



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Réflexions sur le parcours de soins des patients sans domicile
souffrant d'une addiction**

Présentée et soutenue publiquement le 6 avril 2018 à 16h00
au Pôle Formation
par **Cindy NAUDIN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur THOMAS

Monsieur le Professeur VAIVA

Madame le Docteur PARANT

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur PARANT

Avertissement

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

SOMMAIRE

TABLE DES ABREVIATIONS.....	12
INTRODUCTION.....	14
I. NOTIONS HISTORIQUES ET DONNEES GENERALES.....	16
A. A propos du sujet sans domicile	17
1. Des vagabonds, mendiants, clochards et autres gueux aux SDF : approche historique	17
1.1. Du Moyen Age à la Renaissance.....	17
1.2. XVIIe et XVIIIe siècles.....	19
1.3. XIXe siècle.....	20
1.4. Du début du XXe siècle à la crise des années 1970	21
1.5. Des années 1970 au début du XXIe siècle	23
2. La personne sans domicile, un sujet stéréotypé	24
3. Définitions.....	28
3.1. Sans-domicile fixe (SDF).....	28
3.2. Sans-domicile	29
3.3. Sans-abrisme / Sans-abri	29
3.4. Pauvreté.....	30
3.5. Précarité.....	31
3.6. Exclusion.....	31
B. A propos du sujet addict	32
1. Histoire des drogues.....	32
1.1. Tabac	33
1.2. Alcool.....	34
1.3. Amphétamines.....	35
1.4. Opiacés	36
1.5. Cocaïne.....	37
1.6. Cannabis	38
1.7. L.S.D 25	39

2. Concept d'addiction	41
3. Les addictions, entre fascination et rejet.....	48
3.1. La drogue, un phénomène de société	48
3.2. Stigmatisation des conduites addictives.....	51
3.3. Politique des addictions.....	53
II. QUELQUES CHIFFRES	56
A. Démographie des sujets sans domicile en France.....	57
B. Epidémiologie des conduites addictives en population générale.....	59
C. Epidémiologie des conduites addictives chez les personnes sans domicile	61
III. PSYCHOPATHOLOGIE	63
A. Des personnes sans domicile	64
1. Le profil type du sujet sans domicile existe-t-il ?	64
1.1. Modalités d'attachement	64
1.2. Parcours de vie	67
1.3. Circonstances liées à la perte du logement.....	69
2. Modalités d'adaptation face à la rupture.....	72
3. Etat de santé mentale des personnes sans domicile	77
B. Du sujet addict	81
1. Modèle psychanalytique	81
1.1. La vie pulsionnelle	81
1.2. La place du Surmoi	84
1.3. L'interaction mère-enfant.....	84
1.4. L'insécurité affective.....	87
2. Modèle psychologique de Stanton PEELE (1975, 1985)	89
3. Modèle de recherche de sensations de M. Zuckerman	91
4. Modèle cognitivo-comportemental.....	92
4.1. Les théories comportementales	92
4.2. Les théories cognitives	94
5. Modèle systémique d'approche familiale	98

IV. PARCOURS DE SOINS	102
A. Accompagnement de la personne sans domicile souffrant d'une addiction.....	104
1. L'offre de soins en addictologie	104
1.1. Un peu d'histoire.....	104
2.2. De nos jours, en France et dans la région.....	107
2. Le réseau d'aide et d'hébergement	111
B. Discussion.....	118
1. Aller vers.....	118
2. Articulation entre les acteurs du sanitaire et du social.....	123
3. Place de la problématique logement dans le parcours de soins	127
CONCLUSION	131
BIBLIOGRAPHIE	133

TABLE DES ABREVIATIONS

APA	American Psychiatric Association
CIM	Classification statistique Internationale des Maladies
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CDT	Commission de Dissuasion de la Toxicomanie
CHAA	Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CJC	Consultation Jeune Consommateur
CMAO	Coordination Mobile d'Accueil et d'Orientation
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Préventions en Addictologie
CSST	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
FEANTSA	Fédération des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri
FFA	Fédération Française d'Addictologie
HF	Housing First
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MIO	Modèles Internes Opérants
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
RESPADD	RESeau de Prévention des ADDictions
RSSLM	Réseau Santé Solidarité Lille Métropole
SAMENTA	SAnté MENTale et Addictions chez les sans domicile franciliens
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TSO	Traitements de Substitutions aux Opiacés

INTRODUCTION

« Le respect. Voilà un mot sur lequel il y a un consensus ! Mais le respect ne va pas de soi, il a besoin d'être redécouvert. On a beaucoup de mal à respecter le fait que les gens en auto-exclusion, se font du mal au lieu de se faire plaisir. C'est intolérable ; c'est une ascèse d'accepter que quelqu'un puisse se faire du mal, parce qu'à un moment de sa vie, il en a besoin ; d'accepter de le côtoyer et d'en souffrir soi aussi, tout en limitant les risques de sa destructivité autant que possible. »(1)

Ainsi les représentations des personnes sans domicile sont-elles souvent teintées de rejet, de stéréotypes, dont celui du « clochard alcoolique » n'est pas le moindre. Quelques études(2-5) se sont intéressées à la prévalence des conduites addictives dans cette population et ont retrouvé des résultats très hétérogènes d'une étude à l'autre. Elles ont également permis de refléter la difficulté, d'une part, de disposer d'outils valides et, d'autre part, d'atteindre ces usagers. En effet, selon l'OFDT, les usagers désocialisés seraient de plus en plus difficiles à atteindre(6) ; notamment lorsque la précarité sociale conduit à l'auto-exclusion et que la personne concernée n'est plus en mesure de penser, de sentir son corps ou ressentir ses émotions.

Dans cet univers de la misère sociale, les addictions et leur prise en charge doivent représenter une source de préoccupations majeure dans les secteurs de la santé publique et de la psychiatrie. En effet, leur coût social, loin d'être négligeable, en fait un réel enjeu sociétal.

Dans ce contexte, quelles réponses apporter aux conduites addictives d'une population qui échappe aux soins ?

Les concepts actuels de l'addiction ont largement participé au changement du paysage politico-législatif qui encadre leur prise en charge. Dès lors, face aux sujets addicts sans domicile, se pose la question de l'articulation de certains champs d'action afin de permettre la prise en charge du patient dans sa globalité.

A travers une meilleure compréhension du sujet sans domicile souffrant d'addiction, cette thèse propose un état des lieux des problématiques posées dans la prise en charge de ces patients, des solutions proposées actuellement et quelques réflexions autour de pistes à explorer pour l'avenir.

I. NOTIONS HISTORIQUES ET DONNEES GENERALES

A. A propos du sujet sans domicile

1. Des vagabonds, mendiants, clochards et autres gueux aux SDF : approche historique

Les représentations et définitions actuelles du sans-domicile ne peuvent se comprendre qu'à travers l'histoire de celui-ci, histoire riche et très ancienne. Déjà, les mendiants d'antan attisent la curiosité et suscitent des réactions de fascination et de rejet. L'histoire du sujet sans domicile est empreinte de nombreux temps de ruptures, notamment économiques, provoquant des retentissements sur la mobilité des populations.

1.1. Du Moyen Age à la Renaissance

- Au Moyen Age, le mendiant est celui qui a recours à l'aumône et le vagabond, mobile dans ses déplacements, est celui qui erre. Toutefois, les limites entre les deux notions restent floues et les deux termes peuvent en réalité être utilisés pour désigner la même personne. En effet, les vagabonds avaient pour la plupart des allures de « mendiants mobiles ». Ces vagabonds mendiants désignent aussi ceux devant se déplacer pour des raisons professionnelles. Les deux figures de vagabondages et de mendicité sont associées jusqu'à la fin de l'Ancien Régime.

- La religion occupe une place centrale et les fous et les pauvres sont considérés comme des « pèlerins de Dieu ».(7) A travers l'aumône, les riches vont alors tenter de racheter leur salut. Le pauvre est en quelque sorte instrumentalisé et la conquête du salut des plus riches lui donne alors une raison d'exister. A cette époque, l'aumône fait du pauvre un sujet dépendant, hiérarchiquement inférieur et qu'il est donc possible d'humilier.

Toutefois, à partir du XIII^e siècle, les ruraux affamés arrivent en masse dans les villes et les pauvres deviennent rapidement le « fléau de Dieu ».(8) Cela, notamment parce qu'ils sont assimilés aux goliards, étudiants en théologie qui adoptent une attitude anticléricale. Dès lors, une certaine ambivalence apparaît dans la société entre fascination de celui qui permettrait « d'accéder à Dieu » et rejet de celui qui serait responsable de troubler l'ordre public.

- Reposant sur la charité, grande vertu de la religion chrétienne, les abbayes jouent un rôle primordial en matière d'assistance en se transformant en de réels asiles pour les vagabonds. Puis, au XII^e et XIII^e siècle, les maisons hospitalières relayent progressivement les abbayes dans leur rôle d'assistance, pouvant offrir l'hospitalité aux errants qu'ils aient ou non besoin de soins.

- Au XIV^e siècle, les guerres sont responsables de nombreuses crises économiques et de l'errance des populations civiles. Les accidents climatiques et les épidémies telles que la peste noire (1346 - 1353) engendrent une réelle perturbation du marché du travail. La peste noire fait également du vagabond, possible vecteur de l'infection, un coupable. Jean Delumeau, historien, soutient que c'était le moyen de rendre l'inexplicable compréhensible et de trouver des individus responsables des péchés ayant provoqué la colère divine.(9)

A partir de ce siècle, le vagabondage est de plus en plus stigmatisé. La « mendicité résidentielle », plutôt tolérée, s'oppose à la « mendicité mobile »(10) totalement rejetée. La « législation anti-vagabondage »(11) commence en 1351 sous le règne du roi Jean le Bon en demandant, entre autres, que les clercs arrêtent d'assister les vagabonds. Puis, sous le règne de Louis XI (1461 – 1483), le vagabondage est considéré comme un crime. Les errants sont utilisés pour nettoyer les rues et les rivières et c'est sous le règne de Charles VIII (1483 – 1498) qu'ils sont envoyés dans les galères afin de palier au manque de rameurs dans la marine.

- Au XV^e siècle, fin du Moyen Age, les vagabonds mendiants sont soupçonnés par les autorités d'évoluer dans une contre-société. Ils sont perçus comme une véritable communauté vivant dans un monde *underground* très codifié. Ils utilisent un jargon, langage qui leur est

propre, et le mot « gueux » voit le jour. Il désigne, de façon péjorative, à la fois le pauvre et le mendiant. Cette « société parallèle » dans laquelle évoluent les mendiants renforce l'ambivalence déjà présente au XIII^e siècle et suscite peur et admiration.

- Le XVI^e siècle est marqué par l'arrivée d'un capitalisme qui accorde au travail une place centrale. Dès lors, les « mauvais pauvres » que sont les vagabonds et mendiants valides sont de moins en moins tolérés par la société et ce changement de paradigme socioéconomique tend à les stigmatiser et à les exclure davantage. Ils deviennent une tare et passent de leur statut de sujet instrumentalisé dans le but de racheter les péchés des plus riches à des sujets inutiles dont il faut se débarrasser. Sous le règne de François I^{er}, les pauvres valides et les vagabonds sont alors considérés comme des personnes à rééduquer. Ils sont employés de forces dans les fortifications de Paris et sont envoyés aux galères où ils sont qualifiés de « gibier de galères ».(12)

1.2. XVII^e et XVIII^e siècles

- De plus en plus souvent, les vagabonds sont perçus comme dangereux pour le maintien de l'ordre public. Ils sont soupçonnés de commettre des vols, des agressions physiques et des rapt d'enfants. Définitivement, le mendiant vagabond, qui représentait au début du Moyen-Age le « pauvre du Christ »(13) , perd son statut d'intermédiaire entre les hommes et Dieu et devient le « trouble-fête ».

- Les XVII^e et XVIII^e siècles sont marqués par la mise en place d'un système répressif visant à lutter contre les mendiants vagabonds qui sont alors considérés comme une « race » vouée à disparaître(14). Les « bons pauvres », mendiants non valides, relèvent de l'assistance tandis que les « mauvais pauvres », mendiants valides, relèvent de la réclusion. Les femmes et les enfants se consacrent à des activités textiles alors que les hommes sont destinés à des travaux de gros œuvre dans le bâtiment et la fortification. Par ailleurs, les vagabonds continuent d'être envoyés aux galères.

- Ces mesures répressives reposent également sur la création de l'Hôpital général en 1656, sous le règne de Louis XIV (1643 – 1715), avec pour priorité de réguler le flux des mendiants tandis que les vagabonds et gens sans aveu sont à la charge des policiers. Cet « Hôpital », n'a en réalité aucune vocation thérapeutique mais accueille les pauvres « de tous sexes, lieux et âges, de quelques qualité et naissance, et en quelque état qu'ils puissent être, valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables »(15) et devient un espace d'exclusion mêlant mendiants, « fous », débauchés et prostituées.(16) Il est une véritable structure post judiciaire de répression dans laquelle règne une discipline stricte d'inspiration religieuse. Erwing Goffman, sociologue américain, décrit un personnel chargé de « surveiller » ainsi que des « châtiments corporels ».(17)

- L'ordonnance du 10 mars 1720 assimile les vagabonds aux mendiants en s'adressant à ceux n'ayant ni profession, ni domicile, ni bien et ne pouvant être recommandés. Les mendiants sont alors punis d'un mois d'enfermement à l'Hôpital général à la première arrestation et, à la deuxième arrestation, de cinq ans de galères pour les hommes ou au fouet et au carcan(18) (*collier de fer pour attacher un criminel au poteau d'exposition*) pour les femmes. Ces mesures répressives via les hôpitaux généraux vont finalement se solder par un échec par manque de moyens financiers, de personnels et d'infrastructures.

- Le 21 octobre 1767, un arrêt du Conseil crée des dépôts dans tout le royaume afin de palier à l'insuffisance des hôpitaux. Ces « dépôts de mendicité »(19) vont progressivement prendre la place des hôpitaux et devenir alors des structures majeures d'enfermement se fondant sur des mesures répressives bien plus sévères. Sont incarcérés tous les vagabonds, errants, prostituées mais le bilan de ces dépôts sera très négatif, mettant une fois de plus en échec la volonté politique d'éradiquer la masse errante.

1.3. XIXe siècle

- La Grande Dépression (1873 – 1896) marque une rupture avec la forte croissance économique mondiale des années 1850. Le contexte de mondialisation associé à un défaut de

compétitivité en France, entraîne une chute des prix agricoles et les entreprises ralentissent la production voire font faillite. Il en résulte alors un accroissement considérable du vagabondage. Afin de réguler la mobilité ouvrière, le Consulat met en place le livret ouvrier et selon le code pénal de 1810, « tout ouvrier qui voyagerait sans livret serait tenu comme vagabond ».(20)

- A la fin du XIXe siècle, le terme de « clochard » apparaît et désigne souvent le mendiant des villes ayant tendance à se fixer en certains lieux tandis que le chemineau et le vagabond peuplent surtout la campagne mais peuvent aussi traverser voire parfois séjourner dans certaines villes.

1.4. Du début du XXe siècle à la crise des années 1970

- La période des Trente Glorieuses, séparant la fin de la seconde guerre mondiale en 1945 et le choc pétrolier de 1973, correspond à une période de déclin du vagabondage. Cette période, marquée par une forte croissance économique, est propice au travail de la main-d'œuvre ouvrière jusque là instable. D'autre part, la mise en place d'un Etat providence, c'est-à-dire d'un ensemble d'interventions économiques et sociales, favorise le déclin du vagabondage. Dès lors, la protection sociale se renforce et les premières grandes lois d'assistance sociale apparaissent en 1905. La Sécurité sociale est inventée en 1945.

- Dans les années 1950, le vagabondage est perçu comme un « mode de vie individuel », « quasi volontaire » et comme une « échappatoire aux contraintes de la modernité ».(21) Ils sont souvent décrits comme étant des hommes âgés qui manquent de relations sociales. Pourtant, à cette époque, ils intègrent en réalité une sorte « d'économie parallèle »(22) en étant employés pour divers petits travaux d'appoint comme laver des carreaux, transporter des marchandises ou encore effectuer des tâches de récupération comme la « biffe » qui est le fait de récupérer les déchets des plus riches afin de les vendre par la suite.

- Durant la période d'après-guerre, les HBM (Habitations à Bon Marché) voient le jour et deviennent, en 1950, les HLM (Habitations à Loyer Modéré). Quelques années plus tard, les « cités de transit »(23) puis, les ZUP (Zone à Urbaniser en Priorité), sont créées. Initialement prévues pour lutter contre la pauvreté et la crise du logement d'après guerre, aucune d'entre elles ne correspondaient réellement aux besoins du sans-abri car elles s'adresseront en réalité à des populations de travailleurs déjà intégrés et, à partir de la V^o République, aux classes moyennes désirant accéder à la propriété.

L'appel de l'Abbé Pierre du 1^{er} février 1954 tend à soutenir les sans-abris et critique leurs conditions de vie, notamment durant l'hiver. Ce discours réveille quelques esprits et l'Etat interdit alors les procédures d'expulsion du logement durant les mois d'hiver de décembre à mars.

- A cette même époque, la charité chrétienne et l'intérêt pour les œuvres caritatives connaît un rebond. Nous pouvons, entre autres, citer les Petits Frères des pauvres, La Mie de Pain apparu en 1891 et l'Armée du Salut. Cette dernière est notamment à l'origine, à partir de l'hiver 1925, de la « charrette fantôme » qui transporte de la soupe et du pain de 22 heures à 3 heures du matin. Le Secours catholique, le Secours populaire, Emmaüs ou encore ATD Quart Monde apparaissent après 1944.

Toutefois, bien qu'ils soient de plus en plus nombreux à vouloir venir en aide aux sans-abri, les mesures de répression existent toujours. En 1955, on parle de « délit de misère »(24) pour désigner le délit de vagabondage, c'est-à-dire, l'absence de domicile, de profession et de ressources. Les condamnations varient de 10 à 30 jours de prison. Mais, l'inscription au casier judiciaire est préjudiciable pour leur réinsertion puisque de plus en plus de patrons exigent un casier judiciaire vierge.

1.5. Des années 1970 au début du XXIe siècle

- En 1973, la période des Trente Glorieuses se termine par une augmentation soudaine du prix du pétrole et débouche sur une véritable crise socioéconomique au cours de laquelle le chômage bat tous les records. Le chômage, qui était anciennement d'origine technologique, devient structurel. Le critère travail qui permettait de définir le vagabondage ne permet alors plus de définir la population errante de la fin du XXe siècle.

- A partir des années 1980, l'appellation « Sans Domicile Fixe » envahit les médias et gagne l'opinion publique bien qu'il s'agisse d'un terme ancien apparu dans les états administratifs et judiciaires à la fin du XIXe siècle

En 1996, le Conseil national de l'information statistique définit le « SDF » comme celui qui n'a pas de logement, qu'il erre ou non et selon l'INSEE, une « personne est dite sans domicile un jour donné si, la nuit précédente, elle a eu recours à un service d'hébergement ou si elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune) ».(25)

Il existe alors une rupture entre le vagabond / clochard de l'époque désignant l'errant qui ne travaille pas et le « SDF » des temps modernes désignant celui qui ne dispose d'aucun logement privé.

D'abord considérés comme les « pèlerins de Dieu », instrumentalisés pour racheter le salut des plus riches, ils deviennent rapidement le « fléau de Dieu », exclus de la société. Puis, l'arrivée du capitalisme tend à les exclure d'avantage. Rapidement, des mesures répressives voient le jour de façon successive pendant plusieurs siècles avec l'intention de masquer voire « d'éradiquer » cette masse errante mais la plupart de ces mesures se solderont par un échec. Le non-travail qui servait autrefois à définir le vagabond mendiant, le clochard, perd sa signification à l'aube d'une société marquée par le poids du chômage. Dès lors, le terme de

« SDF » est employé pour désigner celui qui n'a pas de logement et non pour désigner celui qui n'a pas de travail.

Quelles qu'elles soient, les définitions envisagées ne changent pas réellement le statut du sans-domicile qui continue, depuis le Moyen-âge, à être en marge de la société. Qu'en est-il de la stigmatisation de cette population ? L'histoire a-t-elle permis de véhiculer une image du sans-domicile dont il lui serait impossible de se défaire ? A la fin du Moyen Age, « la littérature ne diabolise pas uniformément l'errant »(26) ce qui génère, dès cette époque, une ambivalence face aux mendiants.

2. La personne sans domicile, un sujet stéréotypé

- Les peintres ont été nombreux à représenter les errants. Citons par exemple Rembrandt qui les introduit dans des peintures de genre, Murillo avec sa peinture d'un *Jeune mendiant* en 1648 ou encore Georges de La Tour qui peint une *Rixe de musiciens ambulants* vers 1620. Leurs peintures permettent à la fois la reconnaissance des errants dans leurs différences, notamment sociale et culturelle, mais aussi de faire état des peurs qu'ils inspirent et de leur étrangeté ; ceux-ci étant très souvent représentés comme infirmes et laids. Jacques Callot (1592-1635) a réalisé de nombreuses gravures représentant les pauvres errants voire en les mettant en scène afin de traduire « leur souffrance, mais encore la fourberie (regards faux et arrogants) que la société leur attribue [...] [et dénoncer] l'hypocrisie sociale contribuant à la solitude de ces errants ».(27)

- Aujourd'hui, le stigmate du sans-domicile isolé perdure malgré les changements sociétaux bien qu'en réalité, toutes les personnes sans domicile ne sont pas en marge de la société. En effet, l'enquête sans-domicile de l'INSEE de 2001 (SD 2001), réalisée auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds dans les agglomérations de plus de 20.000 habitants, retrouve que, bien que souffrant de la solitude, trois quart de ceux ayant de la famille disent les voir fréquemment et un tiers travaille (majoritairement des métiers ouvriers et sans qualification). Cela renvoie d'une certaine manière à l'histoire du sans-domicile à travers le temps et le fait que, bien que considéré

comme un marginal, il occupait tout de même une place dans la société en participant à l'époque à une sorte « d'économie parallèle ».

- Pierre Babin, « psychanalyste nomade », s'est intéressé à la condition du sujet sans domicile. Il s'est installé auprès d'eux et les a écouté afin de tenter de comprendre ce qui faisait d'eux des exclus, des « humains que la cité ne peut supporter que là où on met les poubelles ».(28)

Le regard des passants, qu'il soit présent ou absent, peut vite être perçu comme déshumanisant dans ce « monde moderne [qui a] soif de résultats rapides et efficaces ».(29) L'honnête citoyen se sent « propre » par le simple fait de regarder cet « objet de honte ». La honte, « sentiment aigu et douloureux du rabaissement de soi », « sensation de soi-même qui chute ».(30) Cela n'est pas sans rappeler les plus riches du Moyen-âge qui rachetaient leur salut en pratiquant l'aumône aux mendiants. « Le SDF exorcise nos peurs en nous assurant qu'il supporte seul la misère du monde ».(29)

- « L'exclu [...] est objet de honte »(31) et cet « objet de honte » est aussi un « objet de manque » qui fait peur à l'humain. « [...] *manica*, la racine latine de « manque », cet « espèce de gant » qui représente le creux dans lequel va s'inscrire la demande, la main tendue au moment de « faire la manche », pour manger, pour « vivre ». »(28)

- Quelles que soient les raisons qui l'ont amené à cette grande précarité, le sujet sans domicile n'échappe pas à l'image qu'il renvoie. Au XIXe siècle, la maladie qui leur est attribué le plus couramment est ce qui était appelé « la folie vagabonde » provoquée par l'usage du vin. Dès lors, l'excès de vin est assimilé à l'entrée en vagabondage, bien que les cas notoires d'abus d'alcool étaient relativement rares.(32) Aujourd'hui encore, les amalgames existent et, indépendamment de lui, le sujet sans domicile véhicule une image de « toxico » ou encore « d'alcoolique » comme s'il s'agissait d'une façon de vivre, indissociable de la rue. Comme si, la stigmatisation dont il est victime, lui permettait d'exister aux yeux de la société, d'être « quelqu'un » au travers du stéréotype et de « remplir » cet « objet de manque ».

- Toutefois, malgré l'image qu'ils renvoient, ils étaient un certain nombre à déclarer dans une étude sur l'usage d'alcool au sein de groupes sans abri, boire « comme tout le monde » et que le fait de boire ne serait pas en lien avec le fait qu'ils vivent à la rue.(33)

Comme d'autres consommateurs d'alcool qui ne vivent pas à la rue, ils seraient à la recherche d'effets spécifiques tels que l'amnésie, le contact avec autrui, l'anxiolyse, la stimulation et les effets hypnotiques. L'alcool qui calme et qui stimule permettrait d'interagir avec l'autre sans se laisser déborder par ses émotions et peut être perçu comme le moyen d'affronter la réalité, d'améliorer les interactions et devenir un « être socialisable ».(33) Cependant, à l'inverse des consommateurs domiciliés, certains effets comme l'euphorie ne sont quasiment pas recherchés par les sans-abri.

« Multifonctionnel, l'alcool est adapté à toutes les situations : selon le cas, il réchauffe ou rafraîchit, stimule ou apaise : à dire vrai, comme totem vivace, le vin supporte une mythologie variée qui ne s'embarrasse pas des contradictions » (Barthes, 1970).(33)

- Contrairement aux idées reçues, les comportements d'alcoolisation ne sont donc pas toujours aussi omniprésents que dans l'imaginaire collectif. Il existe en réalité autant de comportements à l'égard de l'alcool que de situations sociales. Les ressources, le type d'hébergement, l'âge, le sexe et la nationalité sont des facteurs qui influencent cette consommation d'alcool. Toutefois, lorsque les consommations existent, il semblerait que les risques d'usage nocif ou de dépendance à l'alcool apparaissent nettement plus élevés au sein de la population sans domicile que dans la population générale.(5)

- Certains auteurs sont particulièrement sensibles à la stigmatisation quasi systématique des personnes sans domicile. L'article de F. Beck, S. Legleye et S. Spilka sur « l'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype »(5) reprend les données de l'enquête SD 2001 de l'INSEE.

De façon semblable à la population générale, les hommes apparaissent plus consommateurs que les femmes avec de forts contrastes selon les générations et notamment une consommation plus répandue parmi la tranche 45-54 ans. La consommation des hommes était

fréquemment associée à l'idée de « convivialité, de robustesse et de valeurs viriles » et celle des femmes associée à des « valeurs positives telles que l'émancipation et l'indépendance ».

Lorsque les auteurs comparent les consommations des personnes sans domicile à celles de la population générale, il semblerait de prime abord que les sujets sans domicile consomment moins que la population générale du même âge.

Toutefois, à la différence des enquêtes en population générale, la question posée aux personnes sans domicile concernant leur consommation actuelle d'alcool ne couvre pas de période précise comme les douze derniers mois ou les trente derniers jours. Si la consommation n'est pas définie sur une période donnée, certaines réponses peuvent alors être minimisées.

D'autre part, il semblerait que les personnes sans domicile, de part leur statut « d'objet de honte », recherchent les « bonnes réponses », celles qui maintiendraient une bonne image auprès de l'enquêteur. Pour les enquêtés vivant dans des structures d'hébergement qui interdisent les consommations d'alcool, la minimisation des consommations pourrait venir de la crainte de perdre leur place s'ils venaient à répondre « trop honnêtement ». Que la comparaison se fasse à la population générale ou à d'autres enquêtes auprès de personnes sans domicile, la difficulté réside dans l'absence de questionnement normalisé.

- Quoiqu'il en soit, cette étude a permis de rendre compte, une fois de plus, de l'hétérogénéité qui caractérise cette population et de l'impact de certains critères sur la consommation d'alcool :

- être en couple, élever des enfants ou être de nationalité étrangère : comme dans la population générale, ils constituent des facteurs limitant la consommation d'alcool.

- l'état de santé : l'altération de la santé serait associée à une consommation plus importante d'alcool.

- les ressources financières : percevoir des revenus (mendicité, aides associatives, aides familiales) serait associé à une consommation moins fréquente d'alcool.

- le logement : les personnes sans abri ou hébergées dans des foyers d'urgence consommeraient plus souvent de l'alcool que ceux hébergés dans des structures plus stables. Dans l'ensemble de la population sans domicile, il y aurait 4,3 fois plus de buveurs fréquents parmi ceux ayant fait la manche tous les jours ou ponctuellement le mois précédent l'enquête

et 1,3 fois plus de buveurs fréquents parmi ceux ayant déclaré avoir dormi dans la rue ou dans un hébergement d'urgence la veille de l'enquête.

Au final, « les conditions de logement pourraient être un élément plus déterminant pour le comportement d'alcoolisation que le type de ressources ». Par ailleurs, il existerait un lien positif entre alcool et précarité mais les consommations seraient aussi le reflet de l'interdiction d'introduire de l'alcool dans certaines structures d'hébergement.

Les représentations du sujet sans domicile sont donc teintées de rejet et de stéréotypes qui persistent à travers le temps. Pourtant, les conduites addictives ne font pas partie de « l'identité propre » du sujet. Elles n'ont pas de caractère « inné » mais sont la conséquence de multiples facteurs intrinsèques et extrinsèques probablement potentialisés par la grande précarité.

3. Définitions

3.1. Sans-domicile fixe (SDF)

- « La personne SDF est plus globalement définie comme quelqu'un qui n'a pas de lieu où dormir et va chercher à être hébergé dans un centre, par des amis ou des proches, ou dormir dans un endroit inadapté, voire dans la rue et ce, de manière non permanente. »(34)

- « Dans son acception commune, la notion de sans-domicile fixe renvoie aux personnes privées d'une résidence fixe. Elle inclut les personnes allant d'un hébergement à un autre sans jamais (ou rarement) faire l'expérience de la rue. »(2)

Le terme de « sans-domicile fixe » est une notion relativement floue notamment parce que le caractère fixe ou non d'un domicile semble moins évident à définir qu'il n'y paraît. Un centre d'hébergement et de réinsertion sociale dans lequel il est possible de rester plusieurs années est-il fixe ? Si toutefois il l'était, cela soulève la question de la stabilité. C'est pourquoi ce terme de SDF est souvent abandonné au profit du terme de « sans-domicile ».

3.2. Sans-domicile

L'étiquette d'exclu, de clochard, de marginal ou encore de vagabond que peut avoir le sans-domicile empêche d'établir une définition exacte. En effet, aucune ne fait vraiment consensus sur le plan européen. Toutefois, le point commun est que l'hébergement est déficient.

- Selon l'INSEE, une personne est dite sans domicile si un jour donné elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, habitations de fortune) ou si elle a été prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation la veille de l'enquête (structures collectives, chambres d'hôtel, logements associatifs). Ces hébergements peuvent être proposés pour des durées variables : une nuit, quelques jours, plusieurs semaines voire plusieurs mois. En plus des sans-abri, cette définition inclut les personnes qui vont d'un hébergement à un autre sans jamais faire l'expérience de la rue.

Il s'agit donc d'une définition basée sur l'unique critère « logement ». D'autre part, nous pouvons faire le constat que, dans cette définition, les personnes qui se font héberger par des tiers sont exclues alors qu'elles peuvent pourtant être dans des situations très précaires.

3.3. Sans-abrisme / Sans-abri

- L'enquête SAMENTA définit les sans-abris comme « les personnes qui ne disposent d'aucun lieu couvert pour se protéger des intempéries (pluie, froid) et s'applique donc aux

personnes qui dorment à l'extérieur (rue, jardin public...) ou qui occupent un abri de fortune (gare, centre commercial, cave, cage d'escalier...) ».(2)

- Selon l'enquête SD 2012, une personne est dite sans-abri si « elle a passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation, y compris les haltes de nuit qui leur offrent un abri (chaleur, café, etc.) mais qui ne sont pas équipées pour y dormir. »

- En 2005, la FEANTSA (Fédération des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri) établit une définition nommée ETHOS(35) correspondant à une typologie du sans-abrisme plus qu'à une définition. A l'inverse de la définition donnée par l'INSEE, elle intègre d'autres critères que celui du logement. Elle comprend les aspects juridiques (avoir un logement ou non), sociaux (avoir un espace suffisant pour avoir de l'intimité et un contact social ou non) et physiques (existence ou non d'un habitat adéquat). Une différence est alors faite entre :

- les « sans-abri », qui sont sans toit ou sans endroit pour vivre. Ils ne disposent d'aucun des trois aspects cités.

- les « sans-logement », qui ont un emplacement adéquat pour vivre (aspect physique) mais qui n'ont pas d'endroit attribué avec un espace privé (aspects juridiques et sociaux).

La population « sans-domicile » regroupe donc les personnes « sans-abri » et celles « sans-logement ». Dans tous les cas, toutes souffrent de conditions de vie très précaires et ne disposent ni de logement ni d'espace suffisant pour avoir de l'intimité et/ou un contact social.

3.4. Pauvreté

- La pauvreté se définit comme « l'état d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources [et] signifie « produire peu » ».(34)

- Selon l'INSEE, "un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté." Le seuil de pauvreté officiel en France et dans l'Union Européenne correspond à 60% du niveau de vie médian. Une personne vivant seule est dite pauvre en 2018 si elle vit avec moins de 1008€ par mois.

3.5. Précarité

L'étymologie de la précarité renvoie aux termes « supplier », « prier ». La notion de précarité fait appel à une dimension de détresse qui n'est pas retrouvée dans la pauvreté.

- Selon Joseph Wresinski, fondateur du Mouvement des droits de l'homme ATD Quart Monde, la précarité est « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives ».(36)

- Kovess-Masféty dans son ouvrage « Précarité et santé mentale » souligne la place centrale de l'insécurité dans la notion de précarité.

3.6. Exclusion

- L'exclusion se définit comme l'action « d'exclure quelqu'un en le chassant d'un endroit où il avait précédemment sa place ou en le privant de certains droits. »(37)

- « L'exclusion sociale, si elle peut tout d'abord se comprendre comme la rupture du lien social, est aussi une affaire de sujet pris au piège d'un isolement sans fin, d'une

néantisation de sa propre existence. » Selon l'auteur, l'exclu n'utiliserait pas son potentiel d'intégration.(29)

• L'exclusion est «la rupture du lien, lien économique, qui nous unit par le travail (...) mais également lien social qui fait le réseau diffus, relationnel (...). Quand tous ces liens sont rompus, il ne reste plus grand chose de la personnalité. C'est alors que les liens qui structurent l'individu lui-même sont attaqués, surtout si l'alcool y contribue (...). Cette rupture du lien se traduit par un rejet de l'institution vis à vis de l'exclu et de l'exclu vis à vis de l'institution. »(38)

L'histoire des personnes sans domicile dans la société française est très riche et permet de comprendre, sous certains abords, la stigmatisation qu'il peut encore exister à leur égard aujourd'hui. Avant de réfléchir aux comportements d'addiction des personnes sans domicile, il semble intéressant d'aborder l'histoire des drogues, le concept d'addiction, l'ambivalence face aux pratiques addictives et la classification de ces pratiques dans l'histoire de la psychiatrie.

B. A propos du sujet addict

1. Histoire des drogues

De tout temps, les plantes aux vertus psychotropes sont utilisées à des fins religieuses, sociales, thérapeutiques ou encore criminelles. Les réflexions concernant les consommations de substances addictives sont en lien avec l'histoire de l'usage des principales substances faisant l'objet d'addiction tels que le tabac, l'alcool, les amphétamines, les opiacés, la cocaïne, le cannabis ou encore le L.S.D 25.

1.1. Tabac

- En 1492, Christophe Colomb ramène de son expédition des feuilles et graines de tabac qu'il fait découvrir à Charles Quint à des fins thérapeutiques.

Au XVI^e siècle, sans doute du fait de sa rareté, la plante du tabac n'est utilisée que pour ses vertus médicinales et thérapeutiques mais, un siècle plus tard, son usage se démocratise et apparaissent des consommations pour le plaisir en pipe ou en cigare.

- Au XVIII^e siècle, le tabac est distribué gratuitement aux soldats afin de les distraire de l'ennui ou de les reconforter et les encourager dans les moments plus difficiles. Et alors que le lien entre le tabagisme et le cancer du poumon est fait dans les années 50 (Journal of the American Medical Association, British Medical Journal), cette dotation s'est poursuivie jusque dans les années 60, après les Première et Deuxième Guerres Mondiales, pendant la guerre d'Algérie. Cette distribution gratuite se verra aussi dans les lieux publics tels que les cinémas.

Un communiqué concernant le risque de cancer du poumon est fait dans les années 60-70 et des réglementations sont instaurées dans les années 80-90. Dès lors, les géants du tabac se diversifient (allégées, filtre, arômes...) et se tournent également vers les pays émergents.

- Depuis, de nombreuses mesures de lutte anti-tabac ont vu le jour comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics en 2006, l'interdiction de vendre du tabac aux mineurs en 2009, la présence d'images chocs et dissuasives sur les paquets en 2010, l'interdiction de fumer à des terrasses closes en 2013, l'interdiction de la cigarette dans les espaces publics extérieurs avec des jeux pour enfants et dans les voitures transportant des enfants de moins de 12 ans ainsi que l'interdiction du vapotage dans certains lieux publics en 2014 et enfin, l'adoption du paquet neutre obligatoire en 2017.

1.2. Alcool

- Les consommations d'alcool remontent à l'Antiquité avec un usage initialement sacré puisqu'il permettait de communiquer avec les dieux.

C'est avec la religion chrétienne et le nouveau Testament que le vin « païen » devient un vin « chrétien » ; symbole du sang du Christ. Les comportements d'alcoolisation sont retrouvés dans la Bible ainsi que les notions de plaisir et d'excès.

- Le mot d'alcool provient de l'arabe *al-kohol* qui servait à désigner « toute substance pulvérisée » ou « liquide distillé » puis purifié. Au XVI^e siècle, ce terme est repris par des chimistes européens en *alkol* ou *alkohol* voire *alkohol vini* pour désigner l'éthanol purifié (alcool éthylique) anciennement appelé esprit de vin ou *spiritus vini*.

- Au XVII^e siècle, la consommation de vin fait partie des plaisirs de la vie. Elle est synonyme de liens sociaux et de festivités mais aussi, à une époque où l'eau n'était pas toujours potable, les boissons alcoolisées permettaient de « s'hydrater » à moindre risque.(39) Toutefois, dès le XVIII^e siècle, la consommation d'alcool à visée consolatrice apparaît dans la littérature.

Progressivement, une réelle ambivalence quant aux bienfaits de l'alcool apparaît et des politiques répressives voient le jour au XIX^e siècle. D'abord considérée comme la « boisson des dieux », l'alcool est ensuite considéré par les mouvements antialcooliques français du XIX^e siècle comme une boisson « démoniaque ».

- Jusqu'en 1960, les différentes politiques répressives mises en place ne réussissent pas à ralentir la consommation d'alcool. Depuis, la prévention s'accélère avec de nouvelles réglementations. Ce n'est que récemment dans l'Histoire, que l'alcool est considéré comme une substance psychoactive dangereuse. Ainsi, depuis 1999, les compétences de la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) se sont étendues à toutes les substances psychoactives, dont l'alcool.

- Aujourd'hui, riche de son héritage culturel, la France accorde toujours une place privilégiée à l'alcool et il persiste une certaine ambiguïté. En effet, l'alcool « plaisir » et synonyme de festivité peut aussi représenter l'alcool « déplaisir » pouvant avoir des conséquences néfastes dans la vie de tout à chacun. Malgré cela, il reste souvent associé à un « art de vivre à la française ».

1.3. Amphétamines

- L'*Ephedra* est une plante ayant des propriétés stimulantes extrêmement puissantes dont l'usage remonte à 3200 ans avant J.-C. Elle est utilisée en Chine comme antihémorragique, antispasmodique et comme traitement de l'asthme.

- A la fin du XIXe siècle, en 1887, l'*éphédrine*, principal alcaloïde de l'*Ephedra*, est isolée puis sert de modèle pour la fabrication d'amphétamines.

La *benzédrine* est la première amphétamine à être synthétisée en 1931. Elle sera le point de départ de nombreuses autres molécules comme la *méthyl-amphétamine*. Il semblerait que les amphétamines aient été largement utilisées lors de la deuxième guerre mondiale par les pilotes de chasse afin d'accroître leur vigilance.

- Dans les années 1960 aux Etats-Unis, les amphétamines font parler d'elles suite à la mise sur le marché de traitement anorexigène ayant des effets stimulants lorsqu'ils sont pris en excès. C'est notamment le cas de la célèbre affaire Médiator® dont le principe actif est le benfluorex, dérivé d'amphétamine. Ce traitement avait initialement été commercialisé en 1976 comme hypolipidémiant puis détourné de son usage comme coupe-faim à partir des années 90. Le retrait du marché français se fera en 2009, plus de dix ans après les premières alertes de complications cardiaques. En Europe, la consommation la plus importante d'amphétamines et d'anorexigènes se fera entre 1965 et 1970 et une estimation d'environ 10.000 utilisateurs par voie intraveineuse en 1969.(40)

- Dans les années 1980, la musique Techno voit le jour aux Etats-Unis. Elle rencontre alors un franc succès qui, très vite, se répand jusqu'en Europe. Initialement musique de revendications, elle devient très vite une musique de fêtes dans les clubs et est accusée de faire l'apologie de l'ecstasy. A la fin des années 80, les fêtes se transforment en « Raves party » ou « Free party » connues pour leur caractère « clandestin » et dans lesquelles les consommations de drogues n'auraient cessé d'augmenter.(41) Aujourd'hui, ces « teufs » existent encore mais seraient davantage encadrées. Il est notamment possible d'y retrouver plusieurs stands d'ONG (Médecins du Monde, Croix-Rouge) visant à la réduction des risques ainsi que des associations d'usagers telles que ASUD, Preven'teuf, Spiritek, ou encore Techno+.

Par ailleurs, certaines drogues, comme l'ecstasy ou la MDMA, ne sont plus réservées qu'aux Raves et se retrouvent de plus en plus dans les discothèques, devenant depuis quelques années les drogues « d'une génération ».(42)

1.4. Opiacés

- Les premières références connues à l'utilisation d'opiacés remontent à plus de 3000 ans avant J.-C parmi plusieurs civilisations telles que les Egyptiens, les Grecs et les Romains. L'incision des capsules de pavot permet l'obtention de l'opium qui fait notamment parti de la composition de ce qui était appelé la *thériaque* (préparation complexe comprenant plusieurs dizaines de drogues à visée médicinale).

- Parallèlement à l'usage de la thériaque, l'opium est réintroduit en Europe au XIIIe siècle à des fins médicales. Puis, au début du XIXe siècle, plusieurs chimistes s'y intéressent et en extrait le principal alcaloïde, la morphine. L'invention de la seringue permettra un usage considérable de cette dernière dans le monde médical notamment en chirurgie ainsi que sur les champs de bataille à visée antalgique mais aussi afin de lutter contre la fatigue et la dépression.

Rapidement, des abus d'usage apparaissent et la « fée grise »(40) voit le jour dans les milieux bourgeois et littéraires. Dès lors, son usage est assimilé à des mœurs légères et permettrait de se réfugier dans un ailleurs.

- Le syndrome de sevrage à la morphine est décrit par le corps médical dès 1870. Dans ce contexte, une communication est faite aux psychiatres un an plus tard car ceux-ci l'utilisent largement pour des pathologies très diverses.

- A la fin du XIXe siècle, le premier traitement de substitution de la morphine voit le jour. Il s'agit de l'héroïne, produit semi-synthétique obtenu par di-acétylation de la morphine qui était jusqu'alors utilisé pour les maladies pulmonaires. L'héroïne ne sera retirée de la pharmacopée française qu'en 1970 au profit des traitements de substitution aux opiacés (TSO) mis sur le marché français en 1995.

1.5. Cocaïne

- L'usage de la feuille de coca sur les côtes péruviennes et chiliennes remonte à 2500 ans avant J.-C. Son usage était probablement celui d'anesthésique lors de trépanations.

Le caractère divin de la plante en fait un élément central dans les civilisations Incas qui l'utilisent dans les mariages, les enterrements et les fêtes mystiques. Au-delà de son caractère religieux, elle apporte force et endurance, permet de lutter contre le froid, la maladie, la fatigue et sert dans les rites de fécondité et de sexualité.

- En 1499, Amerigo Vespucci est le premier Européen à décrire la consommation de la coca. Les Espagnols considèrent la coca comme « une plante religieuse mais démoniaque et nocive » et les évêques la condamnent car elle « maintient des cultes idolâtres, porteurs d'illusions démoniaques ».(40)

- Pendant de nombreuses années en Europe, la coca n'intéresse que les botanistes. Ce n'est qu'à la fin du XVIIIe siècle que ses propriétés énergisantes sont utilisées pour les soldats fatigués. Puis, au cours du XIXe siècle, elle est aussi utilisée comme stimulant et tonique vocal par les musiciens et chanteurs d'opéras via la consommation d'un vin à base de coca créée par Angelo Mariani, chimiste corse. Par ailleurs, suite à la découverte de la morphine, elle finit par intéresser le monde médical. La cocaïne est alors le principal alcaloïde extrait des feuilles de coca.

A la fin du XIXe siècle, la cocaïne trouve un usage dans l'anesthésie locale et la cocaïnomanie est considérée, dans ce contexte, comme une simple complication thérapeutique.

- Au début des années 1900, des chercheurs américains critiquent la valeur thérapeutique de la cocaïne dans la mesure où cette dernière ne représenterait qu'une infime partie des effets produits par la consommation de la coca. Des études plus récentes confirment cette position puisque la cocaïne n'est en fait présente qu'à 0,25 à 1% dans les feuilles et que les effets connus de la coca sont aussi le fait de nombreux autres alcaloïdes.

Puis, au cours du XXe siècle, la cocaïne est accusée d'entraîner des comportements anti-sociaux et elle est rapidement classée dans les stupéfiants aux côtés de l'opium, de la morphine et de l'héroïne.

1.6. Cannabis

- Le chanvre est cultivé en Chine il y a 5000 ans pour sa fibre textile puis plus tard pour ses propriétés sédatives et médicinales. Il est aussi cultivé dans l'Himalaya 3500 ans avant notre ère avant d'atteindre les bords du Nil et la Perse. Les Grecs et les Romains héritent son usage des Egyptiens et donnent au chanvre le nom de cannabis. Ils l'utilisent pour fabriquer des textiles, des voiles et des cordages.

- Le « chanvre » est identifié comme tel en 1548 par William Turner, herbier anglais, et son nom définitif de *Cannabis sativa* lui sera donné par Linné en 1753. Alors qu'il était jusque là essentiellement utilisé pour la fabrication de textiles et ses propriétés médicinales, son usage se répand parmi les intellectuels du temps du romantisme à la fin du XIXe siècle. Il sera largement utilisé dans toute l'Europe.

- Au début du XXe siècle, les Chicanos, travailleurs mexicains immigrés aux Etats-Unis, sont tenus pour responsables de l'expansion de la consommation du cannabis. La première interdiction du cannabis voit le jour en 1910 et il est classé parmi les stupéfiants en 1944. Il est alors décrit comme « weed of madness » (« herbe de folie »). En 1965, le delta-9-tetrahydrocannabinol est isolé par un chercheur israélien. Il s'agit du premier cannabinoïde responsable des effets psychiques isolé.

Aujourd'hui, l'usage du cannabis est mondial. On estime à 200 millions le nombre d'utilisateurs actuels de cannabis.(40)

1.7. L.S.D 25

- Le diéthylamide de l'acide lysergique ou L.S.D 25 semble avoir été utilisé en Chine ancienne et dans la civilisation aztèque précolombienne 2 à 3000 ans avant J.-C. à visée médicinale.

L'ingestion de céréales parasitées par un champignon provoque des épidémies gangréneuses dont celle en Sologne en 1670 à la suite de laquelle des médecins et chirurgiens mettent en cause les grains ergotés présents dans le pain de seigle. Il est alors recommandé de tamiser le seigle pour éliminer l'ergot.

- En 1934, le noyau commun à tous les alcaloïdes de l'ergot, l'acide lysergique, est isolé par Jacobs et Craig. Le *Lysergic Diethylamid Saure* est synthétisé par Stoll et Hoffmann. Ce n'est qu'à la fin de la première moitié de notre siècle que ses propriétés hallucinogènes sont découvertes par hasard par Hoffmann.

- Dans les années 1950, le L.S.D 25 à usage médical est mis sur le marché sous le nom de Delysid®. Il est proposé comme traitement des alcooliques, opiomanes, délinquants, contre l'angoisse et autres troubles mentaux ainsi que comme traitement de la douleur des cancéreux au stade ultime. Cependant, un usage non médical parmi les milieux scientifiques et artistiques voit le jour. Sa consommation orale peut se présenter sous forme de gouttes déposées sur un morceau de sucre ou sur un buvard, sous forme de « pills » ou encore de cristaux.

- La *beat generation* (J.-C. Holmes, The New York Times, 1952) naît aux États-Unis dans les années 40. Il s'agit de corpuscules en quête de liberté absolue et sans limite ; liberté sexuelle, franchissement des tabous, abus d'alcool, de psychotropes (notamment marijuana). Ce mouvement atteint progressivement l'Europe et donne naissance, au début des années 60, au mouvement hippy beaucoup plus radical, rejetant *l'American Way of Life*. Ce mouvement est à l'origine d'une communauté libertaire qui prône une sexualité hors norme, l'usage de drogues tel que le LSD et la passion pour de nouvelles musiques. Ce n'est que dans les années 1970 que ce mouvement culmine en France et en Europe en général. Aujourd'hui, sa consommation parmi la population occidentale aurait fortement diminué.

Bien que chaque drogue ait son histoire, celle-ci nous apprend qu'elles partagent tout de même certains points communs. En effet, à un moment de leur histoire, il semble que toutes aient eu un usage religieux et/ou médicinal, pouvant parfois même être utilisées comme adjuvant de psychothérapie. Cependant, le manque de connaissances scientifiques de l'époque participera à des abus de consommation. Ils seront nombreux parmi les littéraires à écrire sur les effets psychotropes des différentes substances.

A partir du tout début du XXe siècle, les chimistes portent un intérêt considérable à la chimie organique et s'intéressent aux plantes ayant des vertus psychotropes. L'extraction des premiers alcaloïdes rend alors possible la fabrication de molécules de synthèse ce qui jouera un rôle dans la diffusion de l'usage et du mésusage de certaines drogues.

L'histoire des drogues rend compte des différents comportements autour de leur usage et la façon dont la consommation a évolué. Passant d'un moyen de communication avec les dieux dans les sociétés traditionnelles à un moyen thérapeutique, elle est vite devenue l'objet de consommations individuelles visant à la recherche de plaisir. Dès lors, dans la société actuelle, que d'aucuns décriront comme celle du chacun pour soi, la drogue peut devenir le moyen pour le consommateur de se sentir exister, de se trouver une place et/ou d'accéder à un ailleurs. Ces consommations individuelles et le mésusage associé ont été le début de réflexions sémantiques et de concepts visant à mettre des mots sur les comportements d'addiction.

Le concept d'addiction est relativement récent mais repose lui aussi sur une histoire très ancienne.

2. Concept d'addiction

- Déjà à l'époque romaine, les tribunaux utilisaient le terme d'addiction. L'étymologie est latine et vient de « ad-dicere » signifiant « dire à ». Ce terme désignait alors le fait de donner quelqu'un en esclavage à une autre personne. L'esclave était ad-dictus, « dit à » son maître.

J. Bergeret, psychanalyste, rappelle que dans le droit Romain, et ce, jusqu'au Moyen-âge, l'addiction signifiait « une contrainte par corps affligée à des débiteurs qui ne pouvaient parvenir à honorer autrement leurs créances ».(43) La personne endettée était « addictée » à une autre personne, mise en dépendance (on peut dire en esclavage), jusqu'à acquittement de sa dette. Autrement dit, celui qui avait des dettes devenait esclave de ses créanciers.

- Pendant tout le Moyen-âge, la conception médicale des troubles mentaux coexiste avec la perception religieuse qui fait des maladies mentales des possessions démoniaques. Les « fous », s'ils ne sont pas brûlés, sont hospitalisés à côté des plus pauvres dans des maisons hospitalières servant d'asile.

Selon la formule d'Henri Ey, la Renaissance marque le passage de la notion d'*Esprit du Mal* à celle de *Maladies de l'esprit*.(44) Dans ce contexte, la signification de l'addiction change et

arrive progressivement dans l'univers médical. Elle désignait alors plutôt « l'usage pathologique de substances psychoactives (alcool, drogue) »(45) associée plus tard aux notions de dépendance physique (syndrome de sevrage) et psychique (envie irrépressible de consommer de manière répétée le toxique).

- Avec le premier modèle de la maladie, la Révolution française symbolise un tournant puisque le sujet perd son statut de fou pour devenir un malade qu'il faut traiter. Dès lors, les addictions sont perçues comme des pathologies biologiques, primaires, dont le sujet est atteint ou non. Il s'agit d'un modèle de causalisme exogène qui considère que *la drogue porte en elle-même des pouvoirs d'intoxication*.(46) Le sujet addict est alors considéré comme malade à cause du produit. Dans ce contexte, la solution apportée ne pouvait être que médicale et, invariablement, la guérison de cette « maladie » passait par l'arrêt de la consommation sans prendre en compte l'environnement de la personne, ni son passé ou sa souffrance psychique présente.

A cette époque, « la drogue fait le toxicomane », chacun étant défini par le produit qu'il consomme tels que les opiomanes, héroïnomanes, cocaïnomanes, ... Ce modèle exogène de l'addiction fait du sujet addict une « victime ».

- Freud est un des premiers à avoir conceptualisé l'addiction. En 1898, dans son article « la sexualité dans l'étiologie des névroses », il s'intéresse au terme de toxicomane qui est *suchtig* en allemand provenant de *sucht*, manie, et dont la racine est *such* signifiant « l'action de chercher ». En 1890, Freud désigne l'alcoolisme, la morphinomanie et les aberrations sexuelles comme des « habitudes morbides ».(47)

- En 1932, le terme d'addiction fait officiellement son apparition dans un article d'E. Glover(48) et en 1940, O. Fénichel parle d'addiction pour désigner des « conduites impulsives pathologiques caractérisées par l'urgence du besoin et l'insuffisance finale de toute tentative de le satisfaire ».(45)

- Quelques années plus tard, en 1990, le dictionnaire Robert décrit l'addiction comme la « relation de dépendance (à une substance, à une activité) qui a de graves conséquences sur la santé »

La même année, à partir des travaux de S. Peele et des modèles cognitivo-comportementaux (abordés plus loin), A. Goodman donne à son tour une définition de l'addiction. Selon lui, il s'agit d'un « processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives (perte de contrôle) ». (49)

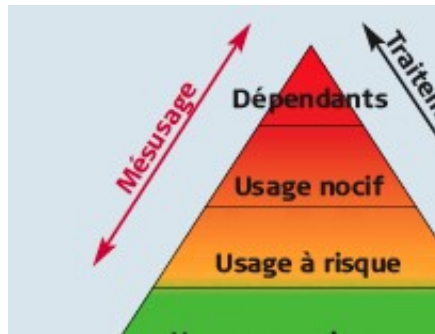
- En parallèle, les classifications actuelles que sont la CIM (Classification statistique Internationale des Maladies), révisée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), édité par l'APA (American Psychiatric Association), font apparaître la catégorie diagnostique des troubles liés aux substances en 1987.

La dixième et dernière version de la CIM, datant de 1994, répertorie les consommations de substances psychoactives parmi les « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives » qui sont eux-mêmes déclinés selon la substance consommée.

Le DSM-IV apparaît dans le même temps mais fait polémique car, aux Etats-Unis, lieu de naissance du DSM, seuls les troubles répertoriés dans le manuel peuvent espérer voir leur traitement remboursé par les assurances. Dans ce contexte, il semblerait que l'utilisation du DSM évolue moins vers l'objectif initial de recherche mais davantage vers la justification de prescriptions médicamenteuses, amenant alors certains observateurs à se poser la question de la neutralité de l'APA vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques. (50,51)

- Quels que soient les possibles conflits d'intérêts pouvant exister aujourd'hui, les définitions de l'APA et de l'OMS ont permis à la communauté scientifique internationale d'identifier trois types de comportements de consommation de substances psychoactives : l'usage simple, l'abus et la dépendance.

Pyramide de Skinner



- L'usage simple (sans dommage) correspond à une consommation ou un comportement qui ne présente pas de caractère pathologique. Au-delà, il s'agit d'un mésusage.

- L'abus concerne aussi bien l'usage à risque que l'usage nocif.

Selon les définitions de l'APA et de l'OMS, le diagnostic d'abus d'une substance ou d'usage à risque ou nocif se fait selon certains critères :

DSM IV – 1994 (APA)	CIM 10 – 1992 (OMS)
<p><u>Abus</u></p> <p>A. Mode d'utilisation inadéquat conduisant à une présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> * utilisation répétée conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison * utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux * problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance * utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents <p>B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour</p>	<p><u>Usage à risque</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consommations supérieures aux seuils recommandés par l'OMS pour la consommation d'alcool - Toute consommation de tabac, cocaïne, héroïne - Consommations quotidiennes de cannabis ou lors d'ivresses cannabiques <p>→ dans tous les cas, il n'y a aucun dommage physique, psychoaffectif ou social</p> <p><u>Usage nocif</u></p> <p>Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.</p> <p>Critères diagnostiques :</p>

<p>cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * preuves manifestes que l'utilisation a entraîné la survenue de troubles psychologiques ou physiques * la nature des conséquences nocives doit être clairement identifiée et précisée * utilisation continue pendant au moins un mois ou de façon répétée au cours des douze derniers mois * le trouble ne répond pas aux critères d'un trouble mental ou d'un autre trouble du comportement, lié à la même substance pendant la même période.
--	--

Source : OMS, Inserm

- La dépendance peut être physique, se traduisant par un phénomène de tolérance et un syndrome de sevrage, et/ou psychique, se traduisant par le besoin irrésistible de consommer (craving). Le terme de dépendance est un dérivé du latin *dependere*, c'est-à-dire « dépendre » ou « pendre de » et de l'allemand *ab-hangen* [*hangen* = pendre, suspendre, accrocher](52) suggérant l'idée que la substance représente pour le sujet un moyen d'éviter le « naufrage de la vie ».

Selon Hasin et Saunders(53,54), la concordance entre la dépendance du DSM IV et celle de la CIM 10 est très bonne à excellente mais il n'y a par contre aucune concordance entre les diagnostics d'abus et d'utilisation nocive pour la santé

DSM IV – 1994 (APA)	CIM 10 - 1992 (OMS)
<p>Présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> * tolérance (quantité ou effet) * sevrage (syndrome) * désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation * activités de loisirs, sociales ou professionnelles importantes abandonnées * beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance * substance souvent prise en quantité plus importante ou prolongée * utilisation poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent 	<p>Au moins trois des manifestations suivantes sont présentes en même temps pendant plus d'un mois au cours des douze derniers mois ou si moins d'un mois, de façon répétée :</p> <ul style="list-style-type: none"> * tolérance * sevrage * désir puissant ou compulsif * abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets * difficulté à contrôler l'utilisation de la substance * poursuite de la consommation malgré la conséquence de manifestations nocives

Source : OMS, Inserm

• Le terme de « dépendance » fait initialement référence aux phénomènes adaptatifs de sevrage et de tolérance cérébrale sous-tendue par des mécanismes pharmacologiques et ce, pour toutes les substances agissant sur le système nerveux central. Ce n'est que depuis 1990 qu'il est utilisé dans la CIM10 et le DSM IV pour définir « le comportement compulsif, non contrôlé, de recherche d'une substance, indépendamment de l'existence ou pas de manifestations de sevrage ou de tolérance ».(55) Cela a participé à la confusion entre la notion d'« addiction » et de « dépendance » et a soulevé de nombreux débats. Alors que la CIM 10 continue de parler de « dépendance », la cinquième et dernière version du DSM a cherché à éviter tout malentendu en proposant de remplacer le terme de « dépendance » par celui d'« addiction » mais cette idée est finalement abandonnée du fait de sa connotation trop péjorative en Amérique du Nord.(55) C'est donc le terme de « trouble de l'usage » qui est proposé et retenu en lieu et place des termes d'« abus » et de « dépendance »

DSM V (2013)

« Trouble de l'usage d'une substance » (*Substance Use Disorder*)

La totalité des critères d'abus et de dépendance du DSM IV sont retrouvés, à deux exceptions près :

1. le critère de problèmes légaux récurrents pour l'abus de substance a été retiré
2. le critère de craving (envie intense / besoin irrésistible de consommer) a été ajouté

Autre fait, le seuil pour le diagnostic est fixé à deux critères ou plus alors qu'il était d'un critère ou plus pour l'abus et de trois critères ou plus pour la dépendance.

La sévérité des troubles est basée sur le nombre de critères rencontrés : 2-3 = léger, 4-5 = modéré, 6 et plus = sévère.

• Aujourd'hui, il semble important de distinguer les concepts d'addiction et de dépendance qui sont souvent confondus. Tous deux font appel à des mécanismes bien distincts. L'état de dépendance fait référence à des « processus de tolérance cérébrale vis-à-vis de la substance consommée, imposant au sujet de continuer à consommer pour éviter la survenue de symptôme de manque »(56) alors que l'état d'addiction fait référence à « tous les processus comportementaux de ritualisation à valeur affective ».(57) Un sujet est donc dit addict lorsqu'il présente un comportement ritualisé associé à un plaisir ou à un soulagement et qu'il perd la liberté de s'abstenir de consommer. Ces comportements sont sous-tendus par des mécanismes neurobiologiques impliquant la voie dopaminergique mésolimbique qui relie le mésencéphale au noyau accumbens situé dans le striatum ventral. Ces derniers participent au processus de renforcement positif.

L'histoire de l'addiction et l'usage actuel de ce terme nous laisse entrevoir le statut « d'esclave » du sujet addict vis-à-vis du produit et la contrainte dans laquelle il se trouve vis-à-vis de sa consommation. Le sujet addict a « perdu la liberté de s'abstenir de consommer ».(58)

Les multiples tentatives pour qualifier ces comportements au cours du temps ont permis la naissance du concept d'addiction. Grâce à lui, on ne s'intéresse plus qu'au produit consommé mais au sujet ; le comportement addictif, qu'il s'agisse d'un comportement de consommations de substances psychoactives ou d'une addiction comportementale, n'étant que la partie émergée de l'iceberg. Bien que ce concept ait pour avantage de réintroduire les questions de liberté, d'autonomie et de subjectivation, de limiter la stigmatisation et de sortir d'une vision réductrice de « l'addiction maladie », il n'en demeure pas moins que l'ambivalence ressentie face aux conduites addictives subsiste.

3. Les addictions, entre fascination et rejet

3.1. La drogue, un phénomène de société

- Comme évoqué précédemment, l'omniprésence et l'intérêt porté aux différentes drogues est très ancien. D'abord à usage médical ou religieux, la consommation de substances psychoactives s'est ensuite répandue au-delà, parmi les milieux bourgeois et littéraires.

Dans la littérature, Baudelaire parle de l'opium comme « le mal nécessaire » et fréquente le « club des Haschichins » créée par Théophile Gautier. Le club recense d'autres grands noms comme Delacroix ou encore Flaubert. A cette même période, les fumeries se comptent par centaines dans la capitale et les grands ports français. Henry Bataille, Modigliani, Picasso ou encore Toulouse-Lautrec fréquentent ces lieux.

Déjà à l'époque les drogues fascinent par leurs propriétés et repoussent par la déchéance qu'elles entraînent. De nombreux ouvrages à propos de la morphine évoquent cette ambivalence comme « La muse noire » de Stanislas de Guaita, « La lutte » d'Alphonse Daudet ou encore « La noire idole » de Laurent Tailhade. Freud, quant à lui, fera pendant un temps l'éloge de la cocaïne dans plusieurs écrits.

Des effets de mode voient le jour et il n'était pas rare de croiser en soirée mondaine de jeunes femmes s'injecter de la morphine, parfois même à travers le tissu de leur robe.(40) La consommation comme « rituel festif » est donc une réalité très ancienne.

- Dans la société actuelle, ces « rituels » existent toujours. Bien que l'injection ne soit plus la pratique la plus courante,(59) l'usage de substances psychoactives dans les contextes festifs reste banal. Un effet de mode peut y être associé, dans l'importance accordée au « paraître », au fait d'être « tendance », d'être « in ».

Mais, dans le monde moderne, parler de mode ou d'effet de mode soulève la question de ceux qui la créent ou en tout cas qui la diffusent. Cette société de consommation, du « tout, tout de suite », génératrice de néo-besoins dont le but est de créer le manque afin de pouvoir le satisfaire, n'aurait-elle pas une implication dans le développement des addictions, quelles qu'elles soient ? Avoir toujours plus. Etre toujours plus. Faire de l'humain un objet même de consommation.

- Les publicités, cachées ou non, jouent un rôle dans la transmission d'informations mais aussi façonnent notre pensée. Elles n'hésitent pas à faire de l'addiction un argument marketing. Citons par exemple la publicité de Dior® pour son rouge à lèvres « Dior Addict », les publicités de parfums que l'on décrira « d'enivrants » ou encore les récentes publicités de jus de fruits Pago® clâmant « l'ivresse du fruit » sur un fond géométrique coloré évoquant les œuvres réalisées par des artistes hippies sous l'emprise de LSD.

Dans cette société de l'instantanéité et de la vitesse, les consommations de substances psychoactives sont surreprésentées et banalisées.

- Les stars ou encore, phénomène récent, les « youtubers » et « instagramers » participent à la diffusion des phénomènes de mode. Les célébrités n'hésitent pas à parler d'elles, de leurs consommations actuelles ou anciennes, mais surtout à faire parler d'elles de façon délibérée ou à leur dépend. Alcool, drogues, comportements à risques. Ce qui questionne alors est à quel point leur déchéance peut les rendre « cool », « rock'n'roll ». De ce fait, il existe un véritable danger lorsque les substances psychoactives deviennent une mode ou un moyen d'accéder à plus de popularité.

- Ces « influenceurs » ne sont pas les seuls à participer au système. Que les consommations de substances soient perçues comme néfastes ou qu'elles donnent une image « tendance » à celui qui consomme, elles sont largement représentées au cinéma. On peut citer par exemple *Moi Christiane F 13 ans droguée, prostituée* en 1981, *The Basketball diaries* en 1995, *Trainspotting* en 1996, *Human traffic* en 1999, *Requiem for a dream* en 2000, *Blow* en 2001, *99 francs* en 2007, *Intouchables* en 2011 ou encore *Le loup de Wall Street* en 2013. Il y a aussi des séries comme *Breaking Bad* en 2008, ou *Narcos* et *Mr Robots* en 2015.

La limite entre la fiction et la réalité est parfois floue. C'est ainsi qu'en 2015, la très célèbre série *Breaking Bad* devient la source d'inspiration d'une sordide affaire à Toulouse dans laquelle deux jeunes « étudiants-dealers » ont cherché à faire disparaître leur amie laissée pour morte en reproduisant une scène de la série, à savoir en recouvrant le corps d'acide chlorhydrique après l'avoir placé dans un bac de polyéthylène.

Les drogues semblent beaucoup inspirer les artistes dans le monde de la musique. Qu'ils s'agissent d'en faire l'éloge ou de la condamner, les drogues font parler. Citons parmi les plus connues *Kaya* (cannabis) de Bob Marley en 1970, *Brown Sugar* (héroïne) des Rolling Stones en 1971, *Cocaine* d'Eric Clapton en 1976, *Ashes to ashes* (héroïne) de David Bowie en 1980, *Spécial K* (kétamine) de Placebo dans les années 2000 ou encore *Dope* de Lady Gaga (drogues et alcool) en 2013.

- L'adolescence est une période plus ou moins complexe de la vie qui représente une étape cruciale dans le processus d'individuation. En quête identitaire, les adolescents sont alors en première ligne lorsqu'il s'agit de mode, de cinéma ou encore de musique. Les médias, quels qu'ils soient, peuvent avoir une influence directe sur eux.

D'autre part, cette recherche d'identité passe aussi par l'appartenance à un groupe, ce qui est primordial pour que l'adolescent puisse vivre ses propres expériences, penser par lui-même et se détacher du cocon familial. L'usage de substances psychoactives peut représenter un rituel de passage, d'intégration au groupe.

Face aux besoins d'individuation et de différenciation, les substances psychoactives peuvent aussi être vues comme un moyen de se rebeller et de quitter l'enfance. Pour certains, c'est par la transgression de la loi qu'ils expérimentent et testent leurs limites. Le cannabis par exemple, est devenu la substance illicite la plus consommée chez les adolescents.(60) La

cocaïne n'est pas en reste puisqu'ils seraient de plus en plus tentés par cette dernière réputée « moins accrocheuse » que l'héroïne.(61)

Par ailleurs, rares sont les fêtes où l'alcool est absent. La recherche : faciliter les échanges, aller à la rencontre de l'autre et, en cas d'échec, se protéger d'un « danger narcissique ». Plus les rencontres avec les produits toxiques interviennent précocement à l'adolescence et plus le risque de dépendance à une substance est élevé et les difficultés de sevrage décuplées en proportion.(62) C'est pourquoi les adolescents doivent constituer une cible de premier ordre en termes de prévention.

- Les drogues peuvent fasciner, inspirer et à travers ces exemples nous nous rendons bien compte qu'un certain engouement pour ces dernières reste entier. Mais, malgré cette attirance indicible, les sujets addicts suscitent le rejet.

De façon similaire à la condition du sujet sans domicile, la stigmatisation du sujet addict ne permettrait-elle pas à la société de se protéger et de mettre à distance sa propre attirance, effrayante, en l'enfermant dans un stéréotype nourri de préjugés ?

3.2. Stigmatisation des conduites addictives

- Un des premiers éléments qui reflète la stigmatisation des sujets addicts est sans doute la façon dont on a cherché à les nommer. Au début du XIXe siècle, plusieurs suffixes sont employés pour tenter de désigner la consommation chronique et volontaire de psychotropes comme le suffixe « isme » (morphinisme, étherisme...) puis plus tard celui de « manie » qui introduit alors la notion de folie et d'usage déraisonnable. Ces tentatives de définition du phénomène aboutissent finalement à la réduction du sujet au produit qu'il consomme. Dès lors, le terme de « toxicomane » apparaît dans le but de « rendre l'utilisateur responsable de son comportement tout en évoquant son éventuelle irresponsabilité ».(40) Le terme de toxicomanie apparaît dans le même temps pour désigner un concept aux limites assez floues. Il provient du grec « toxicon » désignant « le poison qui enduisait les flèches » et de « manie » qui renvoyait d'abord à la folie puis à l'idée obsédante et enfin à l'exaltation de l'humeur voire comme une lutte contre la dépression. Par la suite, de nombreux vocables sont

apparus successivement pour désigner l'abus d'une substance tels que les termes de dépendance, dépendance de type X, pharmacodépendance, toxicodépendance ou encore auto-administration chronique contre la raison et la volonté.(40)

Quoi qu'il en soit, cela traduit la réelle difficulté qui existe depuis de nombreuses années à mettre des mots sur les liens particuliers qui unissent un individu à une substance ou à un comportement tout en prenant soin de ne pas faire du sujet addict un sujet stigmatisé.

- Le caractère légal ou non de la substance considérée influence en partie le degré de stigmatisation de la conduite. Consommer de l'alcool ou du tabac ne suscite pas les mêmes réflexions que consommer des substances illégales. En effet, s'ajoute à ces dernières une transgression de la loi qui rend la conduite « déviante » et la consommation « plus grave » pour l'opinion publique.

Cela n'est pas sans rappeler la dénomination longtemps utilisée de « drogues douces » (alcool, tabac, cannabis) qui s'opposeraient aux « drogues dures » (héroïne, cocaïne, amphétamines...). Cette distinction incite à rendre « plus grave » la consommation de certaines substances en comparaison à d'autres alors qu'en réalité, aucune drogue ne peut être considérée « douce ». En effet, si le cannabis est perçu comme une « drogue douce » du fait de son plus faible potentiel addictif, cela ne se vérifie pas pour l'alcool et le tabac. Ces derniers font partis des substances les plus addictives et les plus mortelles et appartiennent alors très probablement à ce groupe du fait de leur caractère légal.

Ces notions de « doux » et de « dur » traduisent très bien l'ambivalence prédominante en matière de drogues. Par extension, cette dénomination semble être plus appropriée pour désigner les usages que les substances. En effet, les « usages doux » pourraient être assimilés aux usages sans dommage, occasionnels ou festifs et les « usages durs » aux consommations problématiques (usage nocif, dépendance).

- Selon une étude française(63), les représentations sociales de la drogue diffèrent selon l'âge et le sexe. Pour les femmes de 18-25 ans, « le rapport aux drogues se focalise davantage sur la question de la *dépendance*, aux niveaux physique et psychique, et ses *conséquences*, souvent appréhendées comme néfastes pour l'individu » alors que les hommes

de 18-25 ans se préoccupent plus des propriétés et de la dangerosité perçues (douce/dure) ou de leur statut légal (alcool, tabac). Les personnes de 45 ans et plus considèrent les drogues comme « un problème lié à la jeunesse » et associent facilement l'usage de drogues à la délinquance.

Indépendamment de la substance psychoactive consommée, la stigmatisation de la conduite addictive va donc être différente selon l'âge et le sexe de l'observateur mais aussi selon les modalités d'usage de la substance. Les alcoolisations en groupe social, comme au cours d'« intégrations étudiantes » (incitant pourtant au binge-drinking) ne génèrent pas les mêmes réactions de rejet qu'un individu qui s'enivre seul dans la rue. De la même façon, les consommations de cocaïne en soirée peuvent rendre le consommateur « tendance » alors que le consommateur quotidien qui consommerait pour maintenir un rythme au travail effréné ou être plus performant ne bénéficie pas de la même image.

La stigmatisation du sujet addict apparaît donc plutôt hétérogène. Elle dépend des substances consommées, du potentiel addictogène, des modalités de consommation, des représentations mais aussi du caractère légal ou non de la substance.

3.3. Politique des addictions

- L'Etat occupe une position plus qu'ambivalente à l'égard des substances psychoactives, notamment lorsqu'on s'intéresse aux rapports entretenus avec l'alcool et le tabac qui sont banalisés et omniprésents.

Au début du XXe siècle, de nombreuses publicités clament les vertus et les bienfaits de l'alcool et du tabac. La diffusion des pratiques de consommation est rendue possible par l'adoption de leur usage par les stars de cinéma faisant de ces substances un puissant moyen de communication et de divertissement. La distribution gratuite de tabac aux soldats jusque dans les années 60 et la distribution de cigarettes dans les lieux publics tels que les cinémas ont eux aussi participé à leur usage.

Sur le plan de la législation, ce n'est qu'en 1956 que l'alcool est interdit dans les écoles pour les enfants de moins de 14 ans et en 1981 dans les lycées. Le tabac, quant à lui, ne cessera d'être fourni gratuitement qu'à partir de 1972.(64)

- De nos jours, il existe une réelle ambivalence vis-à-vis des consommations d'alcool et de tabac. Celle-ci est perceptible à travers les publicités réglementées par l'Etat. Si d'un côté il autorise les publicités destinées à « booster » les ventes d'alcool, il instaure des lois restrictives telle que la loi Evin à l'origine, entre autres, de la mention sur chaque publicité de « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé ». Loi qui, par ailleurs, a été assouplie en 2005 concernant les publicités vinicoles en autorisant la référence aux caractéristiques olfactives et gustatives. Face à ce marketing, l'individu se trouve confronté à des messages paradoxaux et à ce que l'on pourrait qualifier de double contrainte.

- Aujourd'hui, l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus consommées(65) et sont responsables d'un coût considérable en matière de santé. Le coût social est représenté par les coûts externes (vies perdues, qualité de vie, pertes de production), l'effet sur le bien-être, les coûts des soins, de la prévention et de la répression auxquels on déduit ce qui est rapporté par les taxes et l'économie sur les retraites des vies perdues. En 2010, l'OFDT évalue le coût social de l'alcool et du tabac à environ 240 milliards dont 200 milliards rien que pour les vies perdues et la qualité de vie.(66) Ce chiffre reste toutefois à pondérer puisqu'en 2006, le coût social de l'alcool et du tabac était évalué à 84 milliards d'euros soit trois fois moins qu'en 2010. Cette différence s'explique par l'amélioration dans les connaissances épidémiologiques et un changement dans la méthodologie utilisée.

Selon l'OFDT, le chiffre d'affaire de la filière alcool française ne représenterait que 22,1 milliards d'euros en 2011.(66) Les droits d'accises et les TVA ne serviraient qu'à colmater la situation déficitaire des organismes de santé publique. Autrement dit, quel que soit le chiffre d'affaire, l'arrêt de la vente serait un manque à gagner et ce, d'autant plus que les filières de l'alcool et du tabac créent des emplois et participent aux échanges commerciaux entre les pays.

Les conséquences sur l'économie française sont totalement contradictoires et, si ce chiffre exorbitant du coût social, et notamment des coûts externes, tend à effrayer, il semblerait que les finances de l'Etat aient à tirer profit de ces filières.

- Dans cette même idée de « gestion des coûts », tant sur le plan économique que de la santé, le Portugal a été le premier pays à dépénaliser la consommation de drogues en 2001. Le bilan de cette expérience s'est révélé positif puisque l'usage de drogues n'a pas augmenté, les décès liés aux opiacés et aux maladies infectieuses ont diminué, le budget judiciaire a été allégé et les sommes libérées ont été allouées aux soins et traitements des patients addicts.(67–69)

Dans ce contexte, les autorités portugaises ont mis sur pied des « Commissions de dissuasion de la toxicomanie » (CDT) dans chacune des 18 régions administratives du pays. Si l'usager de drogue interpellé est en possession de l'équivalent de 10 jours ou moins de consommation personnelle, les policiers sont en droit de lui confisquer et citer les personnes à comparaître devant une CDT dans les 72 heures. Ces commissions évaluent alors les rapports aux drogues des personnes qui comparaissent et peuvent avoir recours à diverses sanctions afin de les encourager à se diriger vers des services de réadaptation.(70) Les consommateurs ne sont plus perçus comme des délinquants mais comme des citoyens qu'il faut aider.

La dépénalisation comme changement de paradigme pourrait-elle servir de modèle pour les années à venir ? En dehors de son possible impact économique et sanitaire, elle pourrait permettre une moindre stigmatisation des consommateurs.

Quelle que soit la fascination ou le rejet que les drogues génèrent et ont pu générer, elles représentent un réel phénomène de société. Les scientifiques s'y intéressent depuis des centaines d'années mais ce n'est que très récemment dans l'histoire des drogues que la médecine et la sociologie se sont attachées à mieux comprendre le phénomène d'addiction et ses conséquences. Cette compréhension a notamment été rendue possible grâce aux études réalisées à partir des classifications des maladies et troubles mentaux.

II. QUELQUES CHIFFRES

A. Démographie des sujets sans domicile en France

Les sujets sans domicile, exclus de la société, sont aussi très souvent exclus des enquêtes et des statistiques. Il est donc difficile d'avoir une idée précise du nombre exact de personnes sans domicile en France.

- Selon l'INSEE, le nombre de sans-domiciles a augmenté de plus de 40% entre 2001 et 2012. L'enquête réalisée auprès de personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas chauds dans les agglomérations de plus de 20.000 habitants retrouvait 81.000 adultes sans domicile en 2012 dont 47% de nationalité française, 35% d'étrangers francophones et 18% d'étrangers non francophones. Le reste de l'étude ne concernait que les adultes sans domicile francophones.

- La population sans domicile est largement représentée par des hommes puisque seulement deux sur cinq étaient des femmes. Par ailleurs, plus l'âge augmente, plus la proportion de femmes diminue.(71)

- La plupart étaient logés dans des hébergements collectifs ou dans un logement associatif. La veille de l'enquête, ils étaient 46% à avoir bénéficié d'un hébergement collectif et les femmes étaient plus nombreuses à être hébergées à l'hôtel ou dans un logement associatif. Un sans domicile sur cinq vit en couple et, indépendamment de leur statut, le quart est accompagné d'enfants.

- Au moment de l'enquête, un quart avait un travail régulier ou un « petit boulot », 47% étaient au chômage et 28% inactifs. Cependant, parmi ceux étant sans abri ou vivant dans des centres qu'il faut quitter le matin, ils n'étaient que 5% à travailler.

- A noter que 39% des personnes sans domicile déclarent ne jamais avoir eu de logement personnel ce qui reflète la dynamique de vie de ces personnes, leurs probables difficultés d'autonomisation et d'insertion et à terme les conséquences sur l'estime de soi.

- La fondation Abbé Pierre fait quant à elle état de 896.000 personnes privées de logement personnel en 2016, incluant les sujets de l'enquête INSEE, ceux ayant pour résidence principale une chambre d'hôtel, ceux vivant en habitation de fortune et ceux étant « contraint » de vivre chez un tiers.(72) Cette dernière sous-catégorie est largement représentée puisqu'elle comptabilise 643.000 des 896.000 personnes privées de logement. Il s'agit de personnes de 17 à 59 ans hébergées par des personnes sans lien de parenté direct, qui n'ont pas les moyens de décohabiter ainsi que les plus de 25 ans contraints, après une période de logement autonome, de revenir habiter chez leurs parents ou grands-parents faute de logement autonome, ainsi que les personnes de plus de 60 ans hébergées chez un tiers sans lien de parenté direct.

- Le 21^{ème} rapport annuel de l'état du mal logement dans la région des Hauts-de-France s'intéresse à la situation du logement et de l'hébergement. Sur les 6.006.853 habitants, le Nord et le Pas-de-Calais rassemblent près de 70% de la population régionale.

- Il s'agit d'une région jeune et dynamique mais qui présente des situations de pauvreté inquiétantes. Elle est la deuxième région la plus pauvre après la Corse. Le revenu médian est de 1509€ par mois, soit le plus faible des 13 nouvelles régions. Près d'un ménage sur cinq vit sous le seuil de pauvreté.

- Entre 2007 et 2012, plus de 15.000 emplois ont disparu à l'échelle régionale. La région des Hauts-de-France est donc une région réunissant des facteurs de fragilité venant pérenniser certaines situations de non-logement ou pouvant entraîner des difficultés suffisantes à la perte d'un logement.

- Le nombre de personnes sans domicile n'est pas connu à l'échelle de la région mais le rapport fait part d'une offre d'hébergement insuffisante.

B. Epidémiologie des conduites addictives en population générale

• La MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) a réalisé une estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans. Elle se base sur les données du Baromètre santé 2010 (INPES), de l'étude ESCAPAD 2011 et ESPAD 2007 (OFDT) ainsi que sur l'HBSC (service du rectorat de Toulouse).

Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans [1, 2, 3]

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs*	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M
dont usagers dans l'année*	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3 M	15,8 M
dont usagers réguliers*	1,2 M	//	//	//	8,8 M	13,4 M
dont usagers quotidiens*	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2011 (OFDT), ESPAD 2007 (OFDT), HBSC (service du rectorat de Toulouse)

// = non disponible

Le nombre d'individus de 11-75 ans en 2010 est d'environ 49 millions

Ces chiffres donnent un ordre de grandeur et doivent de ce fait être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 13,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 13 et 14 millions.

• Le Baromètre santé 2010 a été mené sur 25.753 personnes âgées de 15 à 85 ans. Les résultats concernent les plus de 18 ans et permettent de dresser plusieurs constats :

	Alcool	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Champignons
Expérimentation (18 – 64 ans)	NC	33%	3,8%	2,7%	3,2%	3,2%
Consommation sur les 12 derniers mois	86%	8%	0,9%	0,3%	NC	NC
Consommation quotidienne	12%	NC	NC	NC	NC	NC

Il est à noter que la consommation quotidienne d'alcool concernerait davantage les hommes de plus de 45 ans. Par ailleurs, cette consommation quotidienne tend à baisser, passant de 16% en 2005 à 12% en 2010. Toutefois, la proportion de jeunes de 18 à 34 ans ayant connu au moins un épisode d'ivresse au cours de l'année est en nette augmentation (de 20 à 34% entre 2005 et 2010), et en particulier chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans (de 30 à 42%).

Concernant le cannabis, le taux de consommateurs semble stable autour de 8% pour une consommation dans l'année et 4% pour une consommation dans le mois. Selon la MILDT, 60% des 15-75 ans jugent le cannabis dangereux dès son expérimentation.

L'expérimentation et l'usage au cours des douze derniers mois de la cocaïne sont quant à eux en hausse puisque 3,8% des 18-64 ans déclarent avoir expérimenté la cocaïne contre 2,5% en 2005 et 0,9% déclarent en avoir consommé dans l'année (2% chez les moins de 35 ans). Selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, la France se situe dans la moyenne européenne mais serait nettement derrière l'Espagne, le Royaume - Uni et l'Italie.

L'expérimentation de l'ecstasy connaît une légère diminution par rapport à 2005 tandis que l'expérimentation d'héroïne montre une légère hausse passant de 0,9% en 2005 à 1,2% en 2010.

- Une analyse secondaire du Baromètre santé 2010 retrouve que les prévalences des usages de substances psychoactives sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit l'activité professionnelle. D'autre part, il est retrouvé que les usages sont nettement supérieurs parmi les chômeurs. En effet, 51,1% fument quotidiennement contre 33,5% des actifs, 24,7% ont une consommation d'alcool à risque contre 15,2% des actifs et 6,3% consomment régulièrement du cannabis contre 1,7% des actifs.

C. Epidémiologie des conduites addictives chez les personnes sans domicile

- L'étude SAMENTA a pour objectifs d'estimer la prévalence des principaux troubles psychiatriques présentés par les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, ainsi que la prévalence des addictions (alcool, drogues et médicaments détournés de leur usage).

	Sans-domiciles (SAMENTA)	Population générale (Baromètre santé 2010)
<u>Alcool</u>		
* au cours des douze derniers mois :	81,1 %	86 %
* consommation à risque :	7,9 %	NC
* dépendance :	21 %	8,5 %
<u>Cannabis</u>		
* expérimentation :	41,6 %	33 %
* au cours des douze derniers mois :	21,7 %	8 %
* consommation régulière :	16,1 %	NC
<u>Cocaïne</u>		
* expérimentation :	10,3 %	3,8 %
* au cours des douze derniers mois :	4 %	0,9 %
<u>Ecstasy</u>		
* expérimentation :	8,1 %	2,7 %
* au cours des douze derniers mois :	0,5 %	0,3 %
<u>Champignons hallucinogènes</u>		
* expérimentation :	7,4 %	3,2 %
<u>Héroïne</u>		
* expérimentation :	6,3 %	1,2 %

D'une manière générale, la consommation était plus importante chez les personnes vues dans le dispositif d'urgence comparé au dispositif d'insertion ou aux hôtels sociaux.

Les jeunes de 18 à 25 ans constituent la classe d'âge où la proportion de consommateurs à risque d'alcool est la plus élevée (18,6 %) et la dépendance à l'alcool se répartit de façon assez homogène parmi les tranches d'âge, autour de 20 à 30% dans chaque tranche, à l'exclusion des 30-39 ans qui n'étaient que 8,5% à présenter une dépendance.

D'autre part, les sujets sans-domicile auraient une tendance plus forte à consommer du cannabis qu'en population générale si l'on compare aux données précédentes du Baromètre santé 2010. La consommation régulière de cannabis touchait surtout la tranche 18-29 ans. La consommation serait donc d'autant plus régulière qu'ils ne sont jeunes.

Selon l'étude SAMENTA, les personnes sans domicile âgées de 18 à 29 ans et de 40 à 49 ans sont les plus touchées par les addictions à l'alcool et/ ou au moins une drogue illicite.

- Selon ces seules données, les personnes sans domicile apparaissent davantage consommatrices de drogues illicites que la population générale mais semblent être légèrement moins nombreuses que la population générale à avoir consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois. Cependant, les consommations d'alcool rapportées seraient plus souvent responsables de dépendance.

Concernant la consommation d'alcool excessive parmi la population sans domicile, d'autres sources(5,73) se montrent relativement sensibles aux préjugés attribués de façon systématique aux personnes sans domicile sans tenir compte de la diversité des populations et des situations concernées. Là encore, cela soulève la question de la stigmatisation de cette partie de la population.

La prévalence des consommations de substances psychoactives des personnes sans domicile est-elle liée à la souffrance psychique de l'extrême précarité ? Les sujets addict et sans domicile présentent-ils des similarités psychopathologiques pouvant se répondre et mettre en perspective les difficultés qui peuvent exister dans les prises en charges des sujets sans domicile à problématique addictive.

III. PSYCHOPATHOLOGIE

A. Des personnes sans domicile

1. Le profil type du sujet sans domicile existe-t-il ?

L'hétérogénéité de la population sans domicile avait été constatée de longue date par les sociologues et les historiens.(74) Depuis, elle est retrouvée dans les résultats de plusieurs études françaises(75–77) qui pourraient nous laisser penser, à tort, qu'aucun trait commun ne les caractérise. En effet, il semblerait que la population sans domicile partage certains points communs tout en sachant qu'il serait évidemment réducteur et éloigné de la réalité de tenter de dresser un seul et unique profil type de cette population.

1.1. Modalités d'attachement

- Marcel et Mercuel(78) évoquent la problématique du lien chez les personnes sans domicile et notamment le fait que ce lien serait précocement perturbé générant un trouble de l'attachement par une discontinuité dans les rapports humains. «La théorie de l'attachement vise à rendre compte des liens particuliers et privilégiés unissant une mère à son enfant. »(34) Autrement dit, pour que son développement se fasse normalement, l'enfant a besoin de développer une relation d'attachement avec une personne qui prenne soin de lui (souvent la mère) et qui servira de figure d'attachement dans les moments de stress.

- Bowlby a emprunté à Craik le concept de Modèle interne opérant (MIO) pour désigner les modèles mentaux (représentations d'attachement) que se construit l'enfant et qu'il utilisera au-delà de la sphère familiale.

« Les Modèles Internes Opérants (MIO) de soi, de l'autre et du monde sont des représentations mentales qui se forment très tôt dans l'enfance, à partir de ce qui résulte de ces comportements innés, au sein de la relation avec la figure d'attachement. »(79) Ils désignent donc l'ensemble des attentes que le tout petit a envers ses proches et qu'il construit

progressivement sur la base de ses premières expériences relationnelles. Ces MIO servent de « guide » à l'enfant, puis à l'adulte, lui permettant de savoir comment se comporter dans une relation, ce qui est attendu de lui ou ce qui peut être anticipé. « Ces représentations d'expérience sont codées, mémorisées, puis retrouvées dans la mémoire mais pas forcément conscientes. »(80)

Ces modèles seront différents selon la relation développée avec la figure d'attachement. Si la figure d'attachement accepte les tentatives de l'enfant de se rapprocher d'elle, la relation est dite « *secure* ». A l'inverse, si la figure d'attachement se montre imprévisible ou n'est pas disponible et n'accepte pas ce rapprochement, la relation est dite « *insecure* », l'enfant perd confiance et se détache de ses émotions.

- Quatre patterns d'attachement se différencient en fonction de la fréquence et de la durée des interactions lors de moments de partage entre l'enfant et sa figure d'attachement:

- groupe A : attachement insécurité évitant. Chez l'adulte, il prédomine un sentiment de rejet parental et une remémoration pauvre de l'enfance. Ce sont des adultes indépendants qui utilisent comme stratégie une forme de retrait relationnel car il existe une peur archaïque d'être rejeté. Cette stratégie de détachement mise en place dans leur mode de relation serait comme un mécanisme de défense leur permettant d'éviter toute agression venant d'autrui. « Ils mettent souvent en place des situations de rupture de liens qu'ils provoquent eux-mêmes. »(81)

- groupe B : attachement sécurisé. Leur enfance est marquée par une figure d'attachement fiable, en qui ils ont pu développer une vraie confiance leur permettant d'élaborer un modèle interne opérant sécurisé. A l'âge adulte, ils n'éprouvent pas de difficulté à se rapprocher des autres ni à se laisser soutenir par eux en cas de besoin, témoignant d'un respect mutuel et de la confiance en soi et en l'autre.

- groupe C : attachement *insécurité* ambivalent ou résistant.(82) Il existe un manque de confiance évident envers la figure d'attachement entraînant un sentiment ambivalent de dépendance et d'insécurité associé à des difficultés à prendre du recul quant aux relations d'attachement. Les auteurs décrivent une forme de « cristallisation sur la période de l'enfance faisant obstacle à l'établissement d'un attachement sécurisé dans la vie présente adulte ».

- groupe D : attachement désorganisé/désorienté.(83) Cette « désorganisation » traduirait la présence d'un traumatisme « non résolu » n'ayant pas permis une élaboration mentale suffisante. La maltraitance a souvent été retrouvée chez ces sujets et il semblerait que l'absence de repère les empêche de trouver leur place dans la société.

- Une étude française sur la construction relationnelle et affective des personnes sans domicile fixe(34) s'est intéressée aux relations familiales très souvent décrites comme chaotiques par les personnes sans domicile et pose la question du rôle qu'elles peuvent jouer dans l'exclusion et la précarité. Cette étude interroge les stratégies d'attachement utilisées par les personnes sans domicile et les possibles perturbations du système d'attachement. Elle se propose, à partir de l'histoire de vie des patients, d'explorer les stratégies d'attachement développées à l'âge adulte.

Les sujets présentant un attachement inséure évitant (« *sujets détachés* ») représentaient 40% des sujets interrogés contre 21 à 29% dans la population générale. Ceux présentant un attachement séure (« *sujets sécurisé* ») représentaient 28% des sujets interrogés contre 58 à 66% dans la population générale. L'attachement inséure ambivalent (« *sujets préoccupés* ») était retrouvé chez 24% des sujets interrogés contre 11 à 18% dans la population générale. Enfin, les sujets présentant un attachement désorganisé/désorienté (« *sujets désorganisés* ») étaient 8% contre 1 à 2% dans la population générale.

Les résultats de l'étude montrent que la sécurité d'attachement est plus faible chez les personnes sans domicile en comparaison à la population générale et que « l'attachement inséure évitant » et la « désorganisation relationnelle » sont nettement plus élevés. « L'attachement inséure ambivalent » serait légèrement augmenté mais sans différence réellement significative avec la population générale.

Les résultats de cette étude vont dans le même sens que les conclusions préliminaires d'une étude similaire réalisée au Texas.(84) Bien qu'effectuées à partir de faibles effectifs, toutes deux mettent en évidence l'importance de l'histoire de vie du sujet sans domicile dans sa construction ainsi que la participation, dans le développement de l'errance sociale, des modèles internes opérants se construisant tôt dans l'enfance. D'autre part, le peu de données à ce sujet dans la littérature montre à quel point cette population « échappe ».

« La précarisation du lien constaté chez les SDF pose la question des stratégies d'attachement utilisées par ces derniers. »(34) Les MIO et les liens précoces à la mère pourraient, de façon non exclusive, expliquer leur difficulté dans les relations et certains comportements évoqués précédemment. Par ailleurs, l'attachement insécurisé, qui constitue un facteur de vulnérabilité psychologique, ne serait pas spécifique aux personnes sans domicile puisque selon l'étude de Wedekind et al., de nombreux patients consultant pour des conduites addictives présentent des troubles de l'attachement.(85) Il semblerait donc que le sujet sans domicile et le sujet addict puissent partager un parcours de vie commun responsable de certaines similarités psychopathologiques.

1.2. Parcours de vie

- Nous savons qu'avoir été victime de violences, qu'elles soient physiques, sexuelles, symboliques ou encore psychologiques, est fortement lié à la probabilité de devenir sans domicile.(86–88)

- Selon les données de l'enquête SAMENTA, 23 % des personnes sans domicile nées en France et hébergées par un service d'aide ou fréquentant un lieu de distribution de repas ont déclaré avoir été placés dans leur enfance (famille d'accueil, institution ou foyer) contre moins de 3% des ménages disposant d'un logement(89) Plus de 10% des personnes sans logement ont été placées de façon temporaire au cours de leur enfance et 5,3% de façon plus pérenne dans une famille d'accueil, une institution ou un foyer.(75) Environ deux tiers des sans-domicile ayant été placés dans leur enfance auraient subis des violences et/ou des mauvais traitements contre 20% des autres sans-domicile.(77)

Par ailleurs, environ 40% des personnes sans domicile ont subi des violences psychologiques ou morales répétées, presque un tiers ont subi des violences physiques marquantes régulières, plus d'une personne sur dix a subi des violences sexuelles et plus d'une personne sur cinq a

été confrontée dans sa jeunesse à de graves disputes entre ses parents, à des problèmes de santé ou à des difficultés matérielles des parents.(75)

- Une grande majorité de personnes sans domicile (86%) a vécu une enfance difficile avec au moins un événement douloureux dans la sphère familiale.(77)

« Plus de la moitié des sans-domicile signalent un problème de santé grave, un handicap, ou même le décès de leur père, de leur mère ou d'un autre proche (16 % en population générale pour les personnes âgées de 25 à 65 ans, 13 % pour les 25-40 ans) ; en outre, 4 fois sur 10, leurs parents se sont séparés ou étaient en conflit quand ils étaient enfants (14 % en population générale pour les personnes âgées de 25 à 65 ans, 19 % pour les 25-40 ans). »(77)

Le manque de liens avec leur famille pourrait en partie s'expliquer par les événements de vie difficiles vécus pendant l'enfance. « Seuls 37 % des sans-domicile voient leur famille au moins une fois par mois, contre 80 % des personnes en population générale. »(77)

L'enquête SD 2001(3) rapporte qu'une personne sans domicile sur cinq a quitté le domicile de ses parents avant l'âge de 16 ans ce qui est six fois plus élevé que dans le reste de la population et un tiers a connu des difficultés économiques avant l'âge de 18 ans, ce qui est trois fois plus que chez les personnes ayant un logement personnel.

- Jean-Marie Firdion s'est intéressé aux effets du placement dans l'enfance et identifie des indicateurs de risque, tels que des violences familiales, des parents malades ou décédés, une famille en grande précarité, liés de façon significative à cet événement. Il a par la suite étudié les liens entre les événements survenus durant l'enfance et la jeunesse, le contexte familial d'origine et la situation présente des personnes utilisatrices de services d'aide aux sans-domicile.(90)

Ses recherches l'amènent alors à évaluer l'influence des ressources (scolaire et/ou professionnel, social, santé, économique) dont disposent les utilisateurs des services d'aide aux sans-domiciles ainsi que l'influence des antécédents socio-familiaux (placement et/ou événements subis durant l'enfance et l'adolescence, contexte familial) selon trois variables : l'exercice d'un emploi au moment de l'enquête, avoir été victime d'une agression au cours

des deux dernières années et avoir fait une démarche auprès d'un service social au cours des douze derniers mois.

Les ressources auraient une influence sur le fait d'occuper ou non un travail pour les deux sexes ainsi que dans le champ de l'action sociale chez la femme. Les antécédents socio-familiaux auraient quant à eux une influence sur la capacité à avoir recours à un bureau d'aide sociale chez l'homme, et surtout, sur le risque d'agressions subies au cours des deux dernières années aussi bien chez la femme que chez l'homme. Cela se vérifie dans la population d'usagers des services d'aide aux sans domicile puisque les sujets ayant connu des situations de violence dans la famille double presque le risque d'avoir subi une agression au cours des deux dernières années.

Les sujets sans domicile sont nombreux à avoir connu des événements de vie douloureux durant leur enfance souvent marquée par un environnement familial défaillant, des conflits graves ou des violences pouvant amener jusqu'au placement. Les différentes données rapportées renforcent cette idée que le parcours de vie puisse être lié à la situation du sujet sans domicile. Les antécédents socio-familiaux interviendraient comme des facteurs de vulnérabilité pouvant expliquer, en partie, qu'un sujet donné perde son logement. Dans ce contexte, quelles peuvent être les circonstances qui conduisent un individu à quitter son logement ?

1.3. Circonstances liées à la perte du logement

Les circonstances qui amènent un individu à perdre son logement sont multiples. Certains y voient des raisons purement socio-familiales, d'autres des raisons économiques. Il semble difficile d'imaginer un seul et unique schéma de pensée et il paraît plus juste d'accorder à chacune de ces circonstances une place égale dans leur impact sur la perte d'un logement, ce

qui nous amène à un détour par des perspectives moins psychopathologiques mais plus prosaïquement socioéconomiques.

- Bien qu'en France peu d'économistes se soient intéressés à la question des sans-domiciles et du logement, ou devrait-on dire du mal logement, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, ils sont nombreux à s'y être penché.

O'Flaherty, un économiste américain, a recherché les liens entre revenus et accès au logement. Selon lui, il s'agirait d'un déséquilibre entre la distribution des revenus et celle des logements. « Deux paramètres déterminent la taille du parc de logements habitables : le coût de la construction de logements neufs et la durée de la phase de détérioration [...] Le nombre de ménages sans-domicile constituerait une variable d'ajustement entre l'offre et la demande de logements ».(91) Autrement dit, le nombre de sans-domicile reflèterait l'adéquation ou l'inadéquation entre l'offre et la demande. De façon plus schématique, il s'agirait d'un modèle à vases communicants : plus les classes aisées accèdent à des constructions neuves, plus la phase de détérioration est courte, plus les classes moyennes ont accès à des logements de bon confort et plus les plus démunis pourront accéder aux logements des classes moyennes. A l'inverse, la raréfaction des constructions neuves, l'augmentation de la durée de la phase de détérioration, la diminution des classes moyennes et l'augmentation des ménages pauvres entraîneront une demande supérieure à l'offre et un accroissement des ménages sans domicile.

- D'autre part, le manque d'emploi est le facteur de précarité le plus fréquemment retrouvé et peut être le point de départ d'un « processus de dégradation des conditions globales de vie ».(92) La perte d'un emploi et à fortiori le chômage peut expliquer qu'un individu ne soit plus en mesure de payer ses loyers et perde son logement. « Pour la plupart des chômeurs privés de domicile, la recherche d'un emploi prime sur celle d'un logement puisque la disponibilité sur le marché du travail implique une certaine mobilité géographique et que, pour apporter des garanties au bailleur, il leur faut trouver en priorité un emploi. »(93) C'est alors que commence la course contre la montre, celle qui permettra au « néo sans-domicile » de trouver un emploi pour sortir de la rue.

- De plus, la faiblesse du revenu, que l'individu ait ou non un emploi, peut être soit directement à l'origine de la perte du logement soit empêcher de trouver un nouveau logement si pour une raison ou une autre il a fallu qu'il quitte son précédent logement. Une fois dans la rue, le revenu semble occuper une place centrale dans l'accès au logement puisque « la répartition des différentes catégories entre les modes d'hébergement – depuis la rue jusqu'aux chambres d'hôtel et aux foyers logement – est dépendante du niveau de revenu, de la configuration familiale, du marché du travail. »(91)

A côté de ces perspectives macroéconomiques et du modèle proposé par O'Flaherty, les éléments socio-familiaux et psychologiques peuvent être une piste d'explication dans la perte du logement d'un sujet donné.

- En 2001, l'enquête SD interroge les personnes sans domicile sur les circonstances qui les ont amenés à quitter leur logement. 26% ont évoqué le départ du domicile conjugal, 21% la fin de la vie commune avec les parents, 19% l'arrivée sur le territoire national, 16% une expulsion pour des raisons économiques (impossibilité de payer le loyer), 12% des sorties d'institutions (foyer de travailleurs, hôpital, prison), 3% une expulsion pour des raisons matérielles (destruction, insalubrité, fin de bail) et 3% des déménagements pour des raisons économiques (recherche d'un emploi, mobilité professionnelle) ou personnelles (mise en couple, agrandissement de la famille).

- L'enquête SD 2012 retrouve une tendance similaire puisque les problèmes d'ordre familial (séparation, décès du conjoint, violences conjugales, etc.) sont placés en première position par les personnes sans domicile ayant déjà perdu un logement personnel et les problèmes d'ordre financier (licenciement, loyers et charges trop élevés et/ou impossibles à payer, etc...) arrivent en deuxième position. « La perte du dernier logement trouve des origines un peu différentes pour les hommes et pour les femmes. Ainsi, les séparations sont citées plus souvent par les hommes (35 % contre 28 %) tandis que les violences familiales sont citées presque uniquement par des femmes (15 % contre moins de 1 %). Pour les raisons financières, la perte d'emploi est plus fréquente chez les hommes (15 % contre 4 %) ; les femmes signalent un peu plus souvent le fait de ne plus pouvoir payer le loyer. »(77)

• Quoi qu'il en soit, nous constatons que tous ces évènements sont marqués par des ruptures(94) : rupture des liens conjugaux, des liens familiaux voire de filiation, des liens d'intégration... Toutefois, il serait réducteur d'y voir un simple lien de cause à effet.(91) Comme évoqué précédemment, leur parcours de vie est souvent marqué par l'accumulation d'évènements de vie ponctuels ou chroniques qui les « fragilisent ». A tout moment, tout évènement supplémentaire peut alors les « déborder » et les empêcher de faire face aux difficultés.

L'absence d'un étayage suffisant pouvant venir en aide à celui qui se retrouve en difficulté, quelle qu'elle soit (conjugale, professionnelle, financière, etc..), renforce la vulnérabilité du sujet et agit comme un facteur précipitant.

A la lumière de toutes ces données, la notion de « profil type » semble relativement obsolète. Bien qu'ils soient nombreux parmi la population sans domicile à avoir connu une enfance difficile marquée par des évènements traumatiques, ils ne résument cependant pas qu'à un parcours de vie difficile. Il semble que les conditions qui les précipitent dans une misère sociale extrême soient multiples et représentatives de la diversité des profils existants au sein de cette population.

2. Modalités d'adaptation face à la rupture

« Que l'on soit atteint d'une pathologie mentale ou pas, que l'immersion dans la rue soit rapide ou lente, au cours du temps les personnes vont traverser diverses modalités d'adaptation et de réactions. »(95)

- Les nombreuses ruptures vécues par les personnes sans domicile seraient plus progressives que brutales.(96) Elles les amènent à faire, tout au long de leur vie, le deuil de ce qui a été perdu et à mettre en place un « processus de désinvestissement de l'objet aimé ».(34) Toutefois, face à la rupture, d'autres mécanismes plus spécifiques à la population sans domicile ont pu être décrit.

- Vexliard, dans sa célèbre étude menée à Paris dans les années 50, propose d'étudier la « psychogenèse de la conduite vagabonde » (Vexliard, 1957 : 78). Ainsi, il décrit 4 phases de désocialisation aboutissant à la formation de la « personnalité du clochard » :

- la phase « agressive » lorsqu'il « côtoie un monde nouveau pour lui qu'il ne reconnaît par encore comme sien » (Vexliard, 1957 : 241) et avec pour principale préoccupation de « rétablir ce qui semble avoir été ébranlé ; il souhaite un retour au passé, à une existence « normale » ».

- la phase « régressive » où le sujet commence à se familiariser avec son nouvel environnement.

- la phase « d'auto-accusation ». La personne « fait partie d'une autre catégorie d'humains que celle à laquelle il a appartenu jusqu'à présent » mais il « garde conscience de soi de l'homme qu'il a été et qu'il n'est plus » (Vexliard, 1957 : 243).

- la phase de résignation où l'individu se détache de ses valeurs anciennes, assume sa situation voire parfois la valorise.

- Pierre Babin parle de « mortification » et de « nécrose de l'amour propre » pour parler de la souffrance que peuvent endurer les personnes sans domicile, sans aucune riposte. Selon lui, ce qui fait d'eux des sujets incapables de donner la riposte serait lié au manque de vengeance qu'il appelle la « part manquante », c'est-à-dire l'impossibilité « de réclamer en justice et de chercher à punir ».(97) Si malgré les réclamations ils estiment que la justice n'est pas tenue, la vengeance a lieu mais sur eux-mêmes. C'est ce que Hesnard puis Lacan désigneront comme un « crime de l'autopunition ».(98)

• Face à ce processus de désocialisation, ils font le « choix », sans doute inconscient, de « s'extraire » du monde social jusqu'à parfois devenir inexistant socialement. Sylvie Quesemand-Zucca, psychiatre ayant travaillé en partenariat avec le Samu social de Paris, fait le constat que le rapport au temps, à l'espace, physique et psychique dans la population sans domicile n'est pas le même que celui de la « population générale ». Aussi, elle aborde la notion proposée par Olivier Douville d'une « mélancolisation du lien social », « d'abandons en abandons, de ruptures en ruptures, affectives, sociales, professionnelles, ils sont arrivés à un degré zéro de lien avec la famille, l'origine, l'autre, et parfois même avec eux-mêmes. »(99)

La rupture du lien social, en étroite relation avec la notion d'exclusion sociale, piège le sujet dans « un isolement sans fin, une néantisation de sa propre existence ».(100)

• Selon Jean Furtos, psychiatre et spécialiste de la souffrance psycho-sociale, il existe deux manières de réagir à la perte : soit le sujet est en mesure de demander de l'aide, soit il est dans l'incapacité de le faire, et cela, indépendamment de ce qui a été perdu. A l'extrême de cette incapacité, il parle du syndrome d'auto-exclusion qu'il décrit comme une forme « d'auto-aliénation » où « pour survivre, [...], le sujet humain est capable d'abandonner une partie de sa liberté et de s'auto-aliéner ».(101) Il s'agirait donc d'un moyen de se protéger d'une réalité trop douloureuse et de faire le choix de se couper du monde.

Jean Furtos décrit trois signes premiers d'auto-exclusion : l'anesthésie du corps, l'émoussement affectif et l'inhibition de la pensée. Concernant cette dernière, nous pouvons notamment citer les environnements saturés de bruits, de mouvements, d'odeurs. Ils provoqueraient une saturation des sens empêchant tout éprouvé interne par un « enfouissement de la vie interne »(102) et inhibant alors toute possibilité de penser. C'est pourquoi les gares, les centres commerciaux ou encore les places publiques sont souvent des lieux de vie choisis par les errants.

Ces signes de disparition évitent au sujet de sentir, de ressentir et de penser. Sur le plan psychique, Jean Furtos qualifie cela de « clivage serré avec déni ».(103)

- Le syndrome d'auto-exclusion est une entité clinique peu connue qui peu pourtant expliquer certaines réactions d'individus qui en souffrent. Jean Furtos, riche de sa pratique auprès des plus démunis, a fait le constat que plus il tentait d'aider les gens qui étaient dans l'auto-exclusion et plus ceux-ci allaient mal. Ce signe paradoxal est ce qu'il appelle la « réaction thérapeutique négative ».(104) Ces mêmes personnes, bien qu'étant dans le besoin, sont dans l'incapacité de formuler des demandes d'aide. Mécanisme du syndrome d'auto-exclusion, là aussi, paradoxal. Certains peuvent donc avoir des « troubles psychiques en négatif »(95) comme l'absence de demande de soins ou l'absence de perception de la souffrance.

Comment bien agir ? Peut-être en apportant son aide avec patience et respect, en accordant du temps à la rencontre et en gardant à l'esprit que ces réactions paradoxales appartiennent à une clinique bien plus large.

- D'autres signes caractérisent le syndrome d'auto-exclusion comme la rupture des liens ou encore la perte de « la bonne honte ». La honte, cet affect qui touche au sentiment de l'existence.(105,106) « Avoir honte, c'est d'une certaine façon se sentir exister devant autrui. »(102) Ne plus avoir honte, c'est ne plus exister, ne plus avoir les valeurs qui nous empêchent de faire n'importe quoi.

Ce syndrome d'auto-exclusion peut aussi se caractériser par l'incurie, forme de non-soin, de négligence extrême touchant à l'hygiène corporelle. Certains peuvent n'y voir qu'une conséquence de leurs conditions de vie de sans-domicile. Pourtant, lorsque l'on regarde les équipements des foyers d'urgence et accueils de jours, il semble qu'en pratique ceux-ci soient matériellement en mesure de subvenir à leur hygiène. En effet, il n'est pas rare d'y trouver de nombreux vêtements de rechange, des douches et machines à laver. Malgré cela, certaines personnes sans domicile désinvestissent leur corps, s'enveloppant alors dans des odeurs et substances corporelles qui agiraient comme un « manteau chaud qui protège du « froid psychique », le « manteau cloacal ».(102)

- Franck Mathieu, psychologue pendant quelques temps au sein d'une équipe mobile psychiatrie-précarité ainsi que dans un dispositif « veille sociale mobile », fait état de cette clinique de l'incurie.(102) Selon lui, le manteau cloacal aurait trois objectifs.

- Tout d'abord, cette « seconde peau »(107) agirait comme une « défense servant à pallier les trous de l'enveloppe psychique », les « trous du Moi-peau »(108) et participerait à l'anesthésie du corps.

- Ensuite, il serait un moyen de communiquer. Ce manteau viendrait « rétablir une forme de communication archaïque avec l'objet ». Il s'agirait d'un langage par « signes corporels s'exprimant à l'insu même du sujet » comme une sorte de « partage forcé ».

- Enfin, il constituerait un « proto-habitat » et représenterait comme une « bulle territoriale ». Selon A.E. Aubert « l'investissement du corps comme réalité matérielle est le premier habitat ».(102) A propos de la difficulté qu'ont les SDF à habiter un logement, Franck Mathieu donne comme exemple des situations de relogement où le sujet « clochardisait » son appartement jusqu'à le rendre inhabitable.

• Furtos et Laval ont développé le terme de « pathologie de la disparition » spécifique aux SDF. « Parce que ceux-ci ont surmonté une honte insurmontable, celle d'être devenu SDF, ils ne parviennent plus à exister. Ils se sentent coupables d'être exclus et vivent une souffrance psychique si intense qu'ils se coupent de cette souffrance mais aussi d'eux-mêmes. La personne SDF n'arrive plus à « souffrir sa souffrance ». Le syndrome d'auto-exclusion est la forme la plus grave de la pathologie de la disparition. »(34)

Il existe donc de nombreuses modalités d'adaptation face à la rupture, quelle que soit cette rupture. Ces modalités d'adaptation ne peuvent se penser et se construire qu'à travers la trajectoire de vie de chacun et reposeraient, entre autres, sur certaines modalités d'attachement élaborées pendant l'enfance.

D'autre part, si leur histoire de vie est très souvent synonyme de souffrance psychique, qu'en est-il de l'état de santé mentale des personnes sans domicile ?

3. Etat de santé mentale des personnes sans domicile

La question des troubles mentaux et de leur prévalence parmi la population sans domicile est arrivée assez tardivement en France ; contrairement aux Etats-Unis qui ont initié des travaux sur le sujet dès le début des années 1980. Les résultats de ces premières recherches américaines allaient dans le sens d'une généralisation des troubles mentaux parmi les personnes sans domicile avec une prévalence de ceux-ci annoncée à 80%.(109) Pendant plusieurs années, le sans-domicile, stigmatisé, a alors véhiculé cette image de « malade mental ».

- En 1986, dans la revue *Social Problems*, David Snow et son équipe viennent contredire ce « mythe ».(109) Leur étude porte sur 767 personnes de l'Armée du Salut locale qui ont un dossier dans le département d'Etat pour la santé mentale ou le centre local de maladies mentales. Ils parlent de « maladie mentale » si le personnel d'un des organismes a posé le diagnostic selon les critères de l'Association psychiatrique américaine. Ils évaluaient alors la prévalence de maladies mentales inférieure à 10%.

Dans la même revue, en 1988, James Wright estime la prévalence de maladies mentales dans la population sans-domicile autour de 30%.(109)

- L'étude menée en 1996 à Paris par le Dr Kovess et son équipe est une référence incontournable dans les travaux d'épidémiologie psychiatrique concernant la santé mentale de la population sans domicile en France.(110) La prévalence des troubles psychiatriques était évaluée à 57,9% sur la vie entière et 29,1% sur un an montrant alors que la population étudiée présentait de « nombreux problèmes de santé mentale ».

Cependant, il est important de souligner que l'usage d'alcool et de drogues étaient intégrés à l'analyse et ont très probablement gonflé le résultat puisque ceux-ci arrivaient en tête devant les troubles dépressifs.(110) De plus, le rapport de cette enquête souligne le manque de fiabilité du questionnaire utilisé et « validé » pour évaluer les troubles mentaux.

- En 1998, I. Guesdon et J.-L. Roelandt se sont intéressés à 270 personnes sans domicile qui fréquentent diverses structures d'hébergement de Lille. Les résultats de leur enquête concluent à une forte prévalence des troubles mentaux. En revanche, ils critiquent longuement ces résultats et notamment les limites du questionnaire standardisé (CIDIS) utilisé. Ils s'interrogent sur la maladie mentale et sur le diagnostic de celle-ci dans des conditions de vie extrême. Les symptômes observés sont-ils constitutifs d'une entité clinique psychiatrique ou sont-ils une réaction « normale » liée au contexte dans lequel se trouve l'individu ? Ils émettent une thèse qui serait que les personnes sans domicile constituent « une nouvelle catégorie de personnes à troubles sociaux, à la limite et à la marge de la psychiatrie ».(111)

Selon eux, les instruments validés en population générale domiciliée ne seraient plus valables lorsqu'il s'agit de personnes sans domicile. En effet, il s'agit souvent d'entretiens brefs, réalisés en une seule fois dans un seul lieu ce qui pourrait être la source de diagnostics prématurés.(109) D'autre part, les questions posées entraîneraient des réponses dénuées de sens. Les auteurs de l'enquête lilloise donnent pour exemple les symptômes d'insomnie, d'anorexie et d'aboulie servant au diagnostic de dépression et remarquent avec justesse comme ils peuvent perdre leur sens en l'absence de repas, de toit et de travail. Les « dépressions maladie » diagnostiquées par les questionnaires validés pour les personnes domiciliées pourraient être, dans des conditions extrêmes de vie, de « simples » troubles de l'adaptation.

Snow, en 1986, faisait d'ailleurs déjà l'hypothèse que certains symptômes d'« inadaptation » [pourraient être] des formes d'adaptation au contexte particulier de la rue.(112) Quelques années plus tard, Wright souligne que « certains comportements présentés comme « bizarres » sont en réalité des adaptations à la vie dans la rue ou dans les centres d'hébergement ».(109)

Toutefois, qu'il s'agisse d'une « dépression maladie » ou d'un trouble de l'adaptation, cela ne remet bien évidemment pas en cause l'authentique souffrance vécue par cette population.

- Selon l'ONPES (Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale), parmi la population globale des SDF recensés en 2001, 5% d'entre eux sont atteints de troubles mentaux, 23% connaissent un état dépressif, 22% un état de nervosité / tension /

stress très fréquent et 25% un problème de sommeil très fréquent. Là aussi, les résultats de ce recensement sont à interpréter avec prudence lorsque l'on prend en considération certains points de l'enquête.

Tout d'abord, l'évaluation des troubles mentaux est rendue possible à partir des problèmes déclarés aux enquêteurs. Cela pose alors question sur la capacité des enquêtés à évaluer leur propre état psychique.

Ensuite, les troubles mentaux et les « états dépressifs » sont évalués séparément sans que ces deux notions ne soient clairement définies. La dépression n'est-elle pas en elle-même un trouble mental ? Dans ce cas, « l'état dépressif » se définit-il comme une « dépression maladie » au sens psychiatrique du terme ou comme une symptomatologie réactionnelle à des conditions de vie extrême ?

Quoi qu'il en soit, la situation sociale extrême des personnes sans domicile en fait une population à part et ces différentes études permettent de rendre compte de la difficulté d'évaluer les troubles mentaux parmi cette population.

- L'enquête SAMENTA qui avait notamment pour but d'évaluer la prévalence des addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France (cf partie II.C.Epidémiologie des conduites addictives chez les personnes sans domicile), avait aussi pour objectif principal d'estimer la prévalence des troubles psychiatriques. Dans cette étude, les troubles mentaux et du comportement ont été séparés en quatre grandes catégories :

- les troubles psychiatriques sévères, comprenant les troubles sévères de l'humeur (épisodes dépressifs sévères, épisodes maniaques/hypomaniaques, trouble affectif bipolaire), les troubles anxieux et les troubles psychotiques (schizophrénie, troubles schizotypiques, troubles délirants)

- les troubles de la personnalité

- les troubles légers/modérés de l'humeur (essentiellement des dépressions)

- les addictions (alcool, drogues illicites, médicaments détournés de leur usage)

Au total, par ordre de fréquence :

<u>Sans-domicile</u>
Troubles de la personnalité* : 21 %
Troubles psychotiques* : 13,2 %
Troubles anxieux : 12,3 %
Troubles dépressifs légers* : 7,9 %
Troubles sévères de l'humeur : 6,7 %
Trouble dépressif modéré* : 6 %

*Les prévalences des troubles de la personnalité, des troubles psychotiques et des troubles dépressifs modérés et légers étaient supérieures à celles en population générale.

Bien que les résultats varient selon les études, ils incitent à penser que les troubles mentaux sont globalement plus représentés dans la population sans domicile que dans la population générale, notamment concernant les troubles de la personnalité, les troubles psychotiques et les troubles dépressifs légers et modérés

Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence lorsque l'on regarde les échantillons d'étude et leur caractère rarement représentatif associé à la difficulté d'évaluer les différents troubles d'individus vivant dans des conditions de vie extrêmes. Ils sont aussi le reflet de la tendance, qui existe encore aujourd'hui, à médicaliser ou à psychiatriser le regard que l'on porte sur le sans-abrisme. Or, il est entendu que certains troubles pourraient intervenir comme une adaptation au contexte particulier de la rue.

Par ailleurs, les différentes études présentées n'évaluent pas la prévalence des addictions parmi les personnes sans domicile présentant des troubles mentaux et n'établissent pas de lien entre troubles mentaux et addictions. Il n'est donc pas possible d'évaluer si les troubles mentaux des sujets sans domicile ont un impact sur les consommations de substances psychoactives ni si, en dehors de tout trouble mental, la souffrance psychique générée par leur histoire de vie et leur situation sociale extrême peut expliquer ces consommations.

B. Du sujet addict

1. Modèle psychanalytique

1.1. La vie pulsionnelle

- Freud, grand consommateur de tabac et consommateur de cocaïne à partir de 1883, écrit de nombreux articles sur les bienfaits de cette dernière dont *Über Coca* en 1884. Il la recommande pour traiter de multiples affections dont la dépression, l'hystérie, l'hypochondrie, les affections nerveuses mais aussi pour guérir la morphinomanie. Il en proposera d'ailleurs à son meilleur ami Ernest Von Fleischl afin de traiter sa dépendance à la morphine mais celui-ci décèdera quelques années plus tard, en 1891, d'une overdose de cocaïne injectée et Freud se culpabilisera toute sa vie d'avoir précipité le décès de son ami.

A cette même époque, Freud fait l'hypothèse que notre psychisme est dépendant de notre inconscient, lieu d'accueil et de naissance de nos refoulements et que certains troubles psychiques pourraient s'expliquer par des conflits entre le conscient et l'inconscient.

Bien qu'il n'émette pas de théorie en tant que telle sur la genèse des addictions, il tente de trouver des explications à la toxicomanie. Dans les années qui suivent, il fait référence aux addictions dans plusieurs de ses écrits.

- Dans sa lettre à Fliess du 22 décembre 1897, Freud décrit la masturbation comme le déplacement d'une forme d'addiction ; « la masturbation [est] la seule grande habitude, le « besoin primitif » et les autres appétits, tels que le besoin d'alcool, de morphine, de tabac, n'en sont que des substitutifs, des produits de remplacement ». Le terme d'*Ursucht* est un concept qu'il utilise pour définir le « besoin primitif ». *Suchtig* en allemand, signifie toxicomane et trouve son origine dans le terme *sucht*, littéralement manie.

Il fait de nouveau référence à ce rôle de substitution joué par la prise de toxique en 1898 dans son article sur « La sexualité dans l'étiologie des névroses ». Il y décrit la prise de toxique

comme un substitut de la « jouissance sexuelle manquante », ainsi que l'inexorable rechute de « l'intoxiqué » en l'absence d'une vie sexuelle normale.

En 1921, Freud s'intéresse aux relations entre hypnose et état amoureux. Il décrit ces états comme deux états régressifs où « l'objet a pris la place de l'Idéal du Moi »(113) et compare l'état amoureux au « shoot » du toxicomane.

- Les conduites addictives peuvent donc être perçues comme « des pathologies compulsives de l'excès d'excitations ». Selon J-D Vincent, biologiste, le concept d'excitation renvoie aux notions d'hormones et d'horloge interne qui serait, pour Freud, une excitation endogène (*Erregung*) circulant dans le système nerveux ou le psychisme. Il parle de *Reiz* pour désigner les excitations provenant de l'extérieur (l'objet).(114)

Alors que l'excitation physiologique est décrite comme momentanée, la pulsion serait quant à elle constante, c'est-à-dire continue, présentant des variations d'amplitude et nécessitant d'être satisfaite.(114) Freud, dans son essai « Au-delà du principe de plaisir »(115), aborde la pulsion comme « une tendance de la vie organique à restaurer un état de chose antérieur que la créature vivante a été obligée d'abandonner sous l'effet de forces perturbatrices venues du milieu ; ainsi c'est une sorte de plasticité organique, ou, pour le dire autrement, l'expression d'une inertie constitutive de la vie organique. »

- Pour Freud, le principe de plaisir correspond à cette pulsion et plus particulièrement à une décharge de tension. Le rôle du psychisme serait de maintenir à un niveau aussi bas et constant que possible le degré de tension psychique. L'élévation de la tension psychique serait alors associée au déplaisir et l'abaissement de la tension au plaisir.

Au début de la vie, le principe de plaisir conduit le nourrisson à apaiser ses tensions par un moyen rapide : l'hallucination. Toutefois, cette dernière n'étant pas suffisante, le nourrisson cherchera un autre moyen, moins rapide, d'apaiser ces tensions, par le sein ou le biberon réel puis, par l'investissement de l'attente du sein : c'est le principe de réalité. Il amène le sujet à reporter à plus tard la satisfaction et joue donc le rôle de régulateur.

Cependant, ce modèle associant principe de plaisir et principe de réalité laisse un reste : la compulsion de répétition qui amène le sujet à répéter des situations pourtant source de

déplaisir. La répétition de ce déplaisir, en référence aux observations de Freud concernant le jeu de la bobine, aurait pour fonction d'amener à un processus de symbolisation, de catégorisation de l'expérience affective, de liaison entre affect et représentation. Toute perturbation de ce principe de plaisir (traumas, carences affectives, maltraitance etc...) aura pour conséquence un dérèglement de son fonctionnement.(116)

- Dans les conduites addictives, le dérèglement du principe de plaisir se traduit par la compulsion de répétition dans laquelle les principes de plaisir/déplaisir peuvent aller jusqu'à se confondre avec la possibilité d'une prise de plaisir dans ce qui procure du déplaisir : c'est l'au-delà du principe de plaisir. Parallèlement à cela, le sujet addict va chercher à répéter l'excès d'excitation non liée provenant de processus primaires afin de le décharger en grande quantité ; les processus primaires, non liés, engendrant beaucoup plus de sensations (plaisantes ou déplaisantes) que les processus secondaires, liés / symbolisés.

Gérard Pirlot, psychiatre et psychanalyste, parle d'une « quête de jouissance « perverse » »(116) car, n'utilisant pas les voies de la sexualité génitale, elle éviterait au sujet de se confronter à l'angoisse de castration / pénétration, voire d'abandon de la part de l'objet.

- Derrière toute addiction, il y aurait donc des pulsions et plus particulièrement des pulsions de mort représentées par « la destructivité, la déliaison, la compulsion de répétition dans sa dimension « démoniaque » et le principe de nirvâna ».(117) Comme Freud le suggère, la « conduite suicidaire » des addicts pourrait venir satisfaire un besoin de punition. D'autre part, les fantasmes ordaliques du sujet addict seraient une confrontation à la mort, un moyen de reprendre le contrôle et de, paradoxalement, se sentir vivant à travers des prises de risque mortelles.

1.2. La place du Surmoi

- Il existe des « relations complexes entre *die sucht*, le besoin, la passion du toxique ou de l'activité addictive d'un côté et la « contrainte », la « compulsion », *der zwang* de l'autre [...] Ce terme de *zwang* se retrouve également dans la définition du rôle qu'à le Moi envers le surmoi, à savoir celle de « contrainte à obéir » comme l'enfant envers ses parents. »(52)

Selon Freud, une des origines du surmoi provient des perceptions auditives de l'enfant et plus particulièrement des interdictions données par « la voix » (sous entendu, du père), notamment au moment du complexe d'Œdipe où l'enfant doit faire le deuil de ses désirs incestueux. D'autre part, à travers le complexe d'Œdipe, le surmoi trouverait une origine dans « l'angoisse d'être châtié par les parents ou, plus exactement, de perdre leur amour ».(52)

- Le surmoi-conscience coexiste avec le surmoi inconscient tyrannique qui condamne, inhibe et commande de façon démesurée et peut conduire à des manifestations d'autopunition, des comportements d'inhibition ou des désirs homicides ou suicidaires. Alors que le surmoi-conscience est l'héritier du complexe d'Œdipe, garant de la loi morale de l'interdit de l'inceste et participant au bien-être, le surmoi inconscient tyrannique serait l'héritier d'un traumatisme primitif, quel qu'il soit, subi par l'enfant indépendamment de son âge.

Ainsi, nous pouvons nous demander si « l'addiction et sa « contrainte compulsive » ne relèveraient pas d'une dépendance à un surmoi tyrannique, prégénital, antioedipien, castrateur pour le narcissisme du Moi ».(52)

1.3. L'interaction mère-enfant

- Lors des premiers mois de la vie, il existe un processus d'attachement et de symbiose qui se met en place entre la mère et le nourrisson comme s'ils ne formaient qu'un. La dépendance totale du nourrisson vis-à-vis de la mère est à la fois un état d'impuissance et de toute-puissance. Winnicott parle de « mère suffisamment bonne »(118) pour désigner celle

qui s'ajuste aux besoins de son bébé tout en laissant la place à une forme de frustration afin qu'il devienne un adulte capable de surmonter les difficultés de la vie sans être anéanti. En effet, les épreuves de séparation et de perte aboutissent à un éprouvé de manque, à la naissance du désir et au sentiment de satisfaction. Par ces expériences de frustration et de besoin de l'objet, le nourrisson prend conscience de son état de dépendance et passe d'un état de dépendance totale et absolue, à un état de dépendance relative.(119) Ces étapes lui permettent alors de se représenter sa mère comme extérieure à lui.

- Le passage d'un état de dépendance totale à un état de dépendance relative par le biais des expériences de frustration, se fait progressivement grâce aux « phénomènes transitionnels ». Winnicott introduit le terme d'« aire transitionnelle »(120) pour désigner une aire d'expérience intermédiaire qui se situe entre une réalité intérieure, psychique, et une réalité extérieure. Les objets et espaces transitionnels assurent la « transition entre l'indifférenciation mère-nourrisson, l'internalisation de l'objet et l'organisation de la relation d'objet ».(121) Autrement dit, ils participent au processus d'individuation / séparation, permettent à l'enfant de garder en lui le souvenir de la mère le temps de son absence et sont donc un moyen pour lui de supporter la solitude et de se rassurer en l'absence de la mère. Ils permettent à l'enfant de quitter l'état de fusion sans être envahi par des angoisses. Winnicott parle de « défense contre l'angoisse », et notamment l'angoisse de type dépressif. L'objet transitionnel auquel s'attache l'enfant a une valeur symbolique et est désigné comme le symbole d'un objet partiel. Le « doudou » par exemple peut représenter un substitut du sein maternel tout en n'étant pas le sein maternel. Lorsque l'enfant a accès au symbolique, il est alors capable de différencier le fantasme de la réalité, les objets intérieurs des objets extérieurs et de se mettre en relation avec le monde qui l'entoure.(120)

- La mère peut ne pas être « suffisamment bonne » de diverses manières : un excès d'empathie venant empêcher chez l'enfant le sentiment de manque et donc l'émergence de désir, une réponse imprévisible aux besoins de l'enfant pouvant lui donner une vision morcelée du monde ou encore l'interprétation des besoins de l'enfant en fonction des siens parfois responsable de l'apparition d'un faux-self chez l'enfant. Selon Winnicott, il arrive que le sentiment de détresse conserve un caractère toxique et perdure lorsque le sentiment de la continuité d'être (« going on being »), ou le sentiment continu d'exister (« self »),(122) n'ont

pu se constituer correctement du fait d'une mauvaise interaction mère-nourrisson. Il relie le sentiment continu d'exister aux soins parentaux et notamment au holding maternel, à valeur affective et rassurante pour l'enfant.(123) Dans ces situations dont la liste n'est d'ailleurs pas exhaustive, les phénomènes transitionnels ne peuvent pas se faire correctement. La représentation de l'objet interne s'efface, l'objet transitionnel peut alors être désinvesti et perdre sa signification.

- « La toxicomanie est ainsi citée parmi les échecs de l'évolution de l'aspect ambigu, double dans ses réalités, de l'objet transitionnel : [...] une sorte de clivage se forme/fixe sur une perception-sensation ancienne « fétichisant » la représentation qui lui est liée. »(124) L'objet, au lieu d'être transitionnel, se fixe. Winnicott avait déjà abordé cette question de « fixation » qui pourrait plus tard induire une addiction à un objet, un comportement ou un toxique. Il fait cependant la différence entre la toxicomanie qu'il définit en termes de « régression au stade primitif, où les phénomènes transitionnels ne sont pas contestés » et le fétichisme qu'il définit en termes de « persistance d'un objet spécifique, ou d'un type d'objet qui remonte à l'expérience infantile dans le domaine transitionnel, lié à l'hallucination d'un phallus maternel ». L'aire intermédiaire de l'expérience persiste toute la vie et, progressivement, les objets transitionnels prennent différentes formes et/ou activités.

« Le recours aux addictions est une tentative de restitution d'un espace transitionnel défaillant. »(125)

- N. Abraham et M. Torok(126) décrivent aussi l'internalisation de l'objet et la représentation de l'objet interne avec les notions d'introjection et d'incorporation. L'introjection, intériorisation de l'objet, est définie comme le processus psychique et l'incorporation comme le fantasme sous-jacent.

L'introjection a pour rôle premier d'appivoiser le manque, l'absence (deuil de l'objet) et d'éviter l'angoisse. Il semble que ce processus se mette en place précocement dans le développement du nourrisson puisqu'il serait concomitant des premiers échanges tactiles entre la mère et le nourrisson. Cette introjection agirait comme un « organisateur psychique » précoce lors du stade oral. Si cette introjection n'est pas possible « l'incorporation de l'objet perdu devient le seul mode d'une réparation narcissique ». Cela n'est pas sans rappeler les

théories de Winnicott concernant la fixation de l'objet transitionnel secondaire à la disparition de la représentation de l'objet interne. En effet, lorsque l'introjection a été traumatique et n'a pu se faire correctement, il existe un défaut d'objet interne.

Face à cette défaillance, l'incorporation de l'objet a lieu, de façon similaire à la fixation de l'objet transitionnel, permettant ainsi de maintenir un lien narcissique avec l'objet dont il n'est pas possible de faire le deuil. L'échec de l'introjection et du deuil de l'objet renvoie à un état de dépendance totale comme l'était le nourrisson envers la « mère-environnement ». Par la suite, chaque fois que l'introjection de la perte sera impossible, l'acte d'incorporer se mettra en place, empêchant alors tout travail de penser.

- L'attachement d'un individu à une substance pourrait faire écho, de façon régressive, à l'attachement du nourrisson au cours de ses premiers mois de vie et notamment à l'impossibilité pour l'individu grandissant de se séparer de ce premier objet et de se différencier totalement sur le plan psychique et corporel. « Les « accros » chercheraient à retrouver l'accrochage à l'objet primaire, à reproduire cette « constellation mère-nourrisson ». « L'objet d'addiction, témoin d'une impossible séparation, ne ferait que perpétuer la dépendance à un objet devenu objet de survie. »(127)

Face à cette impossible séparation, source d'angoisses, l'addiction est décrite comme pouvant être les « manifestations cliniques de contre-investissements massifs de cette détresse [qui] lutteraient contre le vide par le trop-plein d'excitation non liée ».(128)

1.4. L'insécurité affective

- Les angoisses archaïques de perte de l'objet entraînent le sujet addict dans une quête d'indépendance et plus particulièrement dans la quête « d'affranchissement de la dépendance affective ».(129)

« Les addictions signent d'une part les défauts dans les processus fort complexes d'identification [...] d'autre part, elles permettent à un sujet d'être l'acteur d'un mouvement

d'effraction corporelle par la mise en lui d'un corps étranger dont il connaît, et par là même contrôle, les effets sur son corps et son psychisme confondus (son self). »(130)

- L'acte addictif, pratique solitaire, révèle en effet un évitement de la confrontation à l'autre. A travers sa quête « d'affranchissement de la dépendance affective », le sujet induit une autre forme de dépendance « qui en prend le relais et la renforce paradoxalement dans un processus circulaire ».(131)

Dans ce contexte, l'objet d'addiction serait un néo-objet de substitution, toujours à disposition, maîtrisable, n'apportant aucune confrontation et évitant ainsi les angoisses de séparation et de castration.(132)

La consommation de toxiques comme refus de confrontation à l'autre conduit le sujet à éviter l'irruption de l'affect formant un « rempart contre le risque d'écroulement ».(133) Selon J. McDougall, le but premier de la prise de substances serait de se débarrasser de ses affects car le fonctionnement psychique ne serait pas en mesure de lier représentation et affect.

- Le besoin de maîtrise de la relation du sujet addict apparaît très souvent à l'adolescence. La puberté, période de remaniements et de changements, place l'adolescent au cœur de conflits internes. La réactivation œdipienne apparaissant à cette période entraîne une rupture de l'adolescent vis-à-vis de ses parents et notamment de sa « dépendance aux objets parentaux ». L'adolescent est en quête de nouveaux objets d'investissement afin de combattre le sentiment de vide laissé par la perte des objets parentaux.

Si les assises narcissiques ne sont pas suffisamment solides lors du travail de séparation avec les objets parentaux, l'adolescent peut vivre la recherche de nouveaux objets comme « menaçante pour son autonomie et son équilibre narcissique ».(134) Dans ce contexte où les nouveaux objets d'investissement sont considérés comme menaçants, les conduites addictives, en tant que pratiques d'incorporation, viennent combler le vide interne et suppléer le défaut d'introjection lors du travail de séparation par le maintien d'un lien narcissique à l'objet dont il n'est pas possible de faire le deuil.

Autrement dit, il est possible que lorsque le travail de séparation (et donc d'individuation) ne puisse se faire correctement, l'adolescent voit dans la prise du produit une solution apaisante venant combler le vide et mettre à distance tout ce qu'il aurait tendance à percevoir comme

menaçant pour son équilibre. Il en suit un besoin de maîtrise, de contrôle. Une relation de domination sur un objet prend la place d'une relation affective vécue comme menace, le « lien addictif à l'objet constituerait une « modalité d'aménagement pervers », relevant d'une fonction anti-objectale et plaçant les objets sous emprise ».(134)

- « L'objet addictif au service du narcissisme permet la maîtrise de la relation objectale. Le produit a alors pour fonction de colmater la brèche, de panser la blessure narcissique. »(135)

Les interactions mère-enfant sont une des étapes cruciales dans le développement psychique de l'enfant. Ces interactions définissent la façon dont l'enfant percevra le monde et sa capacité à interagir sans angoisse avec son environnement. Elles participent aussi à la possibilité pour l'enfant de se séparer et d'exister pour lui-même. Si son développement psychique ne peut se faire de façon sécurisante, l'enfant met en place des défenses « narcissiques ».(136) La prise de substances psychoactives peut alors être perçue comme le moyen de pallier à une faille narcissique en permettant au sujet de ne pas se confronter à la réalité.

Ce modèle psychanalytique apporte certaines pistes de réflexions autour de la prise en charge du sujet addict mais il semble intéressant de compléter ce modèle par d'autres approches.

2. Modèle psychologique de Stanton PEELE (1975, 1985)

Ce modèle, qui ne repose pas sur l'inconscient, fait appel à des concepts comportementaux et cognitifs. Il s'agit d'un modèle endogène davantage axé sur la personnalité de l'addicté. « C'est le toxicomane qui fait la drogue. »(46)

- Pour S. Peele, l'addiction trouve son origine dans les problèmes de vie du sujet et correspond à une « stratégie de *coping* entre lui et le monde »(46) ; le *coping* renvoyant aux comportements et cognitions permettant de faire face à une situation stressante.(137)

Selon lui, les personnes addictes ne présentent pas nécessairement une pathologie avérée et ne constituent pas une classe nosologique spécifique mais elle présentent des caractéristiques communes comme des difficultés à faire face à un faible soutien social (famille, amis...) et à des situations « dérivatives »(46) marquées par une absence d'options positives et de vide.

Dans ce contexte, l'usage de substance viendrait se substituer aux difficultés en apaisant immédiatement les sensations déplaisantes et apporterait une réponse rassurante car prévisible. L'expérience addictive est considérée « une source de gratification » et efface « le sentiment de fragilité de l'estime de soi dans un premier temps »(46)

- S. Peele s'attache beaucoup aux valeurs et l'intérêt de les repérer pour le traitement. Par ailleurs, il fait état de certaines valeurs pouvant avoir un rôle protecteur comme le contrôle de soi et la modération, l'estime de soi, l'accomplissement et les compétences ainsi que l'évaluation consciente et critique de son environnement.

A l'inverse du modèle médical qui considère le sujet comme un sujet biologique et envisage l'addiction comme une maladie innée et permanente car à risque de rechute, le modèle de S. Peele considère le sujet comme un sujet social, « acteur de sa propre socialisation ».(46) Dès lors, il stipule que l'addiction peut disparaître si le sujet change d'environnement et arrête de côtoyer des personnes avec ce type de problématique.

Aujourd'hui, cette vision monovariée semble assez réductrice et éloignée des conceptions actuelles qui sont davantage tournées vers le biopsychosocial par l'interaction de théories endogènes et exogènes.

3. Modèle de recherche de sensations de M. Zuckerman

- La tendance à rechercher des sensations, expériences intenses et nouvelles était dirigée par le besoin d'atteindre et de maintenir un niveau optimum d'activation élevée.(138)

A partir du concept de « niveau optimum de stimulation »(46), Zuckerman a défini un trait de personnalité qui est la recherche de sensations. Celle-ci est évaluée à l'aide d'échelles dont l'auto-questionnaire de Zuckerman qui distingue les sujets à haut niveau de recherche en sensation des sujets à bas niveau.

- Selon lui, il existerait un faible niveau de base d'activité cérébrale chez les amateurs de sensations fortes. La théorie postule que « les amateurs de recherche de sensations dans un état de non-stimulation ont une activité catécholaminergique faible [...] et recherchent des substances ou comportements qui relèvent cette activité ».(139) Les expériences nouvelles et complexes seraient un moyen pour les « chercheurs de sensations » d'élever leur niveau d'activation et d'éveil cérébral mais cette donnée n'aurait jamais été confirmée par des travaux de neurophysiologie.

- Les travaux réalisés à partir de « l'échelle de recherche de sensations » ont montré une fréquence particulièrement importante de « chercheurs de sensations » chez les patients présentant des conduites de dépendance.(140) La désinhibition et la susceptibilité à l'ennui seraient les facteurs les plus impliqués dans la recherche de sensation.(46)

- Cette recherche de sensations pourrait donc amener le sujet à rencontrer certaines substances puis, dans une quête constante de sensations, l'inciter à augmenter ou diversifier ses consommations jusqu'à entraîner une dépendance.

Le modèle de recherche de sensations pourrait être une des explications de l'usage de certaines substances stimulantes mais laisse de côté la prise de substance à visée sédatrice. Cependant, ce modèle pose la question de la « mise en acte » plus que de la « mise en mots »

et la difficulté pour ces personnes à laisser place aux émotions. Cela soulève aussi la question du plaisir par la création de « néo-besoins ».

Les modèles psychologique de S. Peele et de recherche de sensations de Zuckerman sont anciens et ne permettent évidemment pas à eux seuls d'expliquer la psychopathologie de l'addiction. Ils ont sans doute été des points de départ dans les réflexions, faisant de « l'addiction maladie » un concept imparfait dans lequel le sujet addict n'était autre qu'un malade, « victime » de l'addiction. Ces modèles ont donc permis d'élargir la vision de l'addiction et ont très probablement participé aux considérations biopsychosociales actuelles.

4. Modèle cognitivo-comportemental

4.1. Les théories comportementales

Les théories comportementales dépendent de théories d'apprentissage dont le conditionnement qui semble jouer un rôle non négligeable dans les conduites addictives. Ce conditionnement peut être dit classique Pavlovien ou opérant Skinnérien.

- Le conditionnement classique Pavlovien ou répondant(141) consiste à créer une réponse physiologique par l'association répétée d'un stimulus conditionnel neutre (SC) qui précède un stimulus inconditionnel (SI) qui produit toujours, de façon naturelle, une réponse comportementale dite réponse conditionnelle (RC). Autrement dit, SC → SI → RC de sorte qu'à l'issue des répétitions SC → RC.

A titre d'exemple, un individu ayant pour habitude de boire du whiskey lorsqu'il fait des mots croisés. Le stimulus conditionnel neutre « faire des mots croisés » peut annoncer la

présentation d'un stimulus inconditionnel « whiskey » qui déclenche toujours la réponse conditionnelle « boire ». A force de répétition, les mots croisés seront associés au fait de boire du whiskey et le simple fait de faire des mots croisés pourra déclencher l'envie de boire sans que le whiskey ne soit présenté.

- Le conditionnement opérant Skinnérien ou instrumental(142) stipule que les actions sont renforcées par leurs conséquences. Chaque comportement / action entraîne des conséquences positives / agréables ou négatives / déplaisantes qui serviront de renforçateurs positifs ou négatifs de ce comportement. Lorsque le renforcement est positif, le comportement se répète. A l'inverse, lorsque le renforcement est négatif, un comportement d'évitement se met en place.

Prenons pour exemple un individu consommant du cannabis à visée anxiolytique. Si lorsqu'il fume, il se sent plus apaisé sur l'instant alors cela aura des conséquences immédiates positives qui renforceront cette action de fumer du cannabis en situation de stress.

- La théorie de l'apprentissage social(143,144) conjugue les deux modèles précédents avec comme postulat une interaction entre l'individu, son comportement externe et son environnement.(145) « La théorie de l'apprentissage social met l'accent sur la personne et ses choix ainsi que sur la notion de liberté. »(46)

Il s'agit d'un apprentissage par observation qui consiste à dire qu'un comportement peut être appris sans que l'individu ne subisse aucun renforcement. Cet apprentissage est essentiellement le résultat de processus symboliques ou cognitifs (pensées, croyances, images mentales..) et d'une imitation en utilisant l'autre comme modèle. L'individu aura d'autant plus tendance à imiter que le comportement du modèle qu'il observe est renforcé positivement. Secondairement, le comportement sera ajusté selon que les conséquences du comportement imité sont positives ou négatives. Cela renvoie à la notion de renforcement positif ou négatif de Skinner mais Bandura préfère parler de « régulation du comportement »(46) plutôt que de renforcement.

L'adolescence est une période propice pour cet apprentissage social car il s'agit d'une « période de modelage »(145) où l'individu est en forte interaction avec ses pairs. On peut

comprendre comment, à travers de ce type d'apprentissage, cette période de modelage peut être favorable à l'apparition ou au maintien d'une conduite addictive. Le fait que certains comportements déviants soient adoptés sans être ajustés pourrait être le résultat de renforcements sociaux au sein de groupes déviants.(146)

L'exemple le plus parlant pour illustrer cet apprentissage est celui du tabac à l'adolescence. L'individu a des croyances, représentations de la cigarette et notamment celle du caractère social de l'usage de tabac. A ces représentations, s'ajoutent le besoin pour l'adolescent de s'autonomiser et de se détacher du « nid familial » de telle sorte que son groupe d'ami occupera une place de premier choix dans sa vie. Le comportement de fumer en groupe, appris par imitation, augmente le sentiment d'appartenance au groupe et de communauté.

Les modèles d'apprentissage issus du conditionnement et de l'apprentissage social sont une voie d'explication de l'apparition et/ou du maintien d'un comportement addictif. Cependant, elles n'expliquent pas ce qui amène l'individu à des pratiques addictives. Les théories cognitives proposent un décryptage des processus mentaux qui conduisent à ces comportements.

4.2. Les théories cognitives

Les théories comportementales nous aident dans la compréhension de la « phase de consommation » (comportementale) survenant après la « phase de préparation » (cognitive).(46) Elles ne peuvent donc s'expliquer sans les théories cognitives qui s'attachent quant à elles aux émotions, aux cognitions en relation avec l'environnement et participent à la détermination des comportements.

- La cognition est « l'acte de connaître par le traitement de l'information »(147) ; le sujet étant conçu comme « un système de traitement de l'information, dans l'ici et le maintenant d'une situation. »(145) Elle repose sur des processus cognitifs décrits comme des « enchaînements d'opérations mentales en relation avec la saisie des informations, leur stockage et leur traitement ».(148)

- Jean Piaget et ses collaborateurs ont décrit deux mécanismes fondamentaux lors de l'acquisition d'une nouvelle connaissance :

- l'assimilation, qui est le fait d'intégrer une nouvelle situation à d'autres situations similaires pour lesquelles il existe déjà un comportement ou un mode de raisonnement « pré-enregistré ». Dans ce cas, le comportement (ou le raisonnement) est reproduit et ne change pas. Il en résulte un enrichissement des connaissances du sujet.

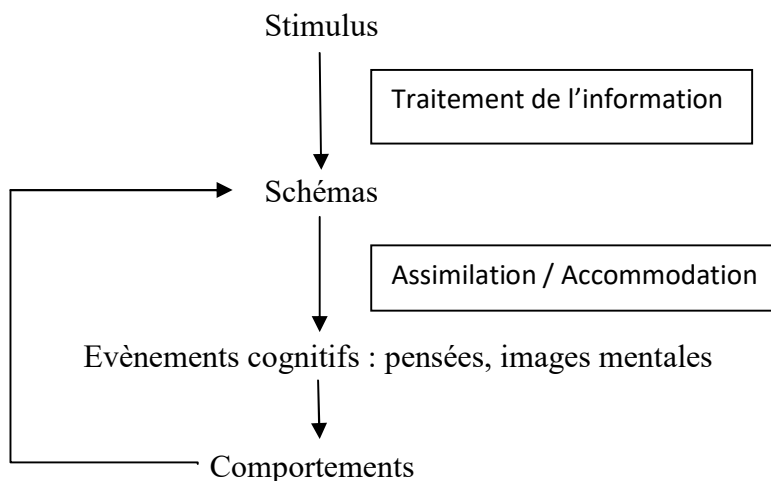
- l'accommodation, qui est le fait de transformer un comportement ou un mode de raisonnement déjà existant lorsque les façons de faire habituelles ne sont plus suffisantes pour résoudre un problème. L'accommodation permet alors au sujet de s'adapter. Elle intervient lorsque l'assimilation crée un déséquilibre qui conduit à un « conflit cognitif ».

Pour Jean Piaget, la recherche permanente d'un équilibre entre assimilation et accommodation constitue le « processus fondamental qui explique le développement et le fonctionnement cognitif chez l'être humain ».(149)

- Les théories cognitives reposent donc sur le traitement de l'information par l'intermédiaire de comportements ou modes de raisonnement existants que l'on nomme « schémas ». Ce sont des croyances, des représentations mentales de nos connaissances acquises à partir d'expériences vécues au cours de la vie(150) ; celles de l'enfance étant particulièrement marquantes comme nous l'avons évoqué au chapitre III. A. 1. 1.1 traitant des interactions avec la figure d'attachement dans l'enfance.

Les schémas sont des structures inconscientes en mémoire à long terme. Ils participent à toutes les étapes du traitement de l'information telles que l'analyse, l'interprétation afin de donner un sens à l'information et, en fonction, ils dirigent les comportements. De façon imagée, ces schémas seraient comme le disque dur d'un organisme humain.

- L'assimilation et l'accommodation sont des « processus cognitifs qui permettent de passer des structures profondes que sont les schémas aux structures superficielles représentées par les événements cognitifs ».(46) L'information (stimulus) qui arrive au cerveau est traitée par des schémas cognitifs acquis et, soit ces schémas sont inchangés car ils apportent une réponse suffisante avec une « assimilation de la réalité aux schémas », soit ils sont modifiés car ils n'apportent pas une réponse suffisante et on parle alors « d'accommodation des schémas à la réalité ». Il en résulte des événements cognitifs qui sont donc des pensées, des images mentales créées par la transformation des informations traitées par les schémas.



- La théorie de Young repose sur les schémas précoces d'inadaptation et leur perpétuation. Selon lui il s'agit d'un modèle envahissant concernant soi-même et nos relations avec les autres qui se serait construit dans l'enfance ou l'adolescence puis enrichi en fonction de nos expériences de vie. Le caractère inadapté du schéma vient du fait que celui-ci nous amènerait toujours à revivre des pensées, émotions ou sensations corporelles désagréables induisant des réponses qui ne sont pas satisfaisantes et qui ne nous correspondent pas. La perpétuation de ce schéma est possible de trois façons : soit en le maintenant pour vrai, soit en l'évitant par le biais d'un comportement totalement opposé, soit en tentant de l'intégrer à notre personnalité et en compensant avec d'autres attributs.

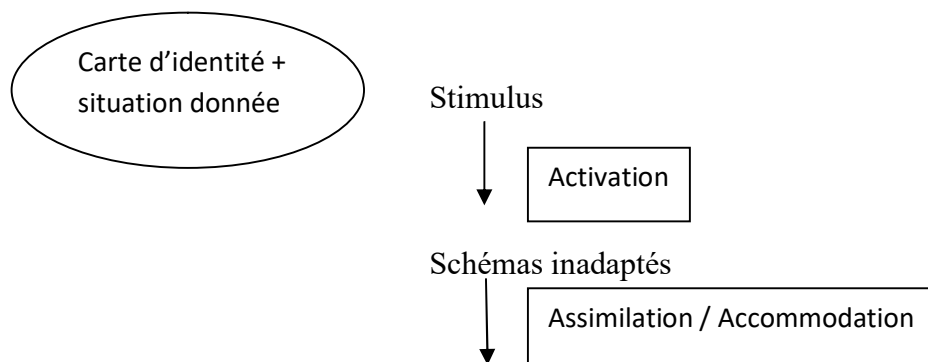
Dans une situation donnée, l'activation de ces schémas inadaptés pourrait s'expliquer par l'interaction de différents facteurs comme(46):

- des situations de fragilisation (états d'anxiété, dépressivité, difficultés interpersonnelles, difficultés de communication, faible estime de soi ou image de soi négative, impulsivité)

- des facteurs de personnalité (comme les traits de personnalité antisociale, dépendante, narcissique, limite, recherche de sensations)

- des situations déclenchantes (phénomènes émotionnels, échec, conflits, vide, manque..)

Ces facteurs constitueraient comme une sorte de « terrain prédisposant » du sujet. Les informations (stimuli) qui arriveront au cerveau ne seront alors pas correctement prises en charge. Le traitement de l'information est perturbé et est à l'origine d'interprétations erronées des situations apparaissant sous forme de pensées automatiques. Ces « mauvaises interprétations » de la réalité sont ce qu'on appelle des distorsions cognitives. Elles peuvent déclencher la recherche de solutions par l'addiction ou maintenir une pratique addictive préexistante.



Evènements cognitifs : pensées automatiques / distorsions cognitives

Les théories d'apprentissage et cognitives font état de mécanismes qui ne sont pas spécifiques de l'addiction. Toutefois, elles servent de support pour la compréhension des dysfonctionnements psychiques pouvant survenir chez les sujets addicts.

5. Modèle systémique d'approche familiale

Les thérapies systémiques s'appuient sur la notion de système, c'est-à-dire, sur « l'ensemble d'éléments en interaction tels qu'une modification quelconque de l'un d'eux entraîne une modification de tous les autres ».

- La théorie générale des systèmes s'appuie sur plusieurs principes : le principe de totalité (un élément change, c'est l'ensemble du système qui change) ; le principe de non-sommativité (un système ne se réduit pas à la somme des éléments qui le composent) ; le principe d'équifinalité (un même effet peut avoir des causes différentes) ; le principe d'homéostasie (équilibre) et d'autorégulation (le système s'autoéquilibre).(151)

- M. Duncan Stanton et Thomas Todd ont réalisé en 1978 et en 1982 les premiers travaux sur le modèle systémique d'approche familiale des addictions. Ces auteurs remarquent alors l'extrême fréquence des interactions conflictuelles entre les « jeunes addicts » et leur famille ainsi que de longues et difficiles cohabitations, posant alors le problème de la dépendance affective et l'entrave au processus d'individuation. Ces deux notions pouvant par ailleurs trouver des réponses dans les interactions précoces mère-enfant comme ont pu le conceptualiser certains psychanalystes. Les deux auteurs insistent particulièrement sur la fonction du symptôme dans l'homéostasie familiale. « L'addiction protégerait la famille en donnant à l'« addict » une raison externe, acceptable, de ne pas s'autonomiser. L'angoisse fondamentale de séparation alimenterait des mécanismes de codépendance. »(152)

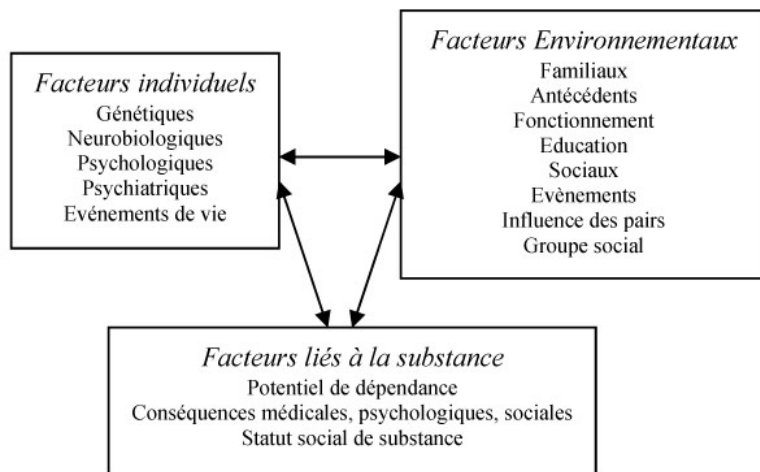
- Sur le plan comportemental, le sujet crée une apparente indépendance en vivant dans un monde opposé aux valeurs sociétales et parentales. Il s'agit d'une solution paradoxale puisque l'addiction entretient la dépendance à la famille sur les plans économique et affectif ; ceux-ci se sentant obligés de protéger l'« addict » de lui-même. L'addiction intervient comme

« une pseudo-individuation permettant d'être à la fois dedans et dehors, où l'on s'émancipe apparemment de sa famille tout en y restant ».(152)

- Le principe d'équifinalité de la théorie des systèmes suppose qu'un même effet peut avoir des causes différentes. De ce fait, il n'en fait pas un modèle unique mais incite à penser que l'addiction trouve son origine dans des origines multiples. Il ne s'agit donc pas d'éloigner la famille en l'identifiant comme la source unique du problème mais bien de travailler avec la famille dans la recherche de solutions.

- En effet, en étant au plus près du consommateur, l'entourage des personnes à problématique addictive peut intervenir comme un maillon essentiel et occuper une place de choix dans la prise en charge. Son soutien a depuis longtemps été cité comme un facteur favorisant la poursuite des traitements de réadaptation (Beckman et al., 1986).(153) « La mobilisation et le traitement des dynamiques familiales peuvent actionner les leviers relationnels qui incitent l'utilisateur à réguler ses consommations, protéger sa santé et sa citoyenneté. »(61)

Les différents modèles présentés s'intéressent surtout au vécu du sujet addict ainsi qu'à sa personnalité. Ils prennent en compte la neurobiologie, la psychologie du sujet, les événements de vie... Quoi qu'il en soit, ces facteurs individuels ne sont pas suffisants pour expliquer la psychopathologie de l'addiction. En effet, il est désormais clairement reconnu que le processus addictif est une interaction entre un sujet, son environnement socioculturel et un produit. Il s'agit donc d'une approche bio-psycho-sociale comme l'énonçait Claude Olievenstein avec sa célèbre formule postulant qu'il s'agit de *la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un contexte socioculturel*.



Source : (58)



Au total, nous constatons que les deux problématiques, addictives et d'auto-exclusion, partagent certaines similarités psychopathologiques.

En effet, la plupart des sujets addicts sans domicile ont connu une histoire de vie marquée par des carences et/ou des traumatismes ; qu'il s'agisse de conflits familiaux, de difficultés matérielles, de violences psychologiques ou physiques. Ces différentes ruptures sont responsables d'une mauvaise interaction mère-nourrisson empêchant les phénomènes transitionnels et le sentiment continu d'exister de se constituer correctement. Il est alors impossible pour le sujet d'imaginer une séparation à l'objet primaire. Dans ce contexte, l'entretien de la constellation mère-nourrisson des premiers mois de vie, c'est-à-dire de l'état de dépendance totale à cet objet, a pour conséquence d'empêcher le sujet de vivre sereinement la séparation, d'exister pour lui-même et est à l'origine d'angoisses de séparation et d'abandon. La relation à l'autre devient alors une relation objectale. Dans une tentative de maîtrise, le sujet tient ainsi à éviter toute confrontation à ses angoisses.

L'accrochage du sujet à une substance renvoie à l'état de dépendance totale vis-à-vis de l'objet primaire. Dans un premier temps, par sa réponse immédiate, sa « non défaillance » et sa disponibilité constante, le produit ou le comportement d'addiction peut venir apaiser les angoisses de séparation et d'abandon. L'installation de la dépendance physique, la répétition

des comportements et leur inscription dans la vie psychique du patient viennent à terme renforcer cette problématique.

Qu'elles aient été au cœur de conflits familiaux ou victimes de violences, les personnes sans domicile à problématique addictive ont donc connu de nombreuses ruptures dans leur enfance ou leur vie de jeune adulte. Ces premières expériences relationnelles, par le biais des modèles internes opérants, jouent un rôle déterminant dans les modalités d'attachement. Ainsi, il est retrouvé que la sécurité d'attachement est plus faible chez les personnes sans domicile en comparaison à la population générale.(34) L'insécurité affective dans laquelle se trouve le sujet fait de la relation à l'autre un danger car cet autre peut manquer et devenir défaillant.

Le recours au produit peut être perçu comme le moyen de pallier à une faille narcissique apparue dans l'enfance et sous tendue par des modalités d'attachement insécures. En induisant un plaisir régressif infantile, il fonctionne comme une anxiolyse par la mise à distance des affects tout en permettant au sujet d'être physiquement présent dans la relation(152) ; les personnes sans domicile mettant d'autant plus leurs affects à distance qu'il est aussi question pour elles de s'adapter à des conditions de vie extrême. L'anesthésie du corps et de l'esprit font d'ailleurs partie des symptômes du syndrome d'auto-exclusion.

Cette grille de lecture psychopathologique des personnes sans domicile souffrant d'une addiction apporte des éléments de compréhension à la clinique de cette population mais aussi des éléments de réflexions à la façon dont ils peuvent être accompagnés dans le parcours de soins.

IV. PARCOURS DE SOINS

Le parcours de soins, qui désigne la « succession d'étapes par lesquelles l'individu peut se soigner »(154), dépend de plusieurs facteurs :

- l'accès aux soins qui dépend principalement de la présence médicale globale, de la répartition géographique des moyens médicaux et des moyens de transports,

- l'offre en matière de santé, c'est-à-dire la façon dont les professionnels s'organisent pour donner une réponse adaptée à une problématique donnée.

- et enfin, la façon dont les usagers accèdent aux soins, autrement dit grâce à quoi ou à qui un patient donné va voir un soignant ou une structure donnée.

Ce dernier point retiendra tout particulièrement notre attention puisque la façon dont les personnes sans domicile accèdent aux soins est étroitement liée, voire même conditionnée par le réseau d'aide et d'hébergement.

Le parcours de soins implique donc « de fournir, à un patient donné, à un moment donné de sa trajectoire, la meilleure réponse possible à l'ensemble de ses besoins, à la fois sur le plan technique et économique, et ce quelle que soit la porte d'entrée du patient. Cela renvoie à la nécessité d'une évaluation complète et à la mobilisation des partenaires les plus à même d'apporter la meilleure réponse. Il implique aussi d'assurer à un patient, dont l'état est éminemment évolutif, une circulation fluide dans les différents maillons du dispositif impliquant, de la part des partenaires concernés, connaissance mutuelle, coordination, échanges d'information, réévaluation régulière du patient... à travers des partenariats formalisés. »(155)

Dans ce contexte, de quelle façon sont ou peuvent être accompagnés au mieux les personnes sans domicile souffrant d'une addiction ? Quelle place occupe le réseau d'aide et d'hébergement dans la prise en charge des patients sans domicile ?

A. Accompagnement de la personne sans domicile souffrant d'une addiction

1. L'offre de soins en addictologie

1.1. Un peu d'histoire

- Avant que Magnus Huss parle d'«alcoolisme», l'abus d'alcool est reconnu comme une des causes de l'aliénation mentale. C'est avec la description du delirium tremens que la notion de « folie alcoolique » apparaît.(156) L'ivrognerie perd son statut de simple vice et l'« ivrogne » devient un sujet d'intérêt médical.

- La prise en charge de l'alcoolisme par la psychiatrie remonte au début du XIXe siècle. L'abus de vins et de liqueurs comptent comme la deuxième grande cause d'aliénation après les fièvres de toute nature.(156) A cette époque, les « établissements spéciaux » sont très rares. L'internement se fait dans les hôpitaux généraux, les dépôts de mendicité voire dans les prisons. Il a pour buts d'intervenir comme un traitement par le sevrage forcé qu'il impose et d'isoler les « ivrognes » qui présentent des troubles du comportement et mettent en danger leur famille ou la société.(157)

- La loi du 30 juin 1838 ordonne à tous les départements de se doter d'un asile d'aliénés. Ce n'est qu'à la fin du XIXe siècle que sont créés dans les asiles les premiers quartiers spéciaux pour les buveurs. De ce fait, les « alcooliques » intéressent davantage et se pose alors la question de leur traitement.

- En 1900 apparaissent les premiers « dispensaires antialcooliques et d'hygiène » ainsi que des lieux de consultations distincts des consultations en asile afin d'éviter l'amalgame entre les conduites de dépendance et les pathologies psychiatriques plus stigmatisées et stigmatisantes encore.

- L'asile d'aliénés devient hôpital psychiatrique en 1937 et, plus tard, Centre Hospitalier Spécialisé (C.H.S.). Les « cures de désintoxication » à l'apomorphine, appelées aussi « cures de dégoût », se font en milieu psychiatrique. Les cures de sevrage se développent petit à petit et les post-cures se mettent en place.

La circulaire du 14 mars 1972 prévoit que le psychiatre soit impliqué dans la « lutte contre l'alcoolisme » et, un an plus tard, en 1973, l'alcoolisme chronique est reconnu comme une maladie.

- En 1970, les Consultations d'Hygiène Alimentaire (C.H.A) apparaissent pour devenir des Centres d'Hygiène Alimentaire en 1975 puis des Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (C.H.A.A) en 1983. A partir des années 1970-1980, les unités d'alcoologie voient le jour dans les hôpitaux généraux avec une vision du patient dans sa globalité. Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont ainsi dénommés en 1999 et ont pour but l'accueil, la prévention et le soin des usagers d'alcool.

- Tout comme l'alcool, la prise en charge de la « toxicomanie » remonte au début du XIXe siècle mais les usagers ne sont pas hospitalisés aux côtés des « alcooliques ». Les premières cures de substitution expérimentées avec l'héroïne et la cocaïne s'avèrent aussi décevantes que les sevrages forcés. A cette époque, l'addiction est considérée comme une maladie incurable.

- Jusqu'à la fin des années 1980, un dispositif spécialisé mais peu médicalisé a le monopole des soins aux toxicomanes. Ce dispositif propose une prise en charge gratuite et anonyme et permet qu'aucune poursuite judiciaire ne soit menée contre l'utilisateur. Il peut s'agir

de centres de soins ambulatoires, de post-cures ou de familles d'accueil. L'abstinence est le seul objectif retenu par ce dispositif qui critique les traitements de substitution de l'époque.(158)

- L'arrivée du SIDA entre 1980 et 1985 va bouleverser le dispositif utilisé jusque-là car elle va imposer la prise en charge conjointe des comorbidités somatiques.

- Le décret de 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) évoque la nécessité d'une « prise en charge médico-psychologique, sociale et éducative et d'aide à l'insertion ».(159) Les missions sont multiples puisque les CCST accueillent les toxicomanes et leurs familles, les orientent et les informent, aident au sevrage et accompagnent le patient lorsque le sevrage est réalisé en milieu hospitalier.

- Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) sont créés en 2000. Ce sont des centres d'accueil, de premier soin et d'orientation qui travaillent en coopération avec les CSST.

Jusque dans les années 2000, il existe donc une approche segmentée des addictions avec l'alcoologie d'un côté, la toxicomanie de l'autre et la tabacologie totalement en marge. Avec la progression du concept théorique de l'addiction, s'affranchissant d'une définition par substance, naît l'idée de regrouper les CSST et les CCAA afin d'avoir un seul et même lieu de consultations destiné à toutes sortes d'addictions. Dans ce contexte, les CSAPA (centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) sont créés en 2007.

2.2. De nos jours, en France et dans la région

Comme évoqué précédemment, le concept théorique d'addiction implique de sortir d'une vision des soins en addictologie segmentée par produit et de raisonner en termes de parcours de soins. Toutefois, bien que des efforts soient faits dans ce sens, la réalité du terrain nous amène à constater que cette segmentation existe toujours en partie.

A l'heure actuelle, les soins pouvant être apportés aux sujets addicts sont de trois ordres :

- les soins ambulatoires, représentés par les CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), les CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues) et le réseau de santé (réseau ville-hôpital addiction)

- les soins hospitaliers, représentés par les unités de soins en addictologie (hospitalisation complète, hospitalisation de jour) et les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)

- les soins de suite et de réadaptation addictologiques (SSR)

- Les CSAPA assurent « l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation des personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que de leur entourage (parents, conjoints, famille, amis) ». (160) Ils jouent donc un rôle dans la réduction des risques et proposent un accompagnement du patient, une prise en charge médicopsychologique et socio-éducative. Ces structures peuvent être ambulatoires ou disposer d'un hébergement. D'autre part, certains CSAPA disposent d'une CJC (consultation jeune consommateur) et/ou interviennent en milieu carcéral.

L'ancienne région Nord-Pas-de-Calais comprend 33 CSAPA en ambulatoire et 6 avec hébergement. Parmi les CSAPA en ambulatoire, 10 se déclarent « généralistes », 11 spécialisés dans l'accueil des patients présentant des difficultés avec l'alcool et 12 dans celui des usagers de drogues illicites.

En 2014, les CSAPA en ambulatoire ont accueillis près de 23.000 consommateurs dont 2.900 vus en CJC. A l'échelle régionale, le nombre de patients pris en charge était plus élevé qu'au niveau national avec 78 patients pour 10.000 habitants de 15 à 74 ans pris en charge dans la région contre 60 à l'échelle nationale.(161)

Tableau 12 - Nombre de CSAPA en ambulatoire, nombre de patients et d'ETP en France, dans la région Nord-Pas-de-Calais et ses quatre territoires de santé en 2014

	France entière	Nord-Pas-de-Calais	Artois-Douais	Hainaut-Cambrésis	Littoral	Métropole Flandre intérieure
Nombre de CSAPA en ambulatoire	371	33	8	7	8	10
Nombre de patients consommateurs pris en charge	288 221	22 963	7 383	3 447	5 218	6 915
Nombre de patients pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans	60	78	89	65	89	71
Nombre d'ETP pour 100 000 habitants âgés de 15 à 74 ans	8,3	9,8	8,6	9,9	9,8	10,7
Nombre de patients par ETP	73	80	104	65	91	66

Source : Rapports d'activité des CSAPA 2014, DGSI/OFDT

Source : Addiction en Nord-Pas-de-Calais, Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale, ARS.

Si l'on s'intéresse au produit consommé, 54% des personnes accueillies au CSAPA sont prises en charge pour un problème d'alcool, 19% pour des difficultés avec le cannabis, 16% pour un usage de drogues illicites, 6,8% pour une prise en charge tabagique et 3,3% pour une addiction sans substance. Comparées à la moyenne nationale, les files actives sont supérieures dans la région sauf pour l'usage de drogues illicites autres que le cannabis.(161)

Tableau 14 - Répartition des patients pris en charge suivant le produit consommé posant le plus de problèmes en 2014 (%)

	France entière	Nord-Pas-de-Calais	Artois-Douais	Hainaut-Cambrésis	Littoral	Métropole Flandre intérieure
Alcool	51	54	50	52	63	54
Tabac	6,1	6,8	13,3	4,1	5,3	2,2
Cannabis	20	19	17	25	16	19
Opiacés, stimulants, amphétamines, médicaments psychotropes	19	16	14	16	12	22
Addictions sans substances	2,8	3,3	4,6	2,0	3,2	2,6
Autres	0,7	0,7	1,2	0,4	0,6	0,4

Source : Rapport d'activité type des CSAPA en 2014, DGSI/OFDT

Source : Addiction en Nord-Pas-de-Calais, Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale, ARS.

- Les CAARUD constituent, depuis la loi santé du 9 août 2004, un élément majeur de la réduction des risques et des dommages. Ils accueillent souvent des usagers désinsérés et en situation de précarité. Ils ont alors pour objectif d'établir un lien social avec le consommateur. Les usagers récréatifs de substances psychoactives sont très peu concernés. Les CAARUD proposent des ateliers ainsi que des entretiens individuels et groupaux sous forme de groupes d'entraide. Près de la moitié des intervenants sont des éducateurs et des animateurs de prévention.

En 2014, 144 structures étaient dénombrées à l'échelle nationale dont 14 en Nord-Pas-de-Calais. Seuls la moitié des CAARUD de la région sont pourvues d'une unité mobile (bus, camion,...) Tous proposent un espace d'accueil et de repos, de la nourriture, un accès au téléphone et à internet et des espaces sanitaires avec douches et laveries. La moitié d'entre eux proposent des casiers et consignes.

La file active annuelle des CAARUD de la région représente 8,6% de la file active nationale soit environ 6.300 personnes et ce, quel que soit le lieu d'accueil (local fixe ou unité mobile) ou la modalité d'intervention (rue, squat, prison, permanence). Sur les 6.300 patients, 3.880 seraient vus dans des lieux d'accueil fixe et environ 1.000 par des équipes de rue. A noter qu'il existe une hétérogénéité de l'offre de soins entre le Nord et le Pas-de-Calais notamment concernant les unités mobiles puisque 7 des 11 structures du Nord interviennent dans des squats tandis qu'une seule structure du Pas-de-Calais interviendrait en milieu carcéral.

Comme dans le reste de la France, un usager sur six (15%) est sans abri. Toutefois, ils sont moins nombreux à vivre en squats puisqu'ils représentent 6% à l'échelle régionale contre 12% à l'échelle nationale.(162)

- Les réseaux de santé en addictologie favorisent quant à eux « l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires et médico-sociales en addictologie ».(163) Ils permettent une meilleure coordination du parcours de soins par l'intermédiaire d'une collaboration entre les différents partenaires, qu'il s'agisse de praticiens libéraux, hospitaliers, institutions sociales ou médicosociales.

Le RESPADD, réseau de prévention des addictions, est le plus grand réseau de santé national. Il participe au développement de réseaux en addictologie et a pour objectif d'« informer et sensibiliser les établissements pour prévenir les pratiques addictives et leurs complications et

de les accompagner dans l'organisation de la prise en charge des personnes concernées ».(164)

Dans cette même idée de réseau et de collaboration, la Coordination des Associations Régionales d'Addictologie Nord – Pas-de-Calais (CARA) rassemble six associations régionales souhaitant travailler collectivement. Il s'agit des associations Eclat-Graa, Adalis, ANPAA 59&62, G&T 59&62, Fédération Addiction et Visa. Elles ont toutes en commune l'orientation, le soutien et l'accompagnement des usagers mais aussi de l'entourage dans une approche médico-psycho-sociale.

- Les soins hospitaliers peuvent se faire dans des cliniques ou hôpitaux psychiatriques mais aussi au sein d'unités d'hospitalisation reconnues en addictologie pour la mise en œuvre de sevrages complexes comme par exemple le service d'addictologie du CHRU de Lille, l'unité d'alcoologie clinique au sein du Centre Hospitalier de Saint-Amand-les-Eaux ou encore dans le service d'addictologie du centre hospitalier du Cateau-Cambrésis.

- Les équipes de liaison en addictologie ont été créées en 1996. Elles ont pour objectif de « former et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques, [...] d'intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation, [...] de développer des liens avec les différents acteurs intra et extra hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi ».(165) A Lille, l'Equipe Hospitalière de Liaison et Soins en Addictologie (EHLISA) intervient auprès des structures sanitaires mais aussi médicosociales et sociales de la grande métropole. Elle permet l'évaluation des conduites addictives, aide à la mise en route ou au maintien d'un traitement adapté et oriente le patient.

- Les SSR regroupent actuellement deux types de structures proposant des services très différents. Pour des raisons financières, les services de MCO assurant des sevrages et séjours longs d'une à quatre semaines ont été reclassés en SSR bien qu'ils se distinguent très nettement des autres structures classées SSR que sont les structures assurant des programmes de type « post-cure » avec des durées de séjour d'un à trois mois en moyenne. Ces dernières sont souvent soit orientée vers l'alcool soit vers les produits illicites. Elles permettent aux

patients de consolider leur abstinence et de mettre en place un projet thérapeutique médico-psycho-social.(166)

D'une façon générale, les soins proposés aux sujets addicts se sont largement développés avec le temps. La plupart des structures proposent un accompagnement social, un accès à des sanitaires et la possibilité de se restaurer.

Toutefois, l'offre de soins proposée aux sujets addicts est-elle adaptée à ceux ne disposant d'aucun logement stable ?

Il apparaît qu'une faible proportion des personnes sans domicile accède aux structures ambulatoires et/ou hospitalières prenant en charge les addictions.(167,168) Dans ce contexte, quelle place occupe ou peut occuper le réseau d'aide et d'hébergement dans le parcours de soins des sujets addicts sans domicile ?

2. Le réseau d'aide et d'hébergement

- Les différentes structures du réseau d'aide se différencient par la stabilité des conditions de séjour qu'elles offrent et par leur caractère plus ou moins « enveloppant »(169). Il peut s'agir d'une prise en charge individuelle ou collective, durable ou temporaire avec :

- des hébergements n'ouvrant que la nuit et proposant des durées de séjour limitées à quelques jours, ne dépassant pas deux semaines dans neuf cas sur dix. Ces centres sont très peu spécialisés et les fermetures après la période hivernale sont fréquentes. Face à l'absence de continuité de la prise en charge, l'usager a souvent recouru à des solutions alternatives comme les distributions de repas chauds, les accueils de jour, les consignes pour stocker des effets personnels, les séjours chez des tiers, à l'hôtel ou encore à la rue. Ces structures accueillent 13% des personnes sans domicile bénéficiant d'un hébergement.(170)

Elles permettent un accueil immédiat et inconditionnel mais n'offrent aucune stabilité dans le temps. De façon non exhaustive, nous pouvons par exemple citer dans la métropole Lilloise, l'hébergement d'urgence de l'association Magdala, le centre d'urgence l'Escale, la Halte de nuit de l'ABEJ ou encore l'hébergement d'urgence du C.C.A.S.(171)

- des centres ouverts en journée offrant une prise en charge plus longue, comprise en moyenne entre deux semaines et six mois pour plus de 60% des personnes hébergées. Les deux tiers des établissements classés dans cette catégorie ont le statut de CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale). Ces centres accueillent 35% des personnes sans domicile bénéficiant d'un hébergement.(170)

Dans la métropole Lilloise, nous pouvons, entre autres, citer l'ABEJ, le CHRS Capharnaüm, l'Armée du Salut ou encore le Cap Ferret. Ces structures ont pour missions « l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. »(172) Il est à noter que certains CHRS sont à orientation addictologique, comme ceux de l'association VISA. Ils s'attachent à accompagner l'usager dans un changement de comportement face aux produits et à construire un projet individuel. Ils permettent donc un travail simultané de la problématique logement et addictive sans que cette dernière ne constitue un frein au projet social.

- des communautés de travail constituées de chambres ou de studios regroupés en un même lieu. Les durées de séjours sont nettement plus longues que dans les autres structures puisque la plupart des résidents y sont depuis plus d'un an. Près de la moitié des hébergés doivent travailler en échange de leur hébergement. Il s'agit d'un cas peu fréquent car ils ne sont que 6% des sans-domiciles à bénéficier de ce type d'hébergement.(170)

- des logements dispersés et quelques logements regroupés en un même lieu pour lesquels les prises en charge sont individualisées. Ce type de service est plus développé dans les petites communes et dans les agglomérations de taille moyenne où le coût des loyers est faible et l'implantation du réseau d'hébergement récente.

- des chambres d'hôtels pour lesquelles les durées de séjour sont plutôt faibles, partageant des points communs avec les centres qui n'ouvrent que la nuit. Les personnes sans domicile bénéficiant d'un hébergement ne sont que 5% à souscrire à ce type de structure.(170)

Cette organisation du réseau d'aide et d'hébergement n'est pas sans rappeler celle des soins en addictologie proposant des structures qui vont de la réduction des risques avec les CAARUD aux structures beaucoup plus « enveloppantes » comme les communautés thérapeutiques.

D'autre part, le fait que le sujet sans domicile puisse présenter des troubles psychiques en négatif ou être dans un mécanisme défensif d'auto-exclusion constitue un obstacle dans l'accès aux dispositifs les plus « enveloppants ». Les niveaux « d'enveloppement » les plus bas des structures sanitaires et sociales pourraient alors répondre, d'une certaine façon, au fonctionnement psychopathologique d'un sujet donné à un instant donné.

- Quoi qu'il en soit, les conditions de séjour et le caractère « enveloppant » des structures d'hébergement sont donc très variables d'une structure à une autre et rendent compte du caractère segmenté du réseau d'aide aux personnes sans domicile. Cécile Brousse, chercheur à l'INSEE, fait aussi le constat d'une « homologie assez forte entre les classes de sans-domiciles mises en évidence [...] et les conditions de vie ». En effet, le revenu, la configuration familiale et le rapport au travail influencent très nettement la prise en charge des usagers en matière d'hébergement. « Ce sont les mieux doté financièrement [et] ceux qui peuvent témoigner d'un attachement local ou d'un mode de vie traditionnel (en couple, avec des enfants) qui connaissent des mobilités ascendantes. »(170)

De plus, pour espérer une « ascension » au sein du réseau d'hébergement et bénéficier un jour d'un logement personnel, le fait d'avoir un emploi est un des facteurs déterminant. Les personnes seules sans activité professionnelle sont presque 2/3 à rechercher un emploi.(170) Il s'agit pour eux d'un critère de préoccupation majeure puisque le fait de vivre seul et de disposer d'un emploi leur permettrait d'être prioritaires dans le réseau d'aide.

- Certains profils de sans-domiciles accèderaient donc plus facilement à certaines structures bénéficiant de meilleures conditions de vie. L'enquête SD 2001 distingue cinq groupes de taille inégale parmi la population sans domicile(3):

- 45% sont des personnes seules sans activité professionnelle

- 22% des personnes seules mais plus jeunes et disposant d'un emploi

- 18% des femmes, dont les trois quarts accompagnées de jeunes enfants
- 13% des jeunes en couple
- 2% des personnes âgées de plus de 50 ans

Les personnes seules disposant d'un emploi, les femmes jeunes avec enfants ou les jeunes en couple sont ceux qui bénéficieraient le plus de logements aidés ou de chambres d'hôtels et, à terme, d'un logement stable par « ascension » au sein du réseau d'aide et d'hébergement. A l'inverse, les personnes seules sans emploi, quel que soit leur âge, et les personnes de plus de 50 ans accèderaient beaucoup plus difficilement à ce type de structure.(170) L'enquête SD 2001 de l'INSEE va aussi dans ce sens puisqu'elle retrouvait que, parmi la population sans domicile ayant recours aux services d'aide, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à être hébergées à l'hôtel ou dans un logement associatif et bénéficiaient alors de conditions de logement plus stable.

- A cette inégalité d'accès aux différentes structures s'ajoute un fonctionnement interne pouvant varier selon les lieux d'hébergement et rendre alors difficile le travail de continuité. En effet, dans le cadre de rencontres faites avec les intervenants du secteur de psychiatrie, il semblerait qu'il arrive parfois qu'un patient hébergé en CHRS soit exclu précipitamment, souvent pour non respect du règlement intérieur. En général, ces décisions d'exclusion sont prises sans réunion de concertation avec les différents acteurs du réseau. Pourtant, celles-ci pourraient être intéressantes pour éviter certains « passage à l'acte » d'équipes pouvant se sentir démunies face à certains patients afin de discuter ensemble des alternatives possibles pour un patient donné. De plus, lorsque le patient est dirigé vers une autre structure, il peut arriver que le suivi médical d'un secteur initialement mis en place s'arrête et soit relayé par le secteur le plus proche de la structure d'hébergement, complexifiant alors le travail de continuité.

L'univers du réseau d'aide et d'hébergement des personnes sans domicile est donc un univers très segmenté qui ne permet pas à tous les profils de personnes sans domicile d'accéder de façon égale à un logement. D'autre part, au-delà de l'influence des profils dans l'accès aux logements, d'autres facteurs comme les consommations de substances psychoactives peuvent intervenir dans ces inégalités. Comme évoqué précédemment, 20% des sujets sans domicile, toutes tranches d'âge confondues, seraient dépendants à l'alcool et/ou consommateurs de drogues (cf partie II.C). Il existe donc un intérêt d'identifier les problématiques addictives et de prendre en charge le sujet dans sa globalité afin de limiter les inégalités.



Dans le cadre de l'accompagnement du sujet addict sans domicile, la plupart des structures de soins proposent un accompagnement social et certaines structures du réseau d'aide et d'hébergement proposent un accompagnement addictologique. Il semble donc important que les différents intervenants sanitaires et sociaux trouvent ou retrouvent un langage commun et entrent plus régulièrement en contact afin d'assurer une meilleure continuité des soins permettant au patient de ne pas vivre la reproduction d'un modèle fait de ruptures.

Dans ce contexte, comment imaginer la construction d'un étayage solide mais aussi suffisamment souple pour ne pas être vécu comme objectivant et grâce auquel ils pourraient se sentir soutenus ? Winnicott parlait de « mère suffisamment bonne »(118) pour désigner les soins maternels et la capacité de l'enfant à les recevoir. Sans que l'accompagnement et le soin ne se substituent à la famille, peut-être est-il question que ceux-ci soient « suffisamment bons » en assurant un soutien social adéquat. « Le soutien social aurait un effet tampon sur les événements stressants; il s'agit de la théorie du "Buffering effect" [...] Lorsqu'un individu sent qu'il peut avoir une rechute, ses chances de demeurer abstinent augmentent s'il peut recourir au soutien d'une autre personne. »(34)

Toutefois, les failles et les insuffisances étant inhérentes à l'humain, il est nécessaire que celles-ci continuent d'exister pour que le soutien conserve son caractère « suffisamment bon ». Ainsi, un étayage solide serait un étayage qui pourrait permettre au patient de vivre l'expérience de la stabilité tout en accordant une place à la « défaillance » qui ne serait plus vécue comme une perte ou un abandon. A terme, il serait question d'accéder à un nouvel

espace d'élaboration pour, in fine, modifier les comportements d'addiction. Par ailleurs, cet étayage « suffisamment bon » pourra s'inscrire dans un cadre thérapeutique qui présentera alors comme le décrit J. M Piquet, des fonctions de protection, de contenance visant à redonner des limites, diminuer la tendance à la dispersion, et ce faisant à restaurer l'identité du patient), de pare-excitation qui est la fonction permettant de diminuer les excitations internes et/ou externes et enfin des fonctions de stimulation permettant au patient de restaurer une certaine activité créatrice.(173)

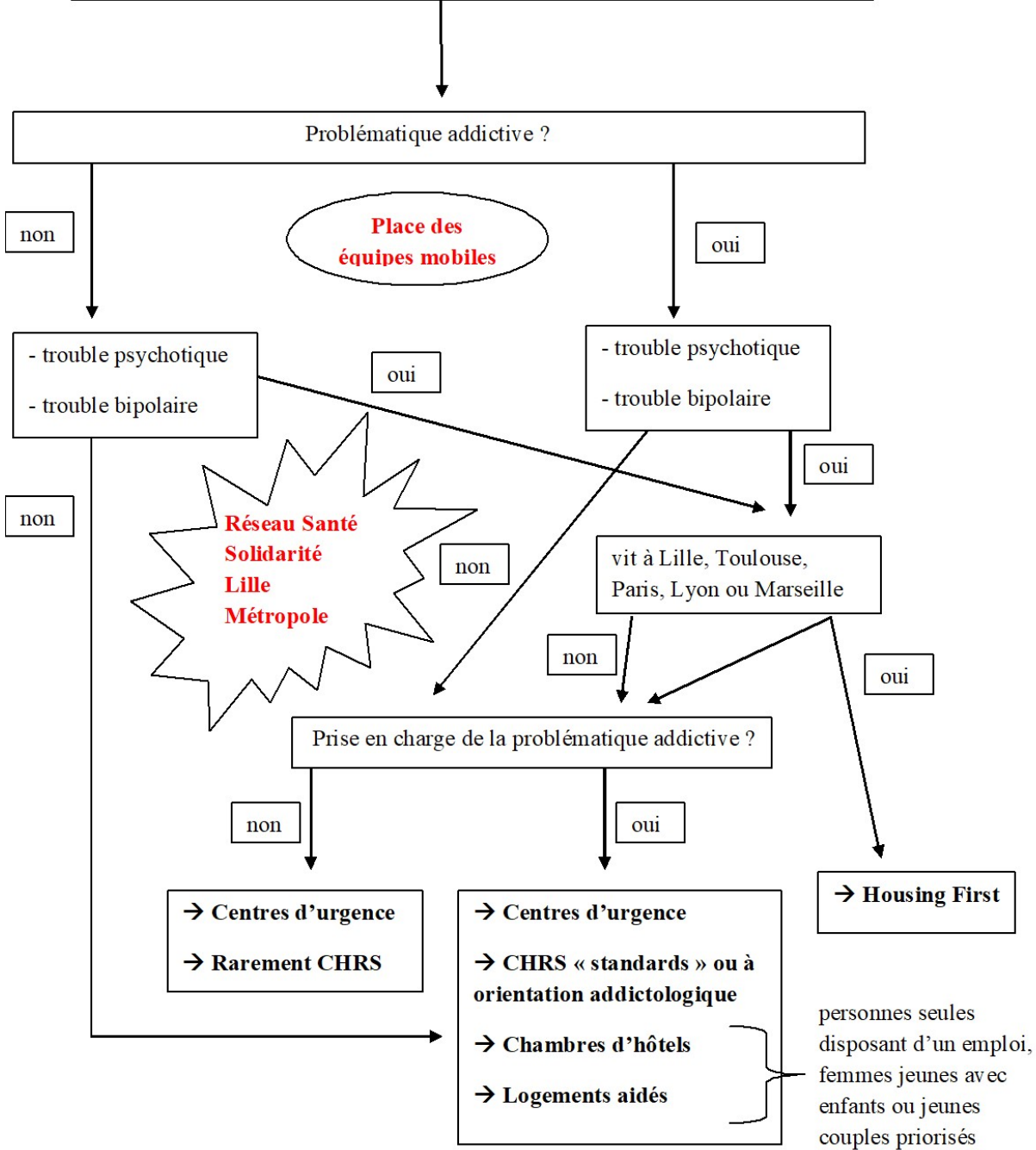
Les fonctions de contenance et de pare-excitation nécessaires à un étayage « suffisamment bon » nous incitent alors à penser le logement comme un élément devant s'intégrer à part entière dans le parcours de soins. En effet, que le patient dispose d'un toit à l'instauration d'un suivi est une aide précieuse à la prise en charge et ce, qu'il s'agisse d'un logement stable ou d'un logement moins stable tel qu'un CHRS ; même si nous pouvons supposer que la stabilité du logement ait une influence sur la qualité de vie et sur l'engagement dans les soins à long terme.

En plaçant le logement comme faisant partie intégrante du soin, ne pourrait-on pas imaginer dans un avenir proche que le sevrage d'une substance quelle qu'elle soit ne fasse plus partie des conditions préalables à l'accueil des patients addicts dans les structures d'hébergement ? Ceci, d'autant plus que la vision actuelle du soin en addictologie ne repose plus uniquement sur l'abstinence. Cela impliquerait probablement des sensibilisations voire des formations en addictologie des acteurs du social, des connaissances par les acteurs d'addictologie sur les structures et leur fonctionnement ainsi que des espaces d'échanges avec les équipes des dites structures pouvant être mises en difficulté. D'une part, ce changement de paradigme pourrait avoir une influence sur le nombre d'hospitalisations pour sevrage et d'autre part, il permettrait d'éviter que les consommations ou la reprise de consommations n'aient à remettre en question le soin.

Ces différents éléments constituent donc des arguments en faveur d'un travail « d'aller vers », valable aussi bien des soignants envers les patients qu'entre intervenants sanitaires et sociaux au sein des différentes structures. Cet « aller vers » est notamment rendu possible par les équipes mobiles et le travail en réseau qui occupent donc une place de choix dans la prise en charge des sujets sans domicile à problématique addictive et pouvant être schématisé comme suit :

Population sans domicile :

- personnes seules, sans activité professionnelle : 45%
- personnes seules, plutôt jeunes et disposant d'un emploi : 22%
- femmes, dont les trois quarts accompagnées de jeunes enfants : 18%
- jeunes en couple : 13%
- personnes âgées de plus de 50 ans : 2%



B. Discussion

Il ne suffit pas d'avoir « droit aux soins » pour y avoir accès ; encore faut-il avoir une demande. Or, ils sont peu nombreux parmi la population sans domicile à formuler des demandes explicites ; que ce soit en lien avec un réel refus ou avec des « troubles psychiques en négatif » comme l'évoquait Alain Mercuel dans son article dédié à la psychopathologie et au comportement des sujets sans domicile.(95)

1. Aller vers

- A la fin des années 1990, les DDASS (Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales), actuellement « fondues » dans les Agences Régionales de Santé, décident de mettre en place des équipes mobiles pour aller au-devant des personnes les plus démunies, les plus précaires, les plus exclues et en souffrance psychiques.(174,175)

- Les équipes mobiles font suite au courant de la psychiatrie communautaire arrivée en France entre les années 50 et 70. Les premières équipes ont été créées à l'occasion de la mise en place du Réseau Psychiatrie-Précarité, faisant suite à la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Elles ont alors pour but de favoriser l'accès aux soins des personnes sans domicile. Ce n'est que plusieurs années plus tard, en 2005, que la circulaire du 23 novembre faisant état de la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité définit les missions des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

- Dans ce contexte, nous avons rencontré le Dr Massimo Marsili, coordinateur du dispositif Diogène-Lille-Métropole et médecin psychiatre qui a exercé pendant 32 ans au sein d'une équipe de santé mentale à Trieste, ville berceau de la réforme psychiatrique italienne. Il

commence sa carrière aux côtés de Franco Basaglia, psychiatre fondateur de la psychiatrie démocratique et dont le combat fut à l'origine d'une loi visant à l'abolition des hôpitaux psychiatriques.

Le dispositif Diogène-Lille-Métropole est une Equipe Mobile Santé Mentale et Précarité (EMSMP) née en 1997 par la mise en commun de moyens de 3 établissements différents que sont le CHRU de Lille, l'EPSM de l'agglomération lilloise et l'EPSM Lille Métropole. Ce dispositif permet l'accès aux soins en santé mentale des personnes en situation de précarité. Fort de son expérience, Dr Marsili fait le constat que la plupart des usagers ne formulent pas de demande de soins. En souffrance dans leurs relations sociales, ils peuvent faire le « choix » de s'extraire jusqu'à parfois devenir inexistant. A travers l'anesthésie du corps, l'émoussement affectif et l'inhibition de la pensée, le syndrome d'auto-exclusion(1) permet de comprendre ce phénomène et de mieux appréhender les difficultés qu'il peut y avoir à entrer en relation avec la population sans domicile. Et ce, d'autant plus qu'ils viennent très souvent vérifier que leur « carte du monde » est la bonne, vérifiant qu'ils suscitent rejet, abandon...

Il s'agit donc, en dehors d'un contexte d'urgence, « d'aller vers » les personnes adultes en situation de grande précarité et d'exclusion pour évaluer leurs besoins de soins en santé mentale, pour les accompagner et pour les orienter vers des soins de droit commun en psychiatrie.

- La racine latine du terme « accompagner » qui est *ad-* (« mouvement ») *cum panis* (« avec pain »), signifie « celui qui mange le pain avec » et l'accompagnement, qui est étymologiquement l'action de « marcher avec un compagnon », implique lui aussi une dimension de rencontre, de partage et de confiance. Cette mise en confiance est un procédé complexe qui participe largement à l'établissement ou non d'une alliance thérapeutique.

La construction relationnelle et affective insécure du sujet addict sans domicile nécessite que les intervenants aillent vers les patients sans toutefois s'imposer à eux et prendre le risque que l'échange soit vécu comme intrusif. En effet, ils ont connu de nombreuses ruptures dans leur enfance ou leur vie de jeune adulte ce qui a alors ébranlé leur confiance en eux et au monde qui les entoure.

Pour les accompagner, il faut progressivement travailler l'alliance pour que le soin, si besoin il y a, puisse se faire. Ce lien étant d'autant plus difficile à tisser que les personnes sans domicile ont des problématiques addictives. En effet, l'alliance thérapeutique peut être mise à mal par l'ambivalence des sujets addicts dont les assises narcissiques sont très souvent fragiles. L'évitement de la confrontation à l'autre forme comme un « rempart contre le risque d'écroulement ».(133) A l'inverse, certains patients peuvent montrer une quête affective massive, surinvestir l'espace qui leur est offert, idéaliser les soignants et la prise en charge complexifiant alors cette même prise en charge. L'accès aux soins de cette population est donc conditionné par la façon dont elle peut être accompagnée, notamment par le biais d'un juste équilibre.

- D'autre part, le dispositif Diogène constitue une interface entre les différentes structures sociales, médico-sociales et les services de soins psychiatriques. Même si ce travail de lien entre les différents organismes est fastidieux et complexe, il est indispensable pour la prise en charge des sujets en situation de précarité. Lorsque les partenariats ne fonctionnent pas ou se font difficilement, certaines prises en charge peuvent mettre en difficulté le patient qui peut faire face à des discours divergents ou des actions redondantes et mettre à mal le lien déjà fort fragile qui lie le sujet aux soins.

- Bien que l'Equipe Mobile Santé Mentale ne soit pas spécialisée dans les addictions, l'identification de « pathologies de la dépendance et de l'alcool » fait partie de leur mission, comme stipulé dans la circulaire du comité interministériel de lutte contre les exclusions.(175) L'équipe mobile rencontre très régulièrement des sujets présentant des problèmes d'addictions sévères et s'attache alors à coordonner les soins avec les services hospitaliers d'addictologie, les CSAPA ou encore les CAARUD.

- Dans cette idée d'être « au service de » ou encore d'« aller vers » le patient, il existe à Marseille le « bus méthadone » mis en place par Médecins du Monde en 2000 après une expérience parisienne.(176,177) « Pour ces jeunes qui ont pour habitude d'esquiver le lien, le pari est de faire de ce lieu à la fois fixe et itinérant, cet entre-deux, un espace de scansion de l'histoire et, plus tard, la mise en sens d'un récit. »(178) Selon l'évaluation du dispositif par

l'OFDT en 2000, 75% des usagers étaient sans abri ou sans logement et la majorité (79%) déclarait une consommation d'opiacés divers au cours du mois précédent. Ils étaient 44 % à avoir déclaré une consommation de médicaments, 39 % de la cocaïne, 29 % du crack et 26 % de l'alcool.(176)

Ce bus fonctionne sept jours sur sept et stationne sur des lieux fixes à heures régulières permettant ainsi de réinstaurer une continuité spatio-temporelle. L'intérêt de ce bus ne se limite pas à la substitution puisqu'il permet aussi d'assurer le relai vers les structures socio-sanitaires et de faciliter l'accès aux soins addictologiques. D'autre part, il permet d'offrir un espace de dialogue, de rencontre, de mise en confiance en vue d'un accompagnement à venir ou de la continuité de suivis existants.

- Que ce soit par le biais d'un « espace ambulant » comme le bus ou par le biais d'une équipe mobile, il semble indispensable d'aller davantage à la rencontre du consommateur. Le but n'étant bien entendu pas de « forcer le soin » mais de rencontrer les usagers de substances psychoactives, de les informer, d'établir un lien de confiance suffisant afin qu'une alliance puisse naître et, dans ce contexte, proposer des prises en charge « sur mesure ». Le soignant, ou toute autre personne formée, n'attend plus que le consommateur vienne à lui mais est en première ligne. Il va donc au contact direct du consommateur, s'alliant alors à la temporalité du sans-domicile et aux difficultés que cela suggère.

- En effet, la temporalité est une notion primordiale à prendre en compte lorsqu'il s'agit de sujets sans domicile à problématique addictive. Le rapport au temps, à l'espace physique et psychique dans la population sans domicile n'est pas le même que celui de la population générale. Ils perdent le contrôle du temps et vivent dans des « sociabilités et temporalités décalées », notamment par le biais du dérèglement du cycle veille/sommeil en lien avec leurs consommations et conditions de vie.(179)

Les pratiques professionnelles psycho-médico-sociales doivent, autant que faire se peut, s'adapter aux modes de vie de cette population afin qu'elle puisse bénéficier de la meilleure aide qui soit. Nous pourrions imaginer que les intervenants auprès de la population sans domicile présentant des conduites addictives puissent disposer d'outils tels que des outils numériques. Cependant, l'outil numérique n'étant pas accessible à tous, il semble

indispensable de développer en parallèle les outils papiers qui sont aussi un moyen pour les sujets addicts sans domicile de rester ancrés dans la réalité grâce à un support matériel tangible. Il pourrait par exemple s'agir de petits livrets en format poche présentant les services, les modes d'accès aux soins de santé et à l'aide sociale dans un langage adapté, utilisé dans le milieu de la rue. Ils pourraient être distribués dans les lieux de vie au cours de maraude et mis à disposition dans les gares ou bouche de métro par exemple. L'important étant de favoriser au mieux la diffusion d'informations permettant à un sujet donné d'acquérir certaines connaissances à propos du parcours de soins pour, à terme, entrer dans les soins.

- Le travail de rue et la permanence dans des lieux d'accueil offre aux consommateurs des espaces de rencontre et d'écoute dans leurs lieux de vie. C'est ce que retrouve le travail d'observation de Pascale Jamouille, concernant les styles de vie liés aux drogues et les trajectoires de sortie de toxicomanie.(61) En effet, les consommateurs auraient pu « parler et être écoutés par des personnes qui n'appartiennent pas au milieu toxicomane, entrer en contact avec d'autres logiques, sortir peu à peu de leur retranchements et crédibiliser l'offre d'aide et de soins ». Ils sont nombreux, parmi les interviewés, à avoir noué des « relations bénéfiques » avec des professionnels. Ce « travail de rue » permettrait d'augmenter l'accessibilité des services de premières lignes. L'étude relate la nécessité de disposer d'équipes stables et du soutien des actions de proximité.

- Les associations ont très souvent ce rôle de « première ligne ». Les consultations en addictologie se font d'ailleurs fréquemment à leur initiative ou à celle des CHRS qui hébergent les personnes sans domicile.(180) Mais, « le fait que cette population « ne demande rien » heurte les professionnels habitués à travailler sur la notion de « projet » ». Les équipes, démunies face à certains comportements, décrivent alors des prises en charge « dans l'impasse ».(181) Seulement, pour ce type de population en particulier, il est parfois nécessaire de s'extraire de ce travail de « projet » et de réaliser, au moins dans un premier temps, un travail « à l'initiative de ». Ceci est d'autant plus vrai que certaines personnes sans domicile peuvent présenter des « troubles psychiques en négatif ».(95)

- Bien souvent, la personne sans domicile n'est donc pas « en capacité de se mobiliser, de manière autonome, pour initier une démarche de soins ».(182) Dans ce contexte, l'accès aux soins ne peut se faire par une simple remise de coordonnées ou carton de rendez-vous mais bel et bien par l'accompagnement du patient dans l'intégralité de ses démarches et à son rythme. Cet accompagnement est d'autant plus important qu'il est reconnu que les consommations chroniques de substances psychoactives provoquent à terme des troubles cognitifs tels qu'une diminution des capacités de mémoire immédiate, de concentration, de vigilance, de prise de décision et d'attention.(183)

L'identification des « pathologies de la dépendance et de l'alcool » fait partie des missions des équipes mobiles mais existe de façon non spécifique. Le bus méthadone propose quant à lui un service spécifiquement orienté en addictologie mais n'a pas réellement ce rôle de « mobilité » que peuvent proposer les maraudes par exemple.

Au final, ne pourrions-nous pas imaginer un outil qui viendrait réunir les deux spécificités que sont l'addictologie et l'« aller vers », via le développement d'« équipes mobiles addictologie » ?

D'autre part, la difficulté de l'aller vers ne se pose pas qu'entre soignant, acteur et patients, sujets mais aussi entre les acteurs du sanitaire et du social.

2. Articulation entre les acteurs du sanitaire et du social

- L'accompagnement, la continuité des soins et le suivi du sujet sont, entre autres, rendus possibles par le travail en réseau. Historiquement, les organisations en « réseau » sont assez récentes dans le paysage sanitaire français puisqu'elles datent essentiellement des années 90.

Le Réseau Santé Solidarité Lille Métropole (RSSLM) a été fondé en 2005 par ses membres fondateurs : la CMAO (Coordination Mobile d'Accueil et d'Orientation), Diogène, la ville de Lille, l'EPSM de l'Agglomération Lilloise, le CHRU de Lille, le GHICL (Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille), l'URMEL (Union Régionale des Médecins Libéraux), la MSL (Médecins Solidarité Lille) et l'ABEJ (Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse). D'autres structures ont adhéré au réseau depuis sa création et notamment la Fondation Armée du Salut, la Société Saint Vincent de Paul et l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie). Par ailleurs, le dispositif Diogène et la CMAO ont récemment intégré les mêmes locaux permettant alors de renforcer les liens en mutualisant davantage les compétences.

Le RSSLM réunit donc un ensemble de compétences et de savoir pouvant permettre l'articulation entre le réseau d'aide et la prise en charge addictologique.

- Chaque suivi étant une prise en charge personnalisée qui nécessite l'intervention de nombreux professionnels, le réseau regroupe des professionnels médicaux et paramédicaux, des psychologues, des travailleurs sociaux et des personnels administratifs. Il a pour but de faire travailler ensemble des professionnels d'un même territoire et ainsi, permettre de mutualiser les compétences, de se réunir autour de situations complexes et de partager les informations. D'autre part, le travail pluridisciplinaire autour d'une même prise en charge renforce la communication entre les différents services et corps de métier, développe une vision transversale des dispositifs partenaires et permet une continuité des soins. Ce travail en réseau offre donc au patient la possibilité d'une prise en charge globale psycho-médico-sociale cohérente et orientée.

- La MSL, l'ABEJ et Diogène rencontrent régulièrement des patients sans domicile à problématique addictive.(182) Les équipes de ces structures comptent majoritairement des médecins généralistes et des infirmiers sensibilisés, voire parfois formés, à la question addictologique.(161,184) Les psychiatres addictologues sont quant à eux très peu représentés. Y-aurait-il un bénéfice pour les équipes et les patients à ce que les psychiatres addictologues soient davantage représentés dans ces dispositifs ? Ou, au-delà des sensibilisations existantes et abordant de façon spécifique les problèmes posés par les sujets addicts, s'agirait-il

d'apporter aux équipes des formations plus poussées en matière d'addictologie et de précarité afin d'imaginer une prise en charge qui soit la plus adaptée possible ?

- Depuis 2006, le dispositif « Intervision Santé Précarité » permet une meilleure coordination des données médicales entre les partenaires du réseau et favorise l'accès aux soins et aux droits pour les plus démunis. Les séances ont lieu mensuellement. En moyenne, chaque séance réunit 5 à 8 partenaires sociaux, sanitaires et médico-sociaux de la région lilloise et 1 à 6 situations complexes sont abordées par séance.(185) Ce réseau est destiné à toutes personnes en situation de précarité présentant des problèmes de santé qu'il y ait ou non des addictions. La formation des équipes est une composante majeure du bon fonctionnement du réseau. « L'objectif est que chacun ait acquis le savoir et le savoir-faire nécessaires à la place et à la responsabilité qu'il est censé avoir dans le réseau. »(186)

Toutefois, le constat pouvant être fait est qu'il s'agit « de professionnels de formations de niveaux, contenus, jargons différents ; entraînant des statuts différents et des conditions de travail distinctes [où] chacun est influencé par les représentations sociales portant sur les autres professions ». D'autre part, « les institutions auxquels ils appartiennent sont pétries de visions plus ou moins hiérarchisées, plus ou moins cloisonnées ».(187)

- Les différents acteurs du réseau consacrent beaucoup de temps et d'énergie afin de faire vivre ce réseau. Toutefois, en l'absence de liens solides, ce réseau peut vite s'ébranler. La Suisse, pays novateur en matière de prise en charge addictologique, expérimente dans le canton de Fribourg depuis novembre 2016 un modèle interdisciplinaire, coordonné en fonction du parcours de vie du patient. Il s'agit de dispenser au patient des soins intégrés, c'est-à-dire « un ensemble de méthodes et de modèles tenant compte des aspects financiers, administratifs et organisationnels, comme des prestations de soins et des éléments cliniques, et visant à favoriser une interconnexion, une articulation et une collaboration entre et à l'intérieur des secteurs sanitaires et sociaux ».(188) Médecins, infirmiers, assistants sociaux, éducateurs coopèrent et recherchent ensemble des solutions en accord avec le patient et en prenant en compte ses préférences. Des entretiens d'évaluation d'environ une heure et quart sont tenus deux à trois fois par semaine en présence d'un médecin, d'un assistant social et du patient pouvant, ou non, être accompagné de son entourage. Afin de réaliser un travail

interdisciplinaire, le recueil des informations est mis en commun via une plateforme électronique.

Ce modèle permet un changement de paradigmes en de nombreux points :

De	Vers
Système fragmenté	Continuité des soins et intégration
Soins réactifs	Soins planifiés et proactifs
Approche centrée sur la maladie	Approche centrée sur la personne
Modèle médical	Modèle interdisciplinaire
Dicté par l'offre	Centré sur la demande
Patient passif	Patient actif

Source : (189)

Cette pratique ne concerne pour l'instant que les adultes souffrant d'addiction avec une situation complexe et/ou candidats à une thérapie résidentielle, ou les situations de justice d'adultes souffrant d'addiction et cherchant une thérapie ambulatoire ou résidentielle.

- Le modèle Suisse propose une simplification de la prise en charge addictologique via la création d'équipes pluridisciplinaires qui suivent le patient et font le lien entre les différentes structures ou organismes auxquels le patient peut avoir recours. Ce modèle permet donc de faciliter et renforcer la communication entre les différents intervenants mais aussi de limiter l'épuisement des professionnels du parcours de soins dans la gestion du travail en réseau.

- Dans ses propositions faites en 2011 pour réduire les dommages des addictions en France, la Fédération Française d'Addictologie (FFA) établit que la pratique en réseau nécessite la coordination de l'offre de soins pour une meilleure connaissance des missions et compétences des autres partenaires, l'acquisition de formations communes, le partage d'outils communs de repérage, de diagnostics et de prise en charge, l'échange des pratiques et d'informations à partir d'un outil commun formalisé si possible et enfin, l'évaluation des pratiques et des soins.(190)

La prise en charge globale et pluridisciplinaire de la personne sans domicile à problématique addictive permet d'instaurer une contenance, de créer un maillage et la possibilité pour le sujet de repérer dans son parcours des personnes ressources. Le travail d'équipe autour de la participation active du patient dans ses soins est le moyen de rendre le sujet acteur en lui donnant la possibilité d'exister pour lui-même.

La création d'« équipes mobiles addictologie » évoquées précédemment pourrait-elle être un outil intéressant pour renforcer l'articulation entre les différentes structures membres du réseau et participer à un meilleur suivi des patients ?

Par ailleurs, de quelle façon les personnes sans domicile pourraient tirer bénéfice d'une meilleure articulation entre le sanitaire et le social ?

3. Place de la problématique logement dans le parcours de soins

• Faisant l'hypothèse que le premier traitement pour les personnes sans domicile en situation de souffrance psychique est d'avoir son propre logement, le programme « Housing First » naît au Canada et aux Etats-Unis. Il est issu de trois programmes fondateurs(191) :

- Houselink est le premier organisme communautaire à considérer que le logement est un droit. Il date de 1977 et avait pour objectif initial de trouver un logement aux personnes désinstitutionnalisées de Toronto, sans exigence de traitement. Aujourd'hui, ce programme existe toujours. Il s'adresse désormais aux individus présentant des antécédents de pathologie mentale, avec ou sans problèmes de toxicomanie, et sans exigence d'observance de traitement ou d'abstinence.

- Beyond Shelter est un programme lancé en Californie en 1988 par Tanya Tull après qu'elle ait vu augmenter le nombre de famille avec enfants sans abri à l'issue de la Grande Dépression. Cette initiative est à l'origine du terme « housing first ». Par la suite, se révélant être un succès, le programme servira de modèle à l'échelle nationale.

- Le programme Pathways to Housing de la ville de New York, est fondé par Sam Tsemberis en 1992 pour les toxicomanes et les individus présentant des troubles mentaux. Il est généralement admis que ce programme soit à l'origine de l'approche actuelle du « Housing First » destinée à trouver un logement aux sujets présentant des problématiques addictives ou atteints de pathologies mentales.(192,193)

- La plupart des revues de littératures concernant le *housing first* traitent des programmes newyorkais Pathways to Housing. Bien que ce modèle ait été déclaré «meilleure pratique» par le United States Interagency Council on Homelessness (USICH), il n'existe que très peu de preuves scientifiques.(191) Toutefois, Housing First (HF) s'est avéré efficace au niveau du logement et de la conservation du logement chez les adultes célibataires atteints de maladies mentales et de problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues en milieux urbains. Il n'est cependant pas possible de conclure à un quelconque lien positif entre logement et maladies mentales ou logement et consommation de substances psychoactives. Par ailleurs, « malgré un manque d'études rigoureuses, beaucoup de communautés ayant adopté une approche HF rapportent et confirment la conservation des logements et une baisse des coûts des services de prestation dans un nombre de sous-groupes de la population des sans-abri, au Canada, aux États-Unis, ainsi qu'en Irlande, au Royaume-Uni et d'autres pays de l'Union européenne ».(191)

Dans ce contexte, le logement viendrait s'intégrer au parcours de soins, voire devenir un outil de soin, avec l'idée de ne plus penser le logement comme l'aboutissement d'un parcours social et administratif qui se rapprocherait dans certains cas d'un « parcours du combattant ».

- « Un chez soi d'abord » est l'expérimentation française de ce qui se fait aux Etats-Unis et au Canada depuis plusieurs années. Le programme a été mené de 2011 à 2016 à Lille, Marseille, Toulouse et Paris. L'objectif était d'évaluer les conditions de la reproduction du HF outre-Atlantique dans le système français. 705 personnes ont été intégrées au programme de recherche et 353 accompagnées par « Un chez soi d'abord ».

- L'étude randomisée menée par l'unité de recherche du Professeur Auquier de l'Université Aix-Marseille s'est intéressée à l'effet du programme sur la santé, le bien-être et l'insertion sociale. L'âge moyen des patients inclus était de 38 ans et 83% des personnes accompagnées étaient des hommes. Tous les sujets étaient atteints d'une maladie mentale (69% de schizophrénie et 31% de troubles bipolaires) et 79% présentaient une addiction.

Parmi les patients présentant une addiction, 39% présentaient une dépendance à l'alcool et 45% une dépendance aux substances non alcooliques.(194)

Les résultats intermédiaires de l'étude porte sur la première année d'accompagnement et retrouve une diminution des symptômes, une diminution de moitié des durées de séjour en hospitalisation, une amélioration de la qualité de vie (bien-être psychologique et estime de soi) et du rétablissement en développant la notion de confiance en soi.(195)

- Par ailleurs, en 2015, soit quatre ans après le début de l'expérimentation, plus de 85% des personnes étaient toujours logées et suivies, l'acceptation de la maladie, la meilleure connaissance des symptômes, l'observance du traitement se sont intensifiés avec la durée de l'accompagnement et les ruptures de prises en charge et situations de crises étaient moins fréquentes.(195) Ce dispositif français s'est donc trouvé très intéressant pour les sans-abris atteints d'une maladie mentale, qu'ils présentent ou non une addiction.

L'ouverture de 16 nouveaux dispositifs est prévue sur le territoire français entre 2018 et 2022 avec un objectif de 2000 personnes logées et accompagnées en 2023.(196)

Selon une étude expérimentale conduite par Susan Collins, chercheuse de l'université de Washington, il a été démontré que les consommations d'alcool de patients suivis dans le cadre d'un programme Housing First avaient diminuées de 35 % en deux ans.(197) Le logement sans limite de durée ainsi que l'accompagnement social et médical des personnes sans domicile présentant des problèmes d'addiction pourraient donc constituer une aide dans la gestion des consommations et la réduction des risques.

Cependant, aucune étude, à notre connaissance, ne permet d'évaluer si, en dehors de toute pathologie mentale, la précarité de l'hébergement joue un rôle dans la poursuite d'une conduite addictive, ni si l'accès à un logement stable peut avoir une influence sur les consommations de substances psychoactives.

A l'heure actuelle, il n'existe donc aucun programme type « Housing first » pour les personnes sans domicile présentant une addiction mais ne souffrant d'aucune maladie mentale. Toutefois, bien que ce type de programme n'existe pas pour les sujets addicts sans domicile, certains dispositifs non spécifiques aux problématiques addictives tentent de les prendre en charge. Les équipes mobiles, notamment, interviennent comme des intermédiaires, permettant d'aller à la rencontre de personnes en difficulté, de faire du lien et d'orienter, à un temps donné, vers les structures les plus appropriées.

Si le logement venait à être intégré aux programmes de soins des patients sans domicile présentant un trouble lié à l'usage d'une substance, seule une approche pluridisciplinaire pourrait permettre d'organiser la prise en charge médico-psycho-sociale nécessaire.

CONCLUSION

La prise en charge addictologique des personnes sans domicile souffrant d'une addiction représente un réel enjeu. En effet, il apparait que les personnes sans domicile sont davantage consommatrices de drogues illicites que la population générale et que d'autre part, les consommations d'alcool rapportées seraient plus souvent responsables de dépendance.

Les personnes sans domicile à problématique addictive sont nombreuses à avoir connu un parcours de vie difficile, ébranlant leur confiance en eux et au monde qui les entoure. La précarisation du lien et certains symptômes, spécifiques de l'extrême précarité, peuvent venir renforcer leur exclusion.

C'est pourquoi la population sans domicile est très souvent décrite comme une population qui échappe. L'inscription de ces patients dans le parcours de soins nécessite alors un travail d'« aller vers ».

Les équipes mobiles font partie des moyens mis en œuvre pour aller vers les sujets sans domicile. L'identification de « pathologies de la dépendance et de l'alcool » fait partie de leur mission mais cela ne constitue pas leur principale mission. De façon plus spécifique, et avec cette idée d'« aller vers », le bus méthadone facilite l'accès aux soins des patients les plus précaires. Cependant, il n'a pas réellement de rôle de « mobilité ». La mise en commun d'une pratique de « l'aller vers » telle que la font les équipes mobiles et d'une prise en charge addictologique telle que le fait le bus méthadone pourrait être le point de départ d'une réflexion autour du développement d'« équipes mobiles addictologie ».

D'autre part, si la question de « l'aller vers » se pose entre les soignants, acteurs et les patients, sujets, elle semble tout aussi importante entre les acteurs du sanitaire et du social. C'est à ce niveau qu'intervient le travail en réseau qui, bien que présentant certaines limites, permet une articulation entre les secteurs sanitaire et social. Il semble donc être un élément indispensable pour l'accompagnement, la continuité des soins et le suivi du sujet.

Le fait que le réseau d'aide et d'hébergement joue un rôle déterminant dans la façon dont les usagers accèdent aux soins, nous amène à penser le logement comme un outil de soin. Le logement, en faisant partie intégrante des soins, pourrait constituer une aide au maintien d'abstinence. Dans ce contexte, l'évaluation des consommations d'alcool à la sortie d'une hospitalisation pour un sevrage en fonction du type de logement pourrait être un moyen d'explorer dans quelle mesure le logement constitue ou non un facteur protecteur.

BIBLIOGRAPHIE

1. Furtos J. De la précarité à l'auto-exclusion. Rue d'Ulm; 2009. (La rue? Parlons-en!).
2. Protocole SAMENTA [Internet]. Disponible sur: https://www.samusocial.paris/sites/default/files/protocole_samenta_1208.pdf
3. L'enquête sans-domicile 2001 | Insee [Internet]. [cité 28 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2579262>
4. L'enquête sans-domicile 2012 | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/s1268#consulter>
5. Beck F, Legleye S, Spilka S. L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype. *Econ Stat.* 2006;391(1):131-49.
6. OFDT - Rapport 2016-2017 [Internet]. [cité 31 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxacxc.pdf>
7. Gueslin A. Les pauvres errants au Moyen Age et à l'orée de l'époque moderne. In: *D'ailleurs et de nulle part.* p. 22. (Fayard).
8. Vexliard A. Introduction à la sociologie du vagabondage. In 1956. p. 26.
9. La peur en Occident (XIVe-XVIIIe siècles). Une cité assiégée. [Internet]. Fayard. 1978. 485 p. (Grandes études historiques). Disponible sur: 2213005567
10. Gueslin A. Les pauvres errants au Moyen Age et à l'orée de l'époque moderne. In: *D'ailleurs et de nulle part.* p. 28. (Fayard).
11. Gueslin A. Les pauvres errants au Moyen Age et à l'orée de l'époque moderne. In: *D'ailleurs et de nulle part.* p. 33. (Fayard).
12. Gueslin A. Les pauvres errants au Moyen Age et à l'orée de l'époque moderne. In: *D'ailleurs et de nulle part.* p. 41. (Fayard).
13. Gueslin A. Les vulnérables : les vagabonds mendiants des Temps modernes, des êtres malheureux et stigmatisés. In: *D'ailleurs et de nulle part.* (Fayard).
14. Gueslin A. L'invention d'un système répressif au XVIIe et XVIIIe siècles : les vagabonds mendiants réprouvés et exclus. In: *D'ailleurs et de nulle part.* p. 77. (Fayard).
15. Edit du roi portant établissement de l'hôpital général - 1656. Code de l'Hôpital général.
16. Gueslin A. L'invention d'un système répressif au XVIIe et XVIIIe siècles : les vagabonds mendiants réprouvés et exclus. In: *D'ailleurs et de nulle part.* p. 85. (Fayard).
17. Goffman E. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus.* Les Editions de Minuit. 1968. 451 p.
18. Carcan. In. (Petit Larousse).

19. Gueslin A. L'invention d'un système répressif au XVIIe et XVIIIe siècles : les vagabonds mendiants réprouvés et exclus. In: D'ailleurs et de nulle part. p. 99. (Fayard).
20. Fortunet F. Des ouvriers sans livret : des vagabonds du travail. In: Des vagabonds aux SDF.
21. Gueslin A. Le temps des clochards. Vers la « disparition » de l'errance vagabonde? In: D'ailleurs et de nulle part. p. 273. (Fayard).
22. Gueslin A. Le temps des clochards. Vers la « disparition » de l'errance vagabonde? In: D'ailleurs et de nulle part. p. 282. (Fayard).
23. Gueslin A. Le temps des clochards. Vers la « disparition » de l'errance vagabonde? In: D'ailleurs et de nulle part. p. 298. (Fayard).
24. Gueslin A. Le temps des clochards. Vers la « disparition » de l'errance vagabonde? In: D'ailleurs et de nulle part. p. 307. (Fayard).
25. Cour des comptes, « les personnes sans domicile » [Internet]. [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000208.pdf>
26. Gueslin A. Les pauvres errants au Moyen Age et à l'orée de l'époque moderne. In: D'ailleurs et de nulle part. p. 31. (Fayard).
27. Gueslin A. Les vulnérables : les vagabonds mendiants des Temps modernes, des êtres malheureux et stigmatisés. In: D'ailleurs et de nulle part. p. 64. (Fayard).
28. Babin P. SDF, l'obscénité du malheur. 2004. 121 p. (Erès).
29. Pardo É. L' exclusion au regard de la psychanalyse. /data/revues/00143855/00720002/07000394/ [Internet]. 26 juin 2007 [cité 27 déc 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/64317>
30. Babin P. Offense et destruction. In: SDF, l'obscénité du malheur. 2004. p. 25. (Erès).
31. Babin P. L'insoutenable odeur de l'autre. In: SDF, l'obscénité du malheur. 2004. p. 32. (Erès).
32. Gueslin A. Des miséreux dans la France du XIXe siècle. In: D'ailleurs et de nulle part. p. 137. (Fayard).
33. Roquet E. .L'usage de l'alcool au sein de groupes de sans-abri. *Sci Soc Santé*. 1999;17(2):59-75.
34. Vinay A, Salvi F, N'Djin MA. La construction relationnelle et affective des personnes sans domicile fixe : quels attachements ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. sept 2011;169(8):2 §2.2.
35. FEANTSA [Internet]. [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: http://www.feantsa.org/download/fr___2525022567407186066.pdf
36. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987. Vol. 4074. Direction des journaux officiels; 1987.
37. Exclusion. In: Le Robert.
38. Vexliard A. Préface de Xavier Emmanuelli. In: Le clochard. Desclée de Brouwer; 1998. p. 7. (Sociologie clinique).

39. La boisson au Moyen Age | Raconte-moi l'Histoire [Internet]. [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.racontemoilhistoire.com/2015/04/13/boisson-au-moyen-age-cest-pas-dla-piquette-enfin/>
40. Dugarin J, Nominé P. Toxicomanie : historique et classifications. *Hist Économie Société*. 1988;7(4):549-86.
41. Méloni J-P. Entre ombre et lumière : la rave. *Portique Rev Philos Sci Hum* [Internet]. 1 sept 2002 [cité 11 févr 2018];(10). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/leportique/136>
42. La MDMA ou ecstasy, cette drogue du débutant et d'"une génération" [Internet]. *MidiLibre.fr*. [cité 11 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.midilibre.fr/2015/10/30/la-mdma-ou-ecstasy-cette-drogue-du-debutant-et-d-une-generation,1234288.php>
43. Bergeret J, Fain M, Bandelier M. *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Dunod; 1991. (Inconscient et culture).
44. Collot E. *Aux portes de l'inconscience*. InterEditions; 2016. 208 p. (Nouvelles évidences).
45. Valot L. Les mots de l'addiction. *Perspect Psy*. 2008;47(1):10–15.
46. Sztulman LFH. Les modèles psychologiques de l'addiction. *Psychotropes*. 1998;4(1):47.
47. Pirlot G. Approche psychosomatique des addictions. *Carnet PSY*. 2008;(126):45-9.
48. Glover E. *Sur l'étiologie de l'addiction à la drogue. Ecrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies*. Paris : éditions de l'association freudienne internationale; 1998.
49. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict*. 1 nov 1990;85(11):1403-8.
50. Garrabé J. Approche historique des classifications en psychiatrie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mai 2011;169(4):244-7.
51. Lane C. *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*. Flammarion Lettres; 2009. 384 p. (La bibliothèque des savoirs).
52. Pirlot G. *Prémices conceptuelles de l'addiction : la psychanalyse freudienne*. In: *Psychanalyse des addictions*. 2^e éd. Armand Colin; 2013.
53. Hasin D, Hatzenbuehler ML, Keyes K, Ogburn E. Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). *Addict Abingdon Engl*. sept 2006;101 Suppl 1:59-75.
54. Saunders J. Substance dependence and non-dependence in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and the International Classification of ... - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16930161>
55. Gazel C, Fatséas M, Auriacombe M. Quels changements pour les addictions dans le DSM-5? *Lett Psychiatr*. 2014;10:50–53.
56. O'Brien C. Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*. mai 2011;106(5):866-7.
57. Rolland B. *Trouble de l'usage d'alcool : les nouvelles méthodes d'évaluation*. juin 2014;28(2).

58. Rozaire C, Landreat MG, Grall-Bronnec M, Rocher B, Vénisse J-L. Qu'est-ce que l'addiction ? Arch Polit Criminelle. 28 juin 2010;(31):9-23.
59. OFDT - Usagers de drogues pratiquant l'injection intraveineuse [Internet]. [cité 28 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxejw9.pdf>
60. Cannabis - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 11 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>
61. Jamouille P. Les modes d'engagement dans les styles de vie liés aux drogues. In: Drogues de rue [Internet]. De Boeck Supérieur; 2000 [cité 28 déc 2017]. p. 2. Disponible sur: <https://www.cairn.info/drogues-de-rue--9782804135379-page-85.htm>
62. Pirlot G. L'éclairage psychanalytique par les concepts d'incorporation, de dépendance du nourrisson et d'oralité. In: Psychanalyse des addictions. 2^e éd. Armand Colin; 2013. p. 61.
63. Dany L, Apostolidis T. L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention. Santé Publique. 2002;14(4):335.
64. Paquets de troupes | Le Monde du Tabac [Internet]. [cité 28 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.lemondedutabac.com/paquets-de-troupes/>
65. OFDT - Produits et addictions, vue d'ensemble [Internet]. [cité 28 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/>
66. OFDT - Synthèse thématique : alcool [Internet]. [cité 20 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
67. de Menezes Ferreira J. Le cas exemplaire du Portugal : drogues et toxicodépendances. Multitudes. 2011;44(1):47.
68. Libération - Dépénaliser les drogues, le cas portugais [Internet]. Books. 2011. Disponible sur: <http://www.books.fr/depenaliser-les-drogues-le-cas-portugais/>
69. Express - 14 ans après la décriminalisation de toutes les drogues, voici la situation du Portugal [Internet]. Express [FR]. 2015. Disponible sur: <https://fr.express.live/2015/02/15/14-ans-apres-la-decriminalisation-de-toutes-les-drogues-voici-la-situation-du-portugal-exp-211343/>
70. INSPQ - Pistes d'action novatrices en matière de substances psychoactives « illicites » [Internet]. [cité 4 déc 2017]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2134_pistes_novatrices_substances_psychoactives.pdf
71. Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans-domicile en 2012 - Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. juill 2013;(1455).
72. 22eme rapport, etat du mal logement en france 2017 - Fondation Abbe Pierre.
73. Join-Lambert M-T. Une enquête d'exception-Sans-abri, sans-domicile: des interrogations renouvelées. Économie Stat. 2006;391(1):3-14.

74. Castel R. Les marginaux dans l'histoire . In: L'exclusion : l'état des savoirs. La Découverte; 1995b. (Etat savoirs).
75. Laporte A, Chauvin P. Samenta: rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France [Internet]. Observatoire du Samu social; 2004 [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925/>
76. Enquête SD 2001 INSEE [Internet]. [cité 19 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/7294/1/imethode116.pdf>
77. Enquête SD 2012 INSEE [Internet]. [cité 19 juill 2017]. Disponible sur: file:///C:/Users/Cindy/AppData/Local/Temp/FPORSOC14i_D1_sansdomicile.pdf
78. Mercuel A, Marcel J-L. Accès aux soins et précarité. *Nervure* 99-09. *Maxmed*. déc 1999;19-22.
79. Miljkovitch-Heredia R. Les modèles internes opérants : Revue de la question. *Monogr Psychopathol*. 3 oct 2016;39-78.
80. Pillet V. La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire. *Dialogue*. 2007;175(1):7.
81. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique, Summary. *Devenir*. 1 juin 2007;19(2):151-88.
82. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation. 1978;
83. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganised/disoriented during the Ainsworth Strange Situation In Greenberg M. T., Cicchetti D., & Cummings E. M. (Eds.), *Attachment in the preschool years*. 1990;121-60.
84. Taylor-Seehafer M, Jacobvitz D, Steiker LH. Patterns of Attachment Organization, Social Connectedness, and Substance Use in a Sample of Older Homeless Adolescents: Preliminary Findings. *Fam Community Health*. mars 2008;31:S81.
85. Dervaux A. Attachement insécuré et addictions : influence sur la prise en charge. *Eur Psychiatry*. 1 nov 2014;29(8, Supplement):609.
86. Bassuk EL, Buckner J, Weinreb L, Browne A, Bassuk S, Dawson R, et al. Homelessness in Female-Headed families: Childhood and Adult Risk and Protective Factors. 1997;87(2):241-8.
87. Wood D, Valdez B, Hayashi T, Shen A. Homeless and Housed Families in Los Angeles: A Study Comparing Demographic, Economic, and Family Function Characteristics. 1990;80(9):1049-52.
88. Shinn M, Weitzman B, Stojanovic D, Knickman J, Jimenez L, Duchon L, et al. Predictors of Homelessness Among Families in New York City: From Chelter Request to Housing Stability. 1998;88(11):1651-7.
89. Frechon I, Marpsat M. Placement dans l'enfance et précarité de la situation de logement. 2016;(488-489).
90. Firdion J-M. Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile. *Econ Stat*. 2006;391(1):85-114.

91. Brousse C, Firdion J-M, Marpsat M. Qui sont les sans-domicile ? Repères. 1 janv 2011;32-52.
92. Collet M, Menahem G, Paris V, Picard H. Précarités, risque et santé - Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits. janv 2003;Bulletin d'information en économie de la santé(63).
93. Brousse C, Firdion J-M, Marpsat M. Les sans-domicile. La Découverte; 2008. 120 p. (Repères).
94. Brousse C. Devenir sans-domicile, le rester : un problème lié à l'accès au logement ou à la rupture des liens sociaux et familiaux ? Econ Stat. 2006;391(1):35-64.
95. Mercuel A. SDF : Aspect psychopathologique et comportement. 4 févr 2013;
96. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (France). Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale: 2005-2006. Paris: Documentation française; 2006.
97. Babin P. Par terre - L'outrage de l'humiliation. In: SDF, l'obscénité du malheur. 2004. p. 19. (Erès).
98. Hesnard A. L'univers morbide de la faute. PUF; 1949.
99. Quesemand-Zucca S. De l'autre côté de la rue. Homme Société. 2001;139(1):7.
100. Pardo É. L'exclusion au regard de la psychanalyse. L'Évolution Psychiatr. avr 2007;72(2):373-7.
101. Furtos J. Auto-exclusion ou auto-aliénation. In: De la précarité à l'auto-exclusion. Rue d'Ulm; 2009. p. 25. (La rue? Parlons-en!).
102. Mathieu F. Le manteau cloacal : Hypothèses psychodynamiques concernant l'incurie des sujets SDF. Carnet PSY. 2014;179(3):39.
103. Furtos J. Dépression et découragement. In: De la précarité à l'auto-exclusion. Rue d'Ulm; 2009. p. 29. (La rue? Parlons-en!).
104. Furtos J. Deux signes paradoxaux. In: De la précarité à l'auto-exclusion. Rue d'Ulm; 2009. p. 33. (La rue? Parlons-en!).
105. Tisseron S. La honte, psychanalyse d'un lien social. Dunod; 1992. 196 p.
106. Janin C. La honte, ses figures et ses destins. Presses Universitaires de France - PUF; 2007. 169 p. (Fil Rouge).
107. Bick E. « L'expérience de la peau dans les relations objectales précoces » dans Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick. Hublot; 1998. 382 p. (Tavistock clinic).
108. Anzieu D. Le Moi-peau. 2e (29 septembre 1995). Dunod; 1985. 291 p. (Psychismes).
109. Bresson M. .Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence. Cah Int Sociol. 2003;115(2):311.
110. Kovess-Masféty V, Mangin-Lazarus C. Troubles psychiatriques et utilisation des soins chez les sans-abri à Paris. 2000;(22):121-9.

111. Guesdon I, Roelandt JL. Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe. avr 1998;(4):343-57.
112. Snow DA. The myth of pervasive mental illness among the homeless. 1986;(33):407-23.
113. Freud S. « Etats amoureux et hypnose, « Psychologie des foules et analyse du Moi »,. In: Essais de psychanalyse. Paris: Payot; (Petite bibliothèque Payot).
114. Pirlot G. De l'excitation à la pulsion. In: Psychanalyse des addictions. 2^e éd. Armand Colin; 2013. p. 60.
115. Freud S. Au-delà du principe de plaisir. 1920.
116. Pirlot G. Les addictions entre neurosciences et psychanalyse - Réflexion sur les travaux neurobiologiques de J.-P. Tassin quant à leur articulation avec l'approche psychanalytique des addictions. Psychotropes. 17 nov 2014;20(1):175-96.
117. Diwo R, Thomassin L, Kabuth B, Messaoudi M. Pulsion de vie, pulsion de mort : une intrication à mieux évaluer dans une démarche de prévention de l'agir suicidaire à l'adolescence, Abstract, Resumen. Psychol Clin Proj. 2004;(10):57-88.
118. Winnicott D. La mère suffisamment bonne - 1953. Payot; 2006. 122 p. (Petite Bibliothèque Payot).
119. Saïet M. L'addiction dans le courant psychanalytique actuel. In: Les addictions. PUF; 2011. p. 77. (Que sais-je?).
120. Winnicott D. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In: De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot; 1989. p. 169.
121. Saïet M. L'addiction dans le courant psychanalytique actuel. In: Les addictions. PUF; 2011. p. 79. (Que sais-je?).
122. Winnicott D. Distorsion du Moi en fonction du vrai et du faux self. In: La mère suffisamment bonne. Payot; 2006. p. 93-123. (Petite Bibliothèque Payot).
123. Houzel D. Le sentiment de continuité d'existence. J Psychanal Enfant. 26 avr 2016;6(1):115-30.
124. Pirlot G. L'éclairage psychanalytique par les concepts d'incorporation, de dépendance du nourrisson et d'oralité. In: Psychanalyse des addictions. 2^e éd. Armand Colin; 2013. p. 129.
125. Saïet M. L'addiction dans le courant psychanalytique actuel. In: Les addictions. PUF; 2011. p. 80. (Que sais-je?).
126. Abraham N, Torok M. L'écorce et le noyau. 1978.
127. Saïet M. L'addiction dans le courant psychanalytique actuel. In: Les addictions. PUF; 2011. p. 78. (Que sais-je?).
128. Pirlot G. Psychanalyse des addictions. 2^e éd. Armand Colin; 2013. 256 p.
129. Saïet M. L'addiction dans le courant psychanalytique actuel. In: Les addictions. PUF; 2011. p. 85. (Que sais-je?).

130. Pirlot G. L'éclairage psychanalytique par les concepts d'incorporation, de dépendance du nourrisson et d'oralité. In: *Psychanalyse des addictions*. 2^e éd. Armand Colin; 2013. p. 124.
131. Brusset B. *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Dunod; 1998. 248 p. (Psychismes).
132. Jeammet P. *Psychopathologie des conduites de dépendance et d'addiction à l'adolescence*. 1995;155-75.
133. Saïet M. L'addiction dans le courant psychanalytique actuel. In: *Les addictions*. PUF; 2011. p. 90. (Que sais-je?).
134. Saïet M. L'addiction dans le courant psychanalytique actuel. In: *Les addictions*. PUF; 2011. p. 92. (Que sais-je?).
135. Miel C. La toxicomanie ou la quête impossible de l'objet. *Psychotropes*. 2002;8(1):7.
136. Pedro AFM. Narcissisme et états toxicomaniaques : la relation impersonnelle. In: *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques* [Internet]. Presses Universitaires de France; 2001 [cité 28 déc 2017]. p. 115-30. Disponible sur: https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=PUF_MARIN_2001_01_0115
137. Callahan S, Chabrol H. *Mécanismes de défense et coping*. Dunod; 2016.
138. Zuckerman M, Bone RM, Neary R, Mangelsdorff D, Brustman B. What is the sensation seeker? Personality trait and experience correlates of the sensation seeking scales. 1972;
139. Zuckerman M. Sensation seeking: A comparative approach to a human trait. 1984;7:413-34.
140. Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), Bureau des expertises collectives. Facteurs cliniques prédictifs d'abus ou de dépendance. In: *Alcool: dommages sociaux, abus et dépendance*. Paris: Inserm; 2003. p. 271.
141. Pavlov I. *Réflexes conditionnels et inhibitions*. Gonthier; 1963.
142. Skinner BF. *L'analyse expérimentale du comportement*. Dessart; 1971.
143. Bandura A. *Principles of behavior modification*. Oxford, England: Holt, Rinehart, & Winston; 1969. ix, 677. (Principles of behavior modification.).
144. Bandura A. *Social Learning Theory*. General Learning Press; 1977.
145. Saïet M. Les thérapies cognitivo-comportementales. In: *Les addictions*. PUF; 2011. p. 109. (Que sais-je?).
146. Elliott DS, Huizinga D, Ageton SS. *Explaining delinquency and drug use*. 1985;
147. Psychiatre. modèle cognitivo-comportemental de BECK | Psychiatrie [Internet]. [cité 7 août 2017]. Disponible sur: <http://psychiatrie.free-h.fr/tag/modele-cognitivo-comportemental-de-beck>
148. Définition de Processus cognitifs. In: *dictionnaire sensagent leparisien* [Internet]. Disponible sur: <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/Processus%20cognitifs/fr-fr/>

149. Jean Piaget – L'œuvre [Internet]. Disponible sur:
http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/ModuleFJP001/index_gen_page.php?IDPAGE=122
150. Cochet B, Pezous AM, Roy S, Brahim M, Lépine JP. Addiction et thérapie comportementale et cognitive. mars 2003;(2).
151. Boutot C. Approche systémique dans la prise en charge de la souffrance psychique des migrants précaires - Définition de la systémie [Psychiatrie]. Angers; 2017.
152. Cassen M. Dynamiques familiales et conduites addictives : l'exemple des toxicomanies. J Psychol. 2008;254(1):57.
153. Bergeron J, Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec, éditeurs. Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie: une approche multidimensionnelle: rapport d'une recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale, #RS 2308-093. Montréal: Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec; 1997. 108 p. (Cahiers de recherche du RISQ).
154. Parcours de soins — Géoconfluences [Internet]. Disponible sur: <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/parcours-de-soins>
155. RESPADD livre blanc [Internet]. Disponible sur: <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/09/39902057livre-blanc-26-mai-1-pdf.pdf>
156. Quételet C, Simon J-Y. L'aliénation alcoolique en France (XIXe siècle et 1ère moitié du XXe siècle). Hist Économie Société. 1988;7(4):507-33.
157. Caire M. De l'asile à l'hôpital : les établissements psychiatriques français [Internet]. [cité 29 déc 2017]. Disponible sur: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/hp/hp.htm>
158. Chossegros P. Prise en charge de la toxicomanie en France (une histoire). Gastroentérologie Clin Biol. 2007;31(8-9):44–50.
159. Décret no 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
160. Conseils Aide et Action contre la Toxicomanie et l'usage de drogue - Information - Prévention [Internet]. Disponible sur: <http://www.caat.online.fr/>
161. Agence Régionale de la Santé - Dispositifs médicosociaux [Internet]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbwc2.pdf>
162. Agence Régionale de la Santé - Dispositifs médicosociaux [Internet]. [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbwc2.pdf>
163. DREES - Les réseaux de santé [Internet]. [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pages_41_a_87_de_dossier_drass_n59_1_-2.pdf
164. RESPADD - Qui sommes-nous ? [Internet]. Disponible sur: <http://www.respadd.org/qui-sommes-nous/>

165. Ministère de la Santé - Circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie [Internet]. [cité 29 déc 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_299_260908.pdf
166. Rapport - Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions [Internet]. [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000897.pdf>
167. OFDT - Les personnes accueillies dans les CSAPA [Internet]. [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcpw6.pdf>
168. Fédération Addiction - Rapport d'enquête - Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD [Internet]. [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/01/Agir-en-reduction-des-risques-1.pdf>
169. Goffman E. Asiles. Editions de minuit-1979. Paris; 1961.
170. Brousse C. Le réseau d'aide aux sans-domicile: un univers segmenté. *Econ Stat.* 2006;391(1):15–34.
171. Nord-Pas-de-Calais - Autre centre d'accueil : Tous les établissements de type Autre centre d'accueil en région Nord-Pas-de-Calais [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <http://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/autre-centre-d-accueil-219/rgn-nord-pas-de-calais.html>
172. Nord-Pas-de-Calais - Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) : Tous les établissements de type Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) en région Nord-Pas-de-Calais [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <http://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/centre-hebergement---reinsertion-sociale--h-r-s---214/rgn-nord-pas-de-calais.html>
173. Parant A. Du « Primum Non Nocere » à l' « Etre là ». Réflexions sur la notion de cadre thérapeutique dans la prise en charge de patients toxicomanes, à partir d'un cas - Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine.
174. Vanel A, Massoubre C. Expérience en équipe mobile de psychiatrie et précarité. *Inf Psychiatr.* 2011;87(2):83.
175. Ministère de la Santé et des Solidarités - Circulaire du 23 novembre 2005 [Internet]. [cité 30 oct 2017]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_13422.pdf
176. OFDT - Evaluation du dispositif Bus méthadone Paris - mai 2000 [Internet]. [cité 21 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/bus.pdf>
177. Bus méthadone bas seuil: médecins du monde présente son bilan [Internet]. [cité 21 oct 2017]. Disponible sur: http://www.pistes.fr/swaps/13_100.htm
178. Benhaim Michèle - Le bus méthadone à Marseille [Internet]. [cité 1 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/7389.pdf>

179. Conclusions. Les modes d'engagement dans les styles de vie liés aux drogues [Internet]. Cairn.info. [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: https://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=DBU_JAMOU_2000_01_0085
180. de La Blanchardière A, Méouchy G, Brunel P, Olivier P. Étude prospective des caractéristiques médicopsychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002. *Rev Médecine Interne*. avr 2004;25(4):264-70.
181. Aubisson S. La difficile prise en charge des usagers précaires [Internet]. [cité 29 déc 2017]. Disponible sur: http://www.pistes.fr/swaps/40_28.htm
182. Agence Régionale de la Santé - Rapport d'activité RSSLM - 2016 [Internet]. [cité 23 sept 2017]. Disponible sur: http://www.sante-solidarite.org/activites/RSSLM_activite.pdf
183. Inpes - Drogues et conduites addictives 2013-2017 [Internet]. [cité 29 déc 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1573.pdf>
184. Rapport d'activité Diogène - 2016.
185. Le dispositif « Intervisions Santé Précarité » du RSSLM [Internet]. [cité 29 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.resolis.org/upload/fiche/pdf/AC1505465-le-dispositif-intervisions-sante-precarite-du-reseau-sante-solidarite-lille-metropole-20161024-172233.pdf>
186. Grémy F. Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés. *Actual Doss En Santé Publique*. 1998;24:26–29.
187. Intérêt des réseaux en addictologie - Mémoire de DU - Collombat Julie [Internet]. [cité 31 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.resag.org/sites/resag.cpm.aquisante.priv/files/M%C3%A9moire%20DU%20Addictologie.pdf>
188. L. Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care* [Internet]. 14 nov 2002 [cité 29 déc 2017];2. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/>
189. Chung-Yol L. Addictions : les modèles de soins intégrés [Internet]. [cité 29 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.reiso.org/articles/themes/soins/2111-addictions-les-modeles-de-soins-integres>
190. RESPADD livre blanc [Internet]. [cité 31 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/09/39902057livre-blanc-26-mai-1-pdf.pdf>
191. Waegemakers Schiff J. Housing First : où sont les preuves? [Internet]. Toronto: Homeless Hub; 2000 [cité 29 déc 2017]. Disponible sur: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3280220>
192. Tsemberis S, Elfenbein C. A Perspective on Voluntary and Involuntary Outreach Services for the Homeless Mentally Ill. 1999;9-19.
193. McNaughton Nicholls C, Atherton I. Housing first: Considering Components for Successful Resettlement of Homeless People with Multiple Needs. 2011;767-77.

194. Auquier P, Girard V, Loubière S, Tinland A. Un chez soi d'abord - Rapport intermédiaire. Unité de Recherche UPRES EA 3279; 2016 mai.
195. Un chez soi d'abord, gouvernement [Internet]. Disponible sur: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/4_pages_ucbdb_avril_2016_mise_en_page.pdf
196. Housing First, retour sur 6 ans d'expérimentation [Internet]. [cité 19 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/04/ucsa.pdf>
197. Clifasefi SL, Collins SE, Torres NI, Grazioli VS, Mackelprang JL. HOUSING FIRST, BUT WHAT COMES SECOND? A QUALITATIVE STUDY OF RESIDENT, STAFF AND MANAGEMENT PERSPECTIVES ON SINGLE-SITE HOUSING FIRST PROGRAM ENHANCEMENT. *J Community Psychol.* sept 2016;44(7):845-55.

AUTEUR : Nom : NAUDIN

Prénom : Cindy

Date de Soutenance : 6 avril 2018

Titre de la Thèse : Réflexions sur le parcours de soins des patients sans domicile souffrant d'une addiction

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : DES de psychiatrie

Mots-clés : parcours de soins, sans domicile, sans logement, précarité, exclusion, addiction, usage de drogues, réseau, équipes mobiles

Résumé : L'histoire du sujet sans domicile est riche et très ancienne. Elle rend compte, dès le Moyen-âge, de leur statut « d'exclus » et de l'ambivalence qu'ils suscitent. Aujourd'hui encore, les personnes sans domicile, teintées de stéréotypes, provoquent rejet et fascination et ce, d'autant plus qu'il existe une problématique addictive.

La prise en charge addictologique des personnes sans domicile souffrant d'une addiction représente un réel enjeu. En effet, il apparaît que les personnes sans domicile sont davantage consommatrices de drogues illicites que la population générale et que d'autre part, les consommations d'alcool rapportées seraient plus souvent responsables de dépendance.

La biographie des sujets sans domicile souffrant d'une addiction est souvent marquée par des événements traumatiques, des carences affectives, des ruptures, créant un rapport au monde et aux autres où la relation à l'autre représente un danger car cet autre peut manquer et devenir défaillant. Il apparaît que les personnes sans domicile et celles souffrant d'une addiction partagent certaines similarités psychopathologiques, qui réunies peuvent se potentialiser l'une et l'autre. Par ailleurs, certaines modalités d'adaptation aux conditions de vie extrême apparaissent et peuvent, pour certaines tel le syndrome d'auto-exclusion, constituer un frein à leur prise en charge.

En marge de la société, il s'agit très souvent d'une population qui « échappe ». Cela implique que la prise en charge des patients sans domicile souffrant d'une addiction soit, encore plus que pour les patients addicts « logés », adaptée, globale et pluridisciplinaire. Il serait notamment question de développer ou renforcer la pratique de l'« aller vers », le travail en réseau existant et de favoriser une meilleure articulation des secteurs sanitaires et sociaux. De plus, ces quelques réflexions nous amènent à nous questionner sur la place de la problématique logement dans le parcours de soins et l'intérêt qu'il pourrait y avoir à considérer le logement comme un outil de soins, sur le modèle par exemple du programme « Housing First ».

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur COTTENCIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur THOMAS
Monsieur le Professeur VAIVA

Directeur de thèse : Madame le Docteur PARANT