constituer des maillons importants dans les liens entre les institutions. Il existe différents types d'équipes mobiles, comme les « équipes mobiles psychiatrie précarité » (EMPP) qui viennent au contact des populations précaires ayant une pathologie mentale avérée ou non, afin de faciliter la prévention, le repérage des situations, et l'orientation si besoin. Ces EMPP assurent le lien entre les secteurs de psychiatrie et les services sanitaires concernés, dont l'addictologie si besoin. Dans la pratique, étant donné le nombre important de problématiques de comorbidités psychiatrique et addictive rencontrées chez les personnes vivant en situation de précarité dans la rue, ces équipes connaissent bien les acteurs et les services de l'addictologie.

Les équipes mobiles sont bien souvent des acteurs clés dans la réussite d'une prise en charge car elles permettent d'établir des liens entre les institutions et d'éviter les ruptures dans le parcours de soins. Elles occupent une place privilégiée de par les contacts qu'elles ont établis, et leurs connaissances des différents milieux en termes de langage, de valeurs et de fonctionnement des services. Comme nous l'avons vu tout au long de ce rapport, cette capacité à construire des ponts entre l'addictologie et la psychiatrie est une dimension essentielle dans la prise en charge des personnes souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive. Mais malgré leur expérience de terrain sur les consommations, les EMPP ne sont pas spécialisées en addictologie, ce qui peut poser problème pour le repérage des acteurs travaillant dans le domaine des addictions par exemple. Certaines équipes mobiles en psychiatrie se sont spécialisées en addictologie, comme l'ELPA (Équipe de Liaison Psychiatrie spécialisée en Addictologie) au Centre Hospitalier d'Erstein. Il serait pertinent de

développer davantage ces équipes de liaison qui travaillent spécifiquement entre l'addictologie et la psychiatrie, afin de mieux répondre aux besoins des personnes souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive.

4. 2. La mise en réseau, exemples et effets

Certaines bonnes pratiques ont été mises en place dans différents lieux afin de permettre aux professionnels de se rencontrer et d'échanger entre eux. Des CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale) ont été mis en place dans plusieurs villes de France (plus de cent CLSM fin 2014 sur tout le territoire). Dans la région Grand-Est, il existe une forte disparité d'implantation de ces dispositifs sur les différents territoires. En 2014, il existait sept CLSM pour l'ante-région Alsace, sept pour la Lorraine, et un pour la Champagne-Ardenne¹³⁴. Ces conseils sont nés de la volonté de mieux prendre en compte la complexité des troubles psychiques, en coordination avec tous les acteurs de la prise en charge. Ils réunissent les élus locaux, les chefs de pôle de la psychiatrie publique, les usagers, les associations, les structures sociales, etc. Les CLSM se divisent ensuite en plusieurs commissions qui abordent différents thèmes tels que le logement, l'accès aux soins ou la citoyenneté des usagers. Plusieurs bonnes pratiques sont nées de ces commissions, comme par exemple la création d'un guide et d'un guichet unique pour la question de l'incurie du logement, ou des conférences avec des gardiens d'immeubles pour les sensibiliser aux problématiques des personnes atteintes de maladies psychiatriques. Néanmoins, comme le souligne l'étude de 2015 réalisée par le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, les CLSM connaissent encore de nombreuses difficultés. Parmi celles-ci, le travail avec la psychiatrie reste compliqué de par le manque d'interlocuteurs et l'inertie du système. Le risque pour ce type d'initiative est d'avoir une trop grande ambition avec la volonté de réunir un nombre trop important d'acteurs qui entraîne un fonctionnement lourd et complexe, surtout au niveau de la prise de décisions. Les guides de bonnes pratiques et les actions de sensibilisation sont certes tout à fait essentiels sur le temps long, mais les situations de ces personnes souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive nécessitent des décisions rapides et efficaces, comme nous l'a expliqué une cheffe de service en CHRS :

« À Metz il y a quelque chose qui se fait, c'est le comité local en santé mentale. Tous les acteurs du terrain ont été conviés à une présentation, et différents sous-groupes, avec des thématiques différentes. La difficulté, c'est que vous n'y retrouvez pas certains professionnels qui devraient y être. On est tous overbookés. il y a 2 réunions par semaine, je suis cheffe de service sur 3 établissements, je ne peux pas laisser mes services. C'est quelque chose de trop grand qui a été vu à trop grande échelle ; après les choses avancent. Je reçois des compte-rendus. Mais on réfléchit pas de la bonne manière. »¹³⁵

¹³⁴Voir en annexe 7 p. 131 la carte de l'implantation des CLSM en France en 2014

¹³⁵Extrait de l'entretien n°28 réalisé le 04/05/17, voir annexe 4, p. 127

Cette cheffe de service a également évoqué avec nous d'autres initiatives qui répondent mieux, selon elle, à l'urgence des situations et à la nécessité de trouver rapidement une solution à des problèmes. Des commissions de situations atypiques sont organisées depuis 2013 dans la ville de Metz, pilotées par la DDCS (Direction Départementale de la Cohésion Sociale) de Moselle. Ces commissions réunissent tous les acteurs qui interviennent dans la prise en charge de personnes en « situation atypique », où plusieurs difficultés, notamment d'ordre psychiatrique, se cumulent. Les membres de la commission peuvent être la DDCS, le Conseil Général, la CAF, les bailleurs sociaux, les représentants des associations, les services sociaux, médicaux ou psychiatriques, etc. En pratique, les réunions se déroulent parfois avec 4 ou 5 acteurs qui connaissent bien les situations et qui peuvent ainsi trouver des solutions adaptées à chaque situation.

« Sur le département on a la chance d'avoir des commissions de situations atypiques. Sur interpellation des cadres des différents établissements, toute instance sociale, sur une situation sociale précise, tous les acteurs sont invités, et l'objectif c'est qu'un plan d'action soit mis en place entre les acteurs pour faire avancer la situation. Le point faible c'est qu'on ne peut pas le faire pour toutes les situations, même si ça le mérite. Pour ma part je les sollicite quand on arrive plus à trouver une orientation, quand les gens ne sont pas amenés à être stabilisés de manière pérenne. Quand on trouve pas de solution à la sortie, on sollicite la commission. C'est quelque chose de très pertinent, on est soutenus par la directrice de la cohésion sociale qui a mis ces commissions en place, qui tranche, qui met du lien, qui sait se positionner. On rencontre des grosses difficultés avec la psychiatrie, et elle n'hésite pas à se mouiller et à contacter les services, c'est une chance sur le département. »¹³⁶

Les CLSM sont des exemples pertinents pour répondre à des situations d'urgence, et intéressants au niveau de la possibilité pour les acteurs de se rencontrer, d'échanger sur leurs problématiques et les solutions qu'ils ont trouvées. Ils peuvent servir d'interface entre les institutions, à condition que tous les acteurs concernés s'engagent véritablement dans cette démarche. Mais ils ne sauraient suffire pour répondre pleinement aux besoins des patients, et les commissions de situations atypiques constituent en ce sens un complément intéressant pour apporter une réponse collégiale aux situations d'urgence.

D'autres initiatives de mise en réseau d'un ensemble de partenaires ont pu être observées à différents endroits. Il est difficile de s'exprimer sur leur efficacité à chacune par manque de données, mais nous pouvons simplement évoquer certains exemples et encourager de futures recherches à leurs sujets.

Le réseau loraddict regroupe les acteurs intervenant dans le domaine de l'addictologie en Lorraine, à la fois les structures associatives, hospitalières et les professionnels spécialisés en addictologie. Ce réseau permet d'organiser des formations, des colloques ou des journées de sensibilisation et propose également un annuaire des structures et des professionnels de l'addictologie

¹³⁶Extrait de l'entretien n°28 réalisé le 04/05/17, voir annexe 4, p. 127

en Lorraine.

Dans le domaine de la santé mentale, les Réseaux de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines Sud et Nord (RPSM 78) ont été créés afin de coordonner les moyens pour l'accompagnement des personnes souffrant de maladies psychiatriques. Les membres de ce réseau regroupent des centres hospitaliers ainsi que des professionnels libéraux. Ils travaillent sur différents thèmes et notamment sur la question des comorbidités psychiatrique et d'addiction.

Dans le domaine de la précarité, les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) sont mis en place à l'échelle régionale. Ils se déclinent en « atelier santé ville » dans chaque ville afin de mettre en place les objectifs et les actions des PRAPS. Il s'agit d'une plate-forme intéressante pour que les acteurs du monde politique rencontrent les professionnels de terrain. Encore une fois, il existe une forte disparité sur le territoire de l'implantation des ateliers santé ville. En 2012, on comptait deux ateliers dans l'ante-région Alsace¹³⁷, douze en Lorraine¹³⁸ et sept en Champagne-Ardenne¹³⁹.

5. Des outils d'aide à la prise en charge

Plusieurs outils existent pour aider les professionnels dans la prise en charge des patients atteints de comorbidité psychiatrique et addictive. Parmi eux, des tests d'évaluation peuvent être proposés aux patients afin d'estimer leurs capacités cognitives ou certaines de leurs pratiques de consommation si besoin. Ces tests sont utilisés dans certains CSAPA et CTR mais leur utilisation n'est pas obligatoire. Il ne s'agit pas de réaliser un contrôle de ce que la personne consomme, ou d'évaluer son quotient intellectuel, mais simplement de faire un diagnostic rapide de ce que la personne est capable d'entendre. Un patient atteint de troubles cognitifs (troubles de la mémoire, de l'attention, du langage, de l'orientation ou des capacités d'abstraction par exemple) devra faire l'objet d'une prise en charge adaptée. Si le patient n'est pas repéré comme ayant des difficultés particulières, toute la prise en charge qui lui sera proposée risquera de ne pas fonctionner, accentuant le sentiment de frustration des accompagnants et d'échec chez le patient. Plusieurs tests peuvent être utilisés par tous les professionnels pour réaliser des évaluations rapides de l'état d'un patient concernant différents aspects :

¹³⁷Dans les villes de Strasbourg et Mulhouse

¹³⁸Dans les villes de Saint Michel, Nancy, Communauté urbaine du Grand Nancy, Haussonville, Vandoeuvre les Nancy, Plateau de Haye, Epinal, Saint Dié, Laxou, Verdun, Thionville et Metz

¹³⁹Dans les villes de Revin, Sedan, Fumay, Langres, Chaumont, Reims et Epernay

- Le MoCA test (Montreal Cognitive Assessment)¹⁴⁰ : permet d'évaluer des dysfonctions cognitives légères, et peut être réalisé en dix minutes approximativement. Il peut être réalisé par des professionnels du domaine sanitaire ou médico-social après une formation adaptée.
- Mini-Mental State Examination (MMSE)¹⁴¹ (ou test de Folstein) : un test d'évaluation des fonctions cognitives et des capacités mnésiques. Il a une visée d'orientation diagnostique en cas de suspicion de démence, comme par exemple pour la maladie d'Alzheimer.
- L'Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB)¹⁴² : un test qui a été diffusé par la HAS en direction des médecins et qui concerne plus particulièrement les personnes âgées de plus de 65 ans.
- Le Questionnaire Rapid Addiction Profile (RAP)¹⁴³ : utilisé comme support pour un raisonnement clinique, il permet d'évaluer les symptômes des personnes souffrant d'addictions selon l'axe somatique, psychiatrique, motivationnelle, l'état de crise et les ressources du patient.
- Le Questionnaire Adolescents et Substances psychoactives (ADOSPA)¹⁴⁴ : un test court et rapide adapté à un entretien bref avec un adolescent. Il permet d'évaluer la nocivité de l'usage d'alcool ou de drogue.

Ces tests peuvent être utilisés par les professionnels de l'addictologie afin d'avoir une première approche des troubles psychiatriques, ou à l'inverse par les professionnels de la psychiatrie pour mieux appréhender les troubles de l'addiction. Ils sont présentés dans certaines études, comme celle réalisée par les Dr. Lang, Bonnewitz, Kusterer et Lalanne-Tongio¹⁴⁵, comme des outils simples et pragmatiques pour modifier les représentations et les pratiques des équipes soignantes envers les patients souffrant d'addictions. D'autres outils sont également cités dans cette étude, comme les bandelettes urinaires pour la recherche de toxiques, les FibroScan, les éthylotests quantitatifs, les auto-questionnaires d'évaluation des usages et la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD).

¹⁴⁰Voir Annexe 8, p. 132

¹⁴¹Voir Annexe 9, p. 133

¹⁴²Voir Annexe 10, p. 134

¹⁴³Voir Annexe 11, p. 135

¹⁴⁴Voir Annexe 12, p. 137

¹⁴⁵J.-P. Lang, M.-L. Bonnewitz, M. Kusterer, L. Lalanne-Tongio, *Usage d'alcool chez les patients souffrant de troubles psychiatriques : quelles évaluations ? Quelle prise en soin ?*, L'encéphale N°40, 2014, pp. 301-307

Conclusion

Le parcours de soins des patients souffrant de comorbidité psychiatrique et d'addiction est bien souvent jalonné de difficultés. La coordination et la capacité à travailler ensemble des différentes équipes qui accompagnent ces patients sont des enjeux clés dans leurs parcours de soins. Cette coordination nécessite un ensemble de conditions pour être efficace et efficiente, telles que la compréhension du fonctionnement et de l'apport des autres services, la capacité à formuler une demande qui soit claire et pertinente, et l'acceptation des demandes d'autrui qui respectent les mêmes conditions que celles demandées. Un travail régulier et un engagement de chaque acteur sont nécessaires pour pérenniser les partenariats qui peuvent autrement se mettre en place de manière ponctuelle.

Lors des rencontres entre les acteurs, des processus de sociabilité se mettent en place et permettent d'instaurer un langage et des normes communes. La RDR est un exemple illustratif du type de discours et de pratiques qui circulent entre les acteurs et qui serviront de référence, au delà du simple cadre législatif et de ce que la loi prévoit. L'interprétation de la RDR peut engendrer des approches différentes, qui auront une incidence sur la cohérence du parcours de soins. Ces différences concernent particulièrement le fait d'attendre ou non une demande venant des patients, qui n'est pas toujours en lien avec leurs besoins réels en termes de santé. En effet, la capacité à formuler une demande claire de la part des patients n'est pas toujours envisageable, en raison notamment de leurs troubles psychiatriques et cognitifs. Cette demande peut donc être entendue en tant que telle et uniquement pour ce qu'elle est, ou devenir le point de départ d'un travail de motivation à s'engager plus en avant dans le soin.

Les différences entre les acteurs concernent également la capacité à catégoriser un comportement ou un symptôme comme relevant du normal ou du pathologique. Les catégories nosographiques des troubles sont des questions avant tout scientifiques mais ont des conséquences qui vont bien au delà de ce cadre. Chaque professionnel possède ainsi sa propre expérience de ces troubles et construit son savoir à partir de ses représentations et de ses connaissances tacites et explicites. Les différents diagnostics accentuent les mésententes entre les professionnels et accroissent les difficultés pour les patients qui ont du mal à se situer par rapport aux discours d'une autorité savante.

De nombreuses réponses ont été trouvées par des acteurs à plusieurs difficultés soulevées dans ce rapport. Ces réponses reposent bien souvent sur des initiatives personnelles et sur la bonne volonté

des acteurs, mais nombre d'entre elles pourraient être encouragés à tous les niveaux et généralisés à une échelle plus globale. Les liens entre les professionnels peuvent être pérennisés sous la forme de partenariats et de conventions entre les institutions, avec la mise en place de réunions suivant un certain rythme, et avec des critères d'évaluation de ce partenariat. Mais l'officialisation des liens entre ces partenaires ne constitue pas une panacée et des obstacles restent à franchir pour constituer des réseaux équilibrés, stables dans le temps, efficaces et efficients. Le bon déroulement des rencontres entre professionnels passe par le respect d'un ensemble de règles qui dépassent le simple cadre formel, comme le fait d'éviter toute violence symbolique inutile dans un jeu de pouvoir hiérarchique. En effet, ce travail en réseau n'étant généralement pas obligatoire, les acteurs peuvent facilement mettre en place des stratégies d'évitement si la situation ne leur convient pas.

La connaissance joue un rôle majeur dans la capacité des acteurs à travailler ensemble, que ce soit pour mieux comprendre sa place ou celle d'autrui dans un dispositif de soins plus global. Pour les patients, la connaissance des services de santé, de leurs apports et leurs limites est également un enjeu majeur pour la réussite d'une prise en charge. Les actions de formations qui permettent de sensibiliser les acteurs du soin et les patients à certaines problématiques soulevées dans l'étude paraît donc être une solution tout à fait pertinente. Elles permettent également l'acquisition de certaines normes qui pourront faciliter les rencontres entre professionnels.

Pour les patients, la connaissance des services, de la maladie et du soin peut également passer par différentes voies. L'ETP, par exemple, est une approche innovante et intéressante pour permettre aux patients de mieux vivre avec leurs maladies. Des questions demeurent quant à l'application de l'ETP aux patients souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive, mais plusieurs résultats positifs devraient encourager davantage de service à tenter des expériences dans ce sens. Des formations sous forme de questions/réponses à travers des tables rondes avec des soignants, ou par l'échanges de bonnes pratiques entre patients peut également être une piste intéressante. Enfin, une réflexion mérite d'être menée concernant la formation de « patients experts » qui pourraient être sollicités dans des actions de prévention, à travers le témoignage de leurs récits de vie, et de leurs expériences avec la maladie.

Concernant les autres solutions à apporter pour améliorer le parcours de soins des personnes souffrant de comorbidité psychiatrique et d'addiction, le logement apparaît comme une étape cruciale. De nombreux patients se trouvent en effet dans des états de précarité très avancés, et il est bien souvent inapproprié de leur parler d'actions de prévention, de soins ou d'insertion professionnelle tant que la survie dans la rue reste leur principale priorité. Mais pour qu'un logement devienne un véritable outil qui aide le patient dans son processus de soin, certains éléments doivent être réfléchis. Tous les patients ne sont pas prêts à vivre un logement seul et à s'en occuper, que ce soit à cause de leurs

troubles d'ordre psychiatriques ou de leurs habitudes de vies inadaptées. Il est donc essentiel de réfléchir au cas par cas pour savoir qui peut occuper un logement et de miser sur la créativité des équipes soignantes pour que cet accompagnement soit pertinent. Enfin, il est nécessaire d'assouplir certaines règles d'accès aux logements pour les personnes précaires et souffrant de comorbidité psychiatriques et d'addictions, qui restent souvent victimes de discriminations.

Limites de l'étude

Cette étude a été réalisée dans un délai relativement court étant donné la dimension choisie initialement (6 mois pour une étude sur la région Grand-Est avec 40 entretiens individuels). Plusieurs éléments nécessiteraient une étude plus approfondie, afin d'explorer certaines pistes que nous n'avons fait qu'évoquer.

Les 30 entretiens réalisés avec des professionnels nous ont permis d'explorer certaines pistes, mais il existe cependant certains biais à notre méthode. Nous avons voulu avoir une diversité d'acteurs en termes de professions, à savoir pour le champ médical la possibilité de rencontrer des médecins mais aussi des infirmiers, et dans le champ médico-social des psychologues, des éducateurs spécialisés et des assistants de service-social. Nous avons également voulu couvrir les différentes structures en termes d'offre de soins, à savoir les CHRS, les CSAPA, les CAARUD et les centres hospitaliers.

Il existe cependant un manque de représentativité dans le panel d'acteurs interrogés. Concernant les champs théoriques des professionnels du domaine sanitaire par exemple, nous n'avons pas rencontré d'acteurs s'inscrivant dans un courant de thérapies cognitivo-comportementales (TCC), alors même que plusieurs personnes ont mentionné le fait que cette approche pouvait entraîner des difficultés dans l'approche des patients souffrant d'une comorbidité psychiatrique et d'addiction. Il serait donc intéressant de rencontrer des professionnels qui s'inscrivent dans ce courant, afin d'observer si ces difficultés sont réelles, et quelles seraient leurs causes.

Discussions

Parmi les pistes qui mériteraient d'être explorées davantage, nous pouvons citer l'étude du problème de santé publique que constituent les patients souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive et son manque de résonance dans l'espace politique et médiatique. En effet, cette question est un problème de santé publique majeur, comme en témoignent les chiffres très impressionnants sur

le sujet¹⁴⁶, mais ne fait pas l'objet d'une attention particulière par les pouvoirs publics. Il paraît donc légitime de s'interroger sur cette absence de construction d'un problème public, qui n'apparaît pas comme une priorité dans les plans ministériels, que ce soit le « plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 » ou le « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 ».

La RDR reste dans les textes législatifs la réponse principale apportée par les pouvoirs publics à la question des addictions, et par corollaire à celle des comorbidités. Néanmoins, de nouvelles initiatives innovantes ont vu le jour dans d'autres pays et qui ont des résultats encourageants. Parmi celles ci, les dispositifs d'hébergement « housing first » ou « un logement d'abord » commencent à apparaître en France. Les programmes d'ETP qui misent sur la transmission de connaissances et de savoir-faire aux patients sont également des initiatives intéressantes. Enfin, les modèles de prise en charge intégrée où les deux troubles sont traités par une seule équipe sur un même lieu est également une solution intéressante pour mieux répondre aux besoins de ces patients. Il serait sans doute pertinent de s'interroger sur l'appropriation de ces dispositifs en France, sur la façon dont ils ont été traduits pour s'implanter dans les logiques territoriales existantes, et sur les difficultés propres à ces territoires d'implantation.

Étant donné le nombre très important d'acteurs que rencontrent les patients souffrant de comorbidité psychiatrique et d'addiction, il serait intéressant d'étudier plus en profondeur certains corps de métier dans leurs interactions avec ce public. Par exemple, les pharmaciens jouent un rôle important dans le parcours de soins, et il est essentiel qu'ils aient une certaine tolérance pour la délivrance des médicaments, car les patients ne respectent pas toujours les règles et les usages qui sont recommandés. Plusieurs acteurs interrogés nous fait mention de la difficulté de travailler avec des pharmaciens qui acceptent de recevoir cette population jugée difficile, et qui ont cette compréhension des spécificités de ce public. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette tolérance se construit en rapport aux expériences socio-professionnelles des pharmaciens et dans leurs interactions avec ces patients, et par la découverte de la singularité de chaque histoire individuelle au delà des représentations.

Les médecins généralistes sont également des acteurs importants dans le parcours de soins des patients souffrant de comorbidité psychiatrique et addictive. Ils peuvent jouer un rôle clé dans l'orientation et la coordination de tous les autres acteurs de santé qui interviendront dans la prise en

¹⁴⁶Rappelons qu'en 2013, l'étude de H. Whiteford et al. a montré que les troubles de comorbidité psychiatrique et addictive ont représenté un total de 183,9 millions d'Années Perdues à cause de la maladie, du handicap ou de mort précoce (DALY), et 8,6 millions d'Années de Vie Perdues (YLL), et que ces troubles constituent la première cause d'Années Vécues avec un Handicap (YLD) dans le monde, avec une proportion très importante de toutes ces pertes d'années chez les jeunes de 10 à 29 ans.

charge des patients. Mais les postures des médecins généralistes face à ces patients diffèrent grandement, entre ceux qui refusent de les accueillir, ceux qui vont au-delà de leurs attributions pour assurer un accompagnement global, et toutes les nuances qui peuvent exister entre ces deux extrêmes. Des enquêtes à plus grande échelle sur les médecins généralistes et les pharmaciens permettraient de mieux comprendre le rôle des expériences personnelles, professionnelles et des représentations sociales sur l'accueil et l'accompagnement de ces patients.

Bibliographie

Articles :

J. Alonso et al., *12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*, Acta Psychiatr Scand, 2004, pp. 28-37

U. Beck, *La société du risque : Sur la voie d'une autre modernité*, Aubier, 2001

V. Bellamy, *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale*, Études et Résultats drees, N° 347, 2004

N. Belorgey, *L'hôpital sous pression*, La Découverte, 2011

P. Bourdieu, *Raisons pratiques – Sur la théorie de l'action*, Seuil, 1994

E. Brenon, J. Lebreton, *Quelle hospitalité pour la folie en addictologie ? Etudes et réflexions à partir de la pratique clinique au Centre médical Marmottan*, Psychotropes – Vol. 19, N°1, 2013, pp. 81-102

M. Butler, et al., *Integration of Mental Health/substance abuse and primary care*, Agency for healthcare research and quality, 2008

G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, puf, 2013

M. Casas, *Introduction à la notion de comorbidité et concept de dual diagnosis*, in *Addictions et comorbidités* sous la direction d'Amine Benyamina, Dunod, 2014, pp. 3-11

B. Chassé, C. Gagné, F. Morin, *Intervention auprès d'adultes ayant une double problématique de troubles mentaux sévères et persistants et d'abus de substances : un projet pilote*, Psychotropes Vol. 7 N°1, 1999

D. Cefaï, *La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques*, Réseaux, Vol 14, N° 75, 1996, pp. 43-66

J.P. Couteron, *La Réduction des risques, Une approche qui vise l'épanouissement de la personne*, Multitudes, n°44, 2011, pp. 64-70

M. Crozier, E. Friedberg, *L'acteur et le système*, Seuil, 1977

M. Darmon, *La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation*, Politix 2008, Vol. 2, N°82, pp. 149-167

J.P. Descombey, *L'alcoolisme, continent noir de la psychanalyse ?*, Revue française de psychanalyse, Vol. 68, N°2, 2004, pp. 561-579

J.-P. Descombey, *l'alcoolologie, fille ingrate de la psychiatrie*, Le courrier des addictions Vol. 7, N°1, 2005, pp 4-6

M. Donald, *Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-*

- occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomized controlled trials*, *Social Science & Medicine*, N°60, 2005, pp. 1371-1383
- Y. Dimitriadis, *Éloge de la subjectivité en psychiatrie*, *Recherches en psychanalyse*, Vol. 2, N°10, 2010, pp. 329-336
- R. Drake, K. Mueser, *Psychosocial approaches to dual diagnosis*, *Schizophrenia bulletin*, Vol. 26, N°1, 2000, pp. 105-118
- V. Dubois, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, *Economica*, 2008
- C. Flye Sainte Marie et al., *Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires*, *Santé Publique*, Vol. 27, 2015, p. 679-690
- M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1976
- G. Freda, *De la toxicomanie aux addictions*, *Le sociographe*, N°39, 2012, pp. 65-68
- E. Goffman, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Éditions de Minuit, 1979
- A. Goodman, *Neurobiology of addiction An integrative review*, *Biochem Pharmacol*, N°75, 2008, pp. 266-322
- M. Graham, *Emotional bureaucracies: emotions, civil servants, and immigrants in the swedish welfare State*, *Ethos* 30, Vol. 3, 2003, pp.199-226
- S. Guillemot, *Place et apports de l'éducation thérapeutique du patient en addictologie/tabacologie*, Elsevier Masson SAS, 2014
- I. Hacking, *Entre science réalité La construction sociale de quoi ?*, La découverte, 2008
- W. Hall, A. Carter, C. Forlini, *The brain disease model of addiction : is it supported by the evidence and has it delivered on its promises ?* *Lancet Psychiatry*, N°105-10, 2015
- S. Hartz, et al., *Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use*, *Jama psychiatry*, 2014, pp. 248-254
- D. Hasin, et al., *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States, Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, American Medical Association, 2007
- R. Henrion, *Modalités de sevrage des toxicomanes dépendants des opiacés, Aperçus sur l'historique et la situation actuelle de la question*, John Libbey Eurotext, 1998
- B. Herrgott, *Du RMI à l'AAH : une vie « a minima » ? Négociations et effets du glissement des plus démunis des catégories de l'insertion aux catégories du handicap*, Lien social et Politiques, 1999
- C. Lançon, J. Cohen, *Addictions sans substances et comorbidités*, *Annales Médico-Psychologiques*, N°168, 2010, pp. 513-515

J.-P. Lang, M.-L. Bonnewitz, M. Kusterer, L. Lalanne-Tongio, *Usage d'alcool chez les patients souffrant de troubles psychiatriques : quelles évaluations ? Quelle prise en soin ?*, L'encéphale N°40, 2014, pp. 301-307

B. Latour, *Factures/fractures : de la notion de réseau à celle d'attachement*, Ce qui nous relie, éditions de l'Aube, 2000, pp. 189-208

A. Lehman, P. Myers, E. Corty, *Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes*, Hospital and Community Psychiatry, Vol. 40, N°10, 1989

F. Lemaire, D. Lecolier, *Pour une meilleure prise en charge de la comorbidité addictions et troubles psychiatriques*, Alcoologie et Addictologie, Vol. 4, N° 35, 2013, pp. 325-333

F. Lequarré, P. Verjans, *Les drogues prohibées*, courrier hebdomadaire du CRISP, Vol. 1, n°1506-1507, 1996, p.48

M. Lipsky, *Street-level Bureaucracy : Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russel Sage Foundation, 1980

D. Marchetti, *Les conditions de réussite d'une mobilisation médiatique et ses limites : l'exemple d'Act Up-Paris*, Presses Universitaires de France. La politique ailleurs, 1998, pp. 277-297

M. McGovern et al., *Addiction treatment services and co-occurring disorders: prevalence estimates, treatment practices, and barriers*, Journal of Substance abuse treatment, 2006, pp. 267-275

M. Olfson, et al., *Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia*, Psychiatric services, Vol. 50, N°5, 1999, pp. 667-673

F. R. *De premiers résultats encourageants*, Actualités Sociales Hebdomadaires N°2904, 2015

R. Ries, C. Yuodelis-Flores, K. Comtois, P. Roy-Byrne, J. Russo, *Substance-induced suicidal admissions to an acute psychiatric service: Characteristics and outcomes*, Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 34, 2008, pp. 72-79

S. Ridgely, *Barriers to the care of persons with dual diagnoses: Organizational and financing issues*, Schizophrenia bulletin, Vol. 16, N° 1, 1990, pp. 123-132

S. Rullac, *Le péril SDF Assister et punir*, L'harmattan, 2008

F. Sanguignol, G. Lager, A. Golay, *L'efficacité médico-économique de l'éducation thérapeutique chez des patients obèses*, Educ Ther Patient/Ther Patient Educ, vol. 1, 2009, pp. 57-62

M. Setbon, *La normalisation paradoxale du sida*, Revue française de sociologie, N° 41-1, 2000, pp. 61-78

A. Spire, *Accueillir ou reconduire, Enquête sur les guichets de l'immigration*, Raisons d'Agir, 2009

L. Teplin, K. Elkington, *Major mental disorders, substance use disorders, comorbidity, and HIV-AIDS risk behaviors in juvenile detainees*, Psychiatric Services, Vol. 56, Issue 7, 2005, pp. 823-828

S. Thillman-Kohll, *La souffrance institutionnelle : réflexions cliniques sur une structure asilaire en mutation*, cahiers de psychologie clinique, Vol. 2, N°23, 2004

P. Thomas, A. Amad, T. Fovet, *Schizophrénie et addictions : les liaisons dangereuses*, L'encéphale 42, 2016, pp. 3518-3522

J. W. Trent, *Inventing the Feeble Mind: a History of Mental Retardation in the United States*, University of California Press, 1995

J.Y. Trépos, *La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogue*, Cahiers internationaux de sociologie, N°114, 2003, pp. 93-108

C. Tixeront, G. Brousse, *Les comorbidités aux urgences*, in Addictions et comorbidités, Dunod, 2014 pp. 97-114

S. Vincent, *L'expérimentation « Un chez-soi d'abord » devrait bientôt être pérennisée et étendue*, Actualités Sociales Hebdomadaires, N°2966, 2016

M. Vinurel, H. Rahioui, *Comorbidités psychiatriques et addictives, Alcool et troubles mentaux De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*, Elsevier Masson, 2013, pp. 137-143

A. Warsi et al., *Self-management Education Programs in Chronic Disease A Systematic Review and Methodological Critique of the Literature*, American Medical Association, Vol. 164, 2004

H. Whiteford, et al., *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*, Published Online, Lancet, 2013, pp. 1575-1586

N. Young, C. Grella, *Mental health and substance abuse treatment services for dually diagnosed clients: results of a statewide survey of country administrators*, The journal of behavioral health services & research, 1998, pp. 83-92

Documents :

American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV)*, Washington DC, 1994

Centre Collaborateur OMS (CCOMS Lille), *Les Conseils Locaux de Santé Mentale : état des lieux*, 2015

Doctorat en travail social : une nouvelle étape ?, Actualités sociales hebdomadaires, N°3001, 2017

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, La documentation française, 2013

Haut Conseil de la Santé Publique, *Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*, Collection Évaluation, 2016

United Nations Office on Drugs and Crime, *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation A practical planning and implementation guide*

Annexe

Annexe 1 : Guide pour la passation d'entretiens avec les professionnels du domaine médico-social dans le cadre de l'étude diagnostic auprès d'établissements recevant un public cumulant addictions et troubles psychiatriques

Entretiens semi-directifs avec des professionnels du champ médico-social (psychologues, éducateurs spécialisés, assistants de service-sociaux).

Objectifs de l'entretien : connaître la perception de la personne sur la situation problématique que connaît le public visé par l'étude. Entendre son analyse de la situation et les raisons que la personne invoque pour l'expliquer.

Sujets à aborder :

- Perception de la personne sur l'étude : pense t-elle que l'étude est pertinente, que le diagnostic est juste, que le problème existe et qu'il faut le résoudre ?
- Représentations de la personne sur le public visé par l'étude : a t-elle déjà été confrontée à ce public, quelles sont les difficultés propres à la prise en charge de ces patients ? Quel est le discours qu'elle mobilise pour évoquer ces patients ?
- Rapports entre la personne et les autres professionnels qui accompagnent le public visé par l'étude : Est-ce que les informations sur les patients circulent bien entre les professionnels ? Quelle est la place selon elle des autres professionnels dans le dispositif de soins et d'accompagnement ?
- Représentations de la personne envers sa discipline : quelle est la place de sa discipline aujourd'hui dans le dispositif de soins (guérison, réduction des risques, sevrage, post-cure) ?

1. Connaître l'opinion de la personne sur l'étude

Objectif : connaître la position de la personne concernant l'étude, si elle pense que le problème existe, si elle y a déjà été confrontée, si elle pense que certaines choses doivent changer pour y remédier.

Présentation : *Bonjour et merci d'avoir accepté de me rencontrer. Avant de commencer, sachez que cet entretien est strictement confidentiel et anonyme. Vous pouvez vous sentir libre de vous exprimer comme vous l'entendez. Avant de commencer l'entretien, pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? (études, parcours professionnel)*

Je me présente : Je suis chercheur en sciences humaines et je travaille sur une étude à l'initiative de l'association ALT et financée par l'ARS. L'objectif de l'étude est de trouver les causes, aussi bien individuelles que institutionnelles, d'une absence ou d'une défaillance de prise en charge d'un public présentant des problématiques d'addictions associées à des troubles psychiatriques. Ces personnes peuvent alors rentrer dans un parcours difficile qui peut passer par la prison ou la rue. Pour cela, nous voulions rencontrer les professionnels qui prennent en charge ces populations pour entendre leur avis sur la situation, si vous pensez qu'il y a un problème aujourd'hui dans la prise en charge ou dans l'accompagnement de ces patients.

Ces propos résonnent-ils avec des choses que vous connaissez dans votre pratique ?

Connaissez-vous des patients qui correspondraient à ce public visé par l'étude ? Êtes vous d'accord avec le fait qu'il peut y avoir des défaillances dans le système de prise en charge global de ces patients ?

1.1 SI la personne reconnaît que le constat est juste et qu'il y a des difficultés

Quelles sont les difficultés que vous avez identifiées concernant ces personnes (difficultés dans le suivi, dans le fait d'accéder à leurs droits, etc.) ?

1.2 SI la personne pense que le constat n'est pas juste et que ces personnes sont prises en charge de manière efficace

Certains professionnels évoquent des difficultés dans le suivi et la prise en charge de certains patients.

Évoquer certains problèmes qui ont été à l'origine de l'étude selon la réaction de la personne : Il a été évoqué pour certains patients des problèmes dans l'orientation de leur parcours de soins par exemple, dans le suivi ou dans l'accompagnement.

2. La façon dont la personne perçoit le public visé par l'étude

Objectif : entendre le discours (scientifique, langage commun) que la personne utilise pour désigner cette population. Entendre les problèmes que rencontre la personne lorsqu'elle est confrontée à ce public. Interroger de manière approfondie les présupposés qui soutiennent les discours.

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lorsque vous êtes confronté à ce public lors de votre pratique professionnelle ?

Quelle est selon vous la meilleure réponse à apporter à ces personnes pour les accompagner ?

Que peuvent et que doivent faire les services (judiciaires, services sociaux, etc) pour s'occuper de ces personnes selon vous ?

Avez-vous identifié des récurrences dans le parcours de ces personnes (au niveau des causes sociologiques notamment, histoires familiales, parcours professionnels, origines sociales) ?

3. Rapports avec les autres professionnels

Objectif : Connaître comment la personne perçoit et interagit avec les autres services qui prennent en charge le public visé par l'étude (services judiciaires, associatifs, médico-sociaux, etc.). Connaître les rapports entre les psychiatres et les services administratifs de l'hôpital.

Ces personnes côtoient toute une série d'acteurs lors de leurs parcours de soins et/ou d'errance. Avec quels autres services travaillez-vous généralement pour prendre en charge ces personnes (services sanitaires, associatifs, judiciaires) ?

Quels rapports entretenez-vous avec ces services ? Pensez-vous que les collaborations qui existent devraient s'intensifier ?

3.1 SI la personne pense que les rapports avec les autres professionnels sont satisfaisants

Qu'est ce qui rend possible selon vous des relations positives entre les professionnels qui permettent de bons échanges d'informations et une meilleure prise en charge globale des patients ? Quels seraient les changements qui permettraient d'améliorer encore davantage le système ?

3.2 SI la personne pense que les rapports avec les autres professionnels ne sont pas satisfaisants

Pourquoi pensez-vous que les rapports avec les autres professionnels ne sont pas satisfaisants ? Qu'est-ce qui devrait être amélioré selon vous ?

4. Représentations de la personne envers sa propre discipline

Objectif : Connaître la façon dont la personne perçoit son rôle dans le dispositif de soins et dans l'accompagnement des patients par rapport aux autres professionnels. Connaître la façon dont la personne conçoit le soin, le sevrage, et la réduction des risques comme étant des moyens ou des fins en soi. Interroger de manière approfondie les présupposés qui soutiennent les discours.

Parlons maintenant, si vous le voulez bien, de la place de votre pratique dans le parcours de soins de ces personnes. Quel est selon votre rôle et celui de votre discipline dans la prise en charge de ces patients ? Quel est pour vous l'objectif des soins et des services apportés à ces personnes (la disparition d'un trouble, le sevrage, le bien-être ou le mieux-être) ?

5. Recherche des solutions

Objectif : Réfléchir avec la personne aux solutions qui pourraient être apportées pour mieux répondre aux problématiques de ces personnes

Le parcours de soins et d'errance de certaines de ces personnes est problématique aujourd'hui selon de nombreux professionnels. Quelles seraient, selon vous, les réponses à apporter à ces personnes pour améliorer la prise en charge ?

Laisser la personne réfléchir et si elle n'a pas d'idées, la relancer avec certaines pistes que nous avons :

- améliorer la coordination des différents professionnels à travers la création de réseaux de santé (exemple du réseau santé-mentale dans les Yvelines)
- répondre en priorité aux besoins fondamentaux de ces personnes, comme le logement par exemple (exemples des initiatives « housing first », « at home » ou « un chez-soi d'abord », « médiateurs de santé pairs »)
- définir une politique plus cohérente afin que tous les acteurs de la prise en charge travaillent dans le même sens (exemple de la notion de « réduction des risques » qui n'est pas comprise de la même manière par tous les professionnels, ou de la confusion entre moyens et fins pour le sevrage)

Fin de l'entretien : *Merci beaucoup pour votre temps et d'avoir accepté de répondre à mes questions. Votre aide sera précieuse pour notre étude. Si vous le voulez, vous pouvez me laisser vos coordonnées mail et je pourrai vous communiquer les résultats ou les conclusions de l'étude une fois qu'elle sera finie.*

Annexe 2 : Guide pour la passation d'entretiens avec les professionnels du domaine sanitaire dans le cadre de l'étude diagnostic auprès d'établissements recevant un public cumulant addictions et troubles psychiatriques

Entretiens semi-directifs avec des professionnels du champ sanitaire (médecins, psychiatres).

Objectifs de l'entretien : connaître la perception de la personne sur la situation problématique que connaît le public visé par l'étude. Entendre son analyse de la situation et les raisons que la personne invoque pour l'expliquer.

Sujets à aborder :

- Perception de la personne sur l'étude : pense t-elle que l'étude est pertinente, que le diagnostic est juste, que le problème existe et qu'il faut le résoudre ?
- Représentations de la personne sur le public visé par l'étude : a t-elle déjà été confrontée à ce public, quelles sont les difficultés propres à la prise en charge de ces patients ? Quel est le discours qu'elle mobilise pour évoquer ces patients ?
- Rapports entre la personne et les autres professionnels qui accompagnent le public visé par l'étude : Est-ce que les informations sur les patients circulent bien entre les professionnels ? Quelle est la place selon elle des autres professionnels dans le dispositif de soins et d'accompagnement ?
- Représentations de la personne envers sa discipline : quelle est la place de sa discipline aujourd'hui dans le dispositif de soins (guérison, réduction des risques, sevrage, post-cure) ?

1. Connaître l'opinion de la personne sur l'étude

Objectif : connaître la position de la personne concernant l'étude, si elle pense que le problème existe, si elle y a déjà été confrontée, si elle pense que certaines choses doivent changer pour y remédier.

Présentation : *Bonjour et merci d'avoir accepté de me rencontrer. Avant de commencer, sachez que cet entretien est strictement confidentiel et anonyme. Vous pouvez vous sentir libre de vous exprimer comme vous l'entendez. Avant de commencer l'entretien, pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? (études, parcours professionnel)*

Je me présente : Je suis chercheur en sciences humaines et je travaille sur une étude à l'initiative de l'association ALT et financée par l'ARS. L'objectif de l'étude est de trouver les causes, aussi bien sociologiques que institutionnelles, d'une absence ou d'une défaillance de prise en charge d'un public présentant des problématiques d'addictions associées à des troubles psychiatriques. Ces personnes rentrent parfois dans un parcours difficile qui peut passer par la prison ou la rue. Pour cela, nous voulions rencontrer les professionnels qui prennent en charge ces personnes pour entendre leur avis sur la situation, si vous pensez qu'il y a un problème aujourd'hui dans la prise en charge ou dans l'accompagnement de ces patients.

Ces propos résonnent-ils avec des choses que vous connaissez dans votre pratique ? Connaissez-vous des patients qui correspondraient à ce public visé par l'étude ? Êtes vous d'accord avec le fait qu'il peut y avoir des défaillances dans le système de prise en charge global de ces patients ?

1.1 SI la personne reconnaît que le constat est juste et qu'il y a des difficultés

Quelles sont les difficultés que vous avez identifiées concernant ces personnes (difficultés dans le suivi, dans le fait d'accéder à leurs droits, etc.) ?

1.2 SI la personne pense que le constat n'est pas juste et que ces personnes sont prises en charge de manière efficace

Certains professionnels évoquent des difficultés dans le suivi et la prise en charge de certains patients.

Évoquer certains problèmes qui ont été à l'origine de l'étude selon la réaction de la personne : *Il a été évoqué pour certains patients des problèmes dans l'orientation de leur parcours de soins par exemple, dans le suivi ou dans l'accompagnement.*

2. La façon dont la personne perçoit le public visé par l'étude

Objectif : entendre le discours (scientifique, langage commun) que la personne utilise pour désigner cette population. Entendre les problèmes que rencontre la personne lorsqu'elle est confrontée à ce public. Interroger de manière approfondie les présupposés qui soutiennent les discours.

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lorsque vous êtes confronté à ce public lors de votre pratique professionnelle ?

Quelle est selon vous la meilleure réponse à apporter à ces personnes pour les accompagner ?

Que peuvent et que doivent faire les services (judiciaires, services sociaux, etc) pour s'occuper de ces personnes selon vous ?

Avez-vous identifié des récurrences dans le parcours de ces personnes (au niveau des causes sociologiques notamment, histoires familiales, parcours professionnels, origines sociales) ?

3. Rapports avec les autres professionnels

Objectif : Connaître comment la personne perçoit et interagit avec les autres services qui prennent en charge le public visé par l'étude (services judiciaires, associatifs, médico-sociaux, etc.). Connaître les rapports entre les psychiatres et les services administratifs de l'hôpital.

Ces personnes côtoient toute une série d'acteurs lors de leurs parcours de soins et/ou d'errance. Avec quels autres services travaillez-vous généralement pour prendre en charge ces personnes (services médico-sociaux, associatifs, judiciaires) ?

Quels rapports entretenez-vous avec ces services ? Pensez-vous que les collaborations qui existent devraient s'intensifier ?

Quels rapports entretenez-vous avec l'administration de l'hôpital ? Pensez-vous que les méthodes de gouvernance de l'hôpital permettent aujourd'hui une meilleure prise en charge de ces patients ? Si non pourquoi ?

3.1 SI la personne pense que les rapports avec les autres professionnels sont satisfaisants

Qu'est ce qui rend possible selon vous des relations positives entre les professionnels qui

permettent de bons échanges d'informations et une meilleure prise en charge globale des patients ? Quels seraient les changements qui permettraient d'améliorer encore davantage le système ?

3.2 SI la personne pense que les rapports avec les autres professionnels ne sont pas satisfaisants

Pourquoi pensez-vous que les rapports avec les autres professionnels ne sont pas satisfaisants ? Qu'est-ce qui devrait être amélioré selon vous ?

4. Représentations de la personne envers sa propre discipline

Objectif : Connaître la façon dont la personne perçoit son rôle dans le dispositif de soins et dans l'accompagnement des patients par rapport aux autres professionnels. Connaître la façon dont la personne conçoit le soin, le sevrage, et la réduction des risques comme étant des moyens ou des fins en soi. Interroger de manière approfondie les présupposés qui soutiennent les discours.

Parlons maintenant, si vous le voulez bien, de la place de la psychiatrie dans le parcours de soins de ces personnes. Quel est selon vous le rôle du psychiatre et de la psychiatrie dans la prise en charge de ces patients ? Quel est pour vous l'objectif des soins apportés à ces personnes (la disparition d'un trouble, le sevrage, le bien-être ou le mieux-être) ?

Comment la psychiatrie classifie les troubles de ces personnes par rapport aux nosographies actuelles ? Pensez-vous qu'il existe un conflit entre différentes approches en psychiatrie (approche psychanalytique et biológico-comportementaliste) ? Si oui, pensez-vous que ce conflit a une influence sur la prise en charge de ces patients ?

5. Recherche des solutions

Objectif : Réfléchir avec la personne aux solutions qui pourraient être apportées pour mieux répondre aux problématiques de ces personnes

Le parcours de soins et d'errance de certaines de ces personnes est problématique aujourd'hui selon de nombreux professionnels. Quelles seraient, selon vous, les réponses à apporter à ces personnes pour améliorer la prise en charge ?

Laisser la personne réfléchir et si elle n'a pas d'idées, la relancer avec certaines pistes que nous avons :

- améliorer la coordination des différents professionnels à travers la création de réseaux de santé (exemple du réseau santé-mentale dans les Yvelines)
- répondre en priorité aux besoins fondamentaux de ces personnes, comme le logement par exemple (exemples des initiatives « housing first », « at home » ou « un chez-soi d'abord », « médiateurs de santé pairs »)
- définir une politique plus cohérente afin que tous les acteurs de la prise en charge travaillent dans le même sens (exemple de la notion de « réduction des risques » qui n'est pas comprise de la même manière par tous les professionnels, ou de la confusion entre moyens et fins pour le sevrage)

Fin de l'entretien : *Merci beaucoup pour votre temps et d'avoir accepté de répondre à mes questions. Votre aide sera précieuse pour notre étude. Si vous le voulez, vous pouvez me laisser vos coordonnées mail et je pourrai vous communiquer les résultats ou les conclusions de l'étude une fois qu'elle sera finie.*

Annexe 3 : Guide pour la passation d'entretiens avec les patients dans le cadre de l'étude diagnostique auprès d'établissements recevant un public cumulant addictions et troubles psychiatriques

Entretiens libres avec des personnes connaissant des problématiques d'addiction et ayant fait un ou plusieurs séjours en psychiatrie.

Objectif de l'entretien : Entendre son récit de vie sur les difficultés que la personne a rencontrées. Mieux cerner les besoins de la personne afin de définir une meilleure prise en charge.

Présentation : *Bonjour et merci d'avoir accepté de me rencontrer. Avant de commencer, sachez que cet entretien est strictement confidentiel et anonyme. Vous pouvez vous sentir libre de vous exprimer comme vous l'entendez. Avant de commencer l'entretien, pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?*

Je me présente : *Je suis chercheur en sciences humaines à l'université de Strasbourg et je travaille sur une étude à l'initiative de l'association ALT. L'objectif de l'étude est de définir une meilleure prise en charge des personnes qui présentent des problématiques d'addictions associées à d'autres difficultés.*

Pour commencer notre conversation, est-ce que vous pourriez vous présenter, me dire votre parcours.

Rebondir sur les paroles du patient pour évoquer les relations avec les services, interroger la démarche de soin, entendre le récit d'expérience, rechercher des éléments biographiques, comment s'est posé la question de la toxicomanie et de la psychiatrie.

La démarche de soin

Pourriez-vous me parler de votre démarche de soin, de vos objectifs dans votre démarche, de votre présence à ALT ? (par exemple, comment concevez-vous le soin, le sevrage, la réduction des risques ?) Quels sont vos besoins ?

La relation avec les services

Parlons maintenant si vous le voulez bien de votre parcours de soins. Lors de votre parcours, quels services avez-vous rencontrés ? (services sociaux, médico-sociaux, sanitaires, judiciaires, etc.) Comment cela s'est-t-il passé ?

Quelles difficultés avez-vous rencontrées ? (difficultés dans la prise en charge, dans le suivi, mauvaise orientation, discriminations)

Quel est selon vous le rôle de ces services dans votre parcours de soins ? Entretenez-vous de bonnes relations avec ces services ?

SI la personne affirme ne pas avoir de bonnes relations avec les services

Avec quels services avez-vous eu des difficultés ? Quels types de difficultés avez-vous rencontrées (personnes désagréables, lenteur des démarches, peu de clarté dans ce qui vous était

demandé) ?

SI la personne affirme avoir de bonnes relations avec les services

Quels ont été les éléments qui ont rendu possible une bonne relation entre vous et les services (respect, rapidité des démarches, bonne communication) ?

recherche des solutions

Objectif : Réfléchir avec la personne aux solutions qui pourraient être apportées pour mieux répondre aux problématiques de ces personnes

L'objectif de l'étude est également de rechercher des solutions pour mieux répondre aux besoins des personnes qui connaissent des difficultés dans leurs parcours. Quelles seraient, selon vous, les réponses à apporter aux difficultés qui se présentent aujourd'hui à ces personnes ?

Laisser la personne réfléchir et si elle n'a pas d'idées, la relancer avec certaines pistes que nous avons :

- répondre en priorité aux besoins fondamentaux de ces personnes, comme le logement par exemple (exemples des initiatives « housing first », « at home » ou « un chez-soi d'abord », « médiateurs de santé pairs »)
- améliorer la coordination entre les différents services pour avoir plus de cohérence dans la prise en charge

Fin de l'entretien : *Merci beaucoup pour votre temps et d'avoir accepté de répondre à mes questions. Votre aide sera précieuse pour notre étude. Si vous le voulez, nous pourrions vous communiquer les résultats ou les conclusions de l'étude une fois qu'elle sera finie.*

Annexe 4 : Liste des entretiens avec les acteurs

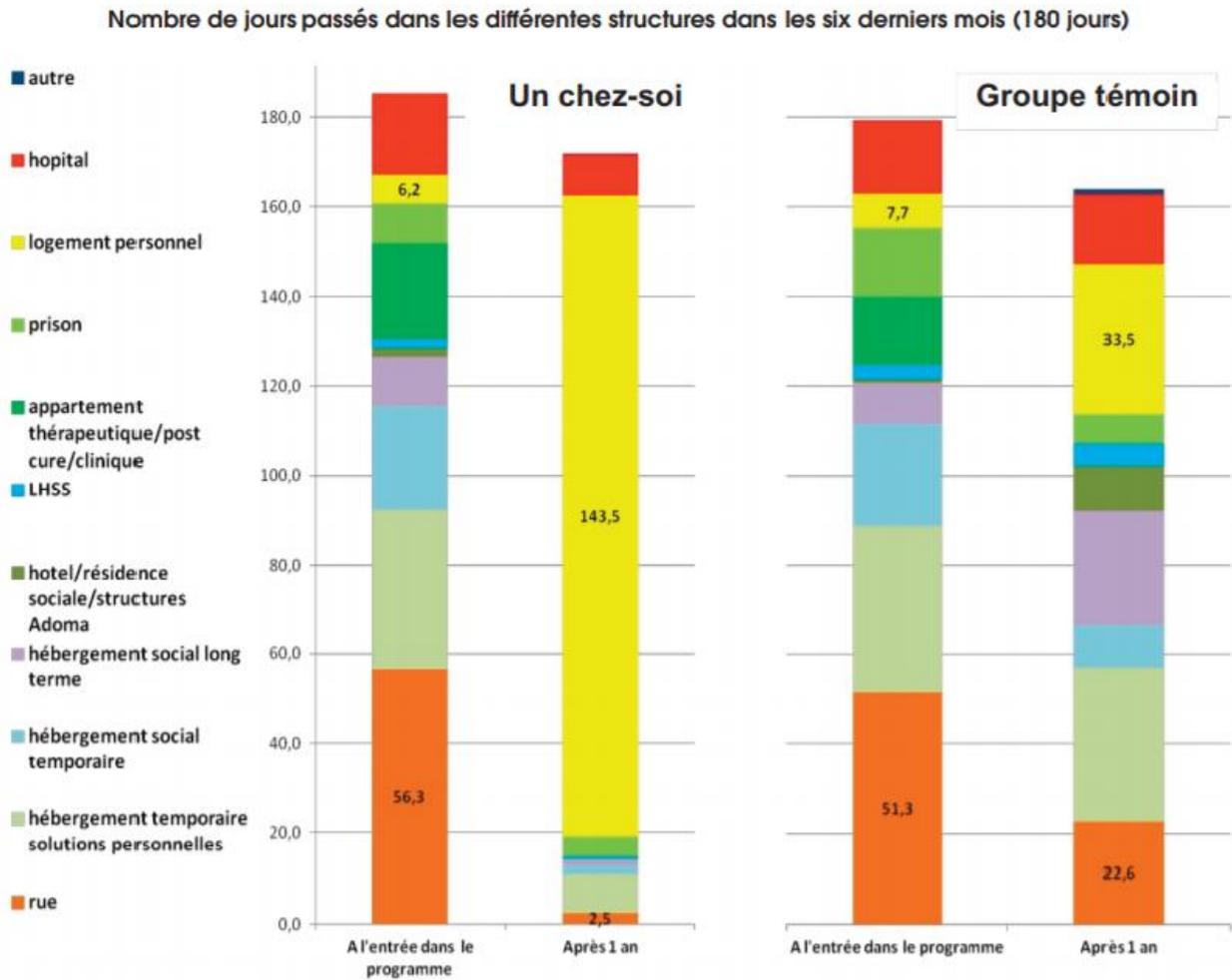
Entretien	Profession	Date de l'entretien	Type d'établissement	Lieu
N°1	Assistant de service-social	06/01/17	CSAPA	Strasbourg
N°2	Éducatrice spécialisée	12/01/17	CSAPA	Strasbourg
N°3	Assistante de service-social	18/01/17	CSAPA	Strasbourg
N°4	Psychologue	09/02/17	CSAPA / CAARUD	Strasbourg
N°5	Médecin généraliste	09/02/17	CSAPA	Strasbourg
N°6	Psychologue	10/02/17	CSAPA / CAARUD	Strasbourg
N°7	Assistante de service-social	14/02/17	Service hospitalier / Équipe mobile	Strasbourg
N°8	Infirmière	17/02/17	Service hospitalier / Équipe mobile	Strasbourg
N°9	psychiatre	02/03/17	Service hospitalier / CSAPA	Strasbourg / Brumath
N°10	psychiatre	10/03/17	Service hospitalier	Strasbourg
N°11	Médecin addictologue	14/03/17	Service hospitalier / Centre de détention	Strasbourg
N°12	Chef de service	15/03/17	CHRS	Strasbourg
N°13	psychiatre et addictologue	17/03/17 et 24/03/17	Service hospitalier	Strasbourg
N°14	Infirmier	23/03/17	Service hospitalier / Équipe mobile	Mulhouse
N°15	Médecin addictologue	23/03/17	CSAPA	Mulhouse
N°16	psychiatre et addictologue	23/03/17	Centre hospitalier / Centre de détention	Mulhouse
N°17	Psychologue	23/03/17	CAARUD	Mulhouse
N°18	Assistante de service-social	23/03/17	Centre hospitalier	Mulhouse
N°19	psychiatre	30/03/17	Centre hospitalier / Centre de détention	Strasbourg / Oermingen
N°20	Infirmier	06/04/17	CSAPA-CTR	Gerbépal (Lorraine)
N°21	Assistante de service-social	06/04/17	CSAPA-CTR	Gerbépal (Lorraine)
N°22	Assistant de service-social	06/04/17	CSAPA-CTR	Gerbépal (Lorraine)
N°23	Directeur	06/04/17	CSAPA-CTR	Gerbépal (Lorraine)
N°24	Infirmière	06/04/17	CMP	Saint-Dié des Vosges
N°25	psychiatre	13/04/17	Service hospitalier	Metz
N°26	Chef de service	03/05/17	CSAPA-CTR	Reims
N°27	Directeur	03/05/17	CSAPA	Reims
N°28	Cheffe de service	04/05/17	CHRS	Metz
N°29	Psychologue	15/06/17	CHRS	Mulhouse
N°30	Éducateur spécialisé	15/06/17	CHRS	Mulhouse

Annexe 5 : Liste des patients

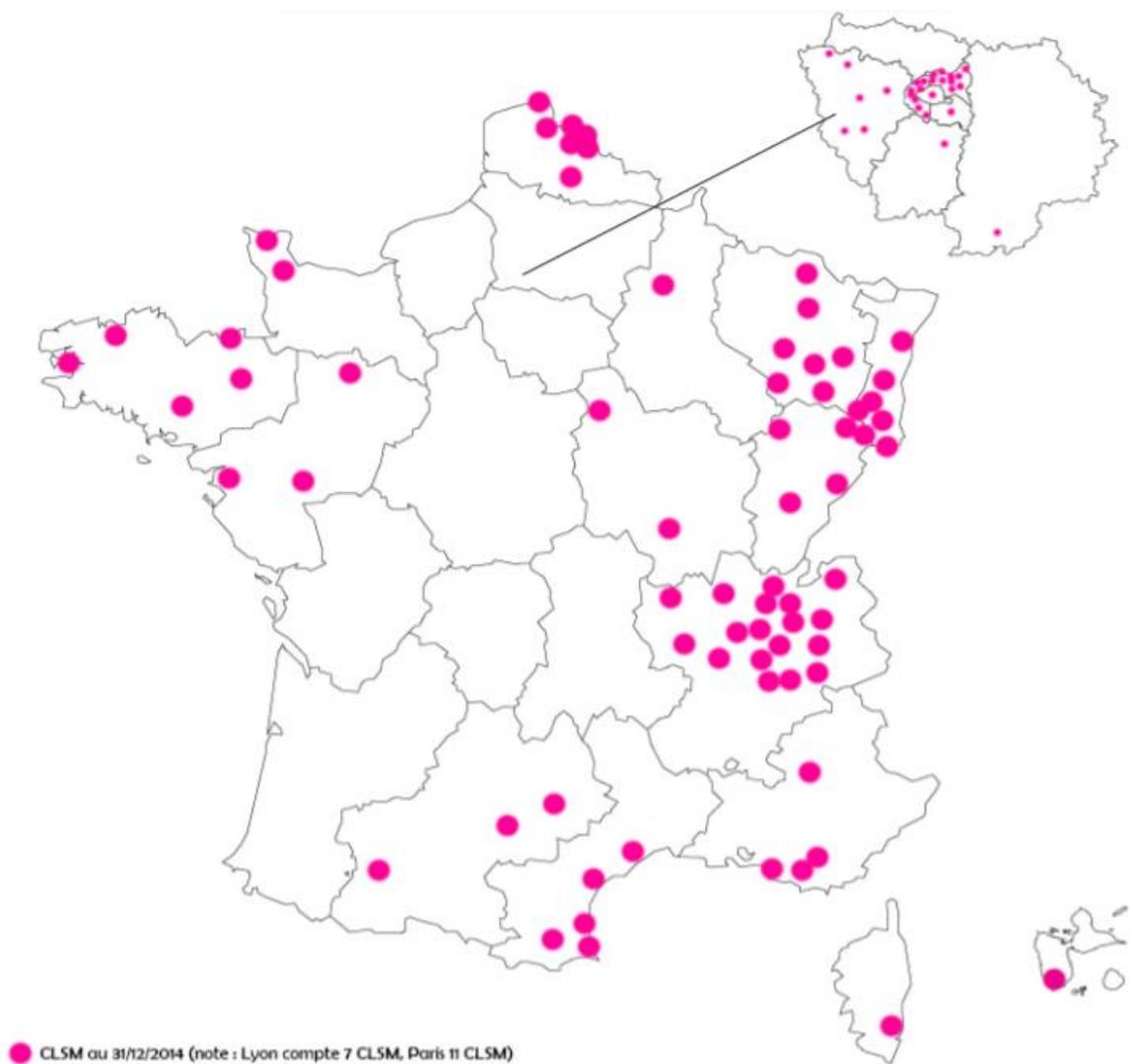
Patient	Sexe	Âge	Addictions actuelles	Comorbidité psychiatrique*	Fréquente l'ALT depuis	Logement	Entourage	Principale ressources	Date de l'entretien
C.	F	43	Alcool et tabac	Absence d'information	2003	Sans logement personnel	Vit chez sa famille	Pensions invalidité	27/04/17
G.	M	35	Alcool	Troubles psychotiques et délirants	2007	Pas de logement	En contact avec sa famille	AAH	07/04/17
J.	M	47	Alcool et Benzodiazépines	Absence d'information	1998	Pas de logement	Pas de famille	RSA	07/04/17
M.	F	36	Alcool, Hypnotiques et tranquillisants	Troubles psychotiques et délirants	2011	Pas de logement	Pas de famille	AAH	07/03/17
F.	M	57	Tabac	Troubles anxieux et dépressifs	1995	Logement durable et indépendant	Pas de famille	Prestations sociales	25/01/17
P.	M	30	Héroïne et Méthadone	Absence d'information	2014	Pas de logement	Pas de famille	Aucune	07/04/17

* Les comorbidités psychiatriques ont été diagnostiquées par des psychiatres.

Annexe 6 : Résultats de l'étude gouvernementale sur le dispositif « Un chez-soi d'abord » entre 2011 et 2016



Annexe 7 : Conseils Locaux de Santé Mentale opérationnels au 31 décembre 2014¹⁴⁷

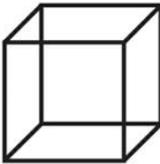
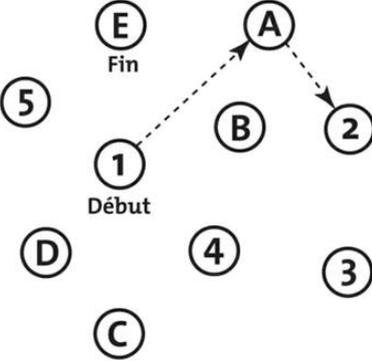
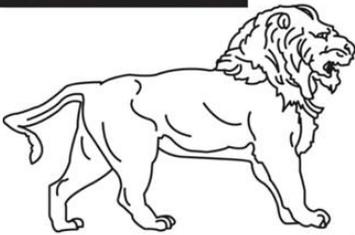
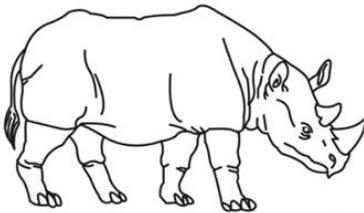
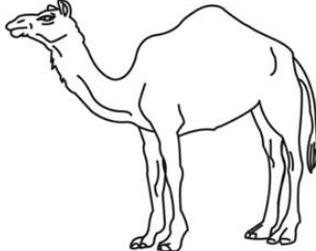


¹⁴⁷Source : « Les CLSM : état des lieux 2015 par le Centre Collaborateur OMS (CCOMS Lille) »

Annexe 8 : Moca test

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Version 7.1 **FRANÇAIS**

NOM : _____
Scolarité : _____ Date de naissance : _____
Sexe : _____ DATE : _____

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF				Copier le cube	Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)	POINTS			
	[]	[]	[]	[]	[]	[]			
		Contour	Chiffres	Aiguilles	___/5				
DÉNOMINATION									
	[]		[]		[]	___/3			
MÉMOIRE		Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
		1 ^{er} essai	2 ^{ème} essai						
ATTENTION		Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2					___/2		
		Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFABA					___/1		
		Soustraire série de 7 à partir de 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt					___/3		
LANGAGE		Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []					___/2		
		Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [] _____ (N≥11 mots)					___/1		
ABSTRACTION		Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle					___/2		
RAPPEL		Doit se souvenir des mots SANS INDICES		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement
		[]	[]	[]	[]	[]			
Optionnel		Indice de catégorie							
		Indice choix multiples							
ORIENTATION		[] Date	[] Mois	[] Année	[] Jour	[] Endroit	[] Ville	___/6	
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30	
Administré par : _____						Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans			

Annexe 9 : Mini-Mental State Examination (MMSE)

Évaluation de la fonction cognitive

Mini-examen de l'état mental (*Mini-Mental State Examination* ou MMSE)

Nom du patient _____

Date _____

Examineur _____

Le MMSE est un test comportant un score maximum de 30 points et visant à évaluer la capacité cognitive du patient en contexte clinique. Les paramètres évalués sont l'orientation, l'attention, la mémoire et le langage.

Mini-examen de l'état mental (MMSE)

Score maximum	Score		
5	_____	ORIENTATION	
5	_____	Demandez au sujet le jour de la semaine, la date, le mois, l'année, la saison. Demandez-lui ensuite de dire où il est: pays, province, ville, immeuble, étage.	
3	_____	ENREGISTREMENT	
		Nommez 3 objets courants (p. ex.: pomme, table, voiture). Prenez une seconde pour prononcer chaque mot. Par la suite, demandez au sujet de répéter les trois mots. Donnez un point par bonne réponse. Répétez la démarche jusqu'à ce que le sujet apprenne tous les mots. Comptez le nombre d'essais et notez-le: _____	
5	_____	ATTENTION ET CALCUL	
		Demandez au sujet d'épeler le mot « monde » à l'envers (E D N O M) (1 point par lettre énumérée correctement). (Note: vous pouvez demander au sujet de compter à rebours par 7 à partir de 100: $100 - 7 = ()$, $93 - 7 = ()$, $86 - 7 = ()$, $79 - 7 = ()$, $72 - 7 = ()$, et d'arrêter quand vous lui demandez (1 point par bonne réponse).	
3	_____	ÉVOCAION	
		Demandez au sujet de nommer de nouveau les trois objets déjà mentionnés (1 point par bonne réponse). (Note: on ne peut vérifier l'évocation si le sujet n'a pas pu se rappeler le nom des trois objets au test d'enregistrement ci-dessus).	
2	_____	LANGAGE	
1	_____	Montrez au sujet un crayon et une montre et demandez-lui de les nommer.	(2 points)
3	_____	Demandez au sujet de répéter l'expression suivante: « Pas de si ni de mais ».	(1 point)
		Demandez au sujet d'obéir à un ordre en trois temps: « Prenez ce morceau de papier avec la main droite, pliez-le en deux et déposez-le sur le plancher. »	(3 points)
1	_____	LIRE ET SUIVRE LES DIRECTIVES SUIVANTES:	
1	_____	Fermez les yeux.	(1 point)
1	_____	Écrivez une phrase.	(1 point)
1	_____	Copiez le dessin suivant.	(1 point)



Aucune difficulté sur le plan de la construction.

Score total _____

D'après Folstein MF, Folstein SE et McHugh PR. "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:196-8 et Cockrell JR et Folstein MF. Mini-Mental State Examination (MMSE) *Psychopharm Bull* 1988;24(4):689-92.

Annexe 10 : Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB)

Échelle ECAB

Échelle ECAB		
Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (attribuer 1 point en cas de réponse « vrai », sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »)		
Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments tranquillisants et/ou somnifères que vous prenez.		
Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.		
Il est indispensable de répondre à toutes les propositions avec une seule réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.		
Nom du médicament concerné :		
	Vrai	Faux
1. Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

Annexe 11 : Questionnaire Rapid Addiction Profile (RAP)

test-addicto.fr

Questionnaire RAP (Rapid Addiction Profile)

Ces questions portent sur l'évaluation de la gravité des problèmes de votre patient dans 5 dimensions.
Les descriptions cliniques sont données à titre d'exemple, choisissez le degré de gravité qui se rapproche le plus de votre patient : 1 - pas de problème, 2 - quelques problèmes, 3 - sérieux problème, 4 - problème majeur

I - Dimension somatique

- Bon état général, sérologies négatives (HIV, hépatite B, C)
- Sérologies positives, état général légèrement diminué, problèmes dentaires et d'hygiène, abcès non compliqués
- Trithérapie HIV en cours, hépatite chronique, comorbidité somatique (diabète, etc), abcès compliqués
- SIDA (maladie), endocardite, pancréatique, atteinte neurologique sévère

II - Dimension psychiatrique

- Pas de diagnostic autre que abus et dépendance selon CIM 10, DSM-IV
- Diagnostic sur Axe II du DSM-IV (trouble de personnalité), polytoxicomanie
- Diagnostic syndromique - Axe I DSM-IV (p.ex. trouble bipolaire, schizophrénie, dépression manifeste)
- Plusieurs diagnostics psychiatriques aigus ou invalidants

III - Dimension motivationnelle

- Patient collaborant, conscience du problème, motivé par le traitement
- Patient collaborant, conscience partielle du problème, ambivalent face au traitement
- Patient qui consulte sous pression d'un tiers, déni partiel du problème personnel, réticent face au traitement
- Patient oppositional, sous contrainte, déni du problème, ne voyant pas l'intérêt d'un traitement

IV - Dimension crise

- Conjoint soutenant, famille mettant des limites claires, employeur ferme et compréhensif
- Famille à disposition vague, conjoint co-dépendant, employeur collaborant
- Famille rejetante, conjoint intoxiqué, pas de levier professionnel
- Violences conjugales et familiales, crise aiguë dans le milieu du patient

V - Dimension ressources

- Salaire, logement, pas de problème judiciaire, vie sociale active
- Chômage, logement précaire, problèmes judiciaires, vie sociale réduite, formation professionnelle
- Aide sociale, pas de logement propre, mandat judiciaire, dettes importantes, pas de formation professionnelle, pas de vie sociale autre que la "zone"
- SDF, marginalisation totale, délinquance violente

Interprétation

1	Pas de problème particulier dans la dimension considérée et qu'une investigation n'est même pas nécessaire
2	Indique qu'il y a une difficulté qu'il faut investiguer (p.ex. sérologie, trouble de la personnalité)
3	Problème significatif qui justifie d'un traitement ou d'une intervention appropriée (p.ex. traitement de dépression, intervention motivationnelle, rencontre avec la famille)
4	Indique qu'il y a une urgence, une situation de crise aiguë qui justifie une intervention immédiate (souvent une hospitalisation)

Référence : février 2001, J. Besson Médecin chef de la Division d'abus de substances CHUV, Lausanne

Annexe 12 : Questionnaire Adolescents et Substances psychoactives (ADOSPA)

Questionnaire Adolescents et Substances psychoactives (ADOSPA)

Les questions suivantes sont en rapport avec ta consommation d'alcool et de drogues.

Question	Oui	Non
1 - Es-tu déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (toi y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?		
2 - Utilises-tu de l'alcool ou d'autres drogues pour te détendre, te sentir mieux ou tenir le coup ?		
3 - As-tu déjà oublié ce que tu avais fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?		
4 - Consommes-tu de l'alcool et d'autres drogues quand tu es seul(e) ?		
5 - As-tu déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?		
6 - Tes amis ou ta famille t'ont-ils déjà dit que tu ferais bien de réduire ta consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?		

Deux réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives

Annexe 13 : Analyse du tableau « La médecine » de Gustave Klimt reproduit par Elisabeth Nicolay

Ce tableau est une copie d'une œuvre réalisée par le peintre Gustave Klimt qui devait initialement orner le plafond de l'université de Vienne. L'œuvre fut présentée en 1901 et fit scandale auprès des autorités universitaires qui en avaient fait la commande, à la fois pour sa forme, présentant des nues dans des postures évocatrices, mais aussi et davantage sur le fond pour la vision de la médecine que ce tableau représentait.

Les corps torturés et magnifiés s'enlacent sans secours dans une étreinte macabre, embarqués dans un ultime voyage onirique. Hygie, déesse de la santé, se dresse au premier plan dans toute sa magnificence, mais tourne le dos aux êtres derrière elle. Toutes les étapes de la vie sont représentées, de la naissance à la mort, et nul n'échappe à ce destin tragique. Certains visages semblent avoir trouvé une forme de sérénité dans ce voyage, voire de plaisir, tandis que d'autres gisent dans le tourment.

Dans cette étreinte collective, les bouches et les regards restent clos. Malgré la proximité et la nudité des corps, chacun semble être focalisé sur sa propre expérience en son intimité, sans tenir compte de la souffrance d'autrui. Un homme seul pose sa main sur la bouche d'une femme, l'empêchant ainsi de s'exprimer. Nul mot n'apparaît ici nécessaire, car l'expérience paraît trop intime pour être communiquée. Isolée, une figure féminine représentant la vie agit en miroir de l'homme en contrebas. Dans leurs gestes l'un vers l'autre, ils paraissent incapables de s'atteindre malgré la similitude de leurs gestes.

Hygie, elle, a le regard grave, et semble savoir. Son pouvoir est manifeste, mais elle se détourne de ce spectacle. Toutes les vérités de la médecine sont représentées dans ce tableau : la naissance, la vie, la mort, la solitude, la souffrance, l'angoisse, la rémission, la joie, l'abandon. Mais plus encore que la médecine, c'est toute la vie qui est représentée ici, toutes les joies et les peines, toutes les vérités de l'existence.

Si ce tableau semble quelque peu lugubre au premier abord, il exprime bien la réalité des patients concernés par notre étude. L'expérience intime que tous semblent vivre fait écho à celle des consommations et des maladies psychiatriques. Tous les individus sont entourés mais se trouvent dans une profonde solitude, incapables de communiquer ce qu'ils vivent. L'ensemble du tableau exprime une impression d'hallucination, à la fois magnifique et terrible, dans une sorte de chute statique des hauteurs immaculées jusqu'aux profondeurs noirâtres.

