L'accueil en addictologie de Sans Domiciles Fixes : une étude de cas à La Réunion

Seykhou Diallo

ATER, docteur en sciences de l'éducation – Université / ESPE de La Réunion – laboratoire Icare EA 7389

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 5, No 1 | pp. 121-140

Reçu le : 23/06/2018 | Accepté le : 22/10/2018

Résumé : À La Réunion, le contexte social précaire est marqué par la présence des addictions à l'alcool, aux drogues et aux jeux. Cette étude de cas s'intéresse à un centre d'hébergement de personnes sans domicile fixe (SDF) (N = 3 ; 30-60 ans ; durée étude 2 mois) pour analyser la nature de leur vulnérabilité au regard des liens créés par les personnels médicaux (médecins, psychiatres), les soignants (infirmiers addictologues, aides-soignantes, kinésithérapeutes. . .) et les travailleurs sociaux. L'étude vise à décrire la manière dont les « accueillants » tentent d'écouter et d'accompagner les SDF dans leurs trajectoires de vie pour leur proposer un mieux-être. La démarche ethnométhodologie basée sur l'observation participante et clinique permet de trianguler les données : 1) observation participante de l'accueil, 2) analyse des gestes professionnels des intervenants, 3) entretiens avec les professionnels, 4) récits de vie biographiques des SDF. Les résultats montrent que l'inclusion sociale rencontre une difficulté à passer de l'accueil à l'accompagnement chez ces personnes vulnérables : c'est *in fine* le regard accordé au SDF dans sa singularité et son altérité qui recrée du lien social et le porte vers un mieux-être.

Mots-clés : vulnérabilité, sans domicile fixe (SDF), addiction, accompagnement, La Réunion.

« Dans cette précarité où les difficultés du présent oblitèrent l'avenir, les qualités propres des personnes sont ignorées, déniées, bafouées. La détermination sociale y prévaut et apparaît dans toute sa cruauté. Pour ceux-là qui s'y trouvent enfermés, les illusions de réussite individuelle perdues, ne restent plus que des destins de classe. »

(Rigaudiat, 2007, p. 193.)

Introduction

La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDT, 2014) montre qu'*« à 17 ans, seuls 6,6 % des jeunes n'ont jamais consommé d'alcool, de tabac ou de cannabis. À cet âge, 60 % des jeunes ont déjà été ivres, plus de 30 % fument régulièrement, 41,5 % ont expérimenté le cannabis et 6,5 % en fument régulièrement »* (Jourdain-Menninger, 2014, p.28). L'étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)[1] révèle que l'alcoolisme n'est pas présent dans toutes les trajectoires et que les consommations extrêmes sont fortement liées à un haut degré de précarité. Or en France, le décompte INSEE 2016 situe entre 100.000 et 800.000 le nombre de personnes sans domicile fixe (SDF). Si une corrélation entre l'état précaire SDF et les comportements addictifs ne représente pas une causalité, les professionnels s'accordent à affirmer que le "terrain SDF" potentialise sous conditions l'essor des addictions.

En contexte réunionnais, la précarité se déploie sur un terrain présentant un taux de chômage de 97000 personnes en 2017 avec 41 % des hommes de 15 à 29 ans concernés, 37 % des femmes[2] : les acteurs de terrain constatent la co-présence de plusieurs types d'addictions (alcool, drogues, jeux), présentes notamment dans la population des SDF. Le Rapport de l'Observatoire régional de la santé (ORS, 2015) sur les addictions à La Réunion[3] montre une fréquence d'usage de l'alcool en 2014 pour la population de 15-75 ans élevée : 93 % sont expérimentateurs d'alcool au cours de la vie ; 81 % sont consommateurs au cours de la vie ; 54 % ont été en état d'ivresse au cours de la vie. En 2008-2009, 250 décès y sont directement liés à l'alcool. Concernant les drogues, 44 % de jeunes de 17 ans ont expérimenté le « zamal » (cannabis réunionnais) en 2014 : les drogues chimiques (dites « du chamane ») sont en expansion. Cette situation engendre des dégâts collatéraux majeurs à La Réunion : familles dévastées, violences conjugales, accidentologie notamment sur la route et suicides. Selon le Rapport de la Direction Générale de la fondation Abbé Pierre sur « l'état du mal logement en France en 2018[4] », sur 2 100 à 2 700 SDF vivant dans des habitats précaires en France, 300 SDF sont dans la rue à La Réunion. De plus, 17 000 logements sont qualifiés d'« indignes » à La Réunion (ex : absence confort élémentaire, logements insalubres, etc.). La question qui se pose est de savoir si les addictions précèdent la précarité ou l'inverse ? Quelles modalités d'accueil / accompagnement mettre en place pour aider les SDF à vivre un mieux-être ?

L'étude présentée questionne les dynamiques qui se nouent dans un centre d'hébergement à La Réunion. Il s'agit d'un foyer d'accueil de jour où les SDF sont accueillis, suivis voire

1. INSEE (2016). *Une enquête d'exception. Sans-abri, sans-domicile : des interrogations renouvelées 391-392*. p. 1-12. En ligne : https ://www.insee.fr/fr/statistiques/1376412 ?sommaire=1376427.

2. INSEE (2018). Le taux de chômage ne baisse plus à La Réunion.

3. ORS Océan Indien (2015). *Les addictions à la Réunion*. En ligne : https ://www.ors-ocean-indien.org/tableau-de-bord-les-comportements-addictifs-a-la-reunion,134.html.

4. Fondation Abbé-Pierre (2018). *23e rapport sur l'état du mal logement en France en 2018*. En ligne : http :// www.fondation-abbe-pierre.fr/nos-actions/comprendre-et-interpeller/23e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2018#telechargement%2023e%20rapport%202018

accompagnés par une équipe pluridisciplinaire à temps partiel : travailleurs sociaux (5), médecin spécialiste (1), aides-soignantes (1), infirmier spécialiste en addictologie et en psychiatrie (2), kinésithérapeute (1). En proposant des services à la personne SDF fondés sur la bienveillance et le respect de l'altérité des points de vue, ces professionnels ouvrent l'accès aux soins à la demande, pour des conseils, une aide aux démarches administratives et surtout une écoute. L'idée n'est pas de prescrire la bonne pratique mais de partir des modes de vie en contextes pour questionner les degrés de liberté, de façon à instituer le SDF dans un espace de responsabilité et d'auto-détermination, même infime. La question de l'accompagnement visant l'autonomisation des personnes n'est que l'aboutissement des dynamiques visant à (re)créer un lien social dans lequel le SDF sent qu'il existe sous le regard d'autrui.

Les objectifs de la démarche d'étude sont de trois ordres : (1) décrire les modes d'accueil existants et leurs orientations ; (2) reconstituer les trajectoires personnelles des SDF pour tenter de comprendre à travers les récits de vie la potentialisation des addictions ; (3) identifier les obstacles à l'accompagnement autonomisant. L'approche ethnométhodologie triangulée est basée sur (1) l'observation participante et clinique (récits de vie) ; (2) l'analyse des gestes professionnels du personnel d'accueil pour la prise en charge des SDF ; (3) les entretiens auprès des professionnels ; et (4) les récits de vie des SDF complétés de notes ethnographiques.

1 Cadre théorique. Vulnérabilité, addictions et accompagnement

Le cadre théorique proposé s'appuie sur les sciences de l'intervention sociale et sur les sciences de l'éducation : il privilégie la parole des sujets au regard de l'expérience des sujets tels qu'ils la vivent d'un point de vue internaliste. Le croisement des données optimise la restitution de la complexité des interactions entre vulnérabilité et addictions. En effet, les points de vue croisés des « accueillants » et des SDF permettent de mieux comprendre comment, sur une trajectoire de vie, se nouent un glissement hors société et une marginalisation qui potentialise les addictions.

Nous allons dans un premier temps définir ce qu'est une position « précaire / vulnérable » pour ensuite voir comment les conduites addictives jouent un facteur aggravant dans le processus de précarisation.

1.1 « Précarité, vulnérabilité à La Réunion », qu'est-ce à dire ?

L'état de précarité se caractérise par le caractère incertain, révocable mais foncièrement insécure, d'une personne confrontée à un niveau économique insuffisant pour subvenir à ses besoins élémentaires. En l'absence de garanties liées à des perspectives d'évolution des conditions élémentaires de subsistance, l'individu précaire se voit dénier ses droits fondamentaux et ses devoirs de citoyen responsable [5]. L'incertitude économique et sociale dans laquelle il est plongé le place dans l'incapacité à rétablir dans un avenir proche une situation sinon stable, du moins acceptable. Cette incertitude engage l'ensemble des dimensions émotionnelle, mentale et physique, rendant le sujet particulièrement vulnérable

5. L'absence d'adresse amène l'impossibilité d'ouvrir un compte bancaire, de détenir un téléphone, de recevoir le courrier pour un Revenu de solidarité active (RSA) ou des allocations de la Caisse des allocations familiales (CAF), de s'inscrire sur une liste électorale, de régulariser les papiers administratifs, d'accueillir si besoin un enfant...

à tous points de vue. La dimension culturelle de la précarité montre qu'elle ne saurait être vécue de façon identique selon les individus, en fonction de leur seuil de tolérance et l'hyper-sensibilité inversée au social : toute vulnérabilité est singulière et contextualisée dans un « ici et maintenant ». L'intervention sociale est ainsi compliquée par un tableau psychologique (voire psychiatrique) complexe qui voit la personne se désincarner dans sa présence au monde et aux autres, au point que le regard même d'autrui produise une souffrance. La trajectoire de vie est ainsi affectée par les rencontres et les phases d'isolement qui nouent et dénouent le lien à autrui, dans sa violence symbolique comme dans son caractère destructeur. *In fine*, la vulnérabilité se pose comme un terrain qui potentialise les conduites à risque selon les opportunités et les événements biographiques.

1.2 « Conduites addictives » et politiques de prévention

La question est de savoir si les addictions précèdent la précarité ou l'inverse ? Posée ainsi, la question ne prend pas en compte la notion de « risque potentiel » : les potentiels qui s'activent (ou non) en contexte mettent en jeu des variables multiples. Selon le service addictologie de Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes, « l'addiction est un rapport pathologique qu'un sujet entretient avec une substance ou un comportement » (Rozaire *et al.*, 2009, p. 11). « Le terme addiction recouvre un continuum de comportements de consommation, du plus anodin au plus pathologique, du simple usage à la dépendance, en passant par l'usage à risque et l'abus (ou usage nocif). » (*Op. cit.*, p. 13.) L'addiction est « le fait de continuer à consommer un produit ou à répéter un comportement alors que l'on connaît les conséquences négatives de cette pratique ("la perte de la liberté de s'abstenir") et le phénomène de "centration" (le fait que la conduite ne laisse plus la place à quoi que ce soit d'autre) » (Gaillederat, 2014, p. 18). D'après les médecins du CHU de Nantes :

> « L'addiction se rapporte autant à l'usage de produits qu'à des conduites répétitives (comme le jeu pathologique ou l'anorexie mentale). Elle est une caractéristique comportementale qui se reconnaît à une envie constante et irrépressible, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour y échapper. Le sujet se livre à des conduites dites "addictives", et ceci souvent malgré la conscience aiguë des risques d'abus et de dépendance. » (Rozaire *et al.*, 2009, p. 9.)

À La Réunion, les types d'addictions relevées par les professionnels intervenant dans la structure étudiée sont les suivantes : alcool blanc (rhum, whisky), usage détourné de médicaments (buprénorphine, cétadones...), drogues dures (cannabinoïdes de synthèse, héroïne), zamal (cannabis local) ainsi que le jeu (de hasard, de pari...). Il est à noter que ces conduites à risque prennent dans certaines communautés un sens culturel particulier qui sert de facteur aggravant. La dimension culturelle de la substance employée joue un rôle important dans le choix de sa nature : si le rhum joue un rôle économique important à La Réunion, il est présent dans toutes les pratiques culturelles, les rituels sacrés (aussi bien bouddhistes que tamouls) et les loisirs festifs (pique-nique et fêtes de jeunes). Cet élément non négligeable n'explique certes pas tout mais permet de mieux appréhender la trajectoire de vie des SDF qui souffrent d'addiction à La Réunion. On retiendra ainsi que :

> « L'émergence d'une conduite addictive se situe à l'interaction de trois facteurs : l'individu, son environnement socio-culturel et l'objet de la dépendance (comportement ou substance psycho-affective) ou formule d'Olivenstein : "la toxicomanie est la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'une circonstance ou d'un moment culturel" » (Rozaire *et al.*, 2009, p. 14.)

Les politiques de prévention des addictions préconisent généralement une entrée médicale de type prescriptive : (1) élaboration d'un tableau de bord de l'ORS ; (2) retours d'évaluations des structures d'addictologie (les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA]), les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de Drogues (CARUD), CHU) ; (3) développement d'outils de prévention ; (4) déploiement de groupes de parole Unité de soins complexes en addictologie (USCA) ; (5) campagne de communication portant sur les méfaits des substances. La Présidente de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et conduites addictives met l'accent sur la « prévention comme réponse incontournable au développement des addictions » (Jourdain-Menninger, 2014, p. 28). Le médecin délégué de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), souligne que « les outils thérapeutiques appartiennent donc également au domaine strictement médical (diagnostic, médicaments), au champ psychologique (par le biais de psychothérapies individuelles et groupes de parole) et au champ social (par la modification des conditions de vie) » (Craplet, 2014, p. 24). La multiplicité des démarches classiques ne signe pas de baisse significative des comportements d'addiction : un changement de stratégie alternative consiste à prendre en charge la personne pour elle-même, loin de son profilage de type « épidémiologique ».

L'intervention en éducation à la santé est d'aborder chaque cas comme signifiant dans une trajectoire singulière. Le concept d'« addiction » nécessite une formation des enseignants à l'éducation à la santé pour la prévention des conduites addictives en milieu scolaire (Berger et Jourdan, 2006). Selon Pizon et Pironom (2012), les addictions et les pratiques addictives mettent notamment en relief dans le domaine scolaire un large panel de conseils au regard même des défis de santé auxquels elles renvoient. La prévention des conduites addictives n'est pas l'affaire de spécialistes mais relève de l'action quotidienne (Cardot et Berger, 2013) : les conceptions de la santé et les valeurs des intervenants en prévention déterminent directement les effets de leurs actions. Les auteurs privilégient une approche globale de la santé tout en prenant en compte la personne dans sa multi-dimensionnalité.

1.3 Addictions et SDF à La Réunion

À La Réunion, l'équipe mobile « addictions » du Centre d'accueil étudié constate qu'un nombre signifiant de personnes souffrant d'addictions est répertorié parmi les sans-domicles. D'après l'infirmier de l'équipe psychiatrique, le lien entre addiction et troubles psychiatriques s'exprime sous forme de « co-morbidités » ; le cumul de plusieurs problèmes addictifs et psychiatriques présents simultanément chez un SDF est fréquent. Les problèmes psychiatriques peuvent comporter une souffrance psychique en lien avec une difficulté sociale ; celle-ci engendre une pathologie nécessitant un accompagnement médical plus ou moins lourd. Dans le cas de La Réunion, l'alcool occupe la première place dans les principales pathologies et causes de décès (Balcou-Debussche, 2010).

Dans le Centre d'accueil, la gestion des addictions est gérée de la manière suivante : l'approche indirecte par la diminution des risques de consommation est privilégiée. Un travail de conseil et de conscientisation / responsabilisation du sujet vise à l'aider à réduire sa consommation en créant des alternatives de choix dans les interstices du quotidien et eus égards aux exigences minimales d'une vie sociale. Par exemple, un ouvrier dans le bâtiment alcoolique est amené à repenser la répartition hebdomadaire de ses doses au regard des risques de perte d'emploi ; un fumeur repense son budget au regard des coûts mensuels de ses usages. En effet, si le discours ne se veut ni moralisateur, ni médical, l'approche relève plutôt du combat de proximité au jour le jour, dans le respect de la personne accueillie, mais sans rien céder à la responsabilisation amenée avec tact. L'idée est d'amener la personne à diminuer progressivement les risques, à consommer autrement pour rendre compatible par exemple un emploi et une addiction, un budget addiction et un projet d'hébergement. L'idée est de « travailler aux seuils de l'acceptable » et de « négocier les marges de choix » plutôt que de poser des interdits et des préconisations culpabilisantes.

1.4 La notion d'« accompagnement »

Les travaux de Bouedec (2001), de Maela (2004) et de Boutinet (2002) montrent que parmi les rôles que peut jouer l'accompagnement, trois fonctions sont visées :

> « Accompagner quelqu'un c'est, d'abord, l'accueillir et l'écouter. Accompagner quelqu'un c'est, ensuite, participer avec lui au dévoilement du sens de ce qu'il vit et recherche. Accompagner quelqu'un c'est, enfin, cheminer à ses côtés pour le confirmer dans le nouveau sens où il s'engage. » (Bouedec, 2001, p. 141.)

L'accompagnement se définit donc en premier lieu comme un accueil, une participation au cheminement, avec le sujet, pour le suivre dans un temps de sa trajectoire de vie. L'accompagnement repose sur la confiance de l'accueilli qui retrouve ainsi dignité et fierté grâce au regard posé sur lui/elle. Plus que des préconisations « stigmatisantes » à propos de « la bonne pratique », l'accompagnant partage un intervalle de temps suspendu et un espace sécurisé en posant un regard réhabilitant parce qu'acceptant l'altérité -même extrême, violente et foncièrement dérangeante- du SDF dépendant aux substances. Si l'accompagnement engendre la reconnaissance de la différence prise pour elle-même – et non en rapport à une norme sociale –, accompagner la personne revient à cheminer pour partager ensemble un instant fugace mais restructurant aux fins de le laisser se reconstruire une direction. En évitant le jugement péjoratif et stigmatisant d'autrui agressé par la différence, le « changement de regard » est engagé pour (re)créer le lien, autorisant de la sorte la revalorisation de l'estime de soi par un regard bienveillant.

L'accompagnement se différencie de « l'aide » qui indique une forme de passivité du sujet en se réduisant à un assistanat avec fourniture d'aide conventionnelle, le sujet attendant que les choses lui soient facilitées, voire offertes. Si l'accompagnement se lie à la notion de projet, la facilitation de l'insertion des SDF exige la genèse d'une projection future à très court / moyen terme. Il exige donc l'individualisation extrême de l'intervention et la mobilisation de différentes formes d'accompagnement cristallisée dans une équipe pluridisciplinaire.

1.5 Les limites de l'accompagnement

Pourtant, l'accompagnement présente des limites. Pour Boutinet (2002), il est traversé par deux maux : le cynisme et la dépression au sein d'une société postmoderne. Il se présente comme une remédiation à la souffrance des personnes en jouant le rôle de répartiteur structurel ; il est donc éphémère et substantiel, pris dans cinq contradictions de temps, de relation, d'affinités sociales, de direction et d'engagement. Maela (2004) replace l'accompagnement à la croisée de quatre éléments structurels : le secteur social, le domaine de l'éducation et de la formation, la santé, l'insertion et les qualifications. C'est bien du secteur de l'intervention sociale en santé dont il s'agit ici. Or l'accompagnement est rendu difficile pour les professionnels de l'intervention sociale en santé parce qu'ils doivent identifier les souhaits et besoins - parfois informulables et indicibles - par les SDF sous l'emprise de substances. De plus, le terme risque d'être galvaudé : « *On s'est éloigné de l'accompagnement parce que tout le monde fait de l'accompagnement et on a mis l'accent sur "il a envie de quoi".* » (Directrice du centre étudié.) En utilisant l'expression « travail éducatif et social », les professionnels partent des aspirations de la personne pour engager un processus de reconstruction à partir des trajectoires de vie et de l'histoire singulière. Les limites qu'ils posent dans leurs approches sont les suivantes : « *Nous, on va répondre à une partie de ta vie mais on ne pourra pas répondre à toute ta vie. C'est pour ça qu'on ne sait pas tout faire.* » (Id.) La reconnaissance de ces limites (voulues ou non) à l'intervention constitue un appel à la reprise en main par l'accueilli de son propre destin et l'institue comme un acteur de son parcours de vie. Ce bout de chemin assumé ensemble oriente et borne du coup le temps de l'accompagnement. En effet, l'accompagnant subit lui aussi le joug des contraintes ; la responsable du Centre d'accueil souligne « *l'absence de réponse adaptée à fournir à une personne prête pour un accompagnement* » : tout accompagnant est obligé d'innover sur mesure mais engage également dès l'origine du lien la fin de sa présence, rendant ainsi au SDF son pouvoir décisionnel afin qu'il s'extraie de sa situation à risques.

1.6 Accompagner les SDF à La Réunion

Comme précédemment évoqué, la trajectoire de vie et la situation d'un SDF sont douloureuses, voire dramatiques. La problématique principale consiste à interroger les dynamiques en cours dans la structure d'accueil, à savoir la nature du lien à travers les interactions entre les professionnels et le SDF. Est-ce que les actions engagées répondent aux attentes du SDF tout en l'orientant vers une meilleure intégration sociale ? Quelles sont les formes plurielles d'accompagnement au regard de la logique réelle et sous-jacente des professionnels ? Comment ces professionnels aux profils variés interviennent-ils pour repousser les limites de leurs actions ? Est-ce que les SDF acceptent leur situation d'addictologie pour favoriser un meilleur accompagnement alors même que règne un déni des conditions sociales objectives[6] ? Nous partons de l'hypothèse qu'un décalage existe entre l'accueil proposé par les professionnels aux SDF et leurs trajectoires, leurs besoins / contraintes et leurs souhaits. Ce questionnement ouvre une réflexion sur les conditions de passage de l'accueil à un accompagnement des personnes SDF prises dans leur diversité et leur altérité.

6. En psychiatrie, « le déni est un phénomène de refus du patient de prendre en compte une part de la réalité » (Bardou, Vacheron-Trystram et Cheref, 2006).

2 Méthodologie et terrain d'observation

La méthodologie employée pour analyser les modalités de l'accompagnement déployées dans le Centre d'accueil réunionnais choisi pour l'étude tente de prendre en compte la complexité des éléments factuels ainsi que le ressenti des personnes dans leur manière d'interpréter la situation des SDF pour intervenir sur ces personnes vulnérables. En prenant pour point d'analyse le croisement des différents acteurs de l'intervention sociale en santé, il devient possible d'accéder à la complexité des phénomènes tout en restituant les dynamiques dans leur contrariété, leur asynchronie et leur unicité. Quatre études différentes sont menées sur une période d'avril à juin 2018, de façon simultanée. Les techniques d'enquête sont : (1) une observation participante ; (2) des entretiens semi-directifs (enregistrés par un dictaphone, parfois notés dans un cahier de bord) ; (3) la monographie des sujets étudiés ; et (4) l'analyse de gestes professionnels. La seule contrainte vécue est le milieu très fermé des SDF, méfiant à l'égard des intrus, *a fortiori* lors de la prise de notes à découvert. Le travail d'approche nécessite une proxémie distanciée ainsi qu'une posture d'écoute empathique façonnée par un lien autorisant une rencontre authentique.

2.1 Contexte du Centre d'accueil à La Réunion

Créée en 1994, la structure fonctionne avec des dons indépendamment de l'État, ce qui l'autorise à définir de façon autonome -et selon le cadre légal- son dispositif d'accueil spécifique. La construction de cette maison d'accueil pour SDF s'est imposée avec le constat suivant : après le centre d'hébergement d'urgence nocturne, plus aucune aide n'est proposée. Or la survenue du matin apporte désarroi et errance. Le Centre d'accueil permet en conséquence de prendre un petit déjeuner, de lire le journal ou de regarder internet, de nettoyer ses effets ou de prendre une douche, mais également et surtout de bénéficier d'un accueil de 7h à 13h pour « accéder à de la solidarité » : son architecture est fondée sur une logique de circulation / confidentialité des usagers. Positionné près du cœur de la ville, le Centre est composé d'une salle de restauration / rencontre centrale complétée par des alvéoles fonctionnelles (espace lave-linge, salle de massage, salle de consultation, salle d'accueil pour les démarches administratives, bureau polyvalent et large cour munie de sanitaires). Les mots d'ordre des actions menées en priorité sont les suivants : accueil, bienveillance, accompagnement. En renforcement de l'équipe des éducateurs, plusieurs partenaires sont associés à la structure : l'équipe d'addictologie, présente chaque mercredi, s'occupe de la prévention tandis qu'une équipe psychiatrique mobile et une kinésithérapeute interviennent à la demande sur permanence. L'ensemble des finalités des actions vise à concourir au bien-être, à la prévention des conduites addictives et à l'accès aux soins vers un accompagnement social.

2.2 Croisement de quatre études et mode de traitement

Les quatre études vont permettre de croiser les points de vue en tenant compte des singularités des trajectoires et du caractère éphémère et parfois discontinu des avancées dans l'accompagnement. Elles s'intéresseront plus particulièrement à la manière dont le lien se crée et se maintient dans l'intervention sociale autour des gestes professionnels d'accompagnement des SDF confrontés à des problématiques d'addictologie.

En premier lieu, une *analyse du moment de l'accueil* (étude 1) pour la prise en charge des SDF va se focaliser sur les gestes professionnels des personnels de l'équipe d'addictologie. Celle-ci comporte un infirmier, un psychanalyste, un médecin spécialiste, un infirmier en immunologie, un éducateur, un travailleur social et le directeur du centre. Cette équipe pluridisciplinaire, présente à des heures de permanence hebdomadaires, intervient à la demande pour conseiller et prévenir. Les gestes professionnels étudiés seront circonscrits aux gestes d'accompagnement de la personne et s'intéresseront exclusivement à la problématique de la prévention des addictions.

L'étude 2 s'appuie sur le *discours de ces professionnels* (T = 20' ; N = 7) et sur la manière dont ils conçoivent leur intervention, tant au plan de la posture et des valeurs qui l'orientent que des stratégies d'intervention et des effets escomptés. En se centrant sur l'étude des modalités de pratiques addictives et sur la dimension culturelle et sociale des stratégies d'intervention, une spécificité de l'accompagnement à La Réunion pourrait émerger. Elle porte sur des entretiens semi-directifs avec les différents membres des équipes présentes. Le traitement est une analyse de contenu (Bardin, 2001) après retranscription des entretiens basés sur des grilles thématiques (les orientations actions, les addictions, les attentes des accueillis, les interactions, aide / accompagnement, limites des actions). La catégorisation des noyaux de sens permet une interprétation croisée des données du point de vue des acteurs et l'analyse des interactions a fait l'objet d'une attention particulière.

L'étude 3 porte sur une *étude de trois cas* de SDF du point de vue de leurs *récits de vie*. Le traitement des données factuelles, des données d'observation et des données discursives est opéré en accord avec Brun (2006) sur les récits autobiographiques et historiques. L'auteur souligne que le récit de vie est une pratique d'échange banale faite de narrations de voyage de vacances, de récits biographiques, des faits marquants de l'existence. Le cadre mémoriel et narratif crée le lien de communication et établit la restitution de ce que Ricœur (1983) appelle les « identités narratives ». Les entretiens monographiques (T = 30' ; N = 3) prennent pour origine la singularité des trajectoires telles que décrites par ceux qui les vivent. La dimension monographique permet de restituer les points de bifurcation dans les trajectoires ainsi que les ruptures, les rencontres signifiantes et les significations attribuées par les SDF confrontés à leur style de vie. Les trois personnes SDF qui ont accepté une observation participante bienveillante dans la durée se voient respecter le code déontologique de la confidentialité et du respect par l'écoute : chaque étude biographique est composée d'une introduction (problématique, intérêt et originalité du cas spécifique, cadre théorique. . .), de la restitution de la dynamique de trajectoire (contexte, description détaillée du type d'intervention, biographie détaillée en fonction de la problématique) et d'une partie délibérative et spéculative (intérêt de l'étude, apports à la compréhension du phénomène complexe étudié, délimitation déontologique des perspectives). La posture du chercheur, dépouillée de tout jugement, a consisté à observer pour comprendre en croisant les points de vue. Il est à noter l'absence de femme parmi les 3 cas étudiés ; minoritaires en nombre et marquant des présences éphémères au centre d'accueil, elles sont particulièrement difficiles à aborder et à solliciter, ce qui marque l'extrême vulnérabilité du statut féminin et la propension à se protéger à tout prix.

L'étude 4 comporte les *notes ethnographiques* collectées sur une durée d'environ trois mois par une observation participante au moment de l'accueil des SDF au matin (7-11h),

alors qu'ils arrivent après avoir passé la nuit à l'extérieur ou en centre d'accueil de nuit. Ce moment est crucial en ce qu'il permet de rétablir une continuité entre la nuit passée dehors et le monde social de jour : l'institution met à disposition un ensemble de services (douche, lave-linge, petit déjeuner...) mais également et surtout recrée un lien social qui institue le SDF comme une personne. C'est à ce moment qu'une offre personnalisée de service devient possible, tant au plan du suivi médical, de la prévention / soin de l'addiction que du bien-être et de la vie plus communément sociale. En potentialisant l'offre de services, le SDF se voit confronté à des choix qui initient sa volition et autorisent la formulation d'aspirations. Un « journal d'enquête » consigne tous les faits et constats (lieux, personnages rencontrés, impressions, descriptions, récits) après avoir quitté le groupe pour éviter la défiance des accueillis.

2.3 Résultats

2.4 L'accueil au Centre 7-13h (études 2 et 3)

2.4.1 Étude 2 : discours des équipes accueillantes

Les entretiens semi-directifs sont menés avec les différentes équipes autour de leurs actions et des interactions avec les SDF : équipe addiction, équipe mobile psychiatrie, kinésithérapeute. Les cinq éducateurs de la structure s'expriment sur la qualité de leurs interactions et les stratégies qu'ils déploient pour aider les SDF. Les actions sont clairement orientées vers l'accueil, l'écoute et la bienveillance ; les démarches administratives prennent en charge les activités de médiation familiale et sociale de façon plus globale, sans rien lâcher sur les règles communautaires de socialisation.

Les actions quotidiennes relatées par un travailleur social font état des contraintes sociales croissantes et évolutives qui pèsent sur la jeunesse et engendrent le processus d'addiction :

> « Tous les jours on sert le petit déjeuner, on fait un accompagnement administratif et des démarches. Il y a un temps d'animation et d'accompagnement aussi des échanges formels multiples sur les parcours de vie des SDF. On remarque une recrudescence de plus en plus de jeunes qui n'arrivent pas à s'insérer et qui décrochent tous les jours. Tous ces facteurs enchaînent des problématiques : dérive de consommation et produits chimiques. » (Marius, travailleur social.)

Un autre éducateur restitue les souhaits des accueillis ainsi que la large palette des besoins qu'ils viennent exprimer. Ce faisant, il part de la dynamique singulière des parcours pris pour eux-mêmes :

> « Des attentes par rapport à leur situation d'exclusion. Ils se présentent pour le lien social, les besoins primaires et le lieu matériel. On développe des interactions avec les autres SDF, des démarches administratives. Certains sont en attente de reconnaissance sociale, des attentes de logement, une ouverture de droits, de soin. D'autres ne sont pas en attente, cherchent à se poser et à prendre une douche. » (Stéphane, éducateur social.)

Si la réussite à l'intégration sociale dépend des longues trajectoires de vie, la responsable du Centre d'accueil constate que « *les SDF qui s'en sortent ont des parcours de vie très longs avec des histoires de vie compliquée* » *:* les résultats positifs majeurs de réinsertion concernent les accueillis ayant cumulé plus d'une dizaine d'années de rue, ce qui exige un travail d'approche et de fond en durée.

Cependant les acteurs sont confrontés aux limites dans leurs actions par rapport à la gestion des addictions :

> « Comment les gérer : difficile même pour avoir subi une formation en addictologie. L'influence des pairs est importante. La consommation est un moyen de se réfugier derrière des problèmes du quotidien. On les oriente vers l'équipe addictologie et vers les structures spécialisées. Il y a une proposition de cure, accompagnement proposé. Efficacité à voir à long terme, rechute possible. Il y a une addiction culturelle, zamal, des addictions alcool, médicaments détournés (Rivotril, Arthane). On les gère par le biais d'une cure, d'un choc émotionnel, volonté de la personne, un déclic. Il y a des addictions très spécifiques à La Réunion et une précocité. » (Jennifer, équipe addiction.)

En l'absence relative de l'impact du conseil, de la préconisation ou de la dissuasion, la réduction des risques d'addiction semble limitée ; la stratégie part donc du lien social créé durant l'accueil ainsi que des aspirations mises en mots. Le facteur majeur de blocage de l'insertion sociale demeure le problème de logement à La Réunion pour des SDF touchant des minimas sociaux : « *Il y a une difficulté de faire aboutir une demande de logement avec un budget serré de RSA ou ASSEDIC. Il y a un enchaînement de problématiques qui s'accumulent.* » (Sonia, responsable.)

Si le volet « insertion sociale » repose sur les aspirations de la personne, sur ses désirs et sur ses loisirs, le fait de l'aider à bâtir un projet représente la pierre angulaire des actions : *« L'insertion passe par ce que la personne a envie de faire et n'a plus l'occasion de faire.* » (Sonia, responsable.) L'équipe addiction oriente ses actions vers une prévention et une réduction des risques et un accès aux droits et soins.

L'équipe médicale souligne que « *les addictions font partie des gens de la rue. Ils souffrent pour 80 % des SDF de psychiatrie et d'addiction : alcool, zamal, médicaments détournés de leur usage (méthadone, subutex), cocaïne. Je consulte 5 à 6 personnes chaque mercredi* » (équipe mobile addiction).

L'approche médicale consiste à faire que le SDF apprenne à se connaître tout en créant une confiance en lui-même et envers autrui. En suscitant des aspirations engageant des démarches de projet, la responsabilisation de l'accueilli est engagée pour retracer son parcours de vie en relation avec autrui, les partenaires ne se limitant pas, bien au contraire, au Centre d'accueil. Le principe est de « *ne pas faire à la place de l'autre. On n'est pas seul avec la personne, il y a d'autres partenaires* » (Sonia, directrice).

L'approche interdisciplinaire tombe alors sous le sens. L'équipe psychiatrie est dépendante des Établissements de santé publique mentale de La Réunion (EPESMER). Son objectif consiste à faciliter l'accès aux soins de droits communs pour des personnes en précarité et en troubles psychiques. L'infirmier psychiatrie considère que l'intervention consiste à

« *faciliter l'accès aux soins de droits communs pour des personnes en situation de précarité, de trouble psychique* ». L'équipe mène des entretiens pré-thérapeutiques, prépare l'accès aux soins mais ne pratique pas les soins. Le diagnostic établi fait généralement état de comorbidité :

> « Cumul de plusieurs problèmes addictifs et psychiques. Cela revient à travailler avec la personne mais pas à l'obliger. Les conséquences sont des problèmes psychiatriques. Et la personne est orientée vers les soins, les structures spécialisées. » (Yohan, infirmier psychiatrique.)

L'équipe évalue le SDF en fonction de la problématique d'ordre psychique pour orienter le patient vers les centres médico-psychologiques rattachés aux établissements de santé publique mentale à La Réunion. Les attentes des SDF se limitent cependant parfois à une écoute bienveillante pour « déverser la souffrance ». Selon l'infirmier, le besoin de lien est manifeste : « *Un lieu d'écoute, une espace pour parler de sa souffrance psychologique, une prise en charge si besoin est mise en place. Nous menons un travail de partenariat, de réseau avec les autres équipes.* » (Infirmier.) Les interactions reposent sur une démarche ouverte qui laisse place à la formulation de la demande de la part de l'accueilli : « *Si la personne a envie, les portes sont ouvertes pour discuter. La démarche est spontanée, on entre en relation de plusieurs façons.* » (Yohan, infirmier psychiatrique.)

La place du déni dans la trajectoire de vie des SDF est généralement importante : en minorant la part de sa responsabilité dans sa trajectoire de vie, il rend présentable et supportable le quotidien. Pour l'accueillant, la question n'est pas de savoir si la réalité est maquillée ou non mais de se demander quelle réalité la personne vit et se représente :

> « Des SDF sont dans le déni, ils ne sont pas conscients de leur consommation, certains ont envie de changer, de réduire leur consommation mais ne savent pas comment. » (Jennifer, équipe addiction.)

Dans cette situation de reprise d'une réalité subjectivement vécue, les acteurs touchent parfois la limite de leurs actions parce qu'ils travaillent sur le monde représenté, sur le vécu subjectif tel qu'engagé au quotidien. Dit autrement, pour travailler le quotidien, ils partent du symbolique et du représenté subjectivement. En partant du réel pratique et de cet environnement représenté, l'équipe tente de comprendre ce qui fait sens pour le SDF pour travailler ce sens :

> « Aller vers l'environnement des SDF. C'est le centre d'accompagnement et d'accueil à la réduction des risques pour les usagers de drogues avec un psychologue, un infirmier, un assistant social. Il y a aussi l'association "OT" pour des soins thérapeutiques et éducatifs à Saint-Paul. » (Équipe mobile addiction.)

La kinésithérapeute utilise pour sa part les techniques de « shiatsu » (art du bien-être) pour réaliser des massages corporels orientés vers la reprise d'un contact physique avec autrui, vers la réappropriation de sensations de plaisir et de détente. Elle prodigue également des conseils sur l'hygiène corporelle et l'hygiène de vie :

> « C'est un bien-être, des SDF ont même parfois envie de déverser leurs soucis. Certains pleurent même pendant les séances de massage. Cela enlève les soucis pour attaquer la journée autrement. » (Isabelle, kinésithérapeute.)

Le travail des équipes soignantes est donc réorienté par une prise en compte complexe, ancrée sur le quotidien. Pour autoriser une reprise de contact sur le réel, la dimension incarnée des actions est privilégiée : en engageant le corps dans le retour au contact relationnel, l'équipe propose une réappropriation de soi par le sensible, le mieux-être et la détente. Cette démarche de reconnexion des personnes au monde ressenti et éprouvé questionne le rapport à soi et à autrui et noue ainsi la possibilité d'une reprise dans le monde des humains, autorisant la rencontre.

2.4.2 Étude 3 : récits de vie

Les récits de vie sont récoltés auprès de trois SDF (Georges, Thomas, Ibrahim [7] [tab1]) qui dénotent des trajectoires de vie différentes mais systématiquement hachées par des accidents de parcours. Ces facteurs déclencheurs orientant la trajectoire SDF sont ancrés sur un terrain de précarité sociale conduisant à la marginalisation : les conduites d'addiction sont associées à des troubles de l'estime de soi et de l'identité propre, des troubles de l'alimentation et/ou du sommeil, des troubles psychiatriques. De façon récurrente, l'absence de projet de vie occupe le quotidien des accueillis, créant un temps libre sans orientation déployé indéfiniment : ce vide occupationnel est susceptible de prolonger les addictions comme refuge à la réalité désengagée. Il est à noter que l'absence d'accompagnement pour une insertion par des soins appropriés est récurrente chez ces trois différents parcours. Les récits de vie font état d'un sentiment d'isolement profond ainsi que de l'éloignement irréversible des racines familiales, communautaires et sociales. Les données biographiques des 3 personnes SDF sont consignées dans le tableau [tab1].

Georges présente une trajectoire marquée par une sortie scolaire précoce d'où une scolarité chaotique. Son enfance est traversée par l'absence de repères paternels (absence inexpliquée du père à l'âge de 5 ans) qui génère un manque d'affection. Le décès de sa mère alors qu'il était mineur finit par désarticuler cette famille avec son lot de souffrances (décès deux frères). Une rupture familiale qui engendre une marginalisation, de liens familiaux écartelés. Tout ce mélange aboutit à un parcours de déviance, de délinquance faite de condamnation, d'addiction à l'alcool. Son addiction répond-t-il à un besoin de noyer sa souffrance ? Ne devrait-il pas bénéficier de parcours de soin ?

Thomas est un SDF souffrant de problèmes psychiatriques, d'addiction à l'alcool associée à une « comorbidité ». Il est sujet à de propos délirants, souffre de persécution, pousse des cris très forts par moment dans les transports publics. Il a bénéficié de séjours à l'hôpital pour ses problèmes de douleur. Son état de marginal le pousse à l'errance. Vivant dans un squat, il a connu une rupture familiale suite à un divorce violent qui l'a conduit en prison. En l'absence de suivi aux soins et d'insertion envisagée, son cas semble être à l'abandon.

Ibrahim a grandi à Marseille et se présente au centre régulièrement ivre : il a expérimenté les drogues dures à La Réunion. Auparavant il avait une vie familiale mais par suite d'un divorce, il s'est retrouvé dans la rue. Il éprouve une difficulté à effectuer les démarches

7. Noms d'emprunt.

Tableau 1 – Profil biographique de chaque cas SDF étudié

Civilités	Situation	Trajectoire	In(ac)cidents de la vie	Addiction(s)	Commentaires
Georges 30 ans Seul Chômage 3 frères + 2 sœurs	• SDF depuis ? • Certificat aptitude en restauration • Depuis 6 mois à St-Denis	• Sortie d'école à 18 ans sans diplôme de CAP menuiserie • Formation 10 mois en restauration SMA • Père vivant à Perpignan depuis qu'il a l'âge de 5 ans	• Mère décédée à l'âge de 17 ans • Frère décédé de noyade • Frère mort d'un AVC • Porte une cicatrice au visage suite à des violences jugées en correctionnelle • A retrouvé son père sur Facebook	• Consomme une bouteille d'alcool/jour	• Il a la mine très triste mais d'apparence calme. L'absence de repères familiaux et une fragilité psychologique ont marqué son enfance. S'y ajoute la précarité sociale qui favorise une consommation
Thomas 50 ans	• Depuis 5 ans dans la rue • Vit du RSA • Suivi par l'association DAP • Nombreuses hospitalisations	• Se plaint d'être victime de vols • Suivi par l'équipe psychiatrique	• Violence sur conjoint avec 8 mois de prison ferme • Autres condamnations • Passionné de moto, accidents multiples • Sujet en proie à des cris / voix forte dans les bus	• Troubles psychiatriques (paranoïa, persécution) ; peur d'être exposé sur Internet • Dépendant d'anti-douleurs du fait des douleurs des os • Déclare boire 1,5l de bière/jour	• Semble souffrir d'addiction et de problèmes psychiatriques • Ne bénéficie pas d'un accompagnement des différentes équipes présentes au centre • Il vit en errance.
Ibrahim 35 ans	• Divorcé un enfant • Rupture du lien familial • A vécu à Marseille jusqu'à 14 ans • Musulman non pratiquant (Réunionnais comorien) • Sans pièce d'identité	• Petits boulots par intérim	• Soutient avoir été agressé à 3 reprises de nuit en ville • Chaque matin consomme alcool, drogue • État d'ébriété quotidien	• Cigarette « chimique » • 3 expériences « secouantes » • Alcoolisme • Addiction aux drogues	• Consommation régulière de substances. La rupture des liens familiaux et la précarité semblent déterminantes dans sa vie

administratives et à s'insérer activement. Il se montre très intelligent et méfiant envers le chercheur mais curieux de son travail. Un suivi régulier devrait permettre d'espérer une réinsertion à terme si régularisation de sa situation.

L'accueil et la bienveillance sont le credo de la fondation caractéristique d'une caritative développant une culture de solidarité. L*a priori*té n'est pas de « raccrocher » les SDF mais aussi par manque de débouchés (emploi, logement), elle valorise les « petites réus-

sites ». La diminution des risques comme moyen de lutter contre les addictions ne semble pas fonctionner. Alors quelles modalités d'accueil et d'accompagnement à mettre en place pour aider les SDF à vivre un mieux-être ? Quelques pistes de travail sont à privilégier. Premièrement, le travail sur l'oubli et l'amnésie, une possible reconstruction ? Les SDF souffrent souvent d'oubli et d'amnésie. Mettre l'accent sur le déni et le culturel. C'est favoriser la prise de conscience dans la consommation. Un autre axe est de reconstruire l'identité par l'incarné. Mais également travailler sur les trajectoires des SDF, leurs temporalités, et réinsertion. Il revient à promouvoir de vrais parcours de soins en détectant les plus fragiles. L'intervention socio-médicale nécessite de former les acteurs à plus de professionnalisme dans le métier. Enfin, créer un vrai partenariat pour les différentes structures intervenant dans le social pour faciliter l'intégration des SDF.

2.5 Le travail des équipes (étude 1 – observation participante et étude 4 – analyse des gestes professionnels)

2.5.1 Étude 1 : observation participante

L'observation participante porte sur le vécu des faits sociaux par les SDF eux-mêmes. Le quotidien matinal est rythmé par des occupations variées qui ritualisent la transition de la nuit au jour : petit-déjeuner seul ou en petit groupe de SDF, civilités d'échange, micro-conversations portant sur les faits anodins du jour. Les activités engagées sont diverses et variées : lecture de journaux, paris sportifs, surf sur internet, discussion à haute voix par petits groupes en créole, vas-et-viens incessants entre les alvéoles fonctionnelles (ex : jeu de domino, lavage du linge, démarches administratives). L'ambiance de cette tranche horaire est apaisante et feutrée, ce qui exige l'apprentissage formalisé d'une construction de la micro-citoyenneté fondée sur des droits et des devoirs pleinement consentis. Les SDF viennent certes chercher un endroit où se parler, se confier et répondre à toute demande ; en retour ils doivent s'engager à préserver la quiétude des lieux. Les besoins qu'ils formulent à cet égard sont basiques mais essentiels pour leur dignité (ex : prendre le petit déjeuner, se doucher, laver leurs effets personnels...). S'y adjoignent le besoin de lien social (ex : écouter pour échanger et exister, avoir de la considération et être considéré) et le besoin d'ancrage territorial (ex : éviter l'errance, avoir un point d'ancrage même partagé). D'autres SDF viennent pour régler des formalités administratives (ex : se faire remplir la déclaration trimestrielle adulte handicapé, pointage au Pôle emploi, RSA, attestation de domiciliation, feuille d'impôt, compte bancaire).

Les SDF accueillis adoptent progressivement une attitude de confiance à l'endroit des intervenants et échangent avec eux sur leurs difficultés et -de façon plus prometteuse- sur leurs aspirations. Les bénévoles pour leur part sont en attente de la première démarche de l'accueilli afin d'engager une conversation. Ainsi se créent des rencontres (in)formelles entre accueillants et SDF autour d'échanges indirects sur des sujets initialement anodins. De façon progressivement émergente, des demandes spontanées sont adressées à l'équipe psychiatrie, à l'équipe addictologie ou à la kinésithérapeute pour des rencontres puis pour des soins : c'est à ce moment décisif là que le SDF passe d'un simple passage de services de consommation courante à une posture orientée en fonction d'aspirations émergentes ciblées.

L'analyse des gestes professionnels montre que les professionnels sont dans l'écoute et l'attente, indépendamment du temps pris pour nouer un regard vers une interaction. C'est l'amorce de l'échange qui est recherchée au détour d'un geste anodin du quotidien, alors même que certain(e)s SDF ne supportent plus le regard d'autrui au point de refuser que leurs pieds soient photographiés pour un autoportrait. De la qualité de l'accueil va dépendre le glissement des échanges vers la reformulation, l'orientation, le conseil puis la négociation. En partant des besoins de première nécessité (vêtements, alimentation, hygiène), l'accueillant occupe progressivement le terrain du relationnel en créant un lien de confiance par le respect de l'altérité. À partir du constat de l'addiction et de ses conséquences sur le quotidien (coûts, inaptitude au travail, rejet de la famille...), l'accueillant travaille aux marges pour négocier une diminution des risques (moins de substance, autre répartition des prises, variation des contextes). En laissant le temps à la personne de prendre conscience de sa dépendance alors même qu'elle refuse toute contrainte, l'accueillant noue les interactions tout en adoptant une attitude de retrait et de réserve. Ce travail tout en finesse donne à penser que le SDF compte, est doté de marges de liberté et peut dégager des choix au quotidien qui l'instituent comme volitif et autonome. En négociant à la marge cette dialectique de l'échange et de l'émancipation autour de la création du lien, l'accueillant génère une réflexivité qui institue des marges de changement possibles.

2.5.2 Étude 4 : notes ethnographiques

Les journées sont caractérisées par une routine des procédures appuyées sur des habitudes sociales solides. La difficulté à intégrer le milieu SDF exige une inscription dans le temps : le temps nécessaire pour être accepté est proportionnel à la méfiance préliminaire à tout contact humain. Voici une journée comme les autres qui commence :

Mercredi 11 avril. Les SDF prennent le petit-déjeuner par petit groupe à table. Deux hommes et une femme jouent au domino. On dénombre une quarantaine de personnes allant entre la trentaine et la soixantaine. Ils forment une queue devant le réfectoire de la cuisine pour récupérer le plat de petit-déjeuner, l'air hagard. L'ambiance est calme ce matin. Dans la grande cour sont attablées des tables et chaises où il est permis de fumer. Deux SDF assis au fond lisent des journaux, consultent les paris de chevaux. Dans un milieu si masculin, on observe la présence de quatre dames adultes qui déjeunent et discutent en créole.

Dans l'espace d'accueil, les alvéoles fonctionnelles sont mobilisées à la demande en répondant à la carte aux souhaits formulés par ce public en grande précarité sociale. Des rencontres et des échanges informels autour d'un café et d'une cigarette entre SDF et éducateurs se créent spontanément. Le public fréquentant le Centre est composé de personnes non seulement indigentes mais également malades, portant des béquilles ou à mobilité réduite ; des traces de souffrance sont visibles sur les visages émaciés, une mine sombre, un regard fugace et aux aguets, etc. Dans une ambiance calme, les SDF semblent soucieux et préoccupés. Rares sont les comportements violents, souvent attisés par une prise de substances : le Centre se pose comme un havre de tranquillité.

L'apparition des SDF femmes, très minoritaires, est un signe de confiance majeure car elles ne fréquentent qu'occasionnellement le Centre ; elles viennent généralement solliciter une

domiciliation administrative, un petit-déjeuner ou plus simplement une rencontre. Leur temps de séjour est compté, irrégulier, épisodique : elles semblent être excessivement difficiles à saisir. La présence des jeunes SDF en situation de précarité marque l'avancée de la pauvreté dans cette population : chez deux cas de SDF ne souffrant pas d'addiction, c'est la grande précarité sociale qui conforte l'absence de lien social et d'ancrage au réel. Pourtant, les difficultés de passer de l'accueil à l'accompagnement dans ce centre sont majeures. La jeunesse des SDF marque également un déficit d'expériences structurantes antérieures et précoces, ajoutant encore un manque de repère en comparaison aux SDF âgés ayant eu une « autre vie » précédente.

2.6 Synthèse

Les quatre études présentées (entretiens, observation participante, récits de vie, notes ethnographique) reflètent l'enjeu et l'intensité des interactions entre les accueillis, les travailleurs sociaux et les équipes médicales ; centrés sur l'écoute, le dialogue et l'accueil d'autrui dans sa diversité, les gestes professionnels de ces derniers exigent une suspension du jugement bienveillante et une empathie maximales. Le « tout conseil » n'est jamais mobilisé en première instance, bien au contraire : la préoccupation d'aide inconditionnelle (écoute, sécurisation, soin, support moral, support administratif...) est proposée selon chaque profil en fonction de demandes qui peuvent progressivement être formulées au détour d'un regard et dans l'instant présent. Comparable au fait d'apprivoiser la peur d'autrui chez le SDF, cette approche assez particulière considère la personne dans sa dynamique volitive comme disposant elle-même -et elle seule- des marges possibles de changement ; la nature du regard porté sur le SDF est à cet effet déterminante en ce qu'elle engage, par-delà le tableau clinique, une re-connaissance de la personne. En se réappropriant un document administratif (papier d'identité, titre de séjour, attestation de travail), le SDF reprend le cours de son histoire avec une date de naissance, un portrait, une attache postale.

Si une distance demeure entre ce que font réellement les professionnels de terrain et l'effet mesurable des échanges discursifs, les besoins réels des SDF passent de l'inconcevable au non-dit puis à la requête timide mais engageante et *in fine* à la demande d'aide explicite. En dialoguant comme sur la pointe des pieds et en chuchotant les espoirs perdus et retrouvés, les partenaires du lien créé par un regard d'accueil se co-construisent une histoire éphémère dans laquelle se noue le retour des aspirations et des projets d'avenir.

2.7 Discussion, perspectives

L'écoute, l'aide et les soins prodigués à la demande aux accueillis exigent une bienveillance extrême qui ne se confond pas avec un laxisme démagogique : en posant les limites sociales de la microsociété constituée par le Centre Social, l'équipe engage une reprise dans un monde social réglé et structuré, ancré dans le quotidien et le sensible, au plus près des aspirations diffuses et fugaces des SDF. Plusieurs orientations dans la logique des actions sont centrées sur la bienveillance, l'accès aux soins, la prévention et la réduction des conduites à risques. En se positionnant en rupture avec les démarches préventives classiques contre la dépendance à l'alcool, aux drogues et aux médicaments détournés, l'équipe d'accueil se focalise sur les effets et leur limitation à terme : en "rognant les marges" décisionnelles,

les conduites autorisent une reprise pied dans l'espace des possibles, des espérances et des projets.

En partant de la satisfaction des besoins primaires dans la dimension corporelle et incarnée du rapport au monde, c'est en fait la restauration de toute la considération dans l'estime de soi qui est créée par l'écoute et la qualité du lien dans l'échange, menant ainsi de fugaces réussites par touches successives, autour de SDF aux longs parcours dans la rue (de dix ans à quinze ans). Le changement de regard génère un sursaut vital pour s'en sortir et reprendre pied dans la vie sociale. Dans le cas où les contraintes de métier limitent l'action des professionnels, fragilisant l'approche des intervenants, la négociation s'opère au regard des bénéfices / coûts potentiels ; c'est en spéculant sur les alternatives que les SDF reprennent leur part de décision autonome à propos de leur trajectoire jusque-là perçue comme subie. De la qualité des interactions va dépendre l'oscillation entre simple écoute, aide et accompagnement. Loin de porter assistance ou de délivrer des conseils, le Centre d'accueil commence par réhabiliter la personne comme digne et dotée de marges décisionnelles, même infimes : en changeant de regard, le lien engage un changement de posture dans le rapport à soi et à autrui.

Face aux problèmes d'addiction dont souffrent des SDF, les actions ne s'orientent ni vers la sensibilisation aux risques ni vers les leçons de morale ou vers l'édiction des bonnes pratiques : elles tendent à déployer une logique de diminution des risques au plus près des marges présentes potentielles. Le travail sur le projet personnel de l'accueilli est mené aux fins de lui permettre de faire l'inventaire de ses potentialités et de ses aspirations mais également de ses contradictions et de ses incohérences présentes. L'édiction d'interdits n'est jamais formulée ; aider la personne à consommer autrement et de façon moins nocive devient une première préoccupation. C'est à « un questionnement global autour des alcoolisations pour comprendre et prévenir l'alcoolisation » (Guérin, 2008, p. 359) auquel se livrent les aidants. La résignation du SDF à une vie qui ne lui convient pas et le fait souffrir l'amène à se contenter de presque rien, dans des conditions de vie parfois indignes :

> « Je connais un SDF qui a 20 ans. C'est quelqu'un qui n'a plus de souvenirs, à part des moments ; il vient ici. Il s'assoit en face. J'ai beau lui dire : "Mais viens à la 'Boutique', on est ouvert tous les matins la journée. Tu ne veux pas qu'on trouve une solution ?" Mais il ne veut pas, il n'a pas envie à part vivre comme ça. Et la question est que faire quand quelqu'un te dit : "J'ai plus envie". » (Directrice.)

Ce fatalisme semble annihiler toute volonté de s'intégrer socialement. Face à une personne à bout de souffle, menée sans repère social au point où le regard porté par autrui n'est même plus pris en charge, l'unique approche viable consiste à partir des micro-aspirations pour retravailler les instants perdus et les orienter vers un moment de partage fugace. Tout ce travail de remobilisation de la personne autour de ses centres d'intérêts (activité physique, peinture, jardinage...) ne débouche parfois jamais sur l'émergence d'un parcours de soins, pourtant incontournable pour les personnes souffrant d'addiction ou de pathologies mentales. Mais l'essentiel est de changer le regard pour ouvrir le SDF à un autre univers de référence, à une altérité plus prometteuse.

Malgré la présence des équipes mobiles d'addiction et de psychiatrie tous les mardis et mercredis, l'émergence d'un véritable « parcours d'accompagnement aux soins » reste une perspective. Les trois cas de SDF présentés ne bénéficient pas d'un accompagnement particulier pour la bonne raison qu'ils n'en formulent pas ni préoccupation ni le désir. Le travail des équipes devrait certes s'orienter pour détecter la moindre timide aspiration et pour proposer une prise en charge : mais cette démarche consisterait alors à rompre avec le principe qui consiste à attendre du SDF qu'il fasse lui-même les premières démarches. En s'appuyant sur le déni de dépendance, l'équipe addiction prend le SDF au mot et l'oblige à se reprendre ; en jouant sur les habitudes de consommation plus qu'en prescrivant les pratiques appropriées, elle l'oblige à formuler une requête de soin, passage obligé vers la demande d'aide.

Des contraintes existent pour faciliter l'insertion sociale dans la vie active. Le manque de compétences professionnelles fragilise un peu plus les SDF dans leurs parcours d'insertion. La grande difficulté constitue l'accès au logement, l'emploi car « *l'insertion est principalement autour du logement* » selon la responsable de la structure qui avance :

> « Aujourd'hui mes seules réussites d'insertion, c'est des personnes qui ont fait au moins dix ans dans la rue. Et c'est en étant dans la rue qu'il arrive à se dire "j'en peux plus" et là on arrive un peu à accélérer les trucs. Sauf que aujourd'hui la déception est quand une personne nous dit : "J'en peux plus", parfois j'ai pas de réponse adaptée. » (Sonia, responsable.)

Une difficulté à passer de l'accueil à l'accompagnement pour une meilleure intégration et vers des parcours de soin reste un obstacle à surmonter. Apprendre à mieux accompagner les accueillis vers une intégration sociale doit devenir une priorité en suscitant l'envie de changer, le désir de reconstruire sa vie. Une formation en accompagnement social des acteurs vers plus de professionnalisation peut relever ces défis.

Conclusion

En temporisant pour attendre et donner à la personne le temps qu'elle se décide à faire la première démarche, l'accueillant se dégage d'un rôle de « source de proposition », de « solutions toutes prêtes », de « préconisateur de bonne pratiques » pour laisser émerger l'aspiration enfin formulée -et fondatrice- par l'accueilli. Au final, les résultats semblent assez fragiles et particulièrement lents, avec une moyenne de deux à trois personnes insérées socialement selon le degré de difficulté des acteurs. À cela s'ajoutent d'autres problématiques moins vitales comme celles consistant à décrocher un logement social pour un SDF ou à renouer un lien avec des conjoints ou de la famille. En « redonnant envie » à des SDF ayant perdu la joie de vivre, comme à bout de souffle, une équation difficile à résoudre pour les intervenants se fonde nouvellement sur la co-construction d'une posture et d'un regard hautement formé à rencontrer cette altérité en situation extrême que constitue un SDF sous dépendances.

Références bibliographiques

Balcou-Debussche, M. (2010). Manger et se soigner : entre manques et excès. *In* Wolf, E. et Watin, M. (dir.), *La Réunion, une société en mutation Univers créoles, 7* (p. 187-210). Paris : Economica Anthropos.

Bardin, L. (2001). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF (10e édition).

Bouedec, G. L. (2001). Les usages traditionnels de la notion d'accompagnement. *In* Bouedec, G-L., Crest, A., Pasquier, L. et Stahl, R. (dir.), *L'accompagnement en éducation et formation un projet impossible ?* (p.39-70). Paris : L'Harmattan.

Bardou, H., Vacheron-Trystram, M-N. et Cheref, S. (2006). Le déni en psychiatrie. *Annales Médico- psychologiques,* 164(2), 99-107.

Berger, D. et Jourdan, D. (2006*). Éducation à la santé et prévention des conduites addictives. Quelles formations en IUFM ?* Toulouse : Éditions universitaires du Sud.

Boutinet, J. P. (2002). Questionnement anthropologique autour de l'accompagnement. *Éducation Permanente,* 153, 240-250.

Brun, P. (2006). Le récit de vie dans les sciences sociales. ATD Quart Monde. En ligne : http ://revuequart-monde.org/cgibin/library ?site=localhost&a=p&p=about&c=rqmnum&ct=0&1=fr&w=utf-8.

Cardot, J. P. et Berger, D. (2013). Formateurs d'enseignants et éducation à la santé : de leurs conceptions à leur identité professionnelle. *Santé Publique,* 6(25), 737-746.

Craplet, M. (2014). Apprendre à vivre sans. *Les addictions*, *dossier documentaire bimensuel,* 1082, 24-25.

Coulon, A. (2004). Ethnométhodologie. *In* Muchielli, A. (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris : Armand Colin.

Gaillederat, L. (2014). Les addictions comportementales. *Les addictions, dossier documentaire*, 1082, 18-21.

Guérin, F. (2008). L'exemple d'une expérience de prévention de l'alcoolisme auprès d'adolescents. *In* Berger, D. (dir.), *Éducation à la santé enjeux et dispositifs à l'école* (p.351-362). Toulouse : Éditions universitaires du Sud.

Jourdain-Menninger, D. (2014). La prévention demeure la réponse incontournable. *Les addictions*, *dossier documentaire bimensuel*, 1082, 28-29.

Maela, P. (2004). *L'accompagnement une posture spécifique*. Paris : L'Harmattan.

Pizon, F. et Pironom, J. (2012). Addictions et pratiques addictives : essai de catégorisation des conceptions d'élèves de cycle III. *In* Berger, D. et Balcou-Debussche, M. (dir.), *Éducation à la santé et complexité : recherches, formations et pratiques, 4e colloque* (p.341-354). Avoines : UNIRés.

Rigaudiat, J. (2007). *Le nouvel ordre prolétaire. Le modèle social face à l'insécurité économique.* Paris : Autrement.

Rozaire, C., Guillou-Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Brocher, M., et Venisse, J. L. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ? *Archives de politique criminelle*, 31, 9-23.