



*Centre agréé par le Ministère des Solidarités et de la Santé*

## Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale

*Epreuve Communication ressources humaines  
D.F. 3 Communication ressources humaines*

### **Promenons-nous dans le boire**

**Jean Christophe DESSART**

*Promotion 14  
2019/2022*

Domaine de compétence de référence :  
DF3 – Production de connaissance

*SESSION AVRIL 2021*

Centre associé



A l'heure où la fréquentation exponentielle des ADJ (Accueils de Jour destinés au public en situation de grande précarité vivant à la rue), transforme l'offre de service, la question de l'accueil avec alcool fait toujours l'objet d'un âpre débat au sein des équipes de terrain et de direction. Les estimations montrent pourtant qu'environ 80 % des personnes vivant dans la rue ont recours à une consommation d'alcool pour supporter leurs conditions de vie. Et pourtant dans le champ de l'urgence sociale parmi les CHRS ou les CHU, rares sont les établissements qui prônent un changement de regard et de pratique sur ce phénomène depuis longtemps observé. Préférant interdire dans leurs murs la consommation d'un produit pourtant légal, ils se tournent pour la plupart vers les solutions classiques de l'alcoologie en orientant vers les CSAPA qui prescrivent principalement des cures de sevrage dont les effets sont connus.

A l'instar de Santé Publique France qui estime dans son rapport de 2019 que l'alcool est responsable de 41000 décès<sup>1</sup> en France, l'Etat s'interroge sur la question des coûts sociaux de ce phénomène et observe de près les initiatives qui permettent aux personnes concernées de retrouver un confort de vie les éloignant des systèmes de soins traditionnels. Sur un fil tenu, les politiques de santé jouent l'équilibre entre le respect d'une tradition, le savoir vivre à la française, où la consommation d'alcool fait partie du fait social et un véritable phénomène de santé publique dont le poids économique reste conséquent.

En revenant au champ de l'urgence sociale, et spécifiquement aux Accueils de Jour, il s'énonce là un paradoxe fort, une mise en tension, entre un public pour qui l'alcool fait partie des manières de vivre, de survivre parfois, et des professionnels qui opposent un refus catégorique à sa consommation dans leurs murs. Cette question serait-elle une affaire de déni ? L'alcool serait-il l'angle mort de l'inconditionnalité d'accueil, valeur étendard de tous ces lieux ?

### ***Quelques chiffres pour comprendre.***

---

<sup>1</sup> Santé Publique France BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire) consommation d'alcool, comportement et conséquences sur la santé 19/2/2019.

Selon Santé Publique France, l'alcool, deuxième cause de mortalité dans notre pays, serait responsable de 49000 décès par an soit 13% de la mortalité annuelle chez les hommes et 5% chez les femmes. Il représenterait la première cause d'hospitalisation pour un coût estimé à 2,6 milliards d'euros selon une étude publiée en 2015. Au-delà des effets directs sur la santé publique, l'alcool affecte aussi la société dans d'autres aspects comme les accidents du travail, les arrêts maladies, les agressions physiques et sexuelles, les mauvais traitements sur les enfants, les violences conjugales, etc. Les coûts sociaux estimés à 120 milliards d'euros par an selon l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) en font un véritable phénomène de santé publique.

Ne nous y trompons pas, l'Etat ne reste pas les bras croisés comme en témoigne non seulement les nombreuses campagnes de prévention (celles de la sécurité routière notamment sont dans toutes les mémoires) mais aussi la création d'un arsenal législatif de plus en plus répressif, encadrant la consommation sur le lieu de travail, dans les débits de boissons, dans les commerces, pour ne citer que ces aspects de la législation. Le poids de la filière vinicole n'est pas à ignorer non plus quand on sait qu'elle est le premier secteur exportateur de l'agroalimentaire français. L'Etat marche donc sur des œufs dans sa gestion du phénomène, encourageant d'une main économique la bonne santé d'un monde agricole dont il ne saurait se couper, et réprimant d'une main législative les citoyens qui sortiraient du droit chemin d'une consommation raisonnée. On le voit bien ici l'affaire est complexe pour tous les acteurs de la question. Campagnes de prévention, répression législative, encouragement de la filière économique, offre de soins du système de santé publique, toutes les options sont sur la table et s'imposent alternativement dans la recherche d'une réponse.

### ***Boire pour ne pas disparaître***

Consommer de l'alcool dans la rue, dans les jardins et les parcs, sous les abribus, dans les recoins de la ville est une habitude dans laquelle se réfugient bon nombre des personnes vivant dans le circuit de l'urgence sociale. Qu'ils soient hébergés dans des CHU, qu'ils vivent en squats ou encore littéralement à la rue, les usagers des accueils de jour ont un rapport à l'alcool construit au fil de leur parcours. En les interrogeant, beaucoup racontent que sans cela ils ne pourraient pas tenir, comprendre : supporter leurs conditions de vie. Cependant, à la lumière de l'enquête

menée <sup>2</sup>par Emmanuel Roquet, sociologue à l'Université de Strasbourg, les consommations relèvent de bien d'autres raisons. L'auteur étudie les consommations de trois groupes de sans abri à Strasbourg, en vue de saisir les discours étiologiques comme systèmes symboliques tout autant que comme initiateurs de conduites sociales.

Si la biographie personnelle, la transmission familiale ou la responsabilité sociétale sont évoquées, le chercheur montre que le discours prédominant chez les sans abri est l'alcoolisation culturelle. Au moyen de nombreux subterfuges, les personnes expliquent leurs consommations en les incluant dans une certaine normalité. La justification géographique et/ou culturelle est souvent évoquée : *Je suis né en Alsace alors, la bière je connais depuis tout petit*. Les mythes d'une histoire collective sont aussi mobilisés : *Les kamikazes n'auraient pas fait ce qu'ils ont fait s'ils n'étaient pas bourrés au saké*.

Ailleurs, l'auteur note un discours développant l'omniprésence de l'alcoolisation excessive dans la société toute entière, inclus comme exclus : *Moi, j'étais dans le bâtiment. Ça picole dans le bâtiment*. Il existe aussi un discours médical profane mêlé à des croyances ancestrales servant souvent d'étayage à celui de la consommation : *le corps marche au vin, pas à l'eau. Quand tu as froid, deux ou trois bières et tu as chaud...*

Emmanuel Roquet montre dans cette étude que les buveurs ré-interprètent la normalité pour qu'elle coïncide avec leurs pratiques dans une volonté de donner sens à leurs consommations, les rendre semblables à celles des autres et donc à même de les insérer socialement. A la fin de son étude, le sociologue se penche sur les effets recherchés pour analyser les manières de boire où l'alcool, considéré comme un médicament du quotidien, permet de reprendre la main sur sa propre image dans le but de la rendre conforme à celle que l'on se fait des inclus, A la suite d'Erhenberg, pour qui l'alcool est une *toxicomanie d'intégration*, Roquet lit dans ces pratiques un désir paradoxal de maîtrise. Au-delà des effets recherchés (calme, stimulation, apaisement, meilleures capacités relationnelles), décrits par les consommateurs non comme subies mais choisies, l'alcool agirait comme une substance d'intégration, une possibilité d'être une sorte de soi-même socialisable.

---

<sup>2</sup> Emmanuel Roquet *L'usage de l'alcool au sein de groupes de sans abris* in Sciences Sociales et Santé, vol.17,n°2, 1999 -pp 59\_75

### ***L'alcool, une drogue légale et pourtant pas comme les autres***

Bien sûr si chaque Accueil de Jour possède ses propres règles, ils se réclament tous ou presque de l'inconditionnalité. Mais comment la définissent-ils ? Comment l'alcool prend-il ou non sa place dans leurs conditions d'accueil ?

L'inconditionnalité pourrait se définir de la manière la plus simple qui soit comme l'absence de conditions, marquant de fait, la difficulté intrinsèque à faire vivre cette notion dans son acception la plus évidente. Quid des horaires d'ouverture des lieux d'accueil ? Quid des exclusions pour des motifs aussi variés que des propos agressifs, des comportements déplacés, des insultes ou des menaces ? Et dans ces conditions, quelle place pour la consommation d'alcool sur le site ?

Autant de questions dont les réponses varient en fonction des intervenants posant la limite de l'inconditionnalité à l'aune de la subjectivité des équipes ou des projets des institutions. Si dans l'ensemble, les acteurs de l'urgence sociale et des ADJ en particulier, considèrent qu'un passage à l'acte physique ou sa menace exprimée appelle sanction (d'ailleurs généralement reprise dans les règlements intérieurs des services) la consommation d'alcool ne fait pas débat non plus. L'état d'ébriété ou la consommation sur place libère des représentations qui en disent long sur la vision des publics accueillis. Agressivité réelle ou supposée, bagarres, violences verbales ou physiques, regards des autres accueillis, interdiction réglementaire, confusion entre les produits (haschich et alcool), la liste des griefs pourrait encore s'allonger.

L'inconditionnalité, valeur cardinale des ADJ est donc battue en brèche par cette question. Les personnes en état d'ivresse manifeste ou ayant le désir de consommer sur place sont de facto exclues de la majorité des lieux d'accueil. De la même façon, dans les centres d'hébergement, cette question se trouve enfermée dans un non-dit, construit sur les fantasmes des travailleurs sociaux d'une consommation qu'ils jugent déviante ou inadaptée. Si dans leurs vies personnelles, ces derniers attestent en majorité avoir des pratiques de consommation, celles-ci sont souvent évoquées sous l'angle d'un boire hédoniste, culturel ou convivial. Alors, dénier le droit de boire aux autres parce qu'ils ne consommeraient pas de la même façon, avec le même savoir faire, traduit une incompréhension fondamentale, une capacité de décentrement empêchée, pourtant au fondement de la relation d'aide.

Sans ignorer les effets de l'alcool, par ailleurs multiples et variés, sur la sociabilité des consommateurs, n'est-il pas possible d'imaginer qu'une personne autorisée à

boire dans l'enceinte d'un accueil de jour, pourrait réguler sa consommation justement parce qu'elle ne serait pas obligée de s'alcooliser massivement avant d'entrer pour ne pas souffrir des effets de manque ? Ne pas stigmatiser le produit et donc la personne consommatrice, ne permettrait-il pas de pouvoir libérer la parole sur cette question ?

Dans la rue, dans les débits de boissons, au travail, si l'ivresse est pénalisable, la consommation ne l'est pas. Et si de nombreux textes l'encadrent tout comme la vente, personne n'est pour autant empêché de boire chez lui ou dans l'espace public dans le respect des lois. Dans ce cadre, interdire à quelqu'un de consommer dans un lieu ressemble quand même à un petit arrangement avec la légalité.

S'arroger un droit qui dépasse nos compétences pour ainsi dire, sur la base de représentations culturelles, sociales, normatives et personnelles parle plus de l'institution, des professionnels que des accueillis. C'est en tout cas ce que semble vouloir souligner Dominique Calonne, intervenant dans un colloque de la Fédération Addiction en 2017 à Paris sur le thème « L'accueil inconditionnel au défi des consommations » : *Aucun texte de loi n'interdit l'alcool dans les structures, seuls les règlements intérieurs le mentionnent (...) Si vous laissez la possibilité aux personnes de boire un verre en regardant la télévision ou en jouant au baby-foot, il ne va rien se passer. Pourquoi ne pourrait-on pas boire un verre en structure ?*<sup>3</sup>

### ***La RDr, une histoire déjà (si) longue...***

Dans les années 80, l'échange de seringue est rapidement repéré comme un des modes de transmission du sida par les usagers de drogues. Dès 1987, sous le gouvernement de Jacques Chirac, la délivrance de seringues sur ordonnance fait l'objet d'un décret du Ministère de la Santé tenu à cette époque par Michèle Barzach. Médecins du Monde pousse la logique un peu plus loin en montant à Paris le premier programme d'échange de seringues, en 1989. Au début des années 90, avec la création d'ASUD (1992), premier groupe d'auto support d'usagers de drogues en France, puis avec l'officialisation des programmes d'échange de seringues par le décret Weil de 1994, la prise de conscience des risques liés à la consommation

---

<sup>3</sup> Extrait tiré du compte rendu « synthèse et perspectives » des journées organisées par la Fédération Addiction et la Fédération des Acteurs de la Solidarité sur le thème *L'accueil inconditionnel au défi des consommations*, 9 octobre 2017, Maison Internationale, Cité Internationale Universitaire de Paris.

s'accélère.

La méthadone et le subutex deviendront dans les deux années suivantes, les premiers traitements de substitution et la naissance de l'association française de Réduction des Risques en 1998 traduira une préoccupation réelle pour la question. Préoccupation qui débouchera en 2004 sur un décret de politique nationale en santé publique pour la RdR, tandis que la mobilisation des acteurs et des usagers aboutira à la création des CARRUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la RdR des Usagers de Drogues) en 2005, reflétant dans la politique de santé la place prise en une vingtaine d'années par la question de la Réduction des Risques pour autant limitée essentiellement au champ de la toxicomanie.

Depuis quelques années, des associations comme Santé ! à Marseille ou Les Captifs Libération à Paris, militent pour un accompagnement qui fait une place aux consommations. Cette nouvelle pratique, qui s'inspire de concepts déjà testés dans le champ de l'usage de drogues se nomme la RDR-A (Réduction Des Risques-Alcool). Soutenue par l'Etat, via les ARS, elle fait le pari d'un accompagnement global qui prend en compte les manières de boire des individus et qui s'attache à réduire les risques liées à la consommation mais aussi à redonner une certaine qualité de vie aux bénéficiaires. Une démarche qui s'inscrit à côté des logiques traditionnelles d'abstinence et de sevrage jusqu'ici prônés par le corps médical mais qui ne prétend pas pour autant s'y substituer complètement.

Portée par l'Etat, au moyen de son bras armé que sont les ARS, la RDR-A se développe et s'expérimente avec le soutien de la FA (Fédération Addiction). Les financements affluent, les résultats sont objectivés par des rapports chiffrés et argumentés, des chercheurs sont associés aux expérimentations, les modèles d'accompagnement se déploient dans les régions (Nouvelle Aquitaine, Région Sud, Ile de France). La deuxième phase se met en place avec la formation aux méthodes de RDR-A auprès de professionnels et d'institutions volontaires. Considérant qu'il s'agit d'apporter un meilleur confort de vie aux personnes en difficulté avec leurs consommations, les acteurs de la RDR-A militent tout d'abord pour un changement de regard afin d'engager de nouvelles pratiques d'accompagnement.

Du côté des ADJ, si quelques lieux ont démarré une réflexion sur la question de l'accueil avec alcool, trop peu encore ont transformé leur mode opératoire pour permettre la consommation dans leurs murs. Pourtant au regard de l'ampleur du phénomène et de ses répercussions sur la vie des personnes, il semble urgent

d'engager un changement si l'on veut participer au soutien des usagers dans une démarche de prendre soin. Améliorer les conditions d'accueils dans les ADJ, notamment en permettant une consommation régulée et une circulation de la parole sur les questions d'addiction, pourrait faire office de premier pas. Cependant, il ne faudrait pas oublier le levier d'action le plus puissant, celui qui consiste à former les bénévoles et les professionnels. La formation, comme espace de déconstruction des représentations et comme lieu d'apprentissage de nouvelles postures, reste le moyen le plus direct de produire du changement. C'est une véritable stratégie d'évolution qu'il conviendrait de mettre en place, dans l'objectif de dégager de nouvelles perspectives aux accueillants, de leur ouvrir des portes, de leur faire faire ce pas de côté pour débloquer une situation crispée et de redonner aux accueillis une forme de pouvoir d'agir sur leurs vies.

Mais le changement ne saurait résider dans la seule formation au risque de dangereusement s'étaler dans le temps. La modélisation de l'approche RDR-A et le soutien aux associations qui souhaiteraient s'en emparer et inventer des formes d'accompagnement respectant ses principes forts, pourrait tout autant prendre sa place dans une politique de santé publique ambitieuse et novatrice sur une question depuis longtemps en manque de résultats.

*« Je soussigné, DESSART Jean Christophe, certifie que le contenu de ce document est le résultat de mon travail personnel. Je certifie également que toutes les données, raisonnements et conclusions empruntés à la littérature sont exactement rapportés, cités, mentionnés dans la partie références. Je certifie enfin que ce document, totalement ou partiellement n'a jamais été évalué auparavant et n'a jamais été édité »*