

# TENDANCES

## SE DÉTACHER DE L'ALCOOL : EXPÉRIENCES D'USAGERS RECOURANT AUX SOINS

### RÉSUMÉ

■ Les personnes dépendantes à l'alcool, en démarche de soins addictologiques, décrivent des trajectoires complexes, où le soin s'entremêle à des périodes itératives d'usage contrôlé, d'arrêt prolongé et de rechute.

■ Le trouble de l'usage de l'alcool s'installe le plus souvent dès l'adolescence, puis s'intensifie à l'âge adulte, quand les principales motivations à consommer sont : contrer l'ennui, le besoin d'anesthésier la souffrance morale et physique et tenter de surmonter des difficultés au travail.

■ Pour beaucoup d'usagers, le médecin traitant constitue un point d'ancrage, qui suit souvent leur trajectoire de soins depuis plusieurs années. De même, le centre de soins de prévention et d'accompagnement en addictologie (CSAPA) constitue un point de repère bien identifié par les patients.

■ L'hospitalisation pour sevrage est appréhendée comme un temps de repos physique et psychique, et une mise à distance de l'alcool. Une majorité de patients considèrent que le sevrage constitue un préalable à un traitement de la dépendance effectué dans un second temps en service de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou à l'hôpital de jour (HDJ). Ils rapportent y découvrir des « boîtes à outils » pour gérer l'envie de consommer.

■ Au fil de la trajectoire des personnes, la perception des soins pour se détacher de l'alcool évolue : certains ateliers collectifs, conseils ou interprétations proposés par les professionnels qui paraissaient insignifiants à la sortie d'un SMR ou d'un HDJ prennent sens à distance.

En 2023, la France compte 3,3 millions d'usagers quotidiens d'alcool chez les 11-75 ans [1] et 32 % des 18 à 75 ans dépassent deux verres standard par jour [2]. Les troubles de l'usage liés à ce produit représentent la moitié des prises en charge dans les CSAPA en 2022 (données RECAP) et ont engendré 572 027 séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique [3]. Les enquêtes quantitatives réalisées sur le sujet présentent des niveaux d'usage en population générale, documentent les inégalités sociales et territoriales et examinent les facteurs corrélés à la consommation [4]. Les recherches en sciences humaines et sociales questionnent la place de l'alcool dans notre société et son histoire [5], la construction de ce type d'addiction comme problème de santé publique [6] et les représentations sociales du « bien boire » dans certains groupes sociaux, comme chez les femmes [7, 8]. Les parcours et accompagnements socio-sanitaires des usagers de ce produit, pris isolément, sont peu étudiés par la sociologie qualitative [9].

Ce numéro de *Tendances* décrit les trajectoires de consommation et d'accompagnement de 33 personnes s'attribuant un « problème avec l'alcool » (consommant quotidiennement ou plusieurs fois par semaine de manière massive) et ayant recours à une microstructure médicale addictions (MSMA), un service d'hospitalisation pour sevrage, un service médical et de réadaptation (SMR) ou une hospitalisation de jour (HDJ)

(voir encadré méthodologique et le schéma en annexe). Après une première enquête sur les pratiques professionnelles en addictologie dans le secteur médico-social, en CSAPA et en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) [10], cette enquête s'intéresse ainsi à la médecine de ville en microstructures et à trois dispositifs qui proposent une prise en charge plus intensive. L'approche de sociologie qualitative adoptée permet de rendre compte de la diversité des expériences de consommation d'alcool, la pluralité des motivations et contextes d'usages. Elle explore également la dynamique des parcours d'accompagnement et le vécu des différents dispositifs en interrogeant de manière rétrospective les usagers (voir encadré méthodologique).

Dans un premier temps, la construction progressive d'une existence sous l'« emprise » [11] de l'alcool est décrite, à savoir que le produit envahit de plus en plus la vie des personnes, jusqu'à, pour certaines, organiser entièrement leur mode de vie [11, 12]. Dans un deuxième temps, les déclencheurs qui conduisent ces usagers vers les soins et la diversité des dispositifs d'accompagnement qu'ils mobilisent (médecine générale, MSMA, CSAPA, services d'urgence – schéma en annexe) sont décrits. Enfin, les déterminants et le vécu de prises en charge intensives telles que l'hospitalisation pour sevrage, l'accompagnement en SMR résidentiel ou en hôpital de jour sont abordés.

## Des parcours de vie marqués par l'emprise de l'alcool

Au fil des entretiens avec des usagers en situation de soins addictologiques, les consommations d'alcool au cours de la vie sont rapportées à une mosaïque d'événements, de contextes et d'émotions, variables selon les personnes, qui s'entremêlent pour construire une trajectoire où le produit prend progressivement une place centrale.

### Des contextes d'initiation favorisants

La famille ou le groupe de pairs adolescents constituent des milieux de découverte de motifs d'usage qui prennent ensuite de plus en plus de place dans l'existence : habitude sociale, « pansement » face à la souffrance, décuplement du plaisir... Il n'est plus à démontrer que les traumatismes précoces de l'enfance constituent l'un des principaux facteurs de vulnérabilité au trouble de l'usage de l'alcool [12, 13]. De fait, ce produit est régulièrement utilisé à des fins d'« automédication » de la souffrance psychique [13]. Dans l'échantillon des enquêtés, c'est par exemple le cas de Jean-Marc<sup>1</sup>, 52 ans, rencontré en HDJ, qui relie l'usage notamment aux violents répétés subis dans l'enfance. Par ailleurs, 18 personnes évoquent les consommations d'alcool importantes de leur famille qui les a souvent initiées à l'alcool dès l'enfance. Annie, 54 ans, rencontrée en HDJ, décrit une tradition familiale bretonne, où « c'était un truc complètement normal, naturel », témoignant de pratiques culturelles et sociales spécifiques.

Les premières consommations peuvent aussi s'inscrire dans un enjeu d'intégration dans le groupe de pairs, étape clé dans la construction des carrières de consommation [14]. Sébastien, 28 ans, rencontré en SMR s'entraîne ainsi à aimer les effets de l'alcool le soir, seul, à l'abri du regard de ses parents, pour ensuite être admis dans le « groupe des grands ». L'alcool est également utilisé dès cette période par de nombreux usagers pour se sentir plus « drôles », plus sociables et découpler le plaisir ressenti durant les moments festifs.

### Intensification et diversification des motifs et contextes d'usage

L'augmentation des consommations survient rarement à la suite d'un moment circonscrit de l'existence impulsant un tournant. Les personnes interrogées font davantage état d'événements cumulés, d'une multiplication des contextes d'usage [15], en bref, d'un glissement progressif que certaines peinent à expliquer : « Au début, je ne buvais que le week-end. [...] Et puis après, ça déborde... » (Marie, 63 ans, rencontrée en SMR).

Lorsque Marie, qui vient d'être citée, aborde ses motifs pour boire, elle évoque d'abord « l'ennui, la peur du vide », comme de nombreux usagers interviewés. Stéphane, 47 ans, rencontré au cours d'une hospitalisation pour sevrage, mentionne le recours à l'alcool comme une façon de supporter la solitude et le désœuvrement depuis sa séparation et l'avancée en âge de ses enfants. Ses consommations s'inscrivent dans une nostalgie des sociabilités festives des « années fac ».

La volonté de combattre l'ennui peut donner lieu chez certains à une envie de faire durer les moments de plaisir avec l'alcool. Gianni, 68 ans, rencontré au cours d'une hospitalisation, explique qu'il se remet à boire notamment dans des moments de bien-être qu'il souhaite prolonger :

*« Je peux passer des semaines ou des mois sans boire et il y a un jour de soleil, j'ai passé un bon après-midi avec un pote et je*

*dis : "tiens, je vais finir ma soirée avec un petit verre", mais c'est toujours directement la bouteille. »*

Certains usagers recherchent alors une démultiplication des moments de plaisir festif. Julie, 43 ans, rencontrée au cours d'une hospitalisation, explique comment, après être partie de chez ses parents suite à une enfance « difficile », elle a retrouvé le plaisir de vivre au sein d'un groupe de pairs avec lesquels elle faisait la fête « tout le temps ». Jean-Marc, 52 ans, rencontré en HDJ, montre également comment sa dépendance s'est construite au fil de l'augmentation des sorties nocturnes dans une boîte de nuit, où il fait la rencontre de sa future compagne qui y travaille : « Résultat des courses, je me retrouve tous les soirs là-bas. Je ne payais pas, on me servait des gins tonics [...]. Sur une période de 24 heures, j'avais une période de 5-6 heures d'alcoolisation. »

L'apaisement de la souffrance est la deuxième motivation évoquée par les usagers interrogés pour expliquer l'augmentation des usages. Les violences, les agressions, la perte d'un proche et les ruptures familiales ou conjugales sont présentes également à l'âge adulte, altérant leur confiance personnelle, leur sentiment de sécurité intérieure. Aurélie, 43 ans, rencontrée en HDJ, évoque le décès de son père, l'agression de son fils et la rupture des liens avec sa sœur : « Tu as des éléments de la vie, et tu arrives à te relever, mais je n'ai pas réussi à repartir, il y a eu trop de choses ». L'usage de l'alcool lui permet d'« oublier », d'« anesthésier les sentiments » ; il amène un « apaisement », un « sentiment de légèreté »...

Les interviewés attribuent alors une dimension thérapeutique au produit, comme Jean, 65 ans, rencontré en HDJ, le comparant à un « antidépresseur ». Cette fonction est également évoquée par les personnes pour lesquelles un diagnostic psychiatrique a été posé. Théo, 32 ans, rencontré en SMR, a par exemple développé une « phobie sociale » : il consomme de l'alcool pour sortir, voir des gens, « pouvoir faire des choses comme tout le monde » et « se sentir normal ».

L'apaisement de la souffrance physique est également un motif d'usage mentionné. Jérémie, 28 ans, rencontré en hospitalisation, est atteint de deux maladies génétiques. Il commence à boire avec le sentiment que l'alcool peut l'aider à apaiser ses douleurs musculaires et ainsi à mieux se mouvoir :

*« Ça a été volontaire. C'est surtout quand les médecins m'ont annoncé qu'en gros, j'étais foutu et que le seul remède, c'était la morphine que je n'ai pas supportée, que je me suis dit, j'ai moins mal quand je suis ivre. »*

Comme cela a été démontré dans la littérature internationale, les difficultés professionnelles sont enfin susceptibles d'augmenter les usages [16]. Elles peuvent, aux dires des personnes, déclencher une dépression ou un burn-out. Dans ce contexte, la consommation d'alcool vise à anesthésier les émotions, comme évoqué plus haut. Le travail peut également générer une « charge mentale » (Virgile, 28 ans, rencontré en SMR) que le produit vient soulager, tout autant qu'il permet d'augmenter chez certains interviewés la productivité. Les usages rythment par exemple la journée de douze heures de travail de Virgile : ils lui permettent « d'affronter » les heures de voiture ; de se montrer « détendu » face à un client ; de « couper » avec le flot de tâches à effectuer et de dormir pour être efficace le lendemain. Pour certains, comme Annie, 54 ans, rencontrée en HDJ, l'environnement professionnel constitue un contexte social favorisant. Gérante d'une entreprise de service traiteur événementiel, elle explique : « Mon métier, c'était quand même un peu de faire boire les gens. Et la meilleure façon de faire boire les gens, c'est de boire un peu soi-même. »

1. Les noms et les âges des personnes interrogées ont été modifiés.

### La consommation continue : « l'expérience totale » du produit

Au bout de quelques années d'alcoolisation, certains interviewés consomment toute la journée, d'autres le soir uniquement mais de manière massive, comme Annie, 54 ans, rencontrée en HDJ, qui boit deux soirs sur trois, quatre ou cinq bouteilles de vin après le dîner. Du point de vue des personnes interrogées, la quantité d'alcool ingérée constitue un indicateur non suffisant de dépendance. En revanche, le rapprochement des usages, boire seul ou encore dès le matin, témoignent pour eux du basculement dans l'emprise. Les consommations rythment leur vie, et leurs déplacements sont principalement dictés par l'achat d'alcool :

*« Je me suis mis, presque d'une façon automatique, à partir du matin.... Je vais chez l'épicier, je prends trois bières, je rentre, je bois les trois. J'écris un peu, je vais au café librairie poésie boire un café, ensuite trois bières, discuter avec des gens bien et après je rebois trois bières. »* (George, 50 ans, rencontré en hospitalisation)

Une partie des enquêtés disent également boire la nuit pour calmer les symptômes de sevrage comme Julie, 43 ans, rencontrée au cours d'une hospitalisation : *« Et sur la fin, je me réveillais à 2 heures du matin, je m'ouvrais une canette de bière. »*

Certains interviewés témoignent d'une « expérience totale » avec le produit, d'un « mode de vie exclusivement organisé autour d'une finalité » [17, p. 25], l'alcool, éloignant les personnes de leurs autres rôles sociaux (professionnel, familial, amical...), ce qui peut conduire à la « désaffiliation » [12, 17]. La « ligne biographique » (« suite d'événements que l'on peut rattacher à l'une des formes d'engagement qu'un individu contracte dans les détours de son existence sociale » [18, p. 121]) de la consommation devient dominante au détriment des autres : professionnelles, familiales, affectives.

Georges, 50 ans, rencontré pendant son hospitalisation, explique qu'avant, il vivait avec des personnes sans domicile fixe et n'accueillait plus ses enfants (dans le contexte d'une garde partagée). De nombreux interviewés disent ne plus aller au travail. Thierry, 68 ans, rencontré en hospitalisation, évoque une négligence corporelle importante : *« Ouais, je ne me lavais plus depuis un mois. Je dormais avec le survêtement. Je sortais comme ça. »*

À cette étape de la trajectoire, les personnes interrogées décrivent des consommations « automatiques », « réflexes » : *« Je buvais, comme Pavlov »,* explique Marie, 63 ans, rencontrée en SMR. Les registres sémantiques de l'idée obsédante et de l'absence de contrôle sont mobilisés pour rendre compte de leur vécu : *« L'alcool, ça nous hante. On est tout le temps en train d'y penser »,* Théo, 32 ans, rencontré en SMR.

L'expérience du syndrome de sevrage de l'alcool est comparable à celle rapportée par les consommateurs d'opiacés, figure archétypale du toxicomane. Un tiers des enquêtés consomment ou ont consommé de l'alcool avec d'autres substances. Virgile, 28 ans, par exemple, rencontré en SMR, ancien usager d'héroïne, considère l'alcool comme le plus dommageable, au regard de la durée de la dépendance, de l'omniprésence de l'offre, mais aussi du cumul des conséquences délétères sur le long terme.

### Des trajectoires de soins complexes

Les personnes interrogées témoignent de parcours complexes, oscillant entre des séquences d'arrêt prolongé et/ou d'usage contrôlé de plusieurs années, entrecoupées de périodes de rechute, plus ou moins sévères. Pour certaines, les consommations reprennent progressivement ; pour d'autres, de façon brutale et massive, voire plus importante que par le passé.

La séquence de vie qui s'ouvre après les premiers contacts avec les services socio-sanitaires dessine une trajectoire au sein de laquelle l'histoire de la consommation s'entremêle à celle du soin. Le travail sur soi proposé par les professionnels pour mieux connaître les motifs d'usage et les modalités de gestion des situations à risque ont ainsi une incidence sur le parcours d'usage et vice versa. Nombre d'interviewés oscillent alors entre usage contrôlé, usage excessif et sollicitation des dispositifs pour renouveler un sevrage ou renforcer la démarche de contrôle des consommations et de traitement de la dépendance.

En amont et en aval des prises en charge intensives, les personnes ont des contacts avec une grande diversité de professionnels : médecin généraliste, professionnel d'une MSMA, intervenant en CSAPA, psychiatre, psychologue, psychanalyste en libéral... Les interviewés décrivent des configurations d'accompagnement différentes, toutes soutenantes, construites au gré des rencontres, de l'histoire de la consommation, des besoins ressentis et des affinités.

### Déclat et recours contraints

Le moment où les interviewés mobilisent les dispositifs sanitaires pour évoquer leur « problème avec l'alcool » (Marie, 63 ans, rencontrée en SMR) n'est ni celui où les consommations augmentent, ni celui où ils se sentent comme dépendants. L'étude des trajectoires révèle souvent un temps de « latence », que certains qualifient de déni (Gilles, 44 ans, rencontré en SMR), ou durant lequel ils considèrent qu'ils peuvent s'en sortir seuls, voire subissent la dépendance avec impuissance. Dépréciation de soi, peur des effets du produit sur la santé, de perdre ses proches et/ ou son travail, voici les quelques déclencheurs évoqués par les usagers qui valorisent souvent un moment de déclat [11, 19], à l'image de Virgile, 28 ans, rencontré en SMR :

*« Quand je suis revenu d'Inde, j'ai eu le déclat [...]. J'ai fait le bilan. Tu as déjà essayé d'arrêter tout seul, ça ne marche pas. Donc, autant aller voir des professionnels. »*

Dans une majorité d'entretiens, l'environnement extérieur est également évoqué comme déterminant dans le recours aux soins. Les personnes ont souvent débuté un sevrage après l'intervention d'un proche ou une alerte de la médecine du travail : Étienne, 54 ans, rencontré en MSMA explique par exemple que sa femme a mobilisé leur médecin traitant ; Christina, 58 ans, rencontrée en SMR, a été adressée à un addictologue par la médecine du travail.

Les urgences peuvent également constituer un sas d'orientation vers la psychiatrie ou l'addictologie, dans le cas d'une tentative de suicide suspectée ou d'une pancréatite. Dans ces cas-là, l'hospitalisation pour sevrage initiée à l'issue du passage aux urgences est souvent fortement recommandée (sans que les patients interrogés sachent préciser s'ils ont donné leur consentement ou s'ils ont été contraints). Néanmoins, dans bon nombre de témoignages, l'injonction intervient au bon moment :

*« L'infirmière m'a dit : "De toute façon, je suis à l'hôpital de X demain (lieu de l'hospitalisation pour sevrage). Je sais où vous habitez. Si vous n'y êtes pas, je viens vous chercher par la peau des fesses !" Elle m'a dit ça avec un petit sourire. Du coup, je me suis retrouvé là. C'était le bon moment. »* (Jean, 65 ans, rencontré en HDJ)

### Les différents intervenants dans la trajectoire d'accompagnement

Le médecin généraliste constitue pour une majorité un point d'ancrage fort : il est décrit comme bienveillant, présent sur le long terme, disponible rapidement et non stigmatisant.

Il effectue des bilans biologiques, réalise des sevrages ambulatoires ou oriente vers une hospitalisation. Les patients valorisent une aide sur plusieurs années et sa capacité à jouer différents rôles : « Il est médecin généraliste, médecin du sport, spécialiste addictologue de l'alcool, de différentes drogues. Il fait office de psychologue, de psychiatre. Il m'a beaucoup aidée » (Corinne, 52 ans, rencontrée en SMR). Cette perception est très répandue chez les patients accueillis en MSMA [20].

Pour beaucoup, et plus encore pour les personnes qui ont réalisé trois sevrages et plus, le CSAPA ou un médecin addictologue constitue également un point de repère, engageant un travail davantage centré sur le(s) produit(s). Aurélie, 43 ans, rencontrée en HDJ, explique par exemple que le suivi au CSAPA lui permet de « garder le cap », de maintenir sa motivation pour tenir l'alcool à distance. Pour Thierry, 68 ans, rencontré pendant son hospitalisation, le CSAPA est un soutien au quotidien, où il a noué des relations quasiment amicales avec les membres de l'équipe. Grâce à la diversité des intervenants qui y travaillent, ce dispositif permet de tisser des liens spécifiques avec certains professionnels en fonction des affinités et/ ou du travail souhaité (suivi psychologique, social, etc.). Cet élément est également valable dans les MSMA [20].

Les interviewés soulignent souvent l'action particulièrement positive d'un intervenant, indépendamment de son identité professionnelle. Sébastien, 28 ans, rencontré en SMR, considère par exemple que son addictologue lui a sauvé la vie :

*« C'est une femme [...] très franche, très directe, qui n'a pas peur de dire les choses : "C'est vous et vous. Si vous continuez, le cancer du pancréas vous pend au nez. Pendant six mois, vous allez chier du sang et vous allez partir comme ça." [...] Elle m'a soutenu et c'est elle qui m'a trouvé ma première cure. Sans elle [...] j'aurais continué les pancréatites et que je serais sûrement mort. »*

Aurélie, 43 ans, rencontrée en HDJ, évoque également l'action de son psychiatre auprès de son mari : il lui a expliqué l'intérêt d'une hospitalisation pour sevrage, et qu'il allait devoir s'occuper du foyer en son absence. Cette initiative a permis de délester la patiente d'une charge mentale l'empêchant d'envisager jusqu'alors une absence de son domicile de plusieurs semaines. Les actions positives rapportées par les personnes sont diverses : accompagnement au long cours, orientation vers un professionnel compétent, mais aussi une phrase prononcée qui a fait sens à un moment donné pour la personne et a permis d'avancer dans sa démarche thérapeutique :

*« Une fois, je lui raconte un rêve. Il me fait : "vous avez vu ce que vous avez répété près de dix fois." C'était le mot « mère ». Il y avait la mer. Il y avait le maire de la ville. [...] Toutes les déclinaisons. Je ne m'en étais pas aperçue. » (Sandrine, 50 ans, rencontrée en hospitalisation)*

À l'inverse, dans les trajectoires décrites, certains passages aux urgences ou séjours en psychiatrie sont décrits comme des moments éprouvants et stigmatisants. Les interviewés témoignent également d'un sentiment de peur à la vue des symptômes des autres patients et/ ou des traitements délivrés (notamment la mise sous contention lorsqu'elle a été jugée nécessaire), ainsi que du peu de liens conservés avec les professionnels à l'issue du séjour. Aux urgences, un vécu difficile est rapporté par les patients qui y sont régulièrement pris en charge du fait de leurs alcoolisations répétées :

*« Aux urgences on n'est pas des vrais malades. La plupart du temps, on est mis sous contention pour la nuit [...], et puis le matin, on attend jusqu'à midi qu'un médecin vienne nous voir et nous autorise à sortir. Une des dernières fois où les*

*pompiers m'ont amenée, la médecin était devant la porte quand je suis arrivée, elle a dit "elle, je n'en veux pas, elle rentre chez elle" [...] une fois, j'ai été frappée dans l'ambulance. Il y en avait un qui me tenait les pieds, l'autre qui prenait ma main à moi pour me frapper. Ça m'a cassé le pouce. Ils m'injuriaient parce que j'étais une mère de famille, que j'étais alcoolique. » (Christine, 65 ans, rencontrée en SMR)*

### La diversité des appuis utilisés pour reprendre le contrôle

Les personnes mobilisent une grande diversité de supports pour « s'en sortir », y compris en ayant recours à des médecines alternatives. Par exemple, Gilles, 44 ans, rencontré en SMR, dit aller consulter une énergéticienne ; Julie, 43 ans, rencontrée au cours d'une hospitalisation, a recours à la réflexologie plantaire et l'acupuncture.

Beaucoup ont également côtoyé les groupes d'auto-soutien (de type alcooliques anonymes - AA) qui ont souvent accompagné les longues périodes d'arrêt de l'usage. Pour Jean, 65 ans, rencontré en HDJ, « l'expérience sensible, émotionnelle et biographique » [21] vécue dans ces groupes constitue le principal apport : les histoires de vie des participants, leur richesse ainsi que la profondeur des interactions lui ont été d'une grande aide. En mettant en place un « entre-soi communautaire » [21], ces groupes provoquent un sentiment d'identification performative pour certains. Tous les interviewés expliquent également que ces temps collectifs permettent de maintenir leur motivation à ne plus boire : « Je voyais des gens qui s'en sortaient. Ils étaient bien. Moi aussi, j'étais bien. C'est comme un vaccin. À un moment donné, les anticorps faiblissent. À ce moment-là, il faut refaire une piqûre et ça repart », explique Jean, 65 ans, rencontré en HDJ.

Cependant, dans la philosophie des AA, la personne dépendante est caractérisée par une impuissance à vie pour limiter sa consommation d'alcool. Cette approche peut être vécue comme un enfermement pour certaines personnes enquêtées. Pour Marie, 63 ans, rencontrée en SMR, qui a participé à des groupes d'auto-soutien, l'assignation à l'identité d'alcoolique est devenue dépourvue de sens après sept années d'arrêt de l'usage. George, 50 ans, rencontré pendant son hospitalisation, critique la dimension spirituelle et ritualisée des réunions, empêchant à ses yeux la spontanéité des échanges. Jean-Marc, 52 ans, rencontré en HDJ, y voit une rengaine oppressante :

*« Groupe de parole, c'est toujours les mêmes histoires... Alors que la vie, c'est un diamant qui te pète à la gueule ! [...] Ça me dérange complet. Déjà, je m'impose de ne pas boire. Pour m'en libérer, je vais dans un groupe de parole où on me réimpose de penser comme ça. Et où on me répète chaque fois les mêmes choses ! "Tu as vu, tu n'as pas compris, tu as vu, tu n'as pas compris" ».*

### Des représentations ambivalentes des médicaments prescrits

Lacamprosate (Aotal®), la naltrexone (Révia®), le disulfirame (Espéral®), le nalméfène (Sélincro®), et le Baclofène® sont les médicaments indiqués dans le traitement du trouble de l'usage de l'alcool. Cependant, un écart existe entre les données scientifiques d'efficacité de ces traitements et les représentations récoltées auprès des personnes enquêtées. Certaines évoquent leurs effets indésirables, à l'image de Sandrine, 50 ans, rencontrée en hospitalisation : « C'est le Révia®. Ça me fait des fourmis partout. C'est horrible. Limite, j'ai envie de boire. » D'autres envisagent un possible effet placebo : « C'est peut-être un placebo, je n'en sais rien, mais tant que j'y crois, ça marche » (Barbara, 41 ans, rencontré en SMR).

Les personnes interrogées ont une connaissance très variable des médicaments : certaines vivent les prescriptions avec passivité, d'autres ont une connaissance approfondie des molécules. Pour bon nombre d'entre elles, les antidépresseurs, les somnifères et surtout les benzodiazépines sont les seuls utiles. Alors qu'il déprécie le Baclofène, Théo, 32 ans, rencontré en SMR, valorise l'effet des « benzos » sur les envies irrésistibles : « *Je me réveille le matin, j'ai besoin de mon Seresta tout de suite parce que tous les matins, quasiment, je me réveille avec un craving* » [envie irrésistible de consommer]. Au-delà des médicaments, les personnes privilégient les effets des accompagnements à l'image de Jean, 65 ans, rencontré en HDJ : « *Mon antidépresseur est plutôt ici (l'HDJ) [...] À un moment donné, il faut remplacer ça (les médicaments) par des antidépresseurs naturels.* »

## Les prises en charge intensives : se mettre à l'abri puis travailler sur soi

### Un temps de pause et des outils pour reprendre le contrôle

Après de nombreuses années d'alcoolisation, les facteurs motivant les interviewés vers les prises en charge intensives sont renforcés. La crainte d'une santé dégradée se transforme en peur d'une mort imminente ; la détérioration de l'image de soi en profond « mépris de soi » [22] :

*« Il y a la mort à la fin de cela. Il y a la mort physique, mais aussi la mort de soi. C'est pour cela que je suis venu à l'hôpital. »* (George, 50 ans, rencontré en hospitalisation)

Les personnes cherchent un « cran d'arrêt » à la spirale infernale que constitue l'expérience totale de l'alcool, tel qu'en témoigne Julie, 43 ans, rencontrée au cours d'une hospitalisation : « *Il y avait une espèce de répétition morbide à boire. Je savais très bien que je me détruisais et plus je me le disais, plus ça m'angoissait et plus je buvais.* » De même, du côté des professionnels des urgences ou des services d'hépatologie, gastro-entérologie, le risque vital motive bien souvent la proposition d'un sevrage en milieu hospitalier.

L'hospitalisation est alors vécue comme un temps de « repos moral », de « recentrage sur soi », comme l'évoque Thierry, 68 ans, rencontré en hospitalisation, qui la compare à « une retraite chez les moines ». Des suivis psychologiques et sociaux et des ateliers thérapeutiques (activités physiques, art-thérapie, théâtre, sophrologie...) sont proposés dès cette période. Cependant, l'ensemble des interviewés considère les deux semaines de sevrage trop courtes pour mettre en place le vrai travail et consolider la mise à distance de l'alcool, qui commencera véritablement en SMR et HDJ.

Les interviewés cherchent ainsi en hospitalisation et SMR résidentiel une mise à l'abri de contextes de vie où l'offre d'alcool est omniprésente : « *Ce qui m'aide ici, c'est qu'on est enfermé* » (Corine, 52 ans). Le temps du sevrage est alors globalement perçu comme une pause, d'abord mise au service du soin de corps éprouvés par l'alcool :

*« On voit comment les personnes sont perdues avant de trouver le rythme de la cure. Parfois, ils ont trois jours de perf<sup>2</sup>. Parce qu'ils sont crevés, ils sont complètement à l'ouest. [...] ça permet déjà de se reposer, de prendre les vitamines, les trucs qui manquent... »* (Stéphane, 47 ans, rencontré en hospitalisation)

Du point de vue des personnes enquêtées, les séjours en SMR ou HDJ constituent des moments de redécouverte de soi et de mise en cohérence de son histoire. Dans les activités physiques et artistiques proposées en SMR ou HDJ (le théâtre, la danse ou l'art-thérapie), les interviewés expliquent se reconnecter à leur corps abîmé et délaissé. Ces ateliers sont également des moments de reprise de confiance en soi, comme en témoigne Christina, 58 ans, rencontrée en SMR, à propos de l'art-thérapie :

*« Quand on avait fait les forces et les faiblesses en compétences sociales, [...] j'avais mis patiente. Et je n'ai pas mis persévérante. [...] Colette venait de me le dire : "Là, votre travail, tout ce que je vois là, c'est de la persévérance." [...] Parce qu'à un moment, je lui ai dit que je ne voulais pas de l'acrylique, je voulais remettre de l'aquarelle. Elle me dit "l'acrylique et l'aquarelle, ça ne va pas aller". Je lui ai dit "je vais faire quand même". Et elle m'a dit [...] "Je ne pensais pas que vous alliez réussir". »*

Les ateliers artistiques constituent également des lieux d'expression des sentiments, comme l'évoque Annie, 54 ans, rencontrée en HDJ : « *C'est fort quand même. J'avais beaucoup de colère en moi qu'il fallait que j'exprime.* » Dans les groupes de parole et les accompagnements psychologiques, les personnes gagnent en connaissance d'elles-mêmes. Beaucoup évoquent le lien entre les usages et leur hypersensibilité, comme Loïc, 46 ans, rencontré en SMR : « *Ce que j'ai appris sur moi-même, c'est que je me laissais trop envahir par les émotions et que j'avais tout de suite le switch sur l'alcool.* » Certains établissent des ponts entre le recours à la substance et la reviviscence d'événements et de vécus douloureux, à l'image de Théo, 32 ans, rencontré en SMR : « *Je pense qu'il y a eu la grosse dépression en 2018 et la mort de mon frère qui est liée. [...] Je pense avoir eu besoin de combler un manque par mon excessivité.* »

Les interviewés disent également trouver en SMR ou en HDJ une « boîte à outils » (Auréli, 43 ans, rencontré en HDJ) pour contrer les envies d'alcool. L'ensemble des institutions visitées proposent en effet un large éventail d'activités. À côté de l'ossature classique déjà décrite, des ateliers variables en fonction des lieux délivrent des connaissances sur le *craving*, le fonctionnement biologique et neurocomportemental de l'addiction, les compétences sociales permettant de limiter les consommations... Si les interviewés disent avec enthousiasme apprendre plein de choses, beaucoup ont du mal à dire précisément ce qu'ils conservent des ateliers lorsqu'ils sont un peu techniques (Auréli, 43 ans, rencontré en HDJ). Ainsi, la majorité des personnes interrogées se disent particulièrement intéressées par les méthodes de relaxation et de respiration, les activités de bien-être et/ou utiles pour faire diversion à l'envie de consommer (comme pratiquer un sport ou un autre loisir, rendre visite à un ami) et plus globalement l'accompagnement au réaménagement des habitudes de vie, telles qu'une organisation différente de l'intérieur de son logement, danser plutôt que boire durant les soirées entre amis...

### La maladie alcoolique et l'abstinence : deux éléments de consensus

Les personnes perçoivent un écart par rapport aux normes de comportement : elles ont le sentiment de consommer plus que les autres ou de ne pas pouvoir s'arrêter. Certaines valorisent également leur goût prononcé pour le produit et ses effets, à l'image de Théo, 32 ans, rencontré en SMR : « *J'aime bien la défonce, il faut le dire. J'aime bien que l'alcool me tabasse.* » Par la suite, la dépendance et les envies irrésistibles de consommer les confrontent au sentiment de n'avoir aucune prise sur leur trajectoire. Il s'agit d'une expérience déroutante, qu'elles ne parviennent pas à s'expliquer. Elles ont le sentiment que quelque

2. Le traitement médicamenteux du syndrome de sevrage à l'alcool comprend habituellement une vitaminothérapie (B1) et des benzodiazépines [23].

chose dysfonctionne : « *Y'a un truc qui gaze pas là-haut.* » (Marie, 63 ans, rencontrée en SMR)

Les termes mobilisés pour caractériser ces ressentis sont empruntés au vocabulaire médical : maladie alcoolique, maladie chronique, addiction... les interviewés attribuent une triple origine à leur trouble de l'usage de l'alcool : biologique/génétique, traumatique et émotionnelle.

« *La génétique joue, puisque dans le circuit de la récompense, on a un ADN modifié qui fait qu'on peut potentiellement devenir alcoolique. [...] C'est 50 % de génétique et 50 %, on dit un trauma psychologique.* » (Christine, 65 ans, rencontrée en SMR)

Les discours des interviewés sont ainsi façonnés par les enseignements issus des ateliers et des entretiens individuels ainsi que des groupes d'auto-support. Ils font une large place à la dimension biologique et neurocomportementale de l'addiction complétée par les aspects émotionnels et psycho-traumatiques. Cette représentation donne du sens à ce qu'ils vivent : la notion de maladie biologique avec une composante génétique permet d'expliquer leur perception d'un écart à la norme, l'expérience de la perte de contrôle et parfois, l'impression de filiation. La notion de chronicité permet d'expliquer l'alternance des périodes d'emprise et de mise à distance du produit. L'origine traumatique et émotionnelle permet d'éclairer la reviviscence d'événements/ expériences douloureux mis à distance dans l'usage. De plus, la notion de maladie décupabilise :

« *Je me suis aperçu que ce n'était pas une tare, mais une maladie. Comme un cancer [...]. Du coup, quelque part, ce n'est pas de ma faute.* » (Jean, 65 ans, rencontré en HDJ)

La notion de maladie chronique permet aussi de lutter contre le stigmate de la faiblesse morale et du manque de volonté du buveur devenu ivrogne, en particulier pour les femmes alcooliques, chez qui le sentiment d'autodépréciation est renforcé [24].

Pour remédier à cette problématique, l'abstinence (terme utilisé par les usagers et professionnels interrogés) incarne un « idéal de sortie » [17], promu par bon nombre d'intervenants en milieu hospitalier, dans les groupes d'auto-support et par la grande majorité des interviewés, s'appuyant sur les multiples résurgences des expériences d'emprise (parfois de plus en plus fortes) pour la défendre. L'augmentation de la peur, du mépris de soi, de la crainte de l'avenir conduisent à envisager cette solution comme seul horizon possible [11]. Après sa première hospitalisation pour sevrage, Jérémie souhaitait pouvoir reprendre une consommation maîtrisée, contre l'avis partagé des médecins et du groupe d'auto-support. Sa reprise massive de l'alcool à l'issue de son premier sevrage le conduit à revoir ses objectifs.

Ce modèle de maladie biologique soignée par l'arrêt définitif de l'usage présente toutefois certaines limites. La plus mentionnée dans les entretiens est une appréhension pessimiste et enfermante de l'existence : « *Ce qui est horrible, c'est le "à vie"* », résume Sandrine, 50 ans, rencontrée en hospitalisation. Ce modèle s'oppose également à la réalité de trajectoires cycliques oscillant régulièrement entre emprise, abstinence et consommation maîtrisée.

### Les autres patients : entre identification et distanciation

L'hospitalisation, SMR et HDJ, impose la présence d'autres patients. Le vécu de ces rencontres est ambivalent pour les interviewés. Certains valorisent l'aide apportée par le partage d'expériences :

« *Thérapie de couloir, on dit, mais ça marchait bien. C'est de parler et dire : "moi, je faisais ça, etc." et on a un écho : "Moi aussi, je faisais ça..." C'est thérapeutique.* » (Marie, 63 ans, rencontrée en SMR)

Comme Mickael, 32 ans, rencontré au cours de son hospitalisation, les interviewés peuvent s'être construit un réseau d'amis et de soutien à l'hôpital. En revanche, d'autres personnes interrogées se tiennent à distance des autres pour éviter les relations « toxiques » (Christine, 65 ans, rencontrée en SMR) susceptibles de les reconnecter à l'alcool. Leur rappelant l'horizon négatif de la dépendance, certains refusent d'être identifiés aux autres patients : « *Je faisais de l'anthropologie, je regardais les gens et je me disais... "qu'est-ce que je fous là, quand même ?" [...] Il ne faut jamais que j'en arrive là* » (Annie, 54 ans, rencontrée en HDJ). Pour d'autres comme Théo, 32 ans, rencontré en SMR, atteint de phobie sociale, la vie communautaire a constitué une épreuve qui a motivé son départ avant le terme du séjour.

### À distance des dispositifs : le mystère de la construction biographique

Il est très difficile d'appréhender comment évolueront les parcours de vie à distance des épisodes de soins addictologiques intensifs. Les différents éléments écoutés, partagés, expérimentés au cours d'une hospitalisation pour sevrage, SMR ou HDJ qui font sens pour les personnes varient et s'assemblent au cœur de syncrétismes individuels. Certains interviewés retiennent tout particulièrement l'interprétation neurobiologique de leur « maladie ». Pour d'autres, la prise de conscience des pensées permissives<sup>3</sup> à l'origine des usages constitue un levier pour limiter les périodes de re-consommation. Pour quelques-uns, le partage d'expériences est vécu avec intensité, ou encore la découverte du caractère temporaire du *craving* change leur regard sur les envies de consommer.

Au moment de la rencontre avec les sociologues, certaines personnes ont valorisé la richesse d'une vie sociale à distance du produit, qu'il s'agisse d'une amélioration de leur état émotionnel, de la qualité de leurs relations sociales ou de leur vie professionnelle. Elles se projetaient dans l'avenir par le prisme d'une diversité de résolutions, projets, envisageant un réaménagement de leur existence. D'autres appréhendaient le futur avec crainte, à l'image de Corinne qui dit avoir beaucoup « avancé » au SMR, mais redoute la sortie : « *L'abstinence définitive... ça me fait mal... la gestion de la consommation ça me fait peur... donc je suis entre les deux...* » Le sentiment de fragilité est d'autant plus aiguë qu'elle n'a « *toujours pas compris pourquoi (elle) boit* ».

Certains se sentant impuissants face à leur maladie, considèrent qu'au-delà de professionnels compétents et de programmes intéressants, l'expérience de ces dispositifs « ne guérit pas » (Théo, 32 ans, rencontré en SMR). Enfin, pour certaines personnes interrogées, des éléments qui paraissaient insignifiants à la sortie d'un SMR ou d'un HDJ prennent sens à distance, dans un contexte de vie spécifique, comme Jean, 65 ans, rencontré en HDJ, qui explique que certaines phrases échangées durant les groupes de parole résonnent à présent en lui, alors qu'il n'y avait pas prêté attention sur le moment. Ainsi, il semble nécessaire de développer des approches évaluatives longitudinales, prenant en compte le sens que les personnes donnent à la variété des interventions et expériences vécues dans les dispositifs sur un temps long.

3. Terme utilisé dans les ateliers inspirés de approches cognitivo-comportementales de l'addiction.

## Conclusion et perspectives

Ce numéro de *Tendances* décrit des trajectoires d'emprise construites dès l'enfance, au sein desquelles la consommation d'alcool augmente à mesure qu'un motif d'usage (apaisement de la douleur physique, morale, de l'ennui, augmentation de la productivité au travail) se fait plus prégnant et que les raisons de boire s'intensifient ou se multiplient. La banalisation du produit est centrale dans ces parcours : il devient le partenaire insidieux et très facile d'accès d'une trajectoire de vie plus ou moins difficile. Le produit finit par envahir l'ensemble des rôles sociaux de certains enquêtés. Se protéger de l'offre est difficile. La dépendance physique est importante, les durées de consommation particulièrement longues augmentent l'attachement au produit et démultiplient les conséquences délétères.

L'exposition permanente au produit motive pour certains le recours à des soins résidentiels, reposant sur l'éloignement du patient de son environnement habituel, quand bien même les accompagnements par les médecins de ville et en CSAPA constituent des points de repères importants et durables. Ces expériences de repos physique et psychique, puis de travail sur soi, appuyé ou pas sur l'expérience d'autres patients, constituent

des moments de redécouverte de la vie sans alcool, de ses compétences et de formulation d'un projet de vie plus global sur lequel s'appuyer. Il reste néanmoins difficile de savoir ce que les interviewés retiendront à distance de ces accompagnements. Ils témoignent par ailleurs d'une diversité d'appuis pour se détacher de l'alcool, dont la participation aux groupes d'auto-support, qui sous-tend pour beaucoup de longues périodes d'arrêt de l'usage. Ce constat ouvre un questionnement sur les trajectoires de personnes qui « s'en sortent » sans recourir aux dispositifs médico-sociaux.

Cette étude révèle enfin des parcours complexes, invitant à réviser la notion de « sortie d'addiction » communément pensée comme un tournant biographique vers une vie abstinente, promue d'ailleurs par les usagers, sans toutefois réussir à la maintenir. La « sortie » apparaît alors comme un processus à l'issue incertaine. Elle se caractérise a minima par la réinscription de l'usage d'alcool dans des contextes de vie bien délimités et le rééquilibrage des différentes lignes biographiques. Elle engage une modification des habitudes, raisons et contextes d'usage, des interactions sociales et du rapport à soi. Le recours aux structures d'accompagnement s'inscrit tout autant qu'il accompagne, voire initie, ces transformations déclinées en une diversité de vécus individuels.

## Repères méthodologiques

### L'investissement de quatre dispositifs de soins en addictologie

L'enquête Trajectoires d'usages et parcours de soin : regards croisés des professionnels et des usagers d'alcool (Tupsalco), a pour objectif de mettre en regard l'accompagnement et les soins réalisés auprès d'usagers d'alcool et les perceptions des personnes concernées. Pour ce faire, quatre dispositifs ont été investis : les microstructures médicales addictions (MSMA), équipes sanitaires pluri-professionnelles installées au sein du cabinet d'un médecin généraliste, une maison de santé ou un centre de santé ; l'hospitalisation complète en addictologie qui réalise des sevrages durant deux semaines de séjour à temps plein ; l'hospitalisation de jour (HDJ), proposant un accueil de deux mois renouvelables avec plusieurs journées ou demi-journées hebdomadaires de consultations et d'ateliers ; les services médicaux et de réadaptation (SMR, ex-SSR) résidentiels qui proposent des séjours de six semaines dans un cadre hospitalier ou associatif pour consolider l'abstinence [25].

Concernant le parcours des personnes au sein de ces dispositifs, l'accueil en service d'hospitalisation pour sevrage, en SMR et en HDJ se fait sur recours d'un médecin. Les professionnels qui exercent en CSAPA et parallèlement dans un service d'hospitalisation ont ainsi souvent un rôle clé dans l'orientation de leurs patients vers le sevrage. Les soignants réalisant ces soins œuvrent ensuite pour que les usagers consolident la mise à distance du produit en SMR ou en HDJ pour éviter les rechutes rapides constatées après une sortie sèche. Du côté des patients, les SMR ou l'HDJ sont également conçus en continuité de l'hospitalisation. Pour certains, les trois types d'accompagnement s'enchaînent (sevrage, puis SMR et enfin HDJ) au sein d'une montée en autonomie, qui va de la mise à l'écart au retour à une vie « normale ».

### Méthodologie détaillée

Dix structures ont été choisies : 3 MSMA et 2 HDJ placées en agglomération et en zone rurale ; 1 SMR, dans un hôpital en zone

urbaine, un autre en structure associative en zone péri-urbaine ; 3 services d'hospitalisation en addictologie de tailles différentes (entre 10 et 50 lits). Au sein de ces espaces, l'observation directe sert à décrire les pratiques professionnelles et l'entretien biographique permet l'analyse des trajectoires d'usage et d'accompagnement des personnes accueillies dans les services.

Ce numéro de *Tendances* analyse les récits de vie de 33 personnes recrutées dans ces espaces de soin (8 en MSMA et 25 dans les trois autres dispositifs). Elles ont été rencontrées lors du terrain d'observation des sociologues dans les structures. Elles ont été interrogées sur leur trajectoire d'usage, les modalités de recours aux soins, l'expérience des différents dispositifs mobilisés jusqu'alors (médecine générale, CSAPA, psychiatrie, hôpital...) et le vécu de l'accompagnement suivi au moment de l'entretien. Ainsi, quel que soit le lieu où les personnes ont été vues, les entretiens fournissent des informations sur le rôle de la médecine de ville, du secteur médico-social et des soins intensifs dans le traitement de la dépendance, avec éventuellement des allers-retours entre les trois secteurs. En effet, si la médecine de ville et les structures du secteur médico-social sont souvent mobilisées en première intention, elles le sont aussi suite à une hospitalisation (voir le schéma en annexe). Ainsi, dans l'enquête, les personnes rencontrées en MSMA ont parfois fait part de leurs expériences antérieures en hospitalisation pour sevrage.

Les enquêtés sont principalement des hommes (21 pour 12 femmes) et ont en moyenne 48 ans. D'une durée moyenne d'une heure trente, les entretiens semi-directifs ont été enregistrés avec l'accord oral des personnes. Une fois retranscrits et anonymisés, ils ont fait l'objet d'une analyse thématique. Les trajectoires décrites ne rendent pas compte du parcours des personnes qui contrôlent leur consommation, ne mobilisent pas l'institution socio-sanitaire ou abandonnent la consommation de produits avec d'autres appuis. Les patients ayant fait l'objet d'une obligation de soin, principalement orientés vers les CSAPA, sont par ailleurs peu présents dans notre échantillon.

## Bibliographie

### Liens accessibles au 07/01/2025

1. OFDT. Drogues et addictions, chiffres clés. Paris, OFDT, 2025, 8 p.
2. Douchet M.-A. La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2023. Paris, OFDT, coll. Notes de bilan, 2024, 10 p.
3. Roux J., Marguerite N., Faisant M., Atiki N., Simac L., Andler R., Quatremère G., Vernay M., Paille F., Nguyen-Thanh V., Meurice L. Estimation du nombre d'hospitalisations pour alcoolisation aiguë et complications en France, 2012-2022. *Journal of Epidemiology and Population Health*, 2024, Vol. 72, Suppl. 1, art. 202335.
4. INSERM. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2021, 724 p.
5. Nahoum-Grappe V. Vertige de l'ivresse. Alcool et lien social. Paris, Descartes, 2010, 252 p.
6. Dargelos B. Une spécialisation impossible. L'émergence et les limites de la médicalisation de la lutte antialcoolique en France (1850-1940). *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, n° 156-157, p. 52-71.
7. Gaussoit L. Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire ». *Sciences Sociales et Santé*, 1998, Vol. 16, n° 1, p. 5-42.
8. Gaussoit L., Paliarne N. Alcoolismes masculins, alcoolismes féminins : Approche savante, expériences profanes et relation thérapeutique. *Sociologie Santé*, 2011, n° 33, p. 107-126.
9. Déroff M.-L., Fillaut T. (Dir.) Boire : une affaire de sexe et d'âge. Rennes, Presses de l'EHESP, coll. Recherche, santé, social, 2015, 208 p.
10. Milhet M., Protais C., Díaz Gómez C., Guilbaud F. Les pratiques professionnelles dans le champ de l'addictologie. *Tendances*, OFDT, 2022, n° 150, 8 p.
11. Pedersen L. Expertises et addictions. Les trajectoires de « sortie » à l'épreuve des savoirs professionnels et expérientiels. Paris, L'Harmattan, 2019, 316 p.
12. Fernandez F. Emprisonnement. Drogues, errance, prison : figures d'une dépendance totale. Bruxelles, Larquier, coll. Crimen, 2010, 374 p.
13. Protais C., Milhet M. Une vie marquée par le mépris. Une approche de l'expérience et de l'identité des grands précaires. *Terrains/Théories*, 2022, n° 15, art. 4699.
14. Becker H.S. *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. London, Free Press, 1963, 215 p.
15. Douchet M.-A., Neybourger P. Alcool et soirées chez les adolescents et les jeunes majeurs. *Tendances*, OFDT, 2022, n° 149, 8 p.
16. Durand E., Gayet C., Laborde L., Van De Weerd C., Farges E. Conduites addictives et travail. *Documents pour le Médecin du Travail*, 2008, n° 115, p. 339-362.
17. Castel R. (Dir.) *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg, Editions Universitaires de Fribourg, 1998, 296 p.
18. Ogien A. *Sociologie de la déviance*. Paris, A. Colin, 1999, 231 p.
19. Milhet M. *L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie ?* Thèse de sociologie, Université Bordeaux 2 - Victor Segalen, 2003, 456 p.
20. Duprat L. Construction des parcours de soins d'utilisateurs d'alcool en microstructures médicales addictives. Paris, OFDT, coll. Notes de résultats, 2024, 20 p.
21. Jauffret-Roustide M. Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire. *Pensée plurielle*, 2010, n° 23, p. 93-108.
22. Honneth A. *La lutte pour la reconnaissance*. Paris, Gallimard, coll. Folio Essais, n° 576, 2013, 350 p.
23. Airagnes G., Ducoutumany G., Laffy-Beaufils B., Le Faou A.L., Limosin F. Alcohol withdrawal syndrome management: Is there anything new? *La Revue de Médecine Interne*, 2019, Vol. 40, n° 6, p. 373-379.
24. Karila L. *L'alcoolisme au féminin. En finir avec les tabous, s'en sortir*. Paris, Éditions Leduc, 2020, 207 p.
25. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Circulaire DHOS/O2 n° 2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. *BO Santé, Protection sociale et Solidarité*, 2008, n° 2008/10, p. 166-181.

➤ **Pour citer cette publication** : Protais C., Milhet M. (2024) Se détacher de l'alcool : expériences d'utilisateurs recourant aux soins. *Tendances*, OFDT, n° 167, 8 p.

### Remerciements

À toutes les structures qui nous ont accueillies, les professionnels que nous avons interrogés et qui ont accepté notre présence dans le quotidien de leurs pratiques. À toutes les personnes qui ont accepté de se livrer sur leur parcours de vie, parfois difficile. Au Fonds de lutte contre les addictions (FLCA) qui a financé cette enquête.

## Ours

### Tendances

Directeur de la publication : Guillaume Airagnes / Rédactrice en chef : Ivana Obradovic / Comité de rédaction : Virginie Gautron, Fabien Jobard, Aurélie Mayet, Karine Gallopel-Morvan / Infographiste : Frédérique Million / Documentaliste : Isabelle Michot.

Crédits photos : © Asayenka / © Andrea (Adobe Stock)

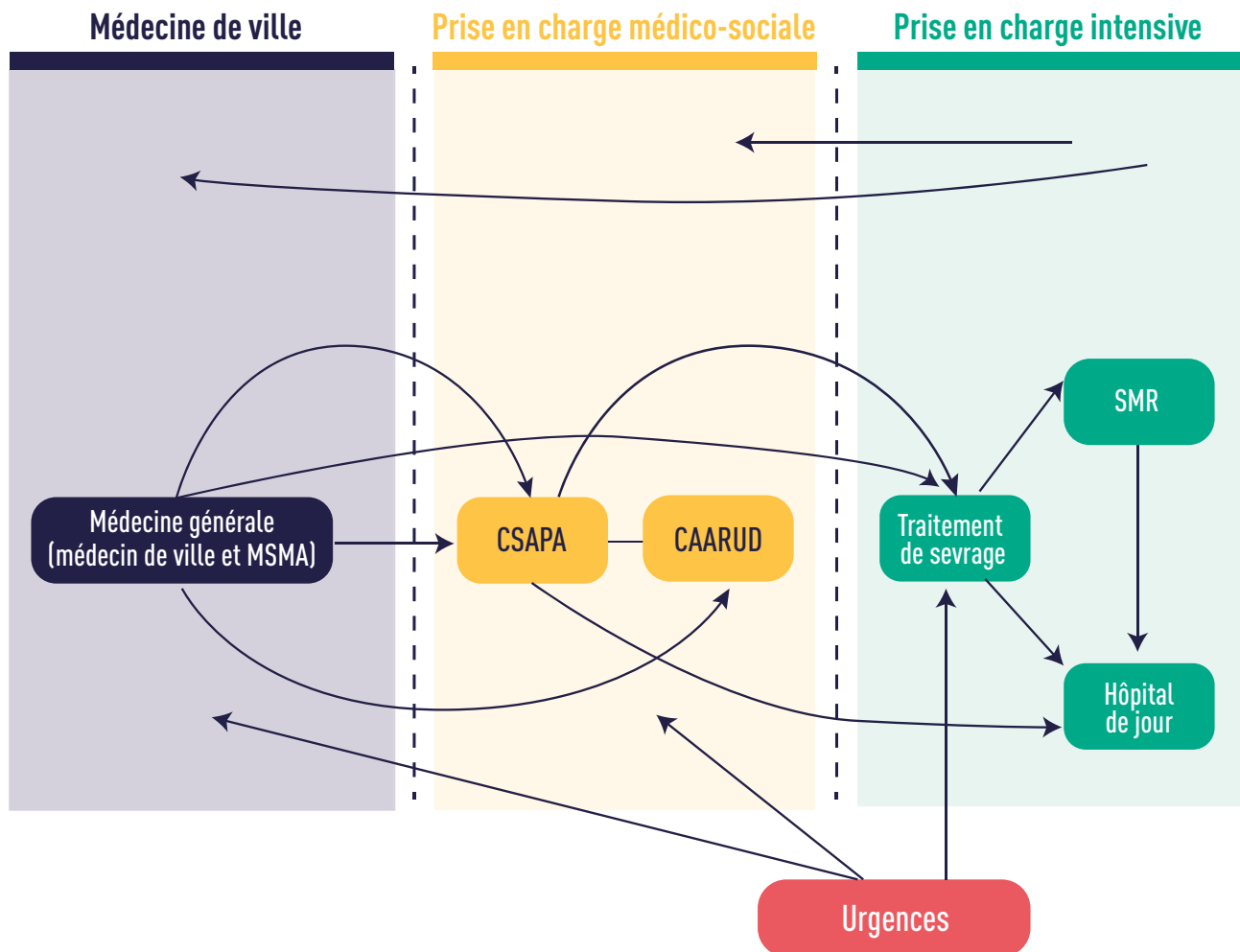


69 rue de Varenne 75007 Paris  
Tél. : 01 41 62 77 16  
e-mail : ofdt@ofdt.fr

[www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)



## Les dispositifs de soins rencontrés par les interviewés au sein de leur parcours et leurs principaux vecteurs de recrutement



Source : OFDT