

Association Nationale de Prévention
en Alcoologie et Addictologie

RDR Alcool

Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool



Commission des Pratiques Professionnelles
Septembre 2012



La Commission des Pratiques Professionnelles de l'A.N.P.A.A., créée en 2010, est pluridisciplinaire.

Elle a pour objet la production de recommandations de bonnes pratiques et référentiels A.N.P.A.A. en matière de prévention, d'accompagnement et de soins, dans le respect des législations et réglementations en vigueur, en s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), les recommandations de pratiques cliniques, les conférences de consensus en addictologie, et toutes données validées.

Elle est composée des membres suivants :

Membres élus :

Olivia AMIOT FERNAND, psychologue A.N.P.A.A. de Côte d'Or et de Paris

Odile BOURJADE, infirmière A.N.P.A.A. de Gironde

Sylvie CATTO, professionnelle socio-éducative A.N.P.A.A. de Saône et Loire, présidente de la CPP

Monique ESPI, psychologue A.N.P.A.A. du Tarn

Anne-Françoise HIRSCH-VANHOENACKER, médecin A.N.P.A.A. du Nord, vice-présidente de la CPP

Michèle LUCAS, médecin A.N.P.A.A. du Rhône

Stéphane MAGARELLI, éducateur spécialisé, A.N.P.A.A. de Seine et Marne

Virginie MAZI, secrétaire A.N.P.A.A. de Paris

Frédéric PLOTKA BRUN, médecin A.N.P.A.A. de l'Allier

Céline POMES BORDEDEBAT, animatrice de prévention A.N.P.A.A. de Gironde

Christophe POUPIER, psychologue A.N.P.A.A. du Cher

Gérard REGINE, médecin A.N.P.A.A. de Haute-Garonne

Membres de droit :

Michel CRAPLET, médecin référent, siège national A.N.P.A.A.

Patrick ELINEAU, directeur général, siège national A.N.P.A.A.

Membres désignés :

Corinne CROUZET, Directrice régionale d'activité A.N.P.A.A. du Languedoc Roussillon

Françoise FACY, administratrice A.N.P.A.A. du Rhône

Jean FREZOULS, administrateur A.N.P.A.A. du Tarn

Delphine JARRAUD, adjointe à la direction des activités, siège national A.N.P.A.A.

Yan PREUD'HOMME, directeur départemental A.N.P.A.A. du Rhône





1 - Définitions	7
• Addiction	7
• Pratiques addictives	7
• Danger	8
• Dommage, méfaits	8
• Risque	8
• Réduction des risques.....	8
2 - Principes généraux de la prévention des risques et de la réduction des dommages	9
• Promotion de la santé	9
• Santé publique	9
• Education à la santé	10
• Objectifs pragmatiques de la prévention des risques et de la réduction des dommages	10
3 - Spécificités de la prévention des risques et de la réduction des dommages liés à la consommation d'alcool	11
• Contexte	11
• Consommation d'alcool, déterminant de santé : les risques	12
• Typologie des dommages liés à la consommation d'alcool.....	13
4 - Fonctions du recours à l'alcool	15
5 - Méthodes, outils, supports, actions	17
• Etapes d'une approche de prévention des risques et de réduction des dommages	17
• Groupes de personnes à vulnérabilités spécifiques pour lesquelles il convient d'avoir une approche ciblée.....	17
• Où mettre en pratique la prévention des risques et réduction des dommages ?.....	18
• Modalités d'accompagnement et d'intervention	18
• Informations utiles à communiquer aux usagers en matière de prévention des risques et de réduction des dommages liés à la consommation d'alcool	19
• Consommation contrôlée pour usagers excessifs, nocifs ou dépendants.....	20
• Partenariats.....	22
6 - Illustrations d'une mise en œuvre d'actions de prévention des risques et réduction des dommages	23

7 - Quelques conseils de prévention des risques et de réduction des dommages à destination des consommateurs d'alcool	25
8 - Bibliographie et exemples d'actions	27
- Annexes	31
• Annexe 1 : Consommation d'alcool. Doses, normes, seuils, recommandations, etc. A propos d'une difficulté de la prévention. Docteur Michel Craplet	33
• Annexe 2 : Les tentations de la réduction des risques en alcoologie. Docteur Danielle Casanova.	39
• Annexe 3 : Accompagnement et réduction des risques : proposition de procédure expérimentale. Docteur Danielle Casanova.	43
• Annexe 4 : Dispositifs d'équipes A.N.P.A.A. intervenant de nuit dans l'espace public A.N.P.A.A. 44	49
• Annexe 5 : Alcool et grande précarité. Matthieu Feulaine.	53
• Annexe 6 : Alcool et risque de cancers. Extrait du rapport de l'Institut National du Cancer.	59
• Annexe 7 : Alcool et grossesse. Extrait de la revue Prescrire.	61
• Annexe 8 : Numéros utiles	63





En addictologie, le concept de « réduction des risques » (RDR) s'est développé dans le champ de la toxicomanie, avec l'émergence du VIH dans les années 1980. La RDR poursuivait d'abord le but de réduire le nombre de contaminations et accidents liés aux pratiques d'injection intra-veineuse. Elle s'est étendue progressivement aux dangers entraînés par l'usage de substances psychoactives. Avec le décloisonnement de l'approche addictologique, la RDR, concept renvoyant initialement notamment aux programmes d'échange de seringues et aux traitements de substitution, s'est étendue à toutes les pratiques addictives pouvant conduire à une dépendance.

En matière d'alcool, il n'y a pas de niveau de consommation sans risque, comme le précise le rapport de l'Institut National du Cancer (INCa) de 2007 concernant les risques de cancers¹. Pour autant, la consommation d'alcool, comparée aux autres substances psychoactives, est très répandue en France (en 2010, 87 % des 18-75 ans déclarent avoir consommé de l'alcool durant l'année et 12 % en consommer quotidiennement²).

La prévention des risques et la réduction des dommages sont une préoccupation des équipes de soin et de prévention, mais restent parfois une option « bas seuil » dans l'imaginaire de certains intervenants qui considèrent l'arrêt de la consommation et le maintien de l'abstinence comme un accomplissement idéal pour les personnes dépendantes. Cette posture est contre-productive dans l'esprit d'une « perspective soignante », car elle ne s'adresse pas au plus grand nombre d'usagers et est difficilement atteignable pour les personnes les plus en difficulté.

Le concept de prévention des risques et réduction des dommages « invite à travailler sur les pratiques d'alcoolisation en y intégrant les bienfaits de l'usage, les risques consentis, les dommages identifiés, les modalités de la consommation et les modifications envisageables et surtout les ressources et les compétences de l'usager. »³

La prévention des risques et la réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool existent déjà dans les pratiques. C'est une mission transversale qui concerne tout autant la démarche de prévention que celle d'accompagnement et de soin, en Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) comme en Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

En l'absence d'expertise scientifique, comme l'a préconisé le ministère de la santé, la réduction des risques et des dommages chez les consommateurs d'alcool demande à être formalisée, ce qui est l'objet du présent document.

1 - Voir annexe « Alcool et risques de cancer »

2 - OFDT, Tendances n° 76, *Les niveaux d'usage de drogues en France en 2010*, juin 2011.

3 - Voir annexe : « Les tentations de la réduction des risques en alcoologie », Docteure Danielle Casanova, médecin coordinatrice CSAPA A.N.P.A.A. 84





Addiction : « Processus par lequel un comportement pouvant à la fois permettre une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite, en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

[...]

L'addiction inclut les comportements pathologiques de consommation de substances psychoactives : l'usage nocif (CIM 10), l'abus (DSM IV) et la dépendance. » ⁴

« **L'addiction se caractérise par :**

- **L'impossibilité répétée de contrôler un comportement de consommation de substance,**
- **La poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives,**
- **L'addiction regroupe donc les comportements pathologiques de consommation de substances : l'abus (ou usage nocif) et la dépendance. »** ⁵

i De l'abus à la dépendance, les addictions n'ont pas les mêmes déterminants ni les mêmes conséquences. Il conviendra donc de définir avec chaque usager la stratégie d'accompagnement la mieux adaptée.

Pratiques addictives : « Ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives, car ils présentent, à côté de leur diversité, une même potentialité évolutive [reposant] sur les mêmes déterminants. Les pratiques addictives sont définies, dans une démarche descriptive, par l'ensemble des comportements de consommations de substances psychoactives – usage, usage nocif et dépendance – et dans une démarche compréhensive, par l'ensemble des déterminants permettant de comprendre leur initiation, leur fonctionnement, leur évolution : pérennisation ou cessation. » ⁶

« Les pratiques addictives – pour être plus précis, il faudrait dire « les pratiques de consommations susceptibles d'induire une addiction » incluent la totalité des conduites addictives, la totalité des comportements de consommation : cela signifie que la notion d'usage doit être incluse dans la réflexion. » ⁷

i Toutes les pratiques addictives ne conduisent pas à des addictions. L'objet de la prévention des risques et réduction des dommages est précisément d'éviter l'aggravation, quel que soit le moment de la rencontre avec l'usager.

4 - REYNAUD M., PARQUET PJ., LAGRUE G. *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Rapport au Directeur général de la santé.* Paris, Odile Jacob, 2000. Page 15

5 - REYNAUD M., PARQUET PJ., LAGRUE G. *Op. cité*, page 37

6 - REYNAUD M., PARQUET PJ., LAGRUE G. *Op. cité*, page 16

7 - *Traité d'addictologie.* Sous la direction de Michel REYNAUD. Paris, Flammarion, 2006 (Médecine-Sciences). Page 3

Danger : Capacité / potentialité d'une substance, d'un mode de consommation, d'un environnement de consommation à causer un dommage psycho-social et/ou sanitaire. Un danger peut être bien réel sans pour autant se manifester sous la forme d'un dommage.

Domage, méfaits : Manifestation effective et constatée, résultat de l'exposition à un danger.

Risque : Probabilité qu'un dommage survienne lorsqu'on s'expose à un danger. L'exposition à un danger ne va pas forcément entraîner un dommage. Le risque est le rapport statistique entre un danger et un dommage.

« Réduction des risques » : Prévenir les risques et réduire les dommages ou méfaits causés par le comportement à risque.

« Pour la « réduction des risques », l'objectif est en priorité de prévenir les dommages occasionnés par les consommations de substances psychoactives. Il ne s'agit pas de s'attaquer à ce qui motive la consommation, mais d'en maîtriser, autant que faire se peut, les effets nuisibles. Il ne s'agit pas de stopper l'addiction mais d'éviter les complications, et de le faire en impliquant l'utilisateur lui-même. »⁸

⁸ - MOREL A., COUTERON JP. *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris, Dunod, 2008. Page 228.



L'objectif de la prévention des risques et de la réduction des dommages est de permettre à l'usager de mettre en œuvre des stratégies ayant pour objectif de subir le moins de dommages possibles, avec ou sans poursuite des pratiques addictives. Il s'agit d'une aide apportée à l'usager afin qu'il prenne la mesure de sa capacité à agir sur son mode d'usage, en particulier en lui donnant des informations adaptées lui permettant d'évaluer ses prises de risques.

Dans la pratique, le terme usuel de « réduction des risques », tel que précisé dans les décrets relatifs aux missions des CAARUD et CSAPA notamment, comprend la prévention des risques et la réduction des dommages.

Trois groupes de facteurs de risque sont à prendre en compte par chacun (usager comme professionnel) pour intervenir en RDR selon ses compétences et ses ressources :

- Le contexte de vie,
- Les modalités de consommation et pratiques : quantité, rythme, type de produits et consommations associées y compris médicamenteuses, durée d'exposition (nombre d'années de consommation ou de pratiques),
- Les facteurs de vulnérabilité individuelle (somatiques, psychologiques, sociaux, etc.).

Promotion de la santé

La prévention des risques et réduction des dommages s'inscrit dans le concept global de promotion de la santé.

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

*Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. »*⁹

*« Promouvoir la santé consiste à permettre aux gens de mieux maîtriser leur santé et les facteurs qui la déterminent et par-là même d'améliorer leur santé. Il s'agit d'une fonction essentielle de la santé publique qui contribue à la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et contre d'autres menaces pour la santé. »*¹⁰

Santé publique

La prévention des risques et réduction des dommages s'inscrit dans une politique globale de santé publique, à travers un ensemble d'actions de nature sanitaire, sociale, éducative et préventive visant à minimiser les conséquences des pratiques addictives, pour les individus et la collectivité.

9 - Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, le 2 novembre 1986 :
- charte pour l'action, visant la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà.

10 - Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation -
Sixième conférence mondiale sur la promotion de la santé, Bangkok (Thaïlande), 11 août 2005.

Elle s'intègre dans une approche globale de réduction des inégalités d'accès aux soins et d'amélioration de la qualité de vie des usagers.

Elle prend en compte la dimension environnementale du risque, les modalités de consommation et leur évolution, le profil des consommateurs et leurs conditions de vie, ainsi que le contexte culturel, légal et économique. Elle est une démarche transversale, sans rupture entre la prévention et le soin.

Education à la santé

La prévention des risques et réduction des dommages participe à l'éducation pour la santé. Elle met en œuvre une démarche impliquant les sujets et leur fournit des éléments de réflexion et d'information adaptés à chacun, afin de renforcer leurs capacités à prendre des décisions concernant leur santé.

Cette définition ne réduit pas la santé à ses aspects biomédicaux, mais intègre aussi les dimensions psychologique, sociale et environnementale.

Considérant la santé comme une ressource de la vie quotidienne, la prévention des risques et réduction des dommages vise à accompagner l'utilisateur dans la gestion de sa vie.

Objectifs pragmatiques de la prévention des risques et de la réduction des dommages

La prévention des risques et la réduction des dommages se fondent sur des objectifs pragmatiques co-construits avec l'utilisateur partant du constat que les pratiques addictives n'exposent pas tous les sujets aux mêmes dommages. Pour chacun des méfaits repérés, il conviendra de rechercher les moyens qui en diminueront la fréquence et la gravité, dans la perspective d'une offre graduée et adaptée à la singularité de chaque individu.

Les actions de prévention des risques et réduction des dommages s'appuient sur une identification des risques pour des situations données. Elles peuvent être menées en individuel comme en collectif.

Les objectifs sont co-construits avec la personne et les professionnels afin de garantir une continuité dans le processus d'accompagnement. Il convient de partir des compétences, expériences et vulnérabilités des personnes concernées afin de construire avec elles des solutions réalistes et adaptées.

La définition d'objectifs simples et accessibles vise globalement l'amélioration de la qualité de vie, par :

- L'instauration ou le maintien d'un lien entre usager et structures (pour rompre l'isolement et permettre l'accès au soin, a fortiori pour les publics marginalisés),
- Un développement des compétences psychosociales,
- Une recherche de modification progressive des comportements.

Il est essentiel que les équipes de prévention et de soin mènent une réflexion transversale dans le cadre de leur projet d'établissement pour la mise en place d'actions de prévention des risques et réduction des dommages. Il convient de définir les actions, les rôles et missions des différents professionnels en fonction de leurs compétences et aptitudes.



Contexte

L'alcool est, avec le tabac, la substance psychoactive la plus consommée en France.

Alcool¹¹ :

Substance liquide d'origine naturelle (alcool éthylique) obtenue par fermentation de végétaux riches en sucre ou par distillation, l'alcool est consommé pour ses effets euphorisants et désinhibants. Sa consommation peut entraîner une forte dépendance psychique et physique avec syndrome de manque en cas de sevrage, pouvant aller jusqu'à des délires hallucinatoires (*delirium tremens*). Les effets toxiques sont multiples : cirrhose du foie, cancer du foie, maladies cardiovasculaires, cancer des voies aérodigestives supérieures, etc.

L'alcool est en vente libre.

En 2010¹² :

- Parmi les 18-75 ans, 12 % déclarent avoir bu de l'alcool tous les jours au cours des douze derniers mois, 37 % au moins une fois par semaine (mais pas quotidiennement).
- 13 % des personnes interrogées disent ne pas avoir bu durant la dernière année.
- La consommation de boissons alcoolisées reste plus importante chez les hommes, ceux-ci étant en effet trois fois plus nombreux à consommer de l'alcool quotidiennement (18 contre 6 %) et 64 % déclarant une consommation hebdomadaire, contre 35 % des femmes.
- L'alcoolisation, surtout lorsqu'elle est quotidienne, concerne plus souvent des personnes de 45 ans et au-delà. Plus l'âge s'élève, plus les écarts de prévalence entre les hommes et les femmes augmentent.
- La boisson la plus consommée en France reste le vin ; ainsi, 39 % des personnes interrogées déclarent en avoir une consommation hebdomadaire, suivi de la bière pour 19% et des alcools forts pour 16 %. Les consommations de vin augmentent avec l'âge quel que soit le niveau d'usage. La consommation quotidienne de vin concerne ainsi 0.6 % des 18-25 ans et 27.5 % des 65-75 ans.
- Consommation en une même occasion d'au moins six verres de boissons alcoolisées : 36% des adultes interrogés déclarent au moins un épisode au cours de l'année écoulée (52 % des hommes, 21 % des femmes, 64 % des hommes de moins de 35 ans, 40 % des femmes de 20-25 ans).

11 - Glossaire OFDT

12 - OFDT – Tendances n° 76. *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010*. Juin 2011

- La survenue d'une ivresse au cours de l'année écoulée concerne 19 % des adultes. Les ivresses régulières (au moins 10 fois dans l'année) représentent 3 % des personnes interrogées. Les ivresses s'avèrent plus nettement masculines : 27 % des hommes contre 11 % des femmes sont concernés.
- Baisse des usages quotidiens de boissons alcoolisées : 16 % en 2005, 12 % en 2010, avec stabilisation des niveaux de consommation occasionnelle (hebdomadaire ou moins fréquente).
- Le test Audit-C¹³, qui tient compte à la fois de la fréquence de consommation au cours des douze derniers mois, du nombre de verres bus un jour de consommation type et de la fréquence des épisodes de consommation ponctuelle de quantités importantes, permet de définir quatre types de buveurs :
 - 37 % des 18-75 ans sont des buveurs sans risque occasionnel,
 - 12 % des buveurs sont sans risque régulier,
 - 28 % des buveurs sont à risque ponctuel,
 - 9 % des buveurs sont à risque chronique.

La consommation à risque ponctuel diminue avec l'âge, tandis que la consommation à risque chronique, importante chez les jeunes (14 % parmi les 18-25 ans), diminue jusqu'à 45 ans (7 % parmi les 35-44 ans), puis augmente au-delà (9 % chez les 65-75 ans).

En 2011¹⁴, 91 % des adolescents âgés de 15-16 ans déclarent avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie, sans différence entre les filles et les garçons. La proportion de jeunes usagers récents (l'ayant fait au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) s'élève à 67 %. Les garçons sont un peu plus nombreux que les filles à déclarer un tel usage (70 % contre 64 %).

Après une hausse importante entre 2003 et 2007, la tendance ne s'infléchit pas en 2011. Sur l'ensemble de la période (1999-2011), l'usage récent d'alcool est passé de 60 % à 67 %. Cette évolution se retrouve aussi bien parmi les garçons que parmi les filles.

Consommation d'alcool, déterminant de santé : les risques

Les risques liés à la consommation d'alcool dépendent :

- De la substance alcool elle-même. Par exemple l'alcool a des effets désinhibants, excitants, euphorisants, sédatifs.
- De facteurs individuels de vulnérabilité (biologiques et psychosociaux) et de protection.

13 - Il s'agit de la version courte du test Audit (Alcohol Use Disorder Identification Test), mis au point sous l'égide de l'OMS pour repérer les consommateurs d'alcool à risque.

14 - OFDT, *Premiers résultats du volet français de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 2011*, 31 mai 2012.

- Du contexte de consommation. L'alcool présente par exemple des risques pendant la grossesse, en matière de conduite automobile et de machine, en cas de maladies graves, de prise de médicaments psychotropes, etc.
- Du mode de consommation. Par exemple une consommation rapide et massive comprend des risques immédiats majorés (cf. « binge drinking »).
- De régulations sociales et sociétales, en termes de contexte de consommation.
 - Parmi les modalités de contrôle social : l'organisation des points de vente, la publicité, le prix, les interdits d'usages dans certaines conditions, etc. Par exemple la vente et la consommation d'alcool sont autorisées et réglementées en France.
 - Parmi les pratiques culturelles : la valeur symbolique de l'alcool, la place de l'alcool dans une société et un groupe en particulier. Par exemple la place de la culture vinicole, la place de l'alcool comme vecteur de convivialité sont spécifiques en France. La perception sociale du risque lié à une consommation d'alcool est influencée par la place du produit dans notre société (valorisé ou non socialement).
Il peut y avoir un écart entre la perception du risque et le risque effectif. La RDR devra, par exemple, tenir compte du fait que les conséquences de la consommation d'alcool sont souvent minimisées dans notre culture.

Typologie des dommages possibles liés à la consommation d'alcool

Les méfaits possibles liés à la consommation d'alcool peuvent être observés et décrits sous plusieurs angles : dommages pour l'usager lui-même, dommages vécus par l'entourage, dommages pour la société. Ces dommages peuvent être immédiats, différés à moyen ou long terme selon la situation de chaque individu et du contexte.

La liste qui suit n'est pas exhaustive et donne des repères généraux : dans la pratique, une évaluation des risques et dommages s'adapte à la singularité de chaque individu.

I - Méfaits pour l'usager : dommages sanitaires et sociaux

Dommages sanitaires :

- Hépato-digestifs,
- ORL,
- Cardio-vasculaires,
- Endocriniens,
- Rhumatologiques et traumatologiques,
- Neuropsychiatriques,
- Coma éthylique,
- Troubles de la sexualité,
- Rapports sexuels à risque,
- Syndrome d'alcoolisation fœtale et autres effets liés à l'alcoolisation fœtale,
- Mortalité précoce,
- Cancers , etc.

Domages sociaux :

- Difficultés d'accès aux dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires de droit commun et spécialisés,
- Perte d'emploi, accidents du travail,
- Conflits familiaux, violences intrafamiliales,
- Difficultés financières,
- Isolement social,
- Absentéisme scolaire ou professionnel,
- Conséquences judiciaires, notamment délictuelles et criminelles, etc.

II - Méfaits vécus par l'entourage

- Stress, tensions,
- Conflits familiaux,
- Difficultés financières, violence, maltraitance, carences éducatives, etc.

III - Méfaits pour la société

- Troubles de l'ordre public,
- Accidentologie,
- Criminalité, délinquance,
- Coût sanitaire et social, etc.





La consommation d'alcool et/ou le comportement à risque peuvent avoir une fonction adaptative pour l'économie psychique du sujet, voire pour l'équilibre du couple ou de la famille (ex : apaiser la souffrance psychique, résoudre des difficultés relationnelles, lutter contre la dépression et le sentiment de vide, attirer l'attention sur soi, se confronter à l'autorité, etc.).

Etant donné la diversité, la coexistence et l'importance de ces fonctions, avoir une approche centrée uniquement sur la réduction de la consommation d'alcool peut devenir pour l'usager une source majeure d'anxiété paralysant sa pensée.

La RDR peut autoriser un « premier pas » pour l'usager. Sa perception des dommages est susceptible de devenir un déclencheur de motivation, et être à l'origine d'une prise de conscience lui permettant d'entrer dans une dynamique de changement.

Ces dommages, a priori exclusivement nocifs, se révèlent avoir du sens pour les consommateurs.

La RDR ne doit pas mener à la réduction des soins.

La prévention des risques et la réduction des dommages peuvent être un objectif en soi ou une étape.

Pour éviter que la RDR ait pour effet un déplacement du symptôme, il est important de prendre en compte les vulnérabilités et souffrances sous-jacentes à la consommation d'alcool ou au comportement à risque.

L'objectif est d'offrir un espace de parole à la personne et de veiller à ce que la RDR ne se réduise pas à la mise en sourdine des symptômes un peu trop « bruyants » qui troublent l'ordre public et mettent à l'épreuve les soignants.





Les actions et interventions de prévention des risques et de réduction des dommages sont ciblées et s'élaborent à partir de différents niveaux : un public, une pratique, un contexte.

Le professionnel intervenant en réduction des risques doit analyser avec l'usager l'arbre des causes des dommages à prévenir pour rechercher les outils potentiellement utiles. Exemple : pour prévenir le risque de coma éthylique en milieu festif, l'analyse des causes (isolement, rapidité d'ingestion, mélange de produits, manque d'hydratation, perte de connaissance sans mise en position latérale de sécurité, manque d'information de l'entourage, température extérieure, etc.) permet de prévoir les outils utiles pour éviter ces dommages.

Étapes d'une approche de prévention des risques et de réduction des dommages

1. Identifier et hiérarchiser avec l'usager les risques, selon les modalités de consommation et le contexte, et repérer les dommages existants.
2. Aider l'usager à identifier ses compétences et vulnérabilités, en s'appuyant plus particulièrement sur son expérience.
3. Sélectionner les risques et dommages que l'usager souhaiterait réduire, suite à une information appropriée, compte tenu notamment du facteur temps d'apparition potentielle des dommages et de leur impact.
4. Aider l'usager à trouver et s'approprier les moyens d'action adaptés pour réduire les risques et dommages ciblés.
5. Accompagner l'usager dans l'atteinte de ces objectifs, tout en l'aidant à donner du sens sur les causes profondes des risques qu'il prend.

Groupes de personnes à vulnérabilités spécifiques pour lesquelles il convient d'avoir une approche ciblée

Parmi eux :

- Hommes de plus de 45 ans, compte tenu de leur durée d'exposition au risque alcool,
- Femmes, plus particulièrement en âge de procréation et enceintes,
- Jeunes (personnes mineures et jeunes majeurs), notamment au regard des pratiques festives et des vulnérabilités propres à cet âge,
- Seniors,
- Personnes en situation de précarité socio-économique,
- Personnes séropositives aux VHC et VIH,
- Personnes sous main de justice, dont personnes incarcérées (détenues et prévenues),
- Milieu professionnel,
- Usagers de drogues.

Où mettre en pratique la prévention des risques et réduction des dommages ?

La prévention des risques et réduction des dommages peut être mise en pratique en tout lieu, notamment :

- Au sein des CSAPA et CAARUD,
- En consultations de médecins généralistes et spécialistes,
- En centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS),
- En milieu carcéral,
- En milieu professionnel,
- Dans l'espace public,
- Sur l'espace public et au cours des moments festifs,
- Sur des lieux de distribution de boissons alcoolisées,
- En milieux scolaire et étudiant, etc.

Modalités d'accompagnement et d'intervention

- En individuel :
 - Consultation,
 - Entretien,
 - Rencontre informelle, etc.
- En groupe :
 - Groupes d'information,
 - Groupes de parole,
 - Ateliers thérapeutiques, etc.
- Sur des lieux festifs :
 - Sensibilisation avec simulateur de courbe d'alcoolémie,
 - Distribution d'éthylotests, de documentation, d'outils d'auto évaluation, d'eau, de couvertures de survie, de préservatifs, etc.
 - Premiers gestes de secours, appel du SAMU et/ou de la police,
 - Sensibilisation sur les nuisances nocturnes, etc.
- En formation ou action de sensibilisation :
 - Des pairs,
 - De l'entourage,
 - De professionnels relais,
 - Démarche de prévention des risques professionnels¹⁶, etc.

16 - Prévention des risques professionnels : ensemble des mesures et institutions visant à prévenir ou réduire les risques (accidents, maladies, abus, discriminations, harcèlements). Ensemble des déterminants permettant de comprendre leur initiation, leur fonctionnement, leur évolution. (CORNU, Dictionnaire juridique Capitant, édition PUF, Paris, 2000).

Les modalités d'accompagnement peuvent utiliser les outils et méthodes suivants :

- **Entretien motivationnel**¹⁷ : « L'entretien motivationnel est une méthode de communication directive, centrée sur la personne, et visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. »
- **Education thérapeutique**¹⁸ : « L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrents,...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui. »
- **Intervention précoce**¹⁹ : « Dans sa définition générale, l'intervention précoce est une stratégie d'action entre la prévention et l'accès aux soins dont l'objectif est de raccourcir autant que possible le délai entre l'apparition des premiers signes d'une pathologie et la mise en œuvre de traitements adaptés. »

Informations utiles à communiquer aux usagers en matière de prévention des risques et de réduction des dommages liés à la consommation d'alcool²⁰

Exemples d'informations utiles, à adapter à la singularité de chaque usager, ses pratiques, ses compétences, expériences et du contexte, et inscrites dans un dialogue :

- Les services de soins spécialisés en alcoologie et leurs modalités d'accès.
- Les services de téléphonie sociale.
- Les numéros d'urgence.
- Les services généraux de soins et d'aide sociale accessibles dans le périmètre du site d'intervention.
- Les associations d'auto-support : association d'anciens malades de proximité.
- Les signes sensoriels, psychologiques ou somatiques des intoxications mettant en danger la vigilance ou la vie du consommateur. Dans ce cadre, les effets recherchés par les consommateurs peuvent être décrits.
- La gestion des premiers secours à mettre en œuvre destinés à prévenir les complications, dans l'attente éventuelle de l'intervention des services d'urgence.

17 - Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel.

18 - Education thérapeutique du patient :

- Article L1161-1 du code de la santé publique (loi du 21 juillet 2009) : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie. »

- Rapport « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » rendu à la ministre de la santé le 02 septembre 2008.

19 - MOREL A., COUTERON JP. *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris, Dunod, 2008. Page 232

20 - Cf. travaux de la commission médicale consultative A.N.P.A.A. du 24 avril 2008.

- Les délais d'apparition des signes après la consommation, avec notamment une information relative aux unités de consommation et leurs équivalences dans la pratique selon les types de boissons et les modalités de service (ex : utilisation de pailles...). Cette information doit s'inscrire dans le cadre d'un repérage précoce des usages nocifs.
- Les risques pathologiques liés à la consommation d'alcool (cancer, pathologies digestives, etc.).
- Les risques associés à la consommation d'alcool, à d'autres substances ou médicaments ainsi que ceux spécifiques à certains contextes (conduite de véhicule, engin ou machine, grossesse, milieu professionnel, suicide, etc.).
- Les traitements disponibles et leurs modalités, en précisant l'absence de traitement de substitution car l'alcool est en soi une substance toxique et addictive.
- Les conséquences de l'alcoolisation sur les liens sociaux, en particulier familiaux et conjugaux.
- Le maintien ou l'accès aux droits sociaux, en particulier de couverture d'assurance maladie²¹ (couverture maladie universelle (CMU), couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), aide médicale Etat (AME), mutuelle, etc.). A noter que certaines complémentaires (assurance ou mutuelle) excluent totalement ou partiellement certains risques et dommages liés à l'alcool.
- Le protocole de consommation contrôlée : réduction et/ou contrôle contextuel de la consommation.
- L'accompagnement dans l'accès et le maintien dans l'emploi.
- La réglementation relative à la consommation d'alcool : accessibilité des mineurs, taux d'alcoolémie et route (0,2 g / 0,5 g / 0,8 g / litre de sang), alcool en milieu professionnel.
- La courbe d'alcoolémie.
- La mise en garde sur le risque de complications en cas de sevrage brutal (delirium tremens, crises convulsives, ...).
- Les vraies et fausses idées et croyances en lien avec les consommations d'alcool.

Par ailleurs est recommandée la mise à disposition, dans le cadre d'actions de prévention ou d'accompagnement et de soins, d'éthylotests, de préservatifs féminins et masculins accompagnés de gel à base d'eau, etc.

Consommation contrôlée pour usagers excessifs, nocifs ou dépendants

La réduction de la consommation et le sevrage peuvent être pertinents pour parvenir à la réduction de certains dommages, mais tous les usagers n'y sont pas immédiatement prêts et la prévention des risques et réduction des dommages ne se limite pas au seul objectif

21 - Voir brochure « L'accès aux droits à une couverture maladie » Mémo récapitulatif à l'usage des professionnels de santé. Juin 2012. UNIOPPS, ANPAA, ATD Quart Monde, Croix Rouge Française, Emmaüs France, FNARS, Fédération d'Entraide Protestante, Médecins du Monde, Secours Catholique. Téléchargeable sur le site internet de A.N.P.A.A. : www.anpaa.asso.fr

de réduction de la consommation : proposer une pratique de prévention des risques et de réduction des dommages par le biais de la gestion d'une consommation contrôlée permet, plus particulièrement en première approche, à un plus grand nombre de personnes de recourir aux soins et de s'y engager.

La consommation contrôlée n'est pas uniquement une réduction de la consommation, mais une gestion adaptée de la consommation présentant un moindre risque. Par exemple, un conducteur d'engin peut déplacer sa consommation sur ses temps en soirée plutôt qu'en matinée avant de se rendre au travail.

Des travaux²² ont montré que :

- Même après avoir bénéficié d'un programme thérapeutique orienté vers l'abstinence, certains patients alcoolo-dépendants choisissent avec succès de maintenir une consommation à plus faible risque.
- Même après avoir choisi un programme de consommation contrôlée, de nombreux patients alcoolo-dépendants finissent par choisir l'abstinence. Au cours du temps, les taux d'abstinence (comparés à ceux de consommation contrôlée) tendent à augmenter.
- Offrir le choix entre objectif initial de consommation contrôlée ou abstinence permet une meilleure adhésion et continuité dans le traitement, sans augmenter le risque d'une perte de contrôle de la consommation.
- Quand le choix est offert, les patients en difficulté avec l'alcool ont tendance à choisir l'objectif qui correspond le mieux à la sévérité de leur situation.
- De nombreuses personnes souffrant d'utilisation nocive pour la santé ou même de dépendance à l'alcool restent en dehors du système de soins, car elles rejettent (a priori) l'idée d'une abstinence totale. Ainsi, les programmes traditionnels de soins orientés vers l'abstinence ne s'adressent qu'à une minorité de patients ayant des problèmes d'alcool et ayant déjà travaillé leur motivation. De plus, les sujets ayant des difficultés mineures avec l'alcool (utilisation nocive pour la santé) sont beaucoup plus nombreux dans la population générale que ceux qui ont des difficultés plus importantes (notamment une dépendance), sujets auxquels s'adressent les programmes traditionnels.

22 - Notamment :

- ALBRECHT A. DAEPEN J.-B. *Consommation contrôlée d'alcool chez le patient dépendant*. Revue Médicale Suisse n°118, publiée le 04/07/2007.
- GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS. *Dépendances* n°31. *La consommation contrôlée d'alcool : enjeux et perspectives*. 1^{er} avril 2007.
- HEATHER N., ROBERTSON I. *Controlled drinking*. New York : Methuen, 1983.
- PEELE S. *Through a glass darkly*. Psychol Today 1983;38-42.
- PENDERY M.P., MALTZMAN IM, WEST LJ. *Controlled drinking by alcoholics ? New findings and a reevaluation of a major affirmative study*. Science 1982;217:169-75.
- SOBELL M.B., SOBELL L.C. *Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate?* Addiction, 1995, 90: 1149-1154.
- SOBELL M.B., SOBELL L.C.. *Alcoholics treated by individualized behavior therapy : One year treatment outcome*. Behav Res Ther 1973;11:599-618.
- SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE. *Controverses et actualité en alcoologie*. 22 et 23 mars 2012. Table ronde *Abstinence ou consommation contrôlée ?*

Proposer un programme de consommation contrôlée peut favoriser l'accès aux soins pour un plus grand nombre de personnes en difficulté avec l'alcool. Elle permet, dans nombre de cas, d'améliorer notablement la situation initiale.

L'équipe de professionnels définit avec l'usager l'objectif de la démarche de soin plutôt que d'imposer un objectif fixé unilatéralement ou insuffisamment concerté.

i Soigné... Sois nié...

Fixer pour l'usager des objectifs inadaptés, que l'usager ne peut pas atteindre compte tenu de ses compétences et vulnérabilités, peut l'exposer à des risques de mise en échec.

Partenariats

Comme toutes les missions des CSAPA, la mission de réduction des risques liés à l'alcool doit se concevoir dans le cadre d'un partenariat concerté. Une bonne connaissance des missions et compétences des acteurs locaux permet d'orienter et d'accompagner les usagers vers d'autres structures, si besoin. Il conviendrait que des partenariats se nouent autour des questions de prévention, formation, emploi, hébergement, logement, endettement, problèmes familiaux, services de santé scolaire et au travail, protection sociale, justice, services de santé mentale, etc.

En particulier, l'établissement d'une étroite collaboration avec les CAARUD, CHRS, intervenants en milieu festif, s'impose.

Ces relais complètent la prise en charge de l'usager, favorisant ainsi l'amélioration globale de sa qualité de vie.

Réciproquement, il est important d'informer les différents partenaires des enjeux et pratiques de réduction des risques liés à l'alcool et de favoriser ainsi l'accès aux soins.

i Illustration : CHRS et alcool

Pour des raisons généralement avancées de prévention des risques de trouble de comportements, certains établissements d'hébergement collectif inscrivent l'interdiction de consommation d'alcool et de détention d'alcool dans leur règlement de fonctionnement, avec des sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion. Stratégiquement, certains usagers, les plus en difficulté avec l'alcool, surconsomment avant leur entrée dans l'établissement en fin de journée, pensant limiter leur manque durant la nuit, et pour éviter de « perdre » leur bouteille d'alcool. Ces surconsommations sont dangereuses pour l'usager et peuvent engendrer des risques de troubles de comportement. Une démarche de prévention des risques et de réduction des dommages consisterait à offrir la possibilité d'une consommation contrôlée dans l'établissement : cette démarche pourrait être travaillée en partenariat étroit entre CSAPA et CHRS. Par exemple, concrètement : offrir la possibilité pour le résident de stocker son alcool dans une consigne spécifique, la possibilité de consommer à toute heure dans les locaux, la proposition systématique de consommer avec un verre.



Pratiquer la prévention des risques et réduction des dommages nécessite de s'adapter à l'individu et à sa situation. Mais pour pouvoir disposer d'outils efficaces au moment opportun, il est parfois utile d'anticiper. Réfléchir sur les situations typiques que l'on prévoit de rencontrer permet de décortiquer « **l'arbre des causes** » (contexte) et de proposer autant de moyens de réduire les risques.

Ci-après des exemples avec des pistes de réflexion²³ :

Illustration I : Accident du travail sous l'emprise de l'alcool

- Un arbre des causes : conduire en état alcoolique, travailler sur des machines dangereuses ou dans des situations à risque (de chute ou d'autres blessures), etc.
- Des risques : risque routier (accident de la voie publique), risques professionnels (accident du travail, erreurs et négligences, absentéisme, perte d'emploi et conséquences sociales), risques judiciaires (condamnation pour conduite en état alcoolique), etc.
- Des moyens de prévention des risques et réduction des dommages : covoiturage ou transports en communs, prévention des risques professionnels liés à l'alcoolisation mais aussi du poste de travail, modification de la consommation (horaire de consommation, fréquence, quantité), etc.
- Des pratiques : identifier le type et le sens de l'usage, échanger sur les risques encourus, recueillir et compléter les connaissances (statistiques d'accidentologie de la route, effets de l'alcool, évolution du taux d'alcoolémie, mode d'emploi de l'éthylotest, etc.), présenter les professionnels ressources (médecin et personnels de santé au travail, CHSCT²⁴, CSAPA, réseau de soin, etc.), et utiliser les outils ad hoc (éthylotest, réglette d'alcoolémie, SIMALC, documents d'information, etc.)

²³ - Exemples issus de la formation RDR de l'A.N.P.A.A.

²⁴ - CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Illustration 2 : comas éthyliques de jeunes sur la voie publique

- Un arbre des causes : consommation massive et rapide d'alcool.
- Des risques : coma éthylique et ses complications (convulsions, hypothermie, décès...), violences, troubles du comportement, état de vulnérabilité, victime potentielle, etc.
- Des moyens de prévention des risques et réduction des dommages : travailler avec les jeunes sur la question des effets recherchés de l'alcool et de ses modes de consommation, et sur les effets constatés attendus et inattendus, etc.
- Des pratiques : partager des connaissances (définitions, effets, risques, gestes de premiers secours, numéros d'urgence) et donner les conseils clés (pas de mélanges, ne pas consommer seul, s'hydrater régulièrement, se couvrir, consommer progressivement, repérer les signes précurseurs du coma) en utilisant différents supports (discussion, informations, travail sur les représentations, jeux de rôle, etc.) et outils (éthylotest, réglette d'alcoolémie, SIMALC, documents d'information etc.), etc.

7 Quelques conseils de prévention des risques et de réduction des dommages à destination des consommateurs d'alcool



Les conseils suivants sont à adapter à la singularité de chaque consommateur :

- Boire de l'alcool peut être un plaisir : faites qu'il le reste.
- Chacun réagit différemment à l'alcool selon son sexe, sa corpulence, son état de santé physique et mental, sa tolérance et le contexte.
- En cas de consommation régulière : freinez ! Boire moins, c'est mieux. Parlez-en à votre médecin.
- De temps en temps expérimentez une période « alcool free » : ne consommez pas d'alcool durant quelques jours et faites le point avec les éventuels désagréments ressentis. Si vous éprouvez des difficultés : parlez-en à votre médecin.
- Si vous avez l'intention de boire : fixez vous des limites avant de ne plus pouvoir vous en fixer !
- Quand vous consommez : buvez lentement (le plaisir dure plus longtemps), mangez car cela diminue l'importance des effets soudains de l'alcool, alternez boissons alcoolisées et eau pour éviter la déshydratation.
- Evitez de consommer avant d'aller au travail ou dans toute situation qui risquerait de vous mettre en difficulté.
- Il est conseillé de s'abstenir de toute boisson alcoolisée pendant la grossesse, pendant l'enfance, ou lorsqu'on exerce des activités exigeant de la vigilance.
- Vous ne réussissez pas à arrêter de boire pendant votre grossesse : parlez-en à votre médecin.
- Restez toujours maître de vous-même : attention aux rapports sexuels non souhaités, aux rapports non protégés.
- Alcool et route : 0.5 g/litre de sang maximum... Ça va très vite ! Passez le volant si vous dépassez la limite.
- Alcool et médicaments : mauvais ménage ! Parlez-en à votre médecin prescripteur.
- Alcool et drogue : soyez attentifs aux effets qui se déclenchent en vous.
- Vous êtes dépendant à l'alcool : n'arrêtez pas brutalement, faites-vous aider.





Bibliographie indicative

- ALBRECHT A. DAEPPEN J.-B. *Consommation contrôlée d'alcool chez le patient dépendant*. Revue Médicale Suisse, 4 juillet 2007, 118.
- Alcool. Journal SWAPS (Santé, réduction des risques et usages de drogues), 2011, 62.
- *Alcool et risques de cancer. Etat des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique*. Paris, Institut National du Cancer, novembre 2007.
- *Alcool - Dommages sociaux, abus et dépendance*. Paris, Inserm, 2003 (Expertise collective)
- COMMISSION MEDICALE CONSULTATIVE A.N.P.A.A. Avis du 24 avril 2008.
- DALLY S. *Réduction des risques, l'alcoologie aussi*. Communication faite au 8^e Carrefour de l'addictologie de terrain, Nîmes, 2009. F3A-ELSA-A.N.P.A.A.
- FEDERATION FRANCAISE D'ADDICTOLOGIE. *Livre Blanc. 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France*. Mai 2011.
- *Grossesse et alcool. Consommation minimale et irrégulière : peut-être sans risque*. Revue Prescrire, 2011 ; 31 (337) : 837-844.
- GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS (GREA). *La consommation contrôlée d'alcool : enjeux et perspectives*. Dépendances, 2007, 31.
- HEATHER N, ROBERTSON I. *Controlled drinking*. New York, Methuen, 1983.
- JAUFFRET-ROUSTIDE M. *Réduction des risques : succès et limites du modèle à la française*. Alcoologie et Addictologie, 2011, 33(2) : 101-110.
- *La réduction des risques chez les usagers de drogues*. Paris, Inserm, 2010 (Expertise collective).
- MOREL A., COUTERON JP. *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris, Dunod, 2008.
- PEELE S. *Through a glass darkly*. Psychol Today, 1983 : 38-42.
- PENDERY M.P., MALTZMAN I.M., WEST L.J. *Controlled drinking by alcoholics ? New findings and a reevaluation of a major affirmative study*. Science, 1982, 217 : 169-75.
- REYNAUD M., PARQUET P.J., LAGRUE G. *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Rapport au Directeur général de la Santé. Paris, Odile Jacob, 2000.
- SOBELL M.B., SOBELL L.C. *Controlled drinking after 25 years : how important was the great debate ?* Addiction, 1995, 90 : 1149-1154.
- SOBELL M.B., SOBELL L.C. *Alcoholics treated by individualized behavior therapy : One year treatment outcome*. Behav Res Ther, 1973, 11 : 599-618.
- *Traité d'addictologie*. Sous la direction de Michel REYNAUD. Paris, Flammarion, 2006 (Médecine-Sciences).

Exemples d'actions A.N.P.A.A., à titre non exhaustif

- « Noz'ambule », A.N.P.A.A. 35, en partenariat, à Rennes.
- « Fêtez clairs », A.N.P.A.A. 75, en partenariat, à Paris. Site fetez-clairs.org.
- « Fêtons plus, risquons moins », A.N.P.A.A. 31, en partenariat, à Toulouse.
- « Tendances Alternatives Festives », A.N.P.A.A. 33, à Bordeaux.
- Recherche action A.N.P.A.A. 13 : « Au péril de la rue, à la porte du soin : usagers d'alcool en grande précarité - Les usagers de la rue tels qu'ils se racontent : parcours de vie et manières de boire ». Coordination : Matthieu FIEULAIN (2011).
- Module de formation : « Risques alcool et grande précarité, en parler, aider, accompagner », A.N.P.A.A. 13.
- Module de formation : « Accompagner les personnes présentant des usages d'alcool problématiques en situation de grande précarité : comment mieux en parler, aider, orienter », A.N.P.A.A. 13.
- Prévention des risques et réduction des dommages dans le cadre du Printemps de Bourges, A.N.P.A.A. 18, en partenariat.
- Réduction des risques alcool en CARRUD, A.N.P.A.A. 75.
- Réduction des risques en pension de famille « Mie de pain », à Paris, en partenariat avec l'A.N.P.A.A. 75.
- Brochure « Alcool chez les seniors », et « Prise en charge du risque alcool chez la personne âgée », A.N.P.A.A. 59.

Autres exemples d'actions

- Réduction des risques alcool en CHRS : CHRS l'Olivier, à Boulogne Billancourt (92), association Aurore.
- Securite-routiere.gouv.fr : conseils pour faire la fête en réduisant les risques routiers.
- Fetez-clairs.org²⁵ :
 - Charte FETEZ CLAIRS, pour prévenir la consommation de drogue et réduire les risques associés, signée par des lieux festifs.
 - Des bouchures, notamment : « *Le coma éthylique, c'est pas automatique* », « *Additionner les drogues, c'est multiplier les risques* ».

25 - Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie-75, Aremedia, Avenir Santé, CRIPS-Cirdd IDF, Chambre Syndicale des Cabarets Artistiques et Discothèques de France, Forum Français pour la Sécurité Urbaine, le Kiosque Info Sida Toxicomanie, Médecins du Monde Mission Rave, Play Safe, RadioFG, Radio Music Nord, Réseau en Ile de France, Syndicat National des Entreprises Gaies, Techno Plus, Technopol, Voiture

- Techno-plus.org : brochure alcool.
- EmeVIA (ex USEM, Union Nationale des Mutuelles Etudiantes Régionales) : guide d'organisation des soirées étudiantes.
- « *Alcool vous en savez quoi ?* » Brochure A.N.P.A.A., Emergence Espace Tolbiac, IPPSA, MILDT, INPES, réédition mai 2012.
- Outil « *Monte ta soirée* » sur montetasoiree.com, référencé sur le site de la MILDT.
- « *Alcool, autres drogues et risques professionnels* », A.N.P.A.A. 22.

Outils validés par la MILDT ciblés sur la question alcool

Disponibles sur le site drogues.gouv.fr (accès professionnel), notamment :

- Brochure « *Nos limites* », visant tout public indistinctement, produit par le CRIPS Ile de France.
- Exposition « *Alcool par ci, alcool par là : un peu, beaucoup, à la folie, pas du tout* » produit par le Conseil général du Bas-Rhin, service Jeunesse, et l'Association CIRDD Alsace. Outil à destination des jeunes de 12-15 ans.
- Disque bleu de stationnement – taux d'alcoolémie. Tout public, et plus principalement les conducteurs automobiles. Outil produit par la Mairie de Chilly-Mazarin.
- Brochure « *Mineurs et consommation d'alcool : une loi pour prévenir les risques* ». Produit par le CRIPS Ile-de-France et la préfecture de Seine-Saint-Denis avec le partenariat des syndicats distributeur d'alcool. Public : les personnes mineures.
- Brochure : « *Vente d'alcool aux mineurs : que dit la loi ? Comment dire non ?* ». Produit par CRIPS Ile-de-France et la préfecture de Seine-Saint-Denis avec le partenariat des syndicats distributeur d'alcool. Public visé : Professionnels/ fournisseurs d'alcool.
- DVD « *100 issues* », produit par l'A.N.P.A.A. du Cher avec la collaboration du lycée Pierre Emile Martin. DVD (séquencé) accompagné d'un livret, visant les lycéens.
- Guide « *Alcool, ouvrons le dialogue* » (2008) produit par l'INPES.
- Le Kottabos, jeu produit par l'A.N.P.A.A. 59.





- Annexe 1** : Consommation d'alcool. Doses, normes, seuils, recommandations, etc. A propos d'une difficulté de la prévention. Docteur Michel Craplet.
- Annexe 2** : Les tentations de la réduction des risques en alcoologie. Docteure Danielle Casanova.
- Annexe 3** : Accompagnement et réduction des risques : proposition de procédure expérimentale. Docteure Danielle Casanova.
- Annexe 4** : Dispositifs d'équipes A.N.P.A.A. intervenant de nuit dans l'espace public A.N.P.A.A. 44
- Annexe 5** : Alcool et grande précarité. Matthieu Fieulaine.
- Annexe 6** : Alcool et risque de cancers. Extrait du rapport de l'Institut National du Cancer.
- Annexe 7** : Alcool et grossesse. Extrait de la revue Prescrire.
- Annexe 8** : Numéros utiles.





Consommation d'alcool. Doses, normes, seuils, recommandations, etc. A propos d'une difficulté de la prévention

Docteur Michel Craplet, Direction des études et recherche, A.N.P.A.A., juin 2012

HISTORIQUE

Depuis toujours des moralistes et des médecins ont donné des limites de consommation d'alcool à ne pas dépasser. Ces « prescripteurs » utilisaient souvent des chiffres magiques (3 ou 7) ; ils tentent aujourd'hui de s'appuyer sur une base scientifique.

Depuis les années 90, des autorités sanitaires ont fixé des limites de « consommation raisonnable » (« sensible drinking »). La recommandation la plus connue est dite « de l'OMS ». Elle donne pour maximum une consommation de 3 verres (ou unités) par jour pour les hommes et de 2 verres (ou unités) pour les femmes (soit 21 et 14 verres par semaine). On ajoute parfois qu'il ne faut pas boire plus de 4 verres par « occasion » et qu'il faut s'abstenir d'alcool un jour par semaine²⁶.

En fait, il ne s'agit aucunement d'une recommandation officielle de la plus haute instance sanitaire mondiale. Ces chiffres sont issus des conclusions d'un simple groupe de travail de l'OMS publiées en 1994. Ils étaient donnés seulement comme un outil pour les interventions brèves car ces chiffres étaient utilisés dans le test de dépistage AUDIT et dans les recommandations de plusieurs pays²⁷.

Depuis, ces chiffres ont été largement répandus par les autorités sanitaires de nombreux pays et par certains producteurs et vendeurs d'alcool. On peut comprendre l'intérêt de ces derniers pour ces chiffres puisqu'ils sont supérieurs à la consommation moyenne, même dans les pays où la consommation est élevée.

CRITIQUES

Aujourd'hui, l'utilisation de tels chiffres est critiquée. L'A.N.P.A.A. ne peut que s'en féliciter puisque notre association a toujours essayé de valoriser une approche qualitative de la prévention, depuis le Docteur Godard²⁸ qui avait popularisé la notion de « *risque alcool* » et qui parlait d'une consommation « *facultative, modérée et circonstancielle* ». Il s'agissait

26 - La définition de l'occasion est bien difficile à donner. Comme disait un consultant : « Je ne bois qu'un verre à la fois ». Par ailleurs, s'abstenir d'alcool un jour par semaine, n'est ni un test de consommation sans problème (et même pas de non-dépendance) ni une méthode de prévention pour aucune complication.

27 - Un article récent résume cette histoire : Paule LATINO-MARTEL et coll. « *Alcohol consumption and cancer risk : revisiting guidelines for sensible drinking* », *CMAJ*, 2011. DOI : 10.1503/cmaj110363

28 - GODARD J., *Le risque alcool*. Paris, La Documentation française, 1980.

alors, au début des années 1980 - mais la situation n'a pas beaucoup changé -, de lutter contre le harcèlement à boire de l'alcool et donc de défendre ceux qui ne voulaient pas en boire, comme le disait une affiche²⁹ de prévention : « *N'obligez pas à boire de l'alcool : Offrir le choix, c'est savoir vivre* ».

Passons rapidement sur quelques critiques évidentes de l'approche quantitative. Les unités de consommation sont variables selon les pays (de 8 à 12 g d'alcool !), les recommandations internationales perdent donc de leur pertinence lorsqu'elles arrivent aux niveaux des publics nationaux. Par ailleurs, nous savons bien que les " verres " sont de tailles variables et sont remplis de manières différentes selon les lieux et les circonstances. Nous ne sommes pas encore dans « Le Meilleur des mondes » normé ou chacun parlerait en unités, en sachant convertir le volume en poids et réciproquement (même en état de sobriété)³⁰. Les recommandations sont donc différentes selon les pays et les agences sanitaires. Cette variabilité même témoigne de l'insuffisance de l'approche quantitative. La gravité des problèmes liés à la consommation d'alcool ne peut donc pas se résumer par des questions de doses. De même, les conseils de prévention ne peuvent pas se limiter à donner des informations sur les volumes d'alcool à consommer. Nous y reviendrons en conclusion.

PROBLÈMES

Variations interindividuelles

La notion de risque est souvent difficile à comprendre et à utiliser. Rappelons que le risque de mourir est de 1 ou 100 %. Il faut donc parler d'**augmentation du risque** en cas de « conduite à risque » justement et de **risque relatif** (« odd ratio » en anglais) lorsqu'on veut chiffrer une augmentation du risque par comparaison avec une situation où la conduite étudiée est absente.

Le risque est une notion statistique intéressante pour l'étude des populations. Mais il faut insister en alcoologie sur la variabilité personnelle des réactions à l'alcool. Aucune règle générale ne peut donner à un individu une information sur ses réactions. En l'état actuel des connaissances, il est donc impossible d'utiliser certains outils de prévention - comme des tables ou des réglettes - pour déterminer un taux d'alcoolémie après telle consommation et encore moins pour définir la modification du comportement qui en résulte.

Pour les effets sur le long terme, les variations interpersonnelles sont également grandes. Il y a longtemps que Georges Pequignot³¹ avait mis en évidence l'augmentation du risque de cirrhose pour des consommations aussi faibles que 2 verres par jour.

29 - Affiche éditée par le Comité National de Défense contre l'Alcoolisme (CNDCA) en 1971.

30 - Rappelons que, la densité de l'alcool étant de 0,8, 1 ml d'alcool soit 1cm³ représente un poids de 0,8 g.

1 ml de vin à 12 % représente donc un poids d'alcool de : 1 x 0,8 x 12 % soit 0,96 g,

120 ml de vin (un ballon de 12 cl) représente donc : 12 x 0,96 g d'alcool, soit 12 g d'alcool.

31 - PEQUIGNOT G., *La relation production /offre /consommation / pathologie*, in *Alcool et Economie*, Les cahiers du CNDCA, 2, 1986.

Tolérance sociale

Les recommandations sont souvent perçues comme des seuils impliquant l'absence de risque au-dessous de la dose donnée. Les producteurs tendent à les présenter comme des normes ou des moyennes de consommation recommandée. Pourtant, l'exemple de la sécurité routière est clair. Le taux d'alcoolémie de 0,5 g/l est un taux dit « légal », qui entraîne déjà un risque d'accident multiplié par 2. Cette augmentation du risque est acceptée par un consensus social, du fait de la **valeur culturelle et économique** des boissons alcooliques en France. Cette valeur permet d'oublier les contraintes de notre société (basées sur le principe de précaution), qui sont si lourdes dans d'autres domaines. Pour cette tolérance à l'alcool, il existe des différences selon les cultures et les époques qui s'ajoutent aux variations dues aux physiologies et psychologies de chaque consommateur.

Pragmatisme

Dans le travail de prévention d'aujourd'hui – qui essaye d'être non idéologique – nous avons la nécessité de respecter les données scientifiques tout en continuant de travailler de façon pragmatique et humaniste. Nous avons à travailler l'écart entre l'approche scientifique, fondée sur l'**exactitude**, et la prise en compte des **vérités** humaines³².

Prenons l'exemple de la polémique soulevée par une publication française récente³³ sur le rôle de la consommation d'alcool en cancérologie. Du fait de l'augmentation du risque cancer dès qu'il existe une consommation d'alcool, certains avaient diffusé un message dramatisant, insistant sur la toxicité dès le premier verre. Certes, de nombreuses publications internationales³⁴ confirment la toxicité de l'alcool en cancérologie, à très faible dose. L'abstinence supprime donc l'augmentation du risque. Mais si cette augmentation du risque est minime et joue sur une pathologie qui n'est pas très fréquente, le bénéfice global sera faible : la baisse de la mortalité sera par exemple de quelques dizaines de cas par an. Ce bénéfice ne justifie pas d'alerter la population par une attitude extrémiste. Si ces morts sont regrettables et regrettées pour les personnes en question et leur entourage, soit quelques centaines de personnes, elles ne peuvent conduire à des recommandations pour l'ensemble de la population, c'est-à-dire au niveau d'une politique de santé publique. En revanche, chacun peut prendre à son compte le message de précaution, s'il le souhaite. Ce message doit donc être présenté de façon particulière. Notre association utilise depuis longtemps l'expression : « *Toute consommation entraîne un risque* » sans pour autant adopter une attitude extrémiste.

32 - Voir les actes du colloque « Exactitude et vérités en alcoologie », Numéro spécial du *Papier de Verre*, Association URSA, Centre Hospitalier des Quatre Villes (Saint-Cloud), France, 2011.

33 - *Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations*. Boulogne-Billancourt, Institut National du Cancer, 2009 (Les synthèses du PNNS).

34 - Les références de ces publications sont données dans l'article de Paule Latino-Martel cité ci-dessus.

Causalité et association

La mise en évidence d'une causalité entre un comportement et un dommage n'est pas simple. Il s'agit souvent d'une simple association dépendant d'autres facteurs connus ou inconnus (« confounding factors » ou biais).

Nous pouvons prendre l'exemple de l'attribution de complications cardiaques à la consommation de café. On y a cru jusqu'au jour où on a compris que c'est parce qu'on trouve davantage de fumeurs parmi les buveurs de café que ceux-ci présentent un taux plus élevé de cardiopathies, à cause du tabac donc et non de la caféine.

Lorsqu'il existe une **relation quantitative** entre un paramètre de vie et un risque ou une donnée de mortalité ou de morbidité, elle peut s'exprimer de façons différentes.

- *Relation linéaire* : le risque augmente régulièrement dès que le paramètre est présent (ou bien à partir d'une dose seuil bien repérée). C'est le cas le plus simple.

C'est le cas du tabac, ce qui a donné lieu aux précautions mises en œuvre contre le tabagisme passif qui est à redouter même pour une exposition minime.

- *Relation exponentielle* : le risque existe dès qu'un facteur est présent, mais il augmente brutalement à partir d'une certaine valeur. Cela donne l'impression de l'existence d'un seuil de sécurité.
- *Courbe en J* : le risque commence par diminuer puis augmente. C'est le cas le plus complexe, retrouvé en particulier en alcoologie.

Un exemple facile à expliquer concerne le paradoxe de certains études de sécurité routière montrant que le risque d'accident baisse pour des taux d'alcoolémie faibles (0,1 à 0,2 g/l) avant de remonter rapidement. Cette bizarrerie s'explique par le fait que certains conducteurs conscients d'avoir bu un peu conduisent avec plus de prudence dans ce cas. Bien évidemment cette attitude ne suffit pas si le taux d'alcoolémie est plus élevé.

Un phénomène autrement plus complexe, et plus important, concerne ce qu'on a appelé le « paradoxe français », à savoir la plus faible fréquence d'accidents coronariens en France par rapport à d'autres pays aux facteurs de risque semblables. Certains ont attribué ce phénomène à un effet protecteur de la consommation d'alcool (pour des doses comprises entre 5 et 30 g d'alcool par jour). L'A.N.P.A.A. a souvent exprimé sa position, à savoir que les études laissant croire que l'alcool a un effet protecteur (cardio-vasculaire entre autres) sont le plus souvent biaisées. Certes, lorsque certaines conditions sont réunies, cet effet protecteur pourrait exister mais il ne peut pas être mis en avant sans précaution au niveau de la population générale. Cet effet éventuel a le plus souvent peu d'intérêt puisque le risque d'accident coronarien existe seulement après un certain âge et qu'il dépend de beaucoup d'autres variables.

CONDUITE A TENIR

Simplicité et vérité

Les outils de prévention doivent être simples à lire et faciles à utiliser, tout en reflétant la complexité habituelle de l'alcoologie.

Il est nécessaire de fournir des repères de consommation, par exemple « jusqu'à 3 unités par jour pour les hommes et 2 unités pour les femmes », en rappelant que le risque devient de plus en plus important au-delà ; mais qu'il ne s'agit ni de « normes de normalité », ni de seuils de dangerosité, et encore moins de recommandations de consommation.

Plutôt que d'insister sur les doses consommées, il faut parler des moments de la consommation, à la fois dans la journée et dans la vie du sujet. Les informations (même lorsqu'elles se présentent sous une forme schématique [tables, réglottes etc...]) doivent toujours indiquer que les chiffres donnés sont des moyennes et doivent insister sur la variabilité individuelle des réactions à l'alcool aussi bien sur le court terme (augmentation du taux d'alcoolémie) que sur le long terme (risque qu'une consommation dite « normale », c'est-à-dire conforme aux normes et aux conformismes sociaux, puisse évoluer vers un usage nocif ou une dépendance).

Il faut toujours ajouter la recommandation de l'abstention d'alcool en de nombreuses circonstances : conduite automobile et usage d'autres machines, grossesse, prise de médicaments psychotropes, et bien sur alcoolodépendance.

Pragmatisme et prudence

Il convient de tenir compte du contexte, à savoir de la répercussion d'un changement de comportement sur l'ensemble de la vie du sujet concerné.

Bien évidemment il ne faut pas tomber dans la tolérance, l'indulgence ou la connivence habituelle, mais il ne convient pas d'imposer une règle dure pour un bénéfice minime. Il convient de réserver une attitude extrême aux cas ne souffrant pas de discussion. Nous sommes assez souvent *considérés* comme des ayatollahs (par ceux qui veulent nous *déconsidérer*).

Approche globale

Il faut toujours évoquer l'approche globale. Les facteurs de risque sont multiples (biologiques, psychologiques et sociaux), des outils de prévention et de traitement multiples sont donc nécessaires. Il convient toujours d'évoquer l'ensemble des personnes concernées (et pas seulement « les jeunes », « les femmes », « les précaires »...) et l'ensemble des conséquences possibles de la consommation d'alcool.

Ainsi, les programmes dits de « conducteurs désignés » peuvent être des actions de réduction des risques intéressantes pour diminuer l'insécurité routière, en agissant sur le comportement des conducteurs, mais ils favorisent souvent la consommation des autres membres du groupe et augmentent les autres risques (violences domestiques, complications médicales).

CONCLUSION

Il convient d'insister sur le seul message validé par l'OMS en 1995, lors de la conférence ministérielle qui se tint à Paris. Ce message est « *Less is better* »... : **boire moins c'est mieux**. Bien sûr, cette formulation convient difficilement à ceux qui ont besoin de chiffres pour eux-mêmes ou pour communiquer un message aux autres. Pourtant la prévention et l'alcoologie en général s'accommodent mal du seul esprit de géométrie. Il faut y ajouter l'esprit de finesse d'une approche qualitative. Notons bien que *c'est la consommation d'alcool elle-même qui diminue l'intérêt des informations (recommandations, avertissements) et des engagements vis-à-vis des autres et de soi-même*. C'est la conséquence à la fois de l'effet désinhibiteur (oubli des « bonnes résolutions ») et du pouvoir addictif (perte de contrôle) de l'alcool. Certains repères de consommation maximale (2 et 3 verres quotidiens respectivement pour les femmes et pour les hommes) peuvent certes être donnés, si on précise qu'il ne s'agit pas de doses éliminant tout danger, si on admet que certains ne pourront pas s'y tenir et que la sûreté pour eux sera de ne pas commencer la consommation, soit en toutes occasions (s'ils sont dépendants), soit en certaines circonstances (lorsque leur résistance aux effets de l'alcool est faible).





Les tentations de la réduction des risques en alcoologie

Docteure Danielle Casanova, médecin coordinatrice A.N.P.A.A. 84, juin 2012

La Réduction des Risques ou RdR est déjà utilisée et formalisée en matière d'usage de substances illicites. De façon historique elle s'est imposée en visant la réduction du risque infectieux et continue dans cette voie. En ce qui concerne l'alcoologie les risques peuvent être à court ou long terme mais sont en général liés aux doses utilisées et aux circonstances. Les professionnels pourraient avoir la tentation d'envisager le problème essentiellement d'un point de vue toxicologique et donc de viser la réduction des quantités consommées. Ils peuvent s'orienter alors vers des techniques de gestion de la consommation : horaires, fréquence, occasions... Dans ce point de vue on considère que c'est l'organisation des consommations qui doit être recadrée ou revue. Consommer moins et s'abstenir dans des situations particulières constitue déjà une amélioration mais les modalités du « boire » des personnes en difficultés avec l'alcool peuvent-elles être réduites à ces aspects ?

En France, le fait de consommer des boissons alcoolisées est « un droit de sol ». Chacun de nous peut l'utiliser quand il le souhaite, dans le respect des lois et des rituels en vigueur dans son groupe d'appartenance. Parfois les uns sont en contradiction avec les autres et l'on choisit alors soit de se mettre hors la loi écrite, soit de se mettre en dehors du groupe. Mais on peut aussi ne rien choisir et être sanctionné par la loi sans avoir voulu la transgresser, être exclu ou menacé de l'être dans le groupe sans vouloir le quitter.

Deux des caractéristiques du positionnement des Français par rapport à l'alcool sont, d'une part que l'on considère qu'il est normal d'en consommer et par conséquent plutôt anormal de ne pas le faire dans certaines occasions, d'autre part que ce produit en vente très libre ne nuit à la santé qu'en cas d'abus. A ces constantes s'ajoutent le peu de culture et d'information sur l'alcool, et les boissons alcoolisées en général, qui sont manifestes dans la population dont plus de la moitié ignore encore la valeur du verre standard.

Le fait de ne pouvoir utiliser ce droit est une atteinte au libre arbitre, une menace pour la vie sociale au cours de laquelle de multiples sollicitations vont mettre à mal cette restriction imposée et/ou prescrite.

L'orientation générale actuelle des principes de santé publique à propos de la consommation d'alcool est assez claire :

« Réduire la consommation globale d'alcool reste le seul moyen de répondre avec efficacité aux enjeux de santé publique posés par la consommation d'alcool. C'est aussi l'objectif de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. L'atteindre passe par l'augmentation du

nombre d'abstinents et la réduction de la consommation des petits et moyens buveurs, les plus nombreux » (BEH thématique de l'InVS 12.09.2006).

Ce qui justifie aujourd'hui cette restriction prescrite, dont on souhaite qu'elle soit acceptée, intégrée et non discutée par l'utilisateur, ce sont les conséquences d'une consommation décrite et considérée comme pathologique. L'histoire sanitaire de notre pays est éloquente à ce sujet et la population française a payé une lourde note humaine depuis le XIX^{ème} siècle dans ce domaine. Après avoir enfermé les gens dans des asiles pendant plusieurs mois, des techniques de dissuasion ont fait leur apparition et découragé un peu plus patients et soignants. Le bout du tunnel a semblé venir des alcooliques eux-mêmes qui se sont constitués les premiers en groupe d'utilisateurs, ou plutôt de non usagers et d'entraide et ont prôné l'abstinence totale comme seule voie de rétablissement.

Aujourd'hui il semble difficile de remettre en question un modèle qui s'est imposé mais qui, outre qu'il témoignait de l'impuissance du corps social et médical, a montré son efficacité très relative sur le plus grand nombre. Pourtant il faudra bien y arriver. Certains axes de réflexion peuvent nous y aider :

- **Agir sur les comportements d'usage avec une perspective soignante**

Le soin vise le « bien être » ou au moins le « mieux être » tel qu'il peut être défini par une personne. Il prend appui sur une situation « clinique » à partir de laquelle s'élaborent des stratégies. Celles-ci vont se déterminer à partir de plusieurs facteurs. En premier lieu il s'agit d'une « rencontre » entre un professionnel qui est détenteur d'une culture de « savoirs » et qui se considère souvent comme expert, et un usager lui-même détenteur d'une culture du « vécu et de l'expérience », mais dont « l'expertise » est mise en doute ou douteuse. Ensuite vient « l'idée de soin » qui part d'une intention, celle d'être attentif et appliqué, avec un objectif, l'action soignante et même la guérison. Tout ceci se passe dans un contexte culturel où l'alcoologie est héritière d'une vision moraliste et hygiéniste née au 19^{ème} siècle, au sein d'un dispositif dont la mission est de traiter et contenir des usagers qui ne trouvent pas de réponse dans le droit commun et dans lequel les professionnels ont aussi une intention « ambitieuse », celle de permettre aux usagers de rétablir leur trajectoire de vie.

- **Modifier l'image du consommateur d'alcool : critique du « modèle médical »**

La perception des problèmes comme « maladie », rend compte d'un état qualitativement distinct de l'état « normal » avec pour symptôme essentiel, la perte de contrôle, la perte de liberté. Cette « maladie » est progressive, irréversible et plutôt incurable dans la mesure où on ne peut retrouver un état « normal » qui consisterait à (re)trouver un contrôle qui a été perdu. En l'absence de traitement qui le permettrait,

la prescription de l'abstinence « totale et définitive » s'impose. L'origine de cette affection est incertaine. Le modèle explicatif initial hésite entre la morale et la religion pour se fixer sur celui de la « maladie » depuis quelques années.

Si le mal est d'abord dans la substance, la théorie de la dégénérescence le place dans l'homme, atteint d'une « faiblesse constitutionnelle », assez rapidement et pour longtemps. L'intérêt attaché à la notion de « maladie alcoolique » dans le soin vient au 20^{ème} siècle dans un souci de déculpabilisation, mais non de déresponsabilisation, et convient davantage à des patients à qui on propose des soins en vue d'une « guérison ». Les techniques modernes ont identifié quelques aspects génétiques, quelques troubles de la personnalité, un état de co-dépendance... Et tentent d'apporter quelques réponses mais aucun trait de personnalité chez les « alcooliques » n'a été identifié comme étant prédicteur du comportement. Persistent deux caractéristiques : la négation et le déni qui sont considérés comme des freins à l'accomplissement des soins.

Le soignant devrait alors adopter une attitude dite « frontale » qui prendra appui sur l'affrontement et la directivité pour faire céder la dénégation et la rationalisation du patient. Les objectifs thérapeutiques sont assez bien admis et consistent à faire admettre à l'usager qu'il est malade, qu'il a perdu le contrôle de sa vie et que l'abstinence est le but à atteindre avec prédiction de la rechute en cas de « faux pas ». Au besoin on s'appuiera sur l'expérience d'un « ancien » qui connaît bien les mécanismes de défense. La motivation est reconnue comme indispensable mais... Elle existe ou non et les refus de traitement, les échecs et les abandons viendraient de l'absence de motivation de l'usager et de ses mécanismes de défense. Au total : aucune rémission n'est possible et la guérison est le combat de toute une vie.

Nous savons, ou devrions savoir, que ce soit disant refus de se soigner est davantage une peur d'arrêter un produit qui semble « aider à vivre » et qu'il faut voir dans la « résistance » de ce patient à changer davantage une des conséquences des postures et modalités de prise en charge inadaptées des soignants.

Des études ont montré l'absence de différence significative dans l'utilisation des mécanismes de défense chez les « alcooliques » et les « non alcooliques », mais cette posture provoque une inhibition de la demande d'aide et un manque de confiance des usagers dans l'efficacité des programmes thérapeutiques qui leur sont proposés.

La réduction des risques en alcoologie complète la vision classique, elle ne s'y oppose pas mais elle :

- Aide l'usager à définir les risques et les dommages qu'il doit réduire ou faire cesser.
- Accompagne l'usager dans la définition des changements à apporter dans ses usages et dans leurs contextes.
- Propose une alternative à « arrêter ou continuer comme ça ».

Elle invite à travailler sur les pratiques d'alcoolisation en y intégrant les bienfaits de l'usage, les risques consentis, les dommages identifiés, les modalités de la consommation et les modifications envisageables et surtout les ressources et les compétences de l'utilisateur.

« Prendre soin », c'est-à-dire soigner, c'est accompagner des passages difficiles dans la vie de quelqu'un. On y trouve une intention, celle d'être appliqué ainsi qu'un objectif, une visée thérapeutique, l'amélioration de la qualité de vie.





Accompagnement et réduction des risques. Une proposition de procédure expérimentale.

Docteure Danielle Casanova, médecin coordinatrice A.N.P.A.A. 84, juin 2012

PRÉAMBULE

Un survol rapide des rapports des hommes et de la médecine avec les boissons alcoolisées et les alcooliques montre que ceux-ci ont été à la fois très positifs en ce qui concerne les produits, beaucoup moins en ce qui concerne les individus. En matière de soin, il faut attendre 1975 et la création des centres d'hygiène alimentaire (CHA) pour que des structures entièrement dédiées aux alcooliques ne voient le jour et encore, à l'origine, elles ne devaient l'être que pour les buveurs « excessifs ». Dès les premiers essais thérapeutiques, les orientations ont été très fortement influencées par l'expérience des buveurs « guéris », les seuls en mesure de témoigner efficacement d'une stratégie adaptée face à l'incompréhension des mécanismes psychopathologiques par le corps soignant de l'époque. Le modèle médical issu directement de cette posture s'est imposé comme un dogme qui, depuis, n'a plus été revisité malgré quelques constats déroutants de la clinique sur le terrain.

Ce système de pensée a conduit un nombre important de personnes à être obsédées par la « rechute », dont hélas les usagers eux-mêmes qui tendent à se « chroniciser » dans un parcours qui oscille entre des périodes d'abstinence totale et d'alcoolisation massive et se lassent de programmes de soins auxquels ils ne croient plus du tout.

La fréquence et la régularité de ces comportements sont considérées comme des caractéristiques des « malades alcooliques » et non comme une éventuelle conséquence des programmes de soins. Ceci devrait pourtant nous alerter d'autant qu'une fois l'officialisation des troubles réalisée, on ne fait généralement plus aucune distinction entre le fait de consommer, les manières de le faire et les conséquences de la consommation ni du côté des usagers et de leur entourage, ni du côté des soignants.

Cette situation tend à conforter l'image de l'alcoolique velléitaire, résistant aux propositions de soin et incompetent. Elle incite les intervenants à redouter en permanence la consommation d'alcool (ré-alcoolisation ou re-chute) alors qu'on la dit quasi normale dans le parcours.

La prescription de l'abstinence, quelle que soit la méthode utilisée pour y arriver, imposée, suggérée ou convenue avec l'usager, est avant tout une interdiction à consommer qui se transforme en une sorte d'engagement moral vis-à-vis de soi-même et/ou des autres du fait de sa durée : elle est totale et définitive. Il n'y a pas d'alternative possible, c'est le tout ou rien.

S'il est vrai et indéniable que de nombreuses personnes ont retrouvé espoir et restauré leur estime d'elles-mêmes en arrêtant de « boire » il ne faut pas oublier d'une part que si ce principe simple et efficace d'abstention a pu satisfaire des usagers d'un certain âge il n'offre pas les mêmes avantages à des usagers plus jeunes sur la durée et que d'autre part « devenir abstinent » et s'y maintenir relève plus d'une démarche morale que soignante.

Un certain nombre de professionnels en addictologie disent aujourd'hui ne plus travailler dans l'esprit d'un objectif d'abstinence. Ces postures sont prises au cas par cas et ne sont pas documentées. Elles ne remettent pas en question l'abstinence « totale et définitive » qui apparaît toujours comme un idéal à atteindre, le « haut seuil » du soin pour certains.

L'expérience acquise dans l'accompagnement des alcooliques nous permet assez facilement de proposer des modalités de rupture avec la consommation plutôt satisfaisantes dans le respect des recommandations indispensables. Cette expérience d'abstention, lorsqu'elle est choisie par l'usager, lui permet de retrouver des capacités physiques et mentales et de développer de nouvelles compétences assez rapidement dans le cadre d'un soin organisé autour de ses intérêts et de ses préoccupations. Lorsqu'un usager ne fait pas le choix d'un arrêt, lorsqu'il souhaite avoir une consommation de boissons alcoolisées maîtrisée d'emblée ou après une période d'abstention quelles sont les propositions qui lui sont faites, que devient l'offre de soin ? L'accompagnement d'un usager ne peut se concevoir sans lui permettre de s'approprier son soin, sans que ses propres objectifs ne soient identifiés et pris en compte. Le soin, tel que nous le concevons, vise le « bien-être » tel que défini par l'usager lui-même et le professionnel, en s'appuyant sur une situation clinique particulière, élabore des stratégies avec une intention, celle d'être attentif et appliqué, et un objectif, celui de développer une action soignante. Cette perspective soignante se construit dans une rencontre entre un professionnel détenteur d'une culture de « savoirs » et un usager détenteur d'une culture du « vécu et de l'expérience » trop souvent déniée.

UNE PROCÉDURE EXPÉRIMENTALE OUVERTE SUR UN NOUVEAU MODÈLE DE COMPRÉHENSION

En lien étroit avec ce qui précède, les objectifs de soin traditionnels ont été revus et corrigés dans une optique de réduction des risques. Avant tout il s'agit d'un état d'esprit, d'une posture énoncée et assumée par le soignant, quelle que soit sa fonction. Chaque usager reçu doit pouvoir en bénéficier et le « protocole » tient compte d'un certain nombre d'exigences, la première d'entre elles étant qu'il n'est pas imposé mais proposé et que la stratégie adoptée sera convenue avec l'usager.

En premier lieu il importe de lever l'interdiction de consommer des boissons alcoolisées de façon claire et dans le même temps d'affirmer la non obligation à consommer ces mêmes boissons. La grande majorité des usagers reçus sont englués dans ces deux extrêmes ce qui a pour conséquences une culpabilisation gênante et douloureuse et un sentiment d'impuissance et d'inefficacité personnelle

préjudiciables à la construction d'un soin. Par ailleurs l'action de consommer des boissons alcoolisées sera nommée désormais « consommer » et non plus « boire » qui est trop régulièrement associé à « comme un trou » dans l'inconscient.

Il faut ensuite énoncer et enregistrer les objectifs de l'utilisateur qui ont pu être élaborés et identifiés au cours de l'entretien et avec lesquels les deux parties sont d'accord dans la mesure où ils tiennent compte des aspirations de l'utilisateur et des préoccupations de l'intervenant, ce qui se réalise lorsque ces objectifs vont dans le sens de la réduction des dommages. Cette étape est indispensable car elle consiste en fait à valider l'appropriation du soin et de ses modalités par l'utilisateur et sert d'horizon à atteindre dans un premier temps et d'élément d'évaluation dans un deuxième temps.

La méthodologie consiste alors à inviter l'utilisateur à éviter de faire des prédictions à l'avance sur son éventuelle consommation ou non consommation mais de décider de ce qu'il fait en situation. Il s'agit bien là de proposer à ce dernier de s'interroger au moment où la question se pose à lui afin d'éviter la tension et l'obsession qui sont la règle lorsqu'il se trouve dans des occasions propices à la consommation, ce qui est plutôt fréquent dans notre société. Ce n'est pas tant le fait d'anticiper une situation qui pourrait être à risque pour lui ou qui pose problème, c'est plutôt le fait de déterminer une posture à adopter hors situation ce qui rend la décision inadaptée au contexte en temps réel et réduit la mobilisation des ressources de l'utilisateur au moment où il en a le plus besoin.

On lui proposera donc de se poser une première question afin de distinguer s'il a envie ou non de consommer au moment où la question se pose à lui. Soit il n'a pas envie et dans ce cas il lui est affirmé que rien ne peut le faire consommer, en particulier l'incitation de l'environnement. Combien d'utilisateurs auront témoigné du fait qu'ils avaient consommé alors qu'ils n'en avaient pas envie ?

Soit il a envie de consommer et dans ce cas il devra se poser une deuxième question, celle de savoir ce qu'il attend de cette consommation. En effet il est précieux de pouvoir identifier que chacun, même quand il est alcoolique, a des attentes diverses quant à son usage des boissons alcoolisées, précieux pour le professionnel, précieux pour l'utilisateur. Plusieurs réponses peuvent être données et on proposera un éventail possible afin de permettre à l'utilisateur de s'autoriser à parler de ses attentes réelles.

En général trois catégories sont aisées à proposer :

1. On peut dire que l'on n'attend rien, c'est un discours qui n'est pas rare dans la discipline afin de minimiser les conséquences de l'alcoolisation. Dans ce cas on précisera que le choix d'une boisson alcoolisée est toujours assujéti à des attentes, tout à fait légitimes, et dédouanera l'utilisateur de son obligation à prouver qu'il fait comme tout le monde. On précisera que s'il se répond à lui-même de la sorte il doit comprendre qu'il se ment, ce qu'il a droit de faire, et dans ce cas autant le savoir.

2. Il est possible qu'il recherche un état d'ivresse, ce qui est légitime aussi, et dans ce cas il consommera en excès. On doit préciser alors qu'il n'a pas besoin de notre aide pour cela, il sait le faire, mais que, compte tenu des objectifs de réduction des risques qu'il a validés, il doit prendre un certain nombre de précautions qui seront étudiées avec lui en fonction de sa clinique personnelle. Tout doit être exposé : hypoglycémie, déshydratation, fausse route, perte de contrôle, désinhibition, perte de l'autocritique... Et les conseils de réduction des risques et des dommages doivent être proposés et validés. C'est un moment important où l'utilisateur peut parler de ses expériences antérieures et définir plus précisément ce qu'il cherche désormais à éviter.
3. Enfin, et c'est souvent le cas, il recherchera plutôt à vivre un moment de détente et de plaisir et dans ce cas on lui proposera des modalités adaptées. Celles-ci sont simples et relèvent du bon sens. Des usagers témoignent souvent de tentatives antérieures qui n'ont malheureusement pas été suffisamment valorisées ni par eux-mêmes, ni par leur environnement.
 - a. La première disposition à respecter consiste à s'installer confortablement et à se réserver du temps pour cette consommation et donc à ne jamais se cacher pour consommer car, dans le cas contraire, l'estime de soi est fortement réduite et la culpabilité totale, ce qui est très pénalisant et contraire à l'attente de l'utilisateur. Les personnes qui ont été entraînées à considérer que le fait de consommer est un « faux pas » vont exprimer des réserves sur leurs possibilités à respecter cette consigne et leur analyse sera très importante.
 - b. La deuxième consigne est de consommer dans un verre, plutôt joli, jamais à la bouteille. Cette option est en lien direct avec la première car l'une comme l'autre entraînent une consommation rapide dont on va voir qu'elle pénalise l'utilisateur en favorisant la perte de contrôle. Par ailleurs cette modalité de consommation est fortement inesthétique et souvent avilissante, ce qui est là aussi contraire à l'attente de l'utilisateur, enfin elle ne lui permet pas d'apprécier les quantités ingérées. C'est un problème récurrent dans les lieux d'hébergement où les règlements interdisent la consommation sur place et obligent les hébergés à consommer vite pendant le temps réservé aux sorties ou avant de rentrer pour la nuit.
 - c. La troisième consigne est de consommer doucement, à petites gorgées et il faut la légitimer par une information sur l'évolution de l'alcoolémie. En effet la clinique nous a appris que les alcooliques non seulement boivent vite mais perdent le contrôle de leur consommation rapidement et nombreux sont ceux qui nous ont bien dit qu'ils n'en avaient pas l'intention au départ. Les effets spécifiques de l'alcool se manifestent à partir d'un seuil situé entre 0,30 g et 0,50 g d'alcoolémie selon les individus, le maximum de l'alcoolémie étant atteint en 1/2 heure après l'ingestion. L'usage répété des boissons alcoolisées élève ce seuil, ce qui fait dire à certains qu'ils « tiennent » bien. Le problème se pose quand ce seuil est atteint rapidement par une consommation qui sera excessive par rapport aux attentes compte tenu de la vitesse de pénétration dans la circulation sanguine. Lorsque l'on prend le temps

d'expliquer le verre standard, l'évolution de l'alcoolémie et la perte de contrôle régulière, les usagers nous dévoilent leurs propres constatations et comprennent ce qui leur arrive. Ils sont alors mieux équipés pour faire leur propre expérience et constatent qu'ils peuvent avoir plusieurs manières de consommer parmi lesquelles ils peuvent faire un choix qui devient « éclairé ».

- d. Enfin, dans le cas où l'utilisateur pense à consommer un autre verre, il est invité à reprendre la procédure à l'origine et à intercaler un verre de boisson non alcoolisé entre les deux autres afin de permettre d'une part à son alcoolémie de se réduire puisqu'elle baisse lentement et d'autre part de s'hydrater et d'améliorer ses perceptions gustatives.
4. On s'informerait auprès de l'utilisateur s'il envisage un autre type d'attente et celle(s)-ci sera explorée avec lui, quant aux modalités à mettre en œuvre, afin de respecter le cadre de la réduction des risques qui a été convenu avec lui.

L'ensemble de la procédure est l'occasion de réaliser une « éducation thérapeutique » comme cela se fait dans certaines disciplines médicales où la participation du patient aux soins est requise.

Toutes les explications sont écrites et données aux usagers et sont généralement conservées soigneusement par ceux-ci. Les rencontres suivantes permettront d'évaluer les stratégies retenues, les effets constatés et les difficultés ressenties par une analyse qui tiendra compte du degré de satisfaction de l'utilisateur. Cette procédure nous permet de sortir de la vision réductrice de l'ancien modèle de compréhension basé sur l'abstinence totale et définitive et de la confusion entre les conséquences de l'alcoolisation, les manières de consommer et le fait de consommer en nous permettant d'apporter une aide réelle à nos usagers qui ne se résume pas à une proposition unique et convenue.





Dispositifs d'équipes A.N.P.A.A. intervenant de nuit dans l'espace public.

Guide des veilleurs de soirée, A.N.P.A.A. 44

Le phénomène d'hyper alcoolisation (ou binge drinking) prend de l'ampleur en France depuis quelques années, avec une réalité particulièrement marquée dans les villes où l'offre festive est celle d'une ville universitaire, dans les établissements, lors des soirées, notamment étudiantes, mais aussi lors des soirées privées chez les particuliers. Ce phénomène s'accompagne de prises de risques pour les jeunes liés à l'alcoolisation, accidents, violences, coma éthylique, « bad trip » mais aussi relations sexuelles non souhaitées, forcées ou non protégées.

Les dispositifs A.N.P.A.A., Noz'ambule à Rennes, Tendances Alternatives Festives (TAF) à Bordeaux ou encore Fêtons plus risquons moins à Toulouse s'inscrivent dans une démarche de promotion de la santé. Axé sur la responsabilisation des individus, du groupe et de tous les acteurs, ces actions supposent l'acquisition d'un climat de confiance avec les jeunes comme avec l'ensemble des acteurs de la nuit.

Il s'agit d'équipes de prévention et de réduction des risques qui interviennent au plus près des jeunes à travers :

- Des actions de terrain. Constituée de professionnels et souvent de pairs (volontaires et bénévoles), l'équipe va à la rencontre des jeunes sur l'espace public par exemple les jeudis, vendredis, et samedis de 21h à 03h aux abords des lieux festifs mais également dans le cadre d'événements festifs, en journée ou en soirée, sous la forme de stand.
- Un travail en réseau avec les professionnels de la nuit, les professionnels de la santé et les étudiants.

Objectif général : Prévenir et réduire les risques liés à une hyperconsommation d'alcool et/ou d'autres produits.

Où ?

- Dans l'espace public, aux abords des lieux festifs.
- L'équipe se déplace à pied dans l'hyper centre, et en véhicule pour les trajets plus longs sur les lieux festifs.

Comment ? Une équipe mobile identifiée par des blousons, des badges et des sacs avec le logo de l'A.N.P.A.A. pour transporter le matériel de prévention.

Pour quoi ? Aller à la rencontre de tous les jeunes de 13 à 25 ans présents sur l'espace public, qu'ils aient consommé ou non.

Une démarche de prévention et de réduction des risques et des dommages :

- Prise de recul vis-à-vis de sa consommation,
- Valorisation du jeune et/ou du groupe,
- Responsabilisation,
- Rappel du cadre légal.

L'équipe assure :

- Une régulation et une médiation par une présence adulte en milieu festif avec une approche rassurante, sécurisante, non jugeant et non moralisatrice.
- Un signalement et une orientation potentielle en évaluant les situations et en préparant le relais pour les pompiers ou la police.
- Une veille sanitaire en remontant des informations clés sur les pratiques festives des jeunes.

Appui sur un travail en réseau

- Avec les jeunes: bureaux des élèves et associations d'étudiants, et les organisateurs de soirée.
- Avec les acteurs de la nuit : bars, discothèques, agents de sécurité, police, pompiers, brigade nocturne.
- Avec les professionnels de l'éducation : université, éducation nationale, établissements formant des professionnels de la santé et du social, structures d'accueil des jeunes.
- Avec les professionnels de la santé: CHU, services d'addictologie, mission santé publique de la ville, CSAPA.

Equipe en capacité...

- De faire preuve de réactivité afin d'ajuster son mode d'intervention aux nouvelles pratiques festives tel que les apéros géants.
- De former des relais de prévention, à travers les bénévoles, les volontaires, les stagiaires et les futurs professionnels.
- De partager son savoir faire grâce à l'expertise qu'elle développe aussi bien pour la création de projets similaires que pour l'apport d'expérience lors de colloques sur la prévention.

Cadre éthique

- **Disponibilité** : L'équipe va à la rencontre de tous les jeunes sur l'espace public sans distinction de sexe ou de quelconque signe d'appartenance.
- **Confidentialité** : le contenu des échanges avec les jeunes et le recueil des données est anonyme.
- **Anonymat** : l'équipe préserve l'anonymat des jeunes qu'elle rencontre.
- **Non jugement** : l'équipe ne juge les « dires » et les comportements des jeunes, quels qu'ils soient.
- **Libre adhésion** : à aucun moment l'équipe ne doit forcer l'échange avec un jeune ou un groupe de jeunes.
- **Égalité** : Dans chaque échange, l'équipe, tout en restant professionnelle, doit se considérer d'égal à égal avec les jeunes qu'ils rencontrent. Aucun membre de l'équipe ne doit être dans une démarche de « faire la morale » par rapport aux jeunes.

Moyens humains

Par exemple : coordonnateur, infirmière, intervenante de prévention.

Matériel distribué

Par exemple : éthylotests, brassards, préservatifs féminins/masculins et gel, outil d'autoévaluation de sa consommation, bouchons d'oreilles, eau, plaquettes d'information

Financement possible du dispositif : FIPD, ville, etc.

Pour plus d'informations :

- « Noz'ambule », A.N.P.A.A. 35, en partenariat, à Rennes.
Tél : 02 99 31 58 55
- « Fêtons plus, risquons moins », A.N.P.A.A. 31, en partenariat, à Toulouse.
Tél : 05 61 62 14 26
- « Tendances Alternatives Festives », A.N.P.A.A. 33, à Bordeaux.
Tél : 05 57 57 00 77

i Un groupe de travail A.N.P.A.A. va produire un guide d'action relatif aux équipes A.N.P.A.A. intervenant de nuit dans l'espace public.





Alcool et grande précarité. « Au péril de la rue, à la porte du soin ».

Les usagers de la rue tels qu'ils se racontent : parcours de vie, manière de boire, accès aux soins.

Une recherche-action de l'A.N.P.A.A. 13

Matthieu Fieulaine, animateur de prévention, A.N.P.A.A. 13

AVANT PROPOS³⁵

« Cette étude, les constats qui y sont faits et les pistes de travail qui sont proposées trouvent leurs origines dans la volonté de quelques-uns, de promouvoir des pratiques professionnelles en travail social et en alcoologie s'appuyant sur la contribution et l'expertise des usagers à analyser et porter un regard distancié sur leur situation. Cette orientation, clairement assumée, de recherche de terrain sur « ce qui ne se fait pas », en venant poser les limites de nos modèles d'accompagnement, n'est pas une remise en cause globale des dispositifs existants mais plutôt la volonté de voir émerger un accompagnement adapté et respectueux des spécificités des personnes vivant à la rue. Mais, au-delà du souhait de l'A.N.P.A.A. 13 d'ouvrir des pistes pour rechercher des approches complémentaires aux accompagnements proposés par nos établissements, ce projet a également permis de faire émerger une réflexion plus générale sur l'intérêt d'ouvrir nos pratiques en alcoologie, sur la nécessité de valoriser des protocoles basés sur des approches thérapeutiques posant la co-construction et la contribution des personnes à leurs propre projet de soins.

Ainsi, les enseignements issus de ce rapport dépassent largement le cadre même des « publics » auquel il prétend s'intéresser pour ouvrir de manière irréversible la voie d'une approche participative, devant poser la question de la complémentarité aux protocoles de sevrage et positionner de manière prioritaire, essentielle et centrale une approche de réduction des risques et des dommages en alcoologie [...] ».

Grande précarité, personnes à la rue, constats établis par l'étude de l'A.N.P.A.A. 13

- « La rue ça pue moins avec des verres dans le nez, la vie est plus douce » (Daouia, 34 ans, une des personnes vivant à la rue qui apportent leur témoignage dans l'étude) L'alcool et sa consommation massive sont rendus nécessaires par les conditions de vie telles que subies par les personnes vivant à la rue. L'étude de l'A.N.P.A.A. 13 restitue, parmi d'autres données et témoignages recueillis, les récits de parcours de vie et

35 - Avant propos d'Hélène Blanc, ex directrice de l'A.N.P.A.A. 13

d'usages de 10 personnes sans abri consommatrices d'alcool. Il apparaît que l'alcool constitue souvent le meilleur remède aux nombreuses souffrances générées par le contexte, par les freins à l'accès aux droits, à l'hébergement et aux soins et par les logiques d'exclusion à l'œuvre.

- Tout le monde s'accorde à dire que la perspective d'arrêt des consommations est illusoire dans le contexte de grande précarité, contribuant en cela au fatalisme ambiant qui s'avère très utile pour justifier par anticipation de l'échec inéluctable d'un accompagnement en matière de réinsertion, d'intégration dans un dispositif d'hébergement ou de soins. Pourtant, le sevrage est perçu comme seule proposition / injonction à la fois par les usagers d'alcool à la rue régulièrement confrontés à une exigence d'arrêt de la consommation comme préalable à l'obtention d'une aide ou d'un soin, par les professionnels de l'aide sociale qui y voient le seul moyen d'assurer la réussite de leur mission mais également par les acteurs du soin qui considèrent que c'est le seul moyen de traiter les différentes atteintes subies par l'utilisateur.
- Si la méta-analyse de plusieurs études proposées par l'étude A.N.P.A.A. 13 semble montrer que les usagers d'alcool à la rue ont des consommations plus importantes que la population générale, l'étude établit qu'en termes d'impacts sur la santé, plus que la surconsommation, c'est d'abord le contexte d'usage qui est générateur de morbidité : **le fait d'être à la rue est un facteur majeur de sur-risques et de sur-dommages induits par les usages et contribue à l'isolement et au non recours aux dispositifs d'aide et de soin.**
- Autre aspect abordé par l'étude et qui constitue un élément essentiel pour formaliser de nouvelles approches s'appuyant sur l'expertise de l'utilisateur et partant de ses besoins, ses capacités et ses projets : **Les usagers d'alcool à la rue développent des compétences propres de gestion des alcoolisations qui répondent aux nécessités et contraintes** ; parmi ces compétences : la capacité à moduler ses consommations au gré des activités, des obligations, du danger ou des menaces pouvant particulièrement survenir en certains lieux et à certains moments de la vie dans la rue. Il convient de faire l'analyse fine de ses modes d'usages, des aspects bénéfiques qui doivent être préservés et des méfaits dont il serait souhaitable de se défaire : ces savoirs et savoir-faire non reconnus sont un outil essentiel pour élaborer un projet de soins opérationnel.
- « Moi, chaque fois qu'on m'a viré c'était à cause de l'alcool... Et c'est arrivé un paquet de fois... Je compte même plus. Tu bois dedans : tu te fais virer, tu bois avant pour pas boire dedans : tu te fais virer, tu te retiens de boire et t'es pas bien parce que t'es en manque, tu te fais virer ! Et même quand t'arrives à être accepté des fois, c'est les autres sdf qui te vivent, parce que tu les déranges, que eux soi-disant, ils sont clean [...] ». A rebours des idées reçues souvent légitimées par le positionnement « expert » de soignants et d'addictologues, la pratique prohibitionniste en vigueur dans les dispositifs d'aide, de soin, d'accueil et d'hébergement tient ordinairement lieu de seule réponse à la

question des usages problématiques d'alcool chez les personnes en grande précarité. Cette posture masque le problème sans le résoudre en laissant à la porte du dispositif les plus menacés, en poussant au développement de pratiques d'usage cachées et niées. Au prétexte de « ne pas pousser à la consommation », de prévenir les troubles du comportement et de préserver l'institution, cette politique a pour effet d'aggraver la mise en danger des personnes dans le même temps qu'elle contribue à les priver d'accès aux soins.

- Le projet thérapeutique alcoologique principalement axé sur le projet à plus ou moins long terme de sevrage ainsi que les modalités d'accueil généralement à « haut-seuil d'exigence » telles que rencontrées dans le dispositif de soins spécialisés et restituées dans notre étude favorisent l'exclusion du soin des personnes à la rue qui ne disposent pas des moyens nécessaires pour s'y inscrire. Dans le même temps, ces modalités d'accompagnement contribuent à la légitimation de cette exclusion puisqu'il est acquis pour tous que « faire arrêter de boire quelqu'un qui retournera ensuite à la rue, c'est illusoire et contre-productif » (selon les propos d'un médecin alcoologue cité par l'étude).
- Pratiques de la « patate chaude » entre professionnels : « [...] L'usager d'alcool³⁶ à la rue est donc doublement exclu, doublement stigmatisé puisque systématiquement assigné à cette double identité aliénante d'« alcoologique » et de « SDF ». Il est usager d'alcool ? Il pose un gros problème à ceux qui veulent le sortir de la rue. Il est usager de la rue ? Il pose ainsi un tout aussi gros problème à ceux qui veulent le sortir de son « alcoolisme ». Il ne peut alors être question pour lui que de trouver l'énergie, les ressources et l'aide pour s'extraire des deux à la fois. Il arrive exceptionnellement qu'il y parvienne, au prix de maints efforts et de l'engagement d'un grand nombre de professionnels de l'aide sociale et du soin. »
- Désinsertion et marginalisation accrues, morbidités et mortalités aggravées par la non prise en charge de la problématique alcool à tous les niveaux.

Objectifs

La réduction des risques telle qu'elle s'est développée en toxicomanie dans les années 1990 en France, au-delà de la seule question de la réduction des risques infectieux qui n'est pas exactement transposable aux risques « alcool », a d'abord eu pour effet de changer le regard « expert » sur les usages, de créer du lien entre les dispositifs de soins et des publics qui n'y avaient jusqu'alors pas accès et qui se trouvaient être les plus menacés. Il a pour cela fallu un changement de paradigme dans la conception qu'avaient les soignants de leurs missions et une redéfinition des objectifs poursuivis par le projet de soins : c'est cette dimension qu'il convient de formaliser pour l'appliquer à la question des usages d'alcool générateurs de méfaits.

36 - Pour désigner les personnes concernées par l'étude, l'A.N.P.A.A. 13 a choisi, faute de mieux, la terminologie « usagers d'alcool » plutôt que « alcoologiques », « alcoolodépendants » ou tout autre terme qui qualifierait a priori la nature de la relation entretenue par le sujet avec le produit. Il s'agit bien entendu de s'attacher aux usages générateurs de dommages et qui posent problème à celui qui consomme et/ou à ceux qui l'entourent.

- Réduire les conséquences néfastes liées aux usages (conséquences organiques, psychologiques, sociales) sans forcément intervenir sur les niveaux quantitatifs d'usages, en proposant des soins de première ligne visant à atténuer les méfaits et en permettant d'abord une mise à l'abri de l'usager pour extraire ses consommations du contexte hautement pathogène que constitue la rue.
- Intervenir sur le contexte d'usage plutôt que sur l'usage lui-même, c'est déjà prendre soin : en fonction d'une analyse pragmatique et compréhensive de ce qui est envisageable pour l'usager dans la situation qui est la sienne, il convient de fixer des objectifs atteignables qui peuvent porter sur les niveaux d'usages mais aussi sans réduire ceux-ci sur les modalités de consommations, sur les formes d'absorption, les types d'alcool consommés, les moments ou les lieux de consommation.
- Sécuriser les consommations : lorsqu'il n'est pas envisageable de réduire un usage nocif, il convient alors de « prendre soin » de cet usage, quelle que soit son importance, afin qu'il soit le moins dommageable possible : si un usager boit énormément, il vaut mieux qu'il le fasse dedans que dehors, accompagné plutôt qu'isolé, en ayant accès à des besoins primaires (hygiène, alimentation...) qu'il n'est souvent plus en capacité de satisfaire lui-même, etc.
- Développer des modalités d'accueil à bas seuil : c'est-à-dire, sur le modèle des « boutiques » : notamment permettre que les lieux de soins soient d'abord des lieux de protection non conditionnés par l'inscription de l'usager dans une démarche de changement de ses consommations.
- Gérer les suralcoolisations : accepter qu'une personne ait consommé, c'est aussi être en capacité de gérer des situations impliquant des alcoolisations massives : prévenir les crises, assurer une protection mais également une contention, réassurer la personne et tout d'abord avoir une attitude non-stigmatisante telle que celle fréquemment rencontrée et qui contribue à créer un climat d'agressivité.
- En finir avec la prohibition de la consommation d'alcool dans les dispositifs d'accueil : puisque les usages existent et sont souvent massifs, il convient de développer des modalités « d'accueil avec alcool » au sein du dispositif d'accueil et d'hébergement, ainsi que cela se pratique dans certains pays comme le rapporte l'étude, et proposer un soutien par les professionnels de l'addictologie à ce type d'accueil en définissant une gestion des usages en institution.
- Aider à la survie, c'est-à-dire faire le choix parfois difficile de fixer des objectifs extrêmement modestes et rarement valorisants pour le soignant qui consistent à accompagner l'usager dans des surconsommations sans imposer de changement mais en instaurant les conditions de sa possible survie.
- Renouer du lien : accepter les usages quels qu'ils soient, co-définir des objectifs sans restrictions avec l'usager. Ces pratiques permettent de restaurer le lien rompu entre une offre d'aide et de soin par trop exigeantes et des publics qui s'en sentent exclus ou qui refusent d'y avoir recours. Renouer le lien, c'est là aussi déjà soigner et c'est la condition essentielle pour favoriser l'émergence d'une demande d'aide librement formulée et non contrainte.

- Prendre la personne là où elle se trouve et lui proposer un projet adapté à sa situation, ses possibilités et ses compétences.
- Développer des réponses à l'urgence : il est communément admis et parfois même enseigné qu'il n'existe pas d'urgence en alcoologie. Cela s'entend si l'on considère que le projet thérapeutique alcoologique se limite à apporter un changement profond (sevrage, modération...) à des modes de consommations inscrits dans l'histoire et le système de vie du patient. Prétendre dans l'urgence bouleverser un rapport aussi « structurant » au produit alcool est effectivement illusoire mais les usages d'alcool à la rue nous apprennent qu'il est en parallèle essentiel de développer des réponses immédiatement applicables à des situations de danger imminent engageant parfois le pronostic vital de la personne à très court terme et qui posent comme principe le maintien des usages sans que celui-ci grève l'accès aux soins, aux droits et aux dispositifs de protection.

Adapter les pratiques en alcoologie

- Développer une pratique de soins s'appuyant sur l'expertise alcoologique qui vise à atténuer les dommages (alcoopathies, etc.) et non réduire ou stopper les consommations.
- Développer une pratique clinique axée sur l'amélioration ou la stabilisation de l'état de la personne usagère et de sa situation, sur la « bobologie » et la diminution des méfaits en intégrant le maintien de consommations.
- Pratiquer une alcoologie qui « va vers » : Equipe mobile, interventions de rue et soins de premier secours.
- Proposer des modalités d'accueil adapté : créneaux sans rendez-vous, locaux adaptés, accès non-soumis à l'inscription dans une démarche de changement des consommations.
- Assurer un étayage aux acteurs de première ligne.

Dispositif à mettre en œuvre

- Assurer la formation des acteurs impliqués à la problématique des usages d'alcool à la rue : soignants, travailleurs sociaux, équipes d'alcoologie.
- Créer et/ou aider au développement d'espaces permettant une sécurisation des consommations (accueils de jour, hébergement).
- Mettre en place une équipe spécialisée en alcoologie et ayant une connaissance de la grande précarité pour expérimenter de nouvelles pratiques et les évaluer.
- Protocoler des outils de gestion des alcoolisations.
- Créer ou aider au développement d'un espace d'accueil bas-seuil sur le modèle des boutiques non conditionné à une démarche de soins.
- Assurer un soutien aux structures partenaires impliquées sur cette question.
- Favoriser la mise en place de parcours d'aide de soins impliquant tous les acteurs pour que les usagers d'alcool à la rue cessent d'être exclus.

- Développer une approche de réduction des risques et des dommages en alcoologie qui s'attache à définir des modalités d'intervention destinées à proposer formellement des projets d'accompagnement et de soins non seulement aux publics très marginalisés visés par l'étude, mais au-delà à toutes les personnes précaires ou non, qui parce qu'elles ne veulent pas modifier des consommations ou ne le peuvent pas, parce qu'elles ont eu à subir la violence d'échecs répétés générant une forte culpabilisation et une rupture du lien thérapeutique, voient leurs situations se dégrader fortement sans plus solliciter une aide ou un soin qui les a disqualifiés.

En 2012, l'A.N.P.A.A. 13 travaille à la formalisation de ces recommandations en mettant en œuvre les projets suivants :

- Formalisation d'une pratique de réduction des risques et des dommages dans les CSAPA gérés par le comité départemental : quels outils, quels partenariats, quelles compétences, quelle évaluation, etc.
- Expérimentation d'une équipe alcoologique mobile comprenant médecins et travailleurs sociaux pour aller vers les usagers à la rue, en situation de danger et n'ayant pas accès aux dispositifs existants, afin d'évaluer les besoins et apporter une réponse aux problèmes rencontrés.
- Un programme expérimental de réintroduction de l'alcool dans des dispositifs d'accueil de jour et d'hébergement avec définition des modalités de gestion des usages et évaluation de l'impact sur la qualité de vie des bénéficiaires.

Pour en savoir plus,
A.N.P.A.A. 13 : Tél. 04 91 84 07 71



Alcool et risque de cancers.

Le rapport de l'Institut national du cancer, « Alcool et risque de cancers³⁷ » fait état d'informations importantes pour l'établissement de recommandations : « La relation linéaire entre la consommation d'alcool et le risque de cancer, l'absence d'une dose sans effet, l'interaction avec d'autres facteurs de risque tels que le tabac, la variabilité de la réponse individuelle vis-à-vis de l'alcool, l'absence d'influence du type de boisson alcoolisée, l'existence de mécanismes biologiques plausibles ».

Le rapport précise :

- « La consommation de boissons alcoolisées augmente fortement le risque des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). Le niveau de preuve est jugé convaincant.
- La consommation de boissons alcoolisées augmente le risque de cancer du foie, généralement après le développement d'une cirrhose alcoolique.
- Les études récentes montrent également une association entre la consommation d'alcool et le risque de cancer du sein chez la femme, et le risque de cancer colorectal dans les deux sexes. Bien que l'augmentation du risque soit modeste, en raison de l'incidence très élevée de ces cancers en France, la prévention ciblée sur ce facteur de risque contribuerait également à réduire fortement l'incidence et la mortalité des cancers liés à l'alcool.
- Pour d'autres types de cancers, le rôle potentiel de l'alcool est moins bien établi. »

Recommandations du rapport INCa :

« En matière de prévention des cancers, en l'absence de dose sans effet, la consommation régulière d'alcool n'est pas conseillée. Des actions d'information et de sensibilisation peuvent être renforcées : l'augmentation du risque étant significative même pour une consommation d'alcool modérée, avec un risque d'autant plus élevé que la consommation est élevée, il convient d'encourager les personnes ayant une consommation excessive à réduire les quantités consommées. De même, il convient d'encourager les personnes consommant régulièrement des boissons alcoolisées à réduire la fréquence de leur consommation. Dans l'état actuel des connaissances, il convient également de ne pas inciter les personnes abstinentes à une consommation régulière et modérée de boissons alcoolisées. »

37 - Alcool et risque de cancers. Etat des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique. Paris, Institut National du Cancer, 2007





Alcool et grossesse.

Extrait de la revue Prescrire³⁸

« **Alcool pendant la grossesse : informer les femmes sans dramatiser ni culpabiliser.**

L'exposition in utero à une consommation quotidienne et régulière d'alcool, de 2 verres standard ou plus, augmente le risque de troubles cognitifs et comportementaux. Répéter cette information à diverses occasions semble utile pour réduire la consommation d'alcool des femmes qui ont une consommation à risque.

L'exposition in utero à de fortes doses d'alcool (5 verres standard par jour ou plus) provoque des malformations et des troubles graves du développement mental chez environ 5% des enfants.

À partir de 2 verres standard par jour (ou de 14 verres standard par semaine), l'alcool est nocif pour la mère, ainsi que pour le développement cérébral de l'enfant exposé in utero.

Chez les femmes qui ne souhaitent pas être abstinentes, mieux vaut leur conseiller de boire irrégulièrement, sans dépasser 4 verres standard par semaine et 2 verres standard en une occasion.

Autour de 2 mois à 4 mois de grossesse, le développement du cerveau de l'enfant paraît particulièrement vulnérable.

Par prudence, mieux vaut s'abstenir de tout alcool durant cette période.

Après 1 ou 2 épisodes de consommation importante d'alcool pendant les premiers mois de grossesse, les risques pour l'enfant sont très faibles, ce qui permet de rassurer les femmes se remémorant ces épisodes. Une consommation d'alcool pendant la grossesse, même si elle est importante, ne justifie pas, à elle seule, une interruption de grossesse. »

³⁸ - Grossesse et alcool. Consommation minimale et irrégulière : peut-être sans risque. *Revue Prescrire* 2011 ; 31 (337) : 837-844.





Numéros utiles

Samu	15 (112 d'un mobile)
Pompiers	18 (112 d'un mobile)
Police-gendarmerie	17 (112 d'un mobile)
Urgence sociale / sans abri	115
Ecoute alcool	0811 91 30 30
Drogues info service	0800 23 13 13
Ecoute cannabis	0811 91 20 20
Tabac info service	39 89
Ecoute dopage	0800 15 2000
Joueurs info service	09 74 75 13 13
Sida info service	0800 840 800
Hépatites info services	0800 845 800
Droits des malades info	0810 51 51 51
Asthme et allergies info service	0800 19 20 21
Maladies rares info service	0810 63 19 20
Fil santé jeunes	32 24 (fixe)
.....	01 44 93 30 74 (d'un mobile)
Ligne Azur (<i>jeunes et questions sur la sexualité</i>)	0810 20 30 40
Santé info droits (SIS)	0810 004 333
Info des ministères de la santé, de la solidarité, de l'emploi et du travail	0820 03 33 33
08Victimes	08 842 846 37
SOS médecins	36 24
Violences conjugales	39 19
Allo enfance maltraitée	119
Allo services publics	39 39
Croix Rouge écoute (<i>difficultés relationnelles, violences, mal-être, solitude...</i>)	0800 858 858
Alcooliques Anonymes	0820 32 68 83
Narcotiques Anonymes	0800 88 12 88
SOS suicide Phénix	01 40 44 46 45
.....	0825 120 364
Suicide écoute	01 45 39 40 00
A.N.P.A.A.	01 42 33 51 04

Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool...

Ce qu'il faut retenir.

La prévention des risques et la réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool c'est :

- Une démarche de promotion de la santé.
- Une dynamique inscrite dans un continuum qui va de la prévention aux soins.
- Des actions élaborées autour d'objectifs pragmatiques de différents niveaux compte tenu de l'individu, de ses pratiques, expériences, compétences et vulnérabilités, dans un contexte donné.
- Une recherche de stratégies, avec chaque individu, fondées sur une balance entre dommages et bénéfices d'une consommation d'alcool.
- Des actions qui ne se limitent pas aux seuls objectifs de réduction de la consommation d'alcool, voire d'abstinence, mais qui peuvent viser la consommation contrôlée.
- Une approche permettant à l'usager de vivre avec ses pratiques tout en diminuant autant que possible ses risques et dommages.
- Une coopération inscrite dans le cadre de partenariats concertés.

Étapes d'une approche de prévention des risques et de réduction des dommages :

1. Identifier et hiérarchiser avec l'usager les risques, selon les modalités de consommation et le contexte, et repérer les dommages existants.
2. Aider l'usager à identifier ses compétences et vulnérabilités, en s'appuyant plus particulièrement sur son expérience.
3. Sélectionner les risques et dommages que l'usager souhaiterait réduire, suite à une information appropriée, compte tenu notamment du facteur temps d'apparition potentielle des dommages et de leur impact.
4. Aider l'usager à trouver et s'approprier les moyens d'action adaptés pour réduire les risques et dommages ciblés.
5. Accompagner l'usager dans l'atteinte de ces objectifs, tout en l'aidant à donner du sens sur les causes profondes des risques qu'il prend.



20, rue Saint-Fiacre - 75002 Paris
Tél. : 01 42 33 51 04 - Fax : 01 45 08 17 02
contact@anpaa.asso.fr - www.anpaa.asso.fr

