Les trajectoires addictives et de services en Lorraine : l'étude TAS

Marie Barroyer, Adèle Kaldé-Frientz, Clotilde Garnier, Joëlle Kivits, François Paille, Abdou Yacoubou Omorou

Dans Santé Publique 2025/4 vol. 37 , pages 85 à 96
Éditions S.F.S.P.

ISSN 0995-3914
DOI 10.3917/spub.254.0085
Date de mise en ligne : 09/12/2025

Article disponible en ligne à l'adresse
https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2025-4-page-85?lang=fr

CAIRN.INFO

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..
Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.
Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

S.Fr.: Pr Traduction le 13/10/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 134.214.214.

Les trajectoires addictives et de services en Lorraine : l'étude TAS

Addiction and care pathways in Lorraine: The TAS study

Marie Barroyer[1], Adèle Kaldé-Frientz[1], Clotilde Garnier[2], Joëlle Kivits[3], François Paille[2], Abdou Omorou[1]

Résumé

Introduction : L'objectif de l'étude des Trajectoires Addictives et de Services (TAS), était d'identifier les trajectoires addictives et de services suivies par les usagers – de substances comme le tabac, l'alcool, l'héroïne, la cocaïne, le cannabis, etc. – et d'analyser la concordance de ces trajectoires avec leurs besoins.
Méthode : Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de patients usagers (P/U) et de professionnels (PR). Deux temps de recueil étaient prévus : de mars à mai 2019 (T1) et des entretiens de suivi ont été réalisés de décembre 2020 à mars 2021 (T2). Des observations non participantes ont été par ailleurs réalisées dans les structures participant à l'étude.
Résultats : À T1, des entretiens ont été réalisés avec 34 P/U et 3 profils ont été construits : « acteur des services », « spectateur des services » et « mixte » ; lors du T2, sur les 14 P/U suivis, 11 ont maintenu leurs profils et 4 ont modifié leurs profils, de plus le profil « opposant de services » est apparu. L'étude a mis en exergue les raisons motivationnelles des acteurs à modifier leurs comportements et les effets de l'environnement sur les conduites addictives. L'étude a aussi montré comment les structures d'addictologie situées en Lorraine pouvaient répondre aux besoins des patients. Cette analyse a mis en évidence l'alliance thérapeutique dans la satisfaction, étroitement corrélée aux relations sociales entretenues avec le professionnel ressource, permettant à l'usager de se maintenir au sein de la trajectoire de services.
Conclusions : L'étude a permis de mettre en évidence différents profils de patients usagers et d'expliciter leurs positionnements au sein des services. La recherche a permis de mieux saisir les motivations et les expériences des usagers. D'autres études pourraient saisir sous un autre prisme les conduites addictives en portant davantage d'intérêt aux trajectoires de vie.

Mots-clés : addictions, trajectoires addictives, trajectoire de services, expériences, idéaux typiques, prise en charge, entourage, alliance thérapeutique.

Abstract

Introduction: *The objective of the Addiction and Services Trajectories (TAS; Trajectoires Addictives et de Services) study was to identify the addiction and care pathways followed by users of substances such as tobacco, alcohol, heroin, cocaine, cannabis, and others, and to analyze how well these pathways align with their actual needs.*
Method: *Semi-structured interviews were conducted with patient-users (P/Us) and professionals (PRs). Data collection occurred in two phases: from March to May 2019 (T1), with follow-up interviews from December 2020 to March 2021 (T2). In addition, non-participant observations were carried out within the participating institutions.*
Results: *At T1, interviews with 34 P/Us were conducted, leading to the identification of three user profiles: "service actors," "service spectators," and "mixed." At T2, among the 14 P/Us followed up, 11 maintained their initial profiles, while 4 changed, and a new profile—"service opposer"—emerged. The study highlighted motivational factors driving behavioral change and the role of environmental influences on addiction. It also demonstrated how addiction care facilities in Lorraine responded to patient needs. Patient satisfaction was closely tied to the therapeutic alliance, particularly the quality of the social relationship between users and professionals, which supported continued engagement with care.*
Conclusions: *The study identified various patient-user profiles and clarified their positioning within the health care system. It provided a better understanding of users' motivations and lived experiences. Future research could explore addictive behaviors from a different perspective by focusing more on life trajectories.*

Keywords: *addictions, addiction trajectories, care pathways, experiences, ideal types, care management, social network, therapeutic alliance.*

[1] UMR 1319 INSPIIRE-Centre d'Expertise en Santé Publique, Inserm, Université de Lorraine, Nancy, France
[2] Lorradict, Réseau Lorrain d'Addictologie-F-54180 Heillecourt, France
[3] Université Paris Cité, Inserm ECEVE -F-75010 Paris-France

Correspondance : A. Kaldé-Frientz
adele.frientz-kalde@univ-lorraine.fr

Réception : 24/06/2024 – Acceptation : 11/06/2025
Relu par Cadenza Academic Translations

Téléchargé le 23/02/26 sur https://sitecom.info (IP: 37.64.214.122)

Introduction

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit l'addiction comme « un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements » [1].

Les addictions sont considérées comme un problème majeur de santé publique, aux conséquences à court terme sur la vie quotidienne des personnes et de leur entourage. Elles peuvent également apporter des complications sur le long terme, et engager le pronostic vital des personnes concernées.

Parmi les addictions vec substances (tabac, alcool, drogues illicites…), le tabac demeure la première cause de mortalité jugée comme évitable dans le monde [2]. En France, en 2022, Santé Publique France estimait que plus de 75 000 décès pouvaient être attribués à la consommation de tabac [3]. La prévalence du tabagisme reste élevée en France pour la population des 18-75 ans avec une estimation de près de 25 % de fumeurs quotidiens [4]. Pour l'alcool, le Baromètre de Santé Publique France publié en 2020, indiquait qu'en cette même période, 23,7 % de la population des 18-75 ans dépassait les repères de consommation d'alcool [5]. Quant aux autres substances, les estimations de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives [6] (OFDT) indiquent pour le cannabis, une consommation régulière en France, en 2022, pour 1,3 million d'usagers, dont 850 000 usagers quotidiens.

En France, il existe diverses structures de soins et gestionnaires pour les prises en charge dans le champ des addictions qui sont : les structures médico-sociales, les structures hospitalières ainsi que des structures associatives de prévention. Il existe notamment les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)[1] ; les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)[2] ; les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST)[3] ; les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)[4], etc.

Dans le champ de la recherche, des travaux sont engagés sur les différentes dimensions de la consommation de substances addictives, tant au niveau individuel que sociétal et médical. Ces recherches visent pour l'essentiel à saisir et à expliciter les pratiques addictives, dans le but d'en améliorer la prise en charge et de réduire les inégalités sociales en termes de santé.

La lutte « contre les addictions » est un des sept projets prioritaires du Programme régional de santé du Grand Est, dans l'organisation et dans la transformation de l'offre en termes de santé [7]. Les trajectoires de prise en charge des personnes « confrontées » aux conduites addictives sont l'un des axes prioritaires de l'Agence régionale de santé du Grand-Est (ARS GE).

C'est dans cette perspective que trois études annuelles ont été menées entre 2013 et 2015 en Lorraine par l'Observatoire régional de la santé et des affaires sociales en Lorraine (ORSAS) à la demande du réseau lorrain d'addictologie Loraddict[5]. Ces études quantitatives avaient pour objectif de caractériser le profil des patients/usagers (P/U) accueillis dans les structures lorraines d'addictologie [8]. En 2015, 35 structures, réparties sur quatre départements, ont participé à l'enquête et ont permis un recueil de données de 1120 patients auprès de soignants ; six profils de patients avaient été identifiés. L'étude réalisée indiquait que 48,0 % des patients sont à l'origine de leur prise en charge dans les structures contre 3,6 % des patients envoyés par leur entourage, seuls 6,2 % d'entre eux ont été orientés par les médecins généralistes. Les CSAPA sont les structures les plus fréquentées par plus de la moitié des patients et 20 % des patients vont en consultations externes hospitalières. La diversité de ces groupes laisse percevoir des logiques dans les trajectoires addictives qu'il semble intéressant d'investiguer davantage, notamment dans le cadre d'un suivi de cohorte ou de démarches qualitatives (entretiens, récits de vie, etc.).

Loraddict a souhaité compléter ces précédentes enquêtes par une approche qualitative, portant sur les expériences des P/U afin de disposer d'une vision dynamique des trajectoires de soins [9] permettant d'investiguer les expériences des P/U et leurs trajectoires dans les dispositifs de soins lorrains : l'étude TAS.

Le concept clé au cœur de l'étude était celui de « trajectoire ». Cette notion renvoie à un concept sociologique apparu dès les années 1970 dans les travaux de Juliet

[1] Les CAARUD sont des structures qui visent à réduire les risques liés à l'usage de drogues, sans nécessairement viser l'arrêt de la consommation.
[2] Les CSAPA sont des structures qui offrent des services de prévention, de soins et d'accompagnement aux personnes ayant des problèmes d'addiction (alcool, drogues, jeux, etc.). Les CSAPA avec hébergement offrent, en plus des services classiques, des solutions d'hébergement temporaire.
[3] Les CSST offrent des services similaires aux CSAPA, avec une attention particulière portée aux soins médicaux et psychologiques des personnes dépendantes de substances psychoactives.
[4] Les ELSA sont des équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux) qui interviennent au sein des établissements de santé (hôpitaux) pour prendre en charge les patients présentant des problèmes d'addiction.

[5] « Loraddict est un réseau de santé régional qui a pour vocation d'assurer la coordination des acteurs de l'addictologie en Lorraine, en constituant un lieu d'échanges et de concertation entre ces acteurs. Il vise à l'amélioration de la prise en charge globale des patients présentant des conduites addictives » ; site internet du réseau : https://www.loraddict.org/.

S.P. PT Tirage 13/02/2026 de l'éditeur (https://shs.cairn.info) - 3.47.214.214 - 12/02/2026

Corbin et d'Anselm Strauss [9]. En France, ce sont des concepts associés, comme ceux de l'ordre négocié et de travail du patient qui seront repris par les sociologues et par les anthropologues [10, 11]. L'application de ces concepts au champ à l'étude TAS permet d'intégrer les notions d'interactions interpersonnelles, de contextes et de durée dans la compréhension des phénomènes addictifs. L'évolution d'une trajectoire n'est pas linéaire, mais bien une dynamique faite de différents facteurs qu'il convient de caractériser [12].

Au cours des dernières décennies, des études internationales se sont intéressées aux usagers aux faibles taux de rémission et/ou de sevrage après des épisodes de traitement et d'utilisation de services d'addictologie et d'accompagnement médicosociaux sur des périodes plus ou moins longues [13]. Des questionnements sur l'efficacité de la prise en charge des personnes en prise aux addictions ont fait émerger un changement de paradigme dans la démarche de soins. Une nouvelle approche intégrée et multidimensionnelle prenant en compte les différents besoins des P/U sur le long terme semble être la plus efficiente. Plusieurs pays visent cet objectif en développant des interventions adaptées à la complexité et à la chronicité de la pathologie ainsi qu'à la diversité des profils concernés. Ainsi, les trajectoires de services semblent fortement imbriquées aux trajectoires addictives [14]. L'étude de ces trajectoires, du point de vue du P/U, permet d'améliorer la compréhension des facteurs individuels ou sociaux, internes ou externes qui y sont associés. Dans une revue critique, Orford [15] déplore que le point de vue de l'usager utilisant les services en toxicomanie ait été largement négligé par les travaux de recherche menés jusqu'à maintenant.

L'objectif de l'étude TAS était d'identifier les trajectoires de services suivies par différents patients usagers et d'analyser l'adéquation de ces dernières avec leurs besoins. Cette approche interroge directement l'offre proposée aux usagers sur les conditions d'accès de ces services et sur la perception que peuvent avoir les P/U et les professionnels de ces services, et la manière dont ces services s'intègrent dans des trajectoires de vie.

Matériels et méthodes

Recueil des données

Le recueil des matériaux a été effectué par des collectes de données qualitatives, en mobilisant les méthodes des entretiens semi-directifs et des observations non participantes.

L'observation permet de rendre compte des pratiques sociales [16]. L'observation est donc particulièrement adaptée pour l'étude des trajectoires de services, renvoyant à des pratiques incorporées et routinières qu'il s'agissait de mettre en évidence. Les observations étaient des observations non participantes, c'est-à-dire que le chercheur dans ce type de recueil n'intervient pas dans les processus sociaux observés. Une grille d'observation a été créée et utilisée comme outil de recueil des données. Huit observations non participantes ont été réalisées au sein de sept structures d'addictologie entre mars et juin 2019.

Les entretiens en tant que méthode d'enquête permettent « d'appréhender et de cerner le rapport que la personne, à partir de son expérience, noue aux faits » [17]. Dans cette enquête, des entretiens ont été réalisés auprès de professionnels identifiés en tant que professionnels ressource par les P/U et auprès de P/U pris en charge pour des conduites addictives. Ces entretiens devaient permettre de recueillir les vécus et les expériences des P/U et des professionnels pour retracer les trajectoires de services. Les entretiens ont été réalisés en deux temps distincts, il s'agissait de comprendre comment le rapport au service raconté lors du premier entretien s'est modifié ou au contraire s'est maintenu sur une période de plusieurs mois. Deux guides d'entretien thématiques ont été élaborés pour les professionnels et les P/U. À l'exception de deux entretiens avec les P/U, tous les entretiens ont été enregistrés au format audio avec l'accord de l'enquêté. Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité.

Les quatre départements de l'ante-région Lorraine étaient concernés, soit la Meurthe-et-Moselle, la Moselle, la Meuse et les Vosges. Une attention particulière a été portée à la répartition géographique des structures. Pour chaque « profil addictologique », un type de structure ou de dispositif de prise en charge a été identifié comme étant prioritaire, à la suite de « l'Enquête Profil de 2015 ». Pour chaque conduite addictive, deux structures de prise en charge ont été mobilisées, à l'exception du tabac, pour lequel une seule structure a été retenue. Neuf structures de soins ont ainsi été sélectionnées sur l'ensemble de la Lorraine (Figure I).

Dans un premier temps, les responsables des structures ou des médecins addictologues ont été contactés, puis rencontrés sur site. À la suite, un document reprenant les critères d'inclusion des P/U était remis aux professionnels ; selon les structures, les critères d'inclusion n'étaient pas les mêmes, du fait des produits concernés. Selon les contextes, les professionnels pouvaient soit mettre à disposition des P/U la lettre d'information, soit proposer aux personnes présentant les critères d'inclusion et

S.F.S.P. | Téléchargé le 13/10/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 134.214.214.122)

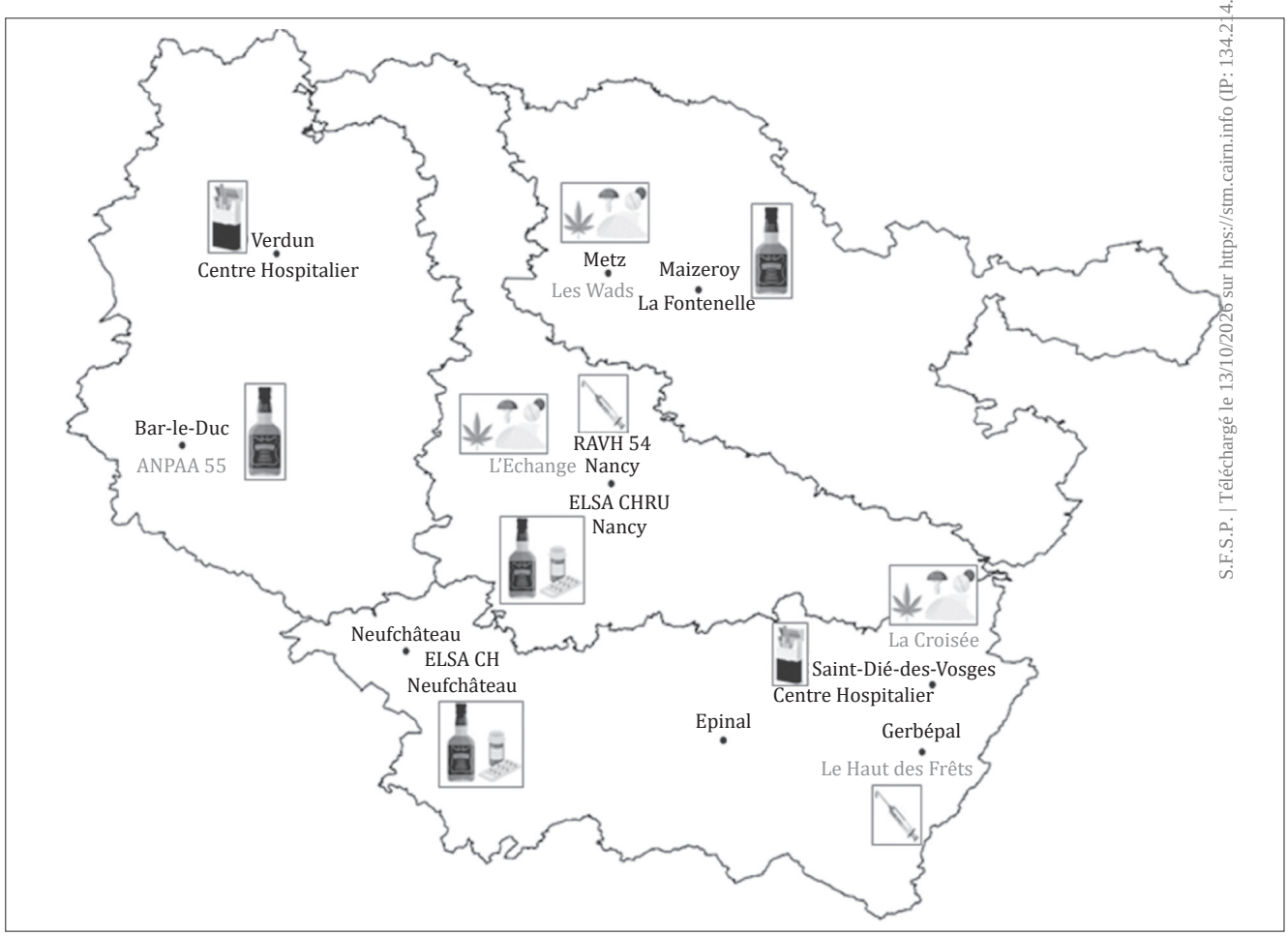


Figure I : Cartographie des structures participantes

potentiellement intéressées de participer à l'étude. L'échantillonnage visait à inclure une trentaine de P/U. Pour participer, les volontaires devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : être âgé de 18 ans et plus, être francophone ou s'exprimer et comprendre de façon suffisante la langue (à défaut de traducteur) ; être suivi dans le dispositif addictologique lorrain pour consommation(s) ; résider en Lorraine ; « être apte » à consentir de manière éclairée, participer à l'étude et à l'entretien ; avoir donné son consentement éclairé au fait de participer à l'étude. Dans certains cas, des observations sur site ont été nécessaires pour le recrutement.

Pour l'inclusion des professionnels, il était demandé aux P/U d'identifier un professionnel ressource ayant joué un rôle important dans leur parcours de soins.

La méthodologie du projet a néanmoins connu des adaptations du fait de la crise sanitaire de la Covid-19 bloquant la poursuite d'une partie de l'étude, empêchant en 2020 et 2021, à 6 mois et 1 an, le suivi des interrogés.

Analyse des données

Observations :

Les données recueillies au sein des grilles d'observation et organisées en catégories ont fait l'objet d'une analyse thématique, permettant ainsi de mettre en évidence pour chaque structure participante :

- Le fonctionnement interne de la structure : membres de l'équipe, types et modalités de prise en charge proposés…
- Les principales caractéristiques du public accueilli : âge, situations familiale et professionnelle, lieux de vie, types de produits consommés…
- Les principaux freins rencontrés dans la prise en charge des P/U : situation géographique, connaissance de la structure par les P/U, histoires de vie des P/U…

Entretiens :

L'analyse thématique a été utilisée pour analyser les entretiens. Elle consiste en une analyse transversale au

S.I.P. Téléchargé le 13/10/2026 sur https://sfdp.cairn.info (IP: 34.214.214.122)

cours de laquelle les différents entretiens sont rapprochés et mis en regard les uns des autres, à la fois du point de vue de la logique d'ensemble qui s'en dégage et pour chacun des thèmes qu'il apparaît intéressant de traiter (...) [18]. La première étape consiste en la lecture attentive de chaque entretien. Cette lecture permet d'identifier les unités de sens pertinentes pour l'analyse. Une fois les unités de sens extraites, une grille d'analyse a été construite, cette dernière servant de cadre pour organiser les données et faciliter le codage des entretiens. Elle est structurée autour des thèmes principaux et des sous-thèmes identifiés. Le codage des entretiens a ensuite permis de structurer les données, il permet de structurer les données en assignant des codes aux entretiens retranscrits correspondant aux unités de sens identifiées.

Résultats

Les observations :

Huit (8) visites d'observations non participantes ont été réalisées au sein de 7 structures d'addictologie en Lorraine entre mars et juin 2019 (Tableau I). Les observations se sont déroulées en fonction des disponibilités des structures, expliquant l'étalement des observations sur 4 mois. Une observation consistait en la visite planifiée entre le professionnel relais et la chargée de l'étude sur site. Des rencontres informelles et par la suite formelles (entretiens) ont pu avoir lieu. Ces visites ont permis de prendre contact avec les professionnels en vue de futurs entretiens avec eux. Ces observations se sont déroulées selon deux formats : sur un temps court (matinée) ou un temps long (sur une journée) visant les mêmes objectifs : la prise de contact, la présentation de l'étude et la compréhension du fonctionnement de la structure. Seule une structure a permis une observation longue d'une journée, les autres étant limitées à la rencontre avec le professionnel relais et la discussion autour de la mise en contact avec les P/U pour les entretiens.

La population d'enquête

S'agissant des résultats de l'étude, les entretiens avec les P/U et les professionnels (PR) en premier temps (T1) se sont déroulés de mai 2019 à janvier 2020. 34 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des P/U et 15 avec des professionnels en T1. Les entretiens en deuxième temps (T2) se sont déroulés entre les mois de décembre 2020 et mars 2021 et ont concerné 10 P/U et 14 PR (Tableaux II et III).

Les profils des usagers des services en addictologie

L'analyse des entretiens a permis la construction de profils des usagers des services. Ces profils ont été élaborés à partir de critères mettant en exergue le rapport que le P/U entretenait avec le service et à partir du sens qu'ils accordaient aux services : la prise en charge, l'objectif de soin, les projets de vie, les ressources, les demandes et les besoins d'accompagnement et le rapport à la consommation. Trois profils de P/U ont ainsi été élaborés en T1 et 1 en T2.

Tableau I : Dates, lieux et format des observations

Structures	Dates	Format des observations (non participantes)
CAARUD L'Échange – Nancy	08/03/2019	• Temps court
	10/04/2019	• Temps long : suivi de l'activité journalière (accueil des femmes le matin, accueil mixte l'après-midi)
CSSRA La Fontenelle – Maizeroy	20/03/2019	• Temps court
CSAPA hébergement Le Haut des Frêts – Gerbepal	29/03/2019	• Temps court
CSAPA 55 à Bar-le-Duc	01/04/2019	• Temps court
CAARUD La Croisée – Épinal	22/05/2019	• Temps court
CAARUD Les Wads – Metz-Forbach	20/06/2019	• Temps court
CSAPA La Maison des Addictions – Nancy	18/06/2019	• Temps court

S.F.S.P. | Téléchargé le 13/10/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 134.214.214.122)

Tableau II : Caractéristiques socio-démographiques des P/U en T1 et T2

Temps des entretiens	T1	T2
Nombre de P/U	34	10
Âge	23-61 ans	30-64 ans
Sexe	25H-9F	6H-4F
Services	16 – CAARUD 5 – CSAPA hébergement 5 – CSSRA 4 – Consultation hospitalière 3 – ELSA 1 – Microstructure	2 – CSAPA hébergement 1 – CSAPA 2 – CSSRA 4 –Consultation hospitalière 1 – ELSA
Consommation(s)	16 – Poly consommation 8 – Alcool sans sevrage 4 – Tabac 3 – Alcool avec sevrage 3 – Héroïne	5 – Alcool 4 – Tabac 1 – Alcool/cannabis

Tableau III : Caractéristiques socio-démographiques des PR en T1 et T2

Entretiens semi-directifs	T1	T2
Nombre de PR	15	14
Âge	Non demandé	Non demandé
Sexe	8H/7F	7H/7F
Professions	6 éducateurs spécialisés 3 médecins (2 addictologues et 1 tabacologue) 2 infirmiers dont une infirmière tabacologue 1 psychologue 1 travailleur social 1 assistante sociale 1 coordinateur	6 éducateurs spécialisés 1 tabacologue 1 infirmier 1 chef de service 1 psychologue 1 assistante sociale 1 directeur 2 responsables
Services	4 – CAARUD 4 – CSSRA 3 – CSAPA 2 – Centre hospitalier 1 – CSAPA hébergement 1 – ELSA	1 – CAARUD 4 – CSSRA 2 – CSAPA 2 – CH 2 – CSAPA hébergement

Le profil « acteur des services »

Le profil « acteur des services » se caractérise par une démarche volontaire de prise en charge, le suivi est régulier et l'usager est investi au sein de sa trajectoire de service. Ces P/U explicitent et identifient des « *turning points* » qui les amènent à la prise en charge. Ces P/U disposent de ressources – qui peuvent être matérielles, sociales, etc. – qui les accompagnent dans la prise en charge et les confortent dans les trajectoires de services. Ils entretiennent un lien de confiance avec les structures qu'ils fréquentent et ont des objectifs relatifs à leurs consommations définis. Le processus de soins apparaît comme global. Pour eux, la trajectoire de vie et les parcours biographiques individuels sont des facteurs motivationnels. Au sein de ce profil, peuvent être distingués les profils de P/U pour qui la consommation de produits addictifs est terminée ; mais aussi, des profils de P/U s'inscrivant toujours dans une trajectoire addictive.

Le profil « spectateur des services »

Le trait typique du profil « spectateur des services » est une prise en charge induite, faisant suite à de fortes pressions extérieures (injonction de soins, pressions de l'entourage), ce qui peut questionner l'autonomie décisionnelle de ces usagers. Pour ces personnes, des pathologies sont diagnostiquées par les professionnels de santé relevant de la psychiatrie. Leurs ressources sont manquantes, les plaçant dans une situation précaire, ainsi le besoin

Téléchargé le 31/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 34.214.214.122)

d'accompagnement est d'abord social. La consommation reste par ailleurs active et l'arrêt n'est pas une priorité pour ce profil. Lorsqu'un traitement est mis en place, l'usager est non observant vis-à-vis de la prise en charge. Les projets de soins et de vie ne sont pas formulés, ni même définis.

Le profil « mixte »

Pour ce profil dit « mixte », nous avons retrouvé des traits typiques des deux précédents profils, ce profil oscille entre engagement et retrait vis-à-vis des services. Ce profil s'inscrit dans une démarche volontaire quant au fait de « *vouloir aller mieux* », c'est l'entourage de l'usager qui amène vers la prise en charge. La consommation des produits est multiple et active, par ailleurs ces usagers ont conscience de leurs conduites et pratiques addictives vis-à-vis des risques encourus. Outre cela, ce profil est marqué par un positionnement ambivalent vis-à-vis du service, il se dit « *ouvert à l'arrêt des produits* », tout en se montrant hésitant, cela pouvant avoir un effet sur l'entrée en soins et sur la poursuite de la consommation addictive. Les projets de vie sont absents et aucun élément déclencheur exprimant la volonté de prise en charge, n'est exprimé par le P/U.

Le profil « opposant des services »

Les entretiens en T2 ont permis de mettre en lumière un quatrième profil marqué par l'arrêt de la prise en charge, avec l'expression d'un refus de soins. Il convient ainsi de se questionner sur les raisons de ces oppositions et de ce refus à « aller vers ». Ce profil n'est pas apparu en T1 puisque le recrutement des P/U s'est fait au sein des structures de prise en charge et a conduit à rencontrer des P/U engagés, au moment de l'entretien, dans un parcours de soins.

Les dynamiques des trajectoires de services

Tableau IV : Évolution des trajectoires au regard des profils entre T1 et T2

Évolution des trajectoires				
	T1	T2	n	
Maintien	Acteur	Acteur	9	11
	Mixte	Mixte	2	
Changement	Acteur	Mixte	1	4
	Acteur	Spectateur	2	
	Mixte	Opposant	1	

En ce qui concerne les dynamiques des trajectoires de services, parmi les 15 usagers interrogés en T2, 11 ont maintenu leur trajectoire entre le T1 et le T2 (Tableau IV). Parmi celles-ci, figurent les trajectoires de 9 P/U correspondant au profil « acteurs des services » – dont 2 d'entre eux sont en fin de parcours de soins au sein de la structure d'accueil – et 2 P/U correspondant au profil dit « mixte ».

Les 11 P/U maintenant leurs trajectoires correspondent aux profils « acteurs des services » et « mixte ». La trajectoire est relativement continue, sur une période longue, avec un maintien du traitement. Le suivi est organisé et continu, se caractérisant par une implication importante du P/U dans sa prise en charge. Les 11 P/U se disent satisfaits de la prise en charge par la structure d'accueil.

L'évolution des trajectoires des usagers (profils en T1 et T2) est jugée défavorable par les professionnels interrogés, qui estiment que les patients évoluent vers des situations d'éloignement voire d'opposition aux services et à la prise en charge proposés au sein des structures. Les changements observés correspondent d'une part à des arrêts du suivi, dont deux arrêts volontaires pour insatisfaction de la prise en charge par la structure d'accueil, un arrêt de prise en charge du fait d'une absence de programmation de suivi et un arrêt par le départ du professionnel ressource.

Le travail de mise en comparaison entre les profils qui se maintiennent dans leurs trajectoires et ceux qui modifient ces dernières, montre certaines caractéristiques explicatives liées à l'âge, à la situation familiale et selon le type de consommation.

Les P/U alcoolodépendants maintenant leurs trajectoires de soins sont plus jeunes par rapport aux usagers plus âgés changeant de profil. Ce qui induit l'idée selon laquelle l'âge serait un déterminant dans certaines mesures des trajectoires addictives et de services. D'autre part, les P/U maintenant leurs trajectoires de soins sont plus souvent célibataires et sans enfant. Concernant les consommations de produits addictifs, les P/U maintenant leurs trajectoires addictives consomment le plus souvent du tabac associé avec de l'alcool et les P/U changeant de trajectoire consomment plutôt du tabac de manière isolée. Ces résultats peuvent être contre-intuitifs dans la mesure où l'on attend habituellement une stabilité chez les patients plus âgés.

Éléments de compréhension des trajectoires de services

Les dynamiques observées peuvent s'expliquer par trois dimensions constitutives du parcours : l'entourage, l'alliance thérapeutique et la fragilité du lien aux services.

S.I.S.P. Téléchargé le 13/10/2026 sur https://sirc.cairn.info (IP: 3.14.214.122)

Le poids de l'entourage au prisme des trajectoires addictives et de services

L'étude montre l'importance du poids de l'entourage au sein des conduites addictives en tant qu'agents protecteurs ou délétères vis-à-vis des trajectoires addictives et de services. Cette dimension peut être illustrée par deux cas issus du corpus, permettant une lecture rapprochée de ces dynamiques[6].

Le cas de Pierre

Pierre a une cinquantaine d'années au moment de l'entretien, il est divorcé avec 3 enfants, il était en T1, en inactivité professionnelle, en situation d'invalidité et en arrêt pour cause de consommation d'alcool diagnostiquée par les professionnels comme pathologique.

Ses premières consommations ont débuté à l'âge de 16 ans. Elles étaient festives les week-ends et le mercredi avec ses amis. Puis, ces habitudes se sont installées de manière progressive dans le milieu professionnel : le midi en fin de journée, le soir, puis au petit-déjeuner ; avec plus de 25 à 30 cigarettes par jour. Il explique une diminution de sa consommation à des périodes spécifiques de sa vie, durant ses activités professionnelles – ne pouvant boire que les week-ends – et pendant son service militaire. Par ailleurs, il relate aussi une augmentation progressive de ses consommations sur son lieu de travail et avec des amis, jusqu'au pic de consommation à la suite de son divorce.

En T1, sa première entrée dans la trajectoire de soins et de services est fortement incitée par une amie auprès de son médecin traitant : à la vue de la situation dans laquelle il se trouve, elle insiste pour qu'il suive un sevrage. Il entre donc en centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie (CSSRA), conseillé par son médecin addictologue.

Le cas de Marc

Marc est un homme d'une cinquantaine d'années, marié et père de 3 enfants dont un enfant mineur. Il a commencé à consommer du tabac à partir de l'âge de 16 ans pour « *faire comme tout le monde* ». Il a déjà arrêté plusieurs fois de fumer au cours des 20 dernières années mais a repris la cigarette, à cause de problèmes familiaux. En T1, Marc avait arrêté de fumer à la suite d'un accident de travail qui le lui interdisait et avait commencé volontairement une démarche de suivi. Il a commencé à être suivi en août 2019 en consultation de tabacologie en centre hospitalier. Il était suivi par une infirmière en laquelle il avait confiance. En T2, la personne qui le suivait avait pris sa retraite. Un rendez-vous avait été planifié avec la remplaçante. Mais ce rendez-vous a été annulé car Marc avait repris le travail et n'était « plus disponible » et n'a jamais été reprogrammé. Marc a repris sa consommation de tabac au bout d'environ deux mois.

L'importance des relations sociales et de l'alliance thérapeutique

Si l'entourage joue un rôle important sur les trajectoires de services et addictives, l'analyse des entretiens a également permis de montrer le lien fort existant entre les trajectoires de services des P/U et les rapports sociaux entretenus avec les professionnels.

Les interactions privilégiées avec le professionnel ressource

Les usagers rapportent de manière unanime au cours des entretiens, l'importance et la nécessité d'établir une relation de confiance avec un professionnel ressource. Ce professionnel permet au patient d'avoir un repère et un interlocuteur de confiance, auquel il peut se confier quant à l'orientation dans sa trajectoire thérapeutique. Il se crée alors un lien particulier qui permet l'alliance thérapeutique. Selon les verbatims, le sentiment d'être accompagné, soutenu et encadré de manière personnalisée, semble présager la poursuite de la prise en charge et le maintien de l'usager dans le parcours de soin :

« *De toute façon je la garde [la professionnelle ressource]. C'est elle qui m'a aidé énormément. Quand je suis avec elle, je lui confie tout en fait. Il y a un problème dans la famille donc je lui dis. Elle comprend par rapport à mes antécédents, mais autrement moi, je ne veux qu'elle, une relation de confiance, surtout.* » (PU T2E7)

La disponibilité de l'équipe

La disponibilité des professionnels et le suivi du patient sont également des éléments clés dans la prise en charge. Ces éléments rassurent le patient qui se sent « entouré », lui offrant un repère dans son parcours et lui permettent de s'y maintenir :

« *Oui, parce qu'on pouvait appeler quand on voulait [durant la Covid-19] et puis on avait des rendez-vous presque dans l'urgence, donc c'est vrai que ça a aidé. Ça aide*

[6] Les prénoms ont été modifiés pour conserver l'anonymat des personnes interrogées.

S.F.S.P. | Téléchargé le 12/10/2026 sur https://sp.cairn.info (IP: 3.145.214.122)

de savoir qu'il y a des gens qui sont là quand même si on a un petit souci, qui sont là. » (PU T2E8)

Les « ruptures » au sein des trajectoires de services

Pour mieux comprendre les dynamiques des trajectoires de services, certains facteurs de changement doivent ègalement être explicités.

L'inadéquation des services

Pour les deux P/U qui ont modifié leur trajectoire de services, pour un profil « moins favorable », apparaît clairement une inadéquation au sein des services proposés. Un usager témoigne d'un « manque d'accompagnement post-séjour », malgré ses sollicitations. La prise en charge est perçue par les P/U comme étant « trop succincte ». Les entretiens ont relevé le fait que les consultations étaient jugées trop brèves et ne correspondant pas toujours aux besoins des usagers. Cela amène parfois à des ruptures de parcours au sein des prises en charge. Certains P/U ont le sentiment de ne pas « être suffisamment suivis » dans les services, mais aussi en dehors, ce qui ne facilite pas la continuité des soins.

Une prise en charge « trop protocolisée »

L'aspect trop conventionnel de la prise en charge, a été mis en évidence comme étant un facteur de changement de trajectoire. Plus spécifiquement, le manque de personnalisation a été mis en exergue, les spécificités du P/U n'étant pas prises en compte. Au-delà de demandes personnelles, est souligné le manque de flexibilité du protocole, s'opposant à une vision plus évolutive que le P/U peut avoir de sa trajectoire :

« *Même si je bataille de temps en temps avec eux, parce que j'aime bien les taquiner et puis euh et puis, je trouve que… ils s›arrêtent un peu trop au protocole. Donc, je leur demande un peu plus, (silence) je les embête. Oui, non, mais je les embête, mais euh c'est euh parfois, ils sont peut-être euh… à force d'être ici, enfin, c'est ce que je pense, hein, à force d'être ici, puis, d'appliquer euh toujours les mêmes méthodes. Euh je sais pas de temps en temps, faire quelque chose, faire avancer deux, trois bricoles.* » (PU T1E8)

La « dépendance » au professionnel ressource

En miroir, avec la centralité de la relation entretenue avec le professionnel ressource, le départ de ce dernier constitue un facteur explicatif du changement de trajectoire. Ne plus avoir de lien social avec le professionnel ressource suivant le P/U favorise son désinvestissement dans la trajectoire de services et dans la prise en charge, ce qui amène parfois ce dernier à reprendre sa consommation addictive :

« Je sais qu'ils sont disponibles, si je leur téléphone, ils m'accueilleront, mais c'est vrai que le fait d'avoir changé de correspondant (…) moi, c'était mon référent qui est parti à la retraite. Bon le remplaçant je l'ai vu pendant trois mois, ça se passait bien, mais après, je ne sais pas, plus envie d'y aller… » (PU T2E10)

« Elle est partie en retraite, et puis j'avais arrêté. Le rendez-vous qu'elle m'avait redonné avec son collègue, je n'ai pas pu y aller, et puis après j'ai repris la cigarette, au bout de deux mois. » (PU T2E6)

Discussion

L'étude TAS a permis de construire quatre profils de P/U pour saisir des trajectoires de services. L'entourage et l'alliance thérapeutique apparaissent comme des facteurs déterminants dans les trajectoires addictives et de services.

D'autres recherches ont également montré l'importance de l'alliance thérapeutique se donnant à voir au sein de la relation de confiance entre l'usager et le professionnel ressource. Des auteurs ont montré que le manque de confiance envers les professionnels et le soin, représentait une barrière dans les trajectoires de soins en addictologie [19]. L'écoute, l'empathie, le soutien, la bienveillance et le « non-jugement » sont des critères rapportés par les usagers comme étant des éléments indispensables dans la création de liens thérapeutiques, contribuant à une relation « qualitative » entre le professionnel et/ou l'équipe de la structure et le patient. Le lien créé permet une adhésion du patient à sa prise en charge, ce dernier trouve dans le professionnel ressource, un véritable allié dans sa démarche de soins. La qualité de la relation et de l'alliance thérapeutique constitue des éléments primordiaux de ces prises en charge [19] .

Lorsque l'on fait le parallèle avec le rôle de l'alliance au sein d'approches psychothérapeutiques, Luc Surjous explique dans ses travaux de 2020, que « si l'action des ingrédients spécifiques, de l'adhésion et les différences d'efficacité spécifique entre approches psychothérapeutiques sont marginales, l'alliance thérapeutique est le facteur mesurable le plus fortement corrélé à l'efficacité » [20, 21].

S.P. Pratiqué le 13/07/2026 sur Dspp.sircom.fr (2.14.214.122)

Outre ces éléments, la qualité de l'équipe, sa disponibilité, la personnalisation de son écoute et la collaboration interprofessionnelle avec l'usager sont plébiscitées par le P/U. Dans le cadre de l'étude exploratoire qualitative menée par Angèle César, relative aux trajectoires de soins de patients en situation complexe, il s'avère que pour les intervenants rencontrés, il est primordial que le suivi soit adapté aux besoins du patient. La recherche pointe un risque de dérive, en mettant en garde contre un risque d'institutionnalisation du réseau de services. C'est-à-dire de travailler de manière fermée, « toujours avec les mêmes personnes pour finalement, présenter les mêmes possibilités de prise en charge » [22].

Une étude d'Alexandre B. Laudet et de ses collaborateurs, parue en 2009, interrogeait les trajectoires de soins en addictologie et les raisons données par les patients, pour expliquer l'interruption volontaire de leur suivi. Parmi celles-ci, on retrouve, l'insatisfaction à l'égard des modalités du suivi, l'établissement fréquenté, ou encore les relations avec l'équipe soignante. D'autres éléments impactent la consommation du patient sans impacter de façon constante, la trajectoire de soins. En effet, les patients suivis appréhendent différemment ces éléments perturbateurs selon leurs ressources personnelles, issues de leurs expériences et de leurs agissements et sont plus ou moins influencés au sujet de la prise en charge et dans leur maintien dans le dispositif de soins [23].

Plusieurs modèles théoriques dans le champ de la psychologie existent pour expliquer les comportements des individus et leurs changements ; ces explications pourraient être mises en lumière de manière différenciée selon d'autres analyses théoriques telles que l'analyse par théorisation ancrée qui permet de théoriser les phénomènes étudiés [24]. On peut citer par exemple la théorie du comportement planifié d'Icek Ajzen [25] ou encore le modèle transthéorique du changement de comportements de Prochaska et Di Clemente [26]. Nous n'analysons pas les profils et leurs trajectoires au regard de ces modèles théoriques au sein de cet article.

Limites de l'étude et ouverture

La crise sanitaire de la Covid-19 a été la principale limite de cette étude, empêchant le suivi en 2020 et 2021 à 6 mois et 1 an des interrogés, entrainant du retard dans les prises de contact et *in fine* des enquêtés perdus de vue. Cependant, dans les méthodologies de recherche qualitative, il ne s'agit pas de s'interroger sur la représentativité mais sur la diversité de l'échantillon de la population étudiée ; il est légitime de se questionner sur la saturation des données recueillies. Par ailleurs, concernant le recueil des données, ce type de recrutement *via* les structures peut amener à des biais au sein du processus d'enquête, dans la mesure où les enquêtés sont orientés par ces dernières. Ce processus peut amener à moins de liberté dans le choix des profils des enquêtés, ainsi la diversité des trajectoires addictives et de services n'a pas été représentée. Nous faisons notamment référence ici, aux personnes ne se rendant pas dans ces institutions pour être prises en charge. De ce fait, la recherche pourrait être complétée en les y intégrant et en faisant varier davantage les normes sociales attachées aux personnes. Cette remarque concerne en particulier les personnes qui ne recourent pas à ces institutions pour bénéficier d'une prise en charge. Dès lors, l'étude pourrait être approfondie en les incluant dans l'échantillon, tout en élargissant la variation des normes sociales associées aux individus.

La trajectoire de vie n'a été que peu mobilisée pour expliciter les conduites, les trajectoires addictives et de services. Or, les trajectoires de soins et de services sont corrélées aux trajectoires de vie des personnes. Porter davantage la focale sur les trajectoires de vie permettrait de mettre en lumière d'autres facteurs explicatifs du renoncement aux soins, de l'arrêt des soins, mais aussi inversement de l'entrée dans les processus de soins [27]. De surcroit, le poids de l'entourage pourrait être mis en exergue par des recherches complémentaires. Celles-ci permettraient d'examiner de quelles manières l'entourage peut jouer un rôle sur les consommations addictives et interroger les mécanismes sous-jacents aux trajectoires de services.

Conclusion

En définitive, l'étude TAS dont l'objectif était de saisir les trajectoires de services suivies par les usagers, a permis de mettre en exergue des trajectoires type, au prisme de quatre profils idéaux typiques. Les éléments de compréhension de ces dynamiques données, portent la focale sur l'environnement du patient usager et sur son entourage au moment des soins ; ce dernier pouvant être délétère ou protecteur vis-à-vis de ces trajectoires et conduites addictives. Par ailleurs, l'importance des relations sociales et de l'alliance thérapeutique sur l'investissement des P/U au sein des trajectoires de services et ceci spécifiquement avec le professionnel ressource a été démontrée. De plus, les éléments explicatifs s'agissant des ruptures au sein des trajectoires, comme le départ du professionnel ressource

S.A.S.P. | Téléchargé le 23/10/2025 sur https://www.cairn.info (IP: 134.214.112.2)

ont été évoqués. L'étude a mis en avant l'inadéquation des services proposés et une prise en charge succincte manquant d'individualisation. L'enjeu à venir pour les prises en charge de conduite addictive, serait de personnaliser les prises en charge au regard des usagers, de leurs besoins et de leurs attentes. Pour cela, il faudrait proposer une offre de services diversifiée sur le territoire permettant de personnaliser les programmes pour les patients.

La collaboration entre les services sanitaires et médico-sociaux apparait donc comme nécessaire et indispensable dans la prise en charge globale du P/U. La concertation entre les professionnels et les personnes ressources des services addictions et des services sociaux est gage d'efficacité et de rapidité de la réponse spécifique apportée au P/U. La communication et le partage d'information entre les différents services et acteurs améliorent cette prise en charge dans des délais plus en adéquation avec les attentes et besoins du P/U, ce qui permettrait d'infléchir leurs trajectoires addictives en faveur d'une réduction de la consommation ou d'un sevrage et d'en fluidifier les parcours. Pour les professionnels de santé, ces évolutions en termes de méthodes, de techniques, de démarche collaborative doivent être encadrées et soutenues par des politiques de santé incluant le renforcement de la qualification des professionnels de santé dans le champ multidimensionnel des addictions et favorisant l'évolution des cultures collaboratives des structures hospitalières et de santé publique.

Aucun lien d'intérêt à déclarer.

Références

1. SRAE Addictologie. Les addictions [en ligne]. [cité le 3 février 2025]. Disponible sur : https://srae-addicto-pdl.fr/a-propos/les-addictions/
2. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, Abdoli A, et al. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019 : a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 19 juin 2021 ; 397(10292) : 2337-60.
3. MILDECA. Tabagisme en 2022 : un nombre de fumeurs stable et des inégalités de santé toujours marquées [en ligne]. 2023 [cité le 13 juin 2024]. Disponible sur : https://www.drogues.gouv.fr/tabagisme-en-2022-un-nombre-de-fumeurs-stable-et-des-inegalites-de-sante-toujours-marquees
4. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, et al. Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans. 2023 ; 9-10.
5. Richard JB, Andler R, Cogordan C, et al. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. 2019 ; 5-6 : 89-97.
6. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Drogues et addictions, chiffres clés 2022. 2022 ; 1-8.
7. ARS Grand Est. Prévention des addictions [en ligne]. 2024 [cité le 4 mars 2024]. Disponible sur : https://www.grand-est.ars.sante.fr/index.php/prevention-des-addictions-0
8. ORSAS L. Enquête profil addictologie 2015. Résultats de l'enquête régionale réalisée auprès des structures d'accueil lorraines spécialisées en addictologie en 2015.
9. Corbin J, Strauss A. A nursing model for chronic illness management based upon the Trajectory Framework. Scholarly inquiry for nursing practice. 5(3) : 155-74.
10. Baszanger I. Douleur, travail médical et expérience de la maladie. Sciences Sociales et Santé. 1989 ; 7(2) : 5-34.
11. Lhuilier D, Waser AM. Vivre et travailler avec une maladie chronique : différences et condition commune. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 1er novembre 2019 ; 80(5) : 375-85.
12. Conrad P. The experience of illness : recent and new directions. Research in Sociology of Health Care. 6 : 1-31.
13. Scott CK, Dennis ML. Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. Addiction. 2009 ; 104(6) : 959-71.
14. Hser YI, Longshore D, Anglin MD. The life course perspective on drug use : a conceptual framework for understanding drug use trajectories. Eval Rev. 1er décembre 2007 ; 31(6) : 515-47.
15. Orford J. Asking the right questions in the right way : the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. Addiction. 2008 ; 103(6) : 875-85.
16. Arborio AM, Fournier C. L'observation directe – 5e édition [en ligne]. Paris : Armand Colin ; 2021 [cité le 27 février 2024]. Disponible sur : https://www.cairn.info/l-observation-directe--9782200631246-p-25.htm
17. Sifer-Rivière L. Chapitre 4. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. Dans : Les recherches qualitatives en santé [en ligne]. Paris : Armand Colin ; 2016 [cité le 4 mars 2024]. p. 86-101. Disponible sur : https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-p-86.htm
18. Schnapper D. La compréhension sociologique : démarche de l'analyse typologique [en ligne]. Paris : Presses Universitaires de France ; 2012 [cité le 4 mars 2024]. Disponible sur : https://www.cairn.info/la-comprehension-sociologique--9782130606253-p-1.htm
19. Brochu S, Laudry M, Bertrand K, et al. À la croisée des chemins : trajectoires addictives et trajectoires de services. La perspective des personnes toxicomanes. Laval : Presses de l'Université de Laval ; 2014.
20. Surjous L. Le rôle de l'alliance et ses implications en psychothérapie. L'information psychiatrique. 2022 ; 98(9) : 749-55.
21. Despland JN, De Roten Y, Kramer U. L'évaluation des psychothérapies [en ligne]. Cachan : Lavoisier ; 2018 [cité le 27 février 2024]. Disponible sur : https://www.cairn.info/l-evaluation-des-psychotherapies--9782257207296-p-13.htm
22. César A. Étude scientifique exploratoire qualitative relative aux trajectoires de soins de patients en situation complexe. Département des Sciences de la Santé publique, Université de Liège ; 2013.
23. Laudet A, Stanick V, Sands B. What could the program have done differently ? A qualitative examination of reasons for leaving

outpatient treatment. Journal of substance abuse treatment. 1er avril 2009 ; 37 : 182-90.
24. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. crs. 1994 ; (23) : 147-81.
25. Ajzen I. The theory of planned behavior. ResearchGate [en ligne]. 22 octobre 2024 [cité le 4 février 2025]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/272790646_The_Theory_of_Planned_Behavior
26. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol. septembre 1992 ; 47(9) : 1102-14.
27. Desprès C. Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. Anthropologie & Santé – Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé [en ligne]. 29 juillet 2013 [cité le 8 avril 2024] ; (6). Disponible sur : https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1078

S.F.S.P. | Téléchargé le 13/10/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 194.214.214.122)