La réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA)

Historique, pratiques, analyse et propositions

Guylaine Benech

Direction scientifique :
† Pr Michel Reynaud et Dr Bernard Basset
Fonds Actions Addictions

Janvier 2021

Financé par la Mildeca et avec le soutien de la DGS

Ce rapport est dédié au professeur Michel Reynaud.

PRESENTATION

Ce présent rapport porte sur la réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA). Il s'intéresse tout particulièrement aux initiatives, de plus en plus répandues en France, visant à accompagner, dans une approche de RdRDA, la consommation d'alcool de personnes en difficulté avec ce produit. Une attention particulière est portée aux actions s'adressant aux usagers les plus vulnérables, et notamment aux personnes en situation de précarité.

Il est organisé en quatre parties :

La première partie propose un rappel historique pour mieux comprendre le contexte dans lequel a émergé la réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA).

La deuxième partie propose une analyse du concept de RdRDA.

La troisième partie recense des initiatives de RdRDA déployées dans des espaces variés, en France. Elle se termine par un aperçu de dispositifs probants adoptés à l'étranger.

La quatrième partie propose une analyse de la situation et ouvre la discussion autour d'enjeux éthiques, juridiques, sanitaires, sociaux et de politiques publiques.

Le document se termine par une liste de recommandations visant l'amélioration des dispositifs français d'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool, dans un souci de réduction des inégalités de santé.

Des fiches-action décrivant plus en détail des expériences particulièrement avancées de RdRDA sont annexées au rapport.

Ce travail est le résultat d'une mission confiée au Fonds Actions Addictions par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et la Direction générale de la santé (DGS) du Ministère des solidarités et de la santé.

L'équipe de travail
Chargée d'étude et rédactrice : Guylaine Benech
Direction scientifique : † Pr Michel Reynaud et Dr Bernard Basset

Les idées exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs uniquement. Elles n'engagent ni les personnes consultées lors des travaux, ni les financeurs de cette mission.

Remerciements
L'équipe de travail tient à remercier Amel Belaïd (DGS), Pierre-Yves Bello, Christelle Cros (FAA), Auriane Djian (MILDECA), Sylvie Chazalon (DGS), Ruth Gozlan (MILDECA), Sylvain Gueho (DGS), Elise Riva (DGS) et David Weinberger (MILDECA).

Le genre masculin est utilisé comme générique et dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

SOMMAIRE

RESUME **5**
INTRODUCTION **6**
Contexte de l'étude 6
Questions et objectifs 7
CONTEXTE **9**
La consommation de boissons alcoolisées en France 9
Les différents types d'usage d'alcool 10
Risques et dommages liés à la consommation d'alcool 11
Des populations particulièrement vulnérables 12
Focus sur la situation des personnes en situation de grande précarité 13
I. RAPPEL HISTORIQUE **15**
La construction d'une politique unifiée de lutte contre les conduites addictives 15
Une transformation des politiques d'action sociale 21
La mobilisation des associations et des mouvements d'entraide 23
Les expériences « pionnières » en accompagnement de la consommation d'alcool 24
Des initiatives de capitalisation et conceptualisation 26
II. ANALYSE CONCEPTUELLE **29**
Le cadre légal de la RdRDA 29
Le consensus des acteurs 30
L'absence de ligne directrice en matière d'accompagnement de la consommation d'alcool 33
De la RdR à la RdRDA : une filiation qui suscite des interrogations 34
Des interventions « wet » « tolérantes » et « dry » 36
III. LA RdRDA EN PRATIQUE : EXEMPLES D'ACTIONS **37**
En France, un déploiement de la RdRDA dans des espaces variés 37
CSAPA 37
CAARUD 38
Structures d'hébergement 38
Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation 39
Centres Communautaires d'Action Sociale 39
Etablissements pour personnes âgées 40
Services hospitaliers 40
Maisons de santé 40
Maternités et structures de périnatalité 40
Structures d'insertion par l'activité économique 41
Missions locales 41

Accueils de jour 42
Milieu rural 43
Tribunaux 43
Groupes d'entraide 43
Espaces numériques 44
Débits de boissons 44
Et à l'étranger ? 46
Accompagnement de femmes enceintes consommatrices d'alcool 46
Soutien à l'entourage de personnes en difficulté avec l'alcool 47
Programmes de consommation contrôlée 48
Espaces de consommation d'alcool 48
Programmes de gestion de l'alcool (*« Managed Alcohol Program»*) 49
IV. ANALYSE ET DISCUSSION 50
Des interventions peu évaluées 50
Des principes fondamentaux partagés 51
Une diversité d'actions 53
Des difficultés conceptuelles 54
Des pratiques questionnables 56
Les pratiques de « convivialité » autour de l'alcool 56
Le don d'alcool en prévention ou gestion du syndrome de sevrage 60
Conclusion 61
IV. RECOMMANDATIONS 63
Encadrement, formation et sécurisation des pratiques professionnelles 63
Coordination et pilotage de l'offre de RdRDA 65
Mesures structurelles 66
Déploiement de l'offre de RdRDA 66
Etudes et recherche 67
Communication vers le grand public 69
VI. ANNEXES 70
Fiches actions 71
Critères d'abus, dépendance et trouble de l'usage 86
Liste des sigles 87
Liste des personnes consultées 88
Références bibliographiques 90

RESUME

La réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA) est la déclinaison, pour le produit spécifique qu'est l'alcool, du paradigme de la « réduction des risques et des dommages (RdRD) ». La RdRD reconnait l'existence d'usages et de comportements à risques et, plutôt que d'interdire ou de contraindre, s'attache à transmettre aux personnes et aux populations les informations, les ressources et les aides qui leur permettront d'exercer au mieux leur pouvoir d'agir et ainsi limiter les conséquences négatives résultant des usages de substances psychoactives. La RdRD est également une politique publique, définie par l'article L3411-8 du Code de la Santé Publique. Cette politique est encadrée par un référentiel qui précise son périmètre et pose le cadre légal de sa mise en œuvre. Cette politique, initialement, ne portait que sur les usages de stupéfiants. En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé l'a élargie à l'ensemble des conduites addictives, incluant les usages de produit licites tels que l'alcool ou le tabac.

Le périmètre de la RdRDA est large. Il recouvre des modalités d'action diverses et s'adresse à l'ensemble des personnes concernées par les usages d'alcool, et notamment à celles qui ne souhaitent s'abstenir de manière totale et définitive d'en consommer.

L'émergence de la RdRDA en France s'est faite de manière progressive au cours des dernières décennies, dans un contexte national marqué par la naissance de l'addictologie en tant que discipline unifiée et par de grands changements de paradigmes en alcoologie. Cette période a également été marquée par une transformation des politiques sociales accordant une place désormais centrale aux usagers, dans une logique d'accueil inconditionnel.

Des initiatives de RdRDA sont actuellement déployées, en France, dans des espaces diversifiés, à l'attention d'une pluralité de publics. Des offres d'accompagnement à la consommation d'alcool sont désormais proposées par plusieurs structures médicosociales. Des démarches de consommation contrôlée d'alcool sont expérimentées. Les associations et mouvements d'entraide, historiquement attachés à la notion d'abstinence, ont désormais inscrit la RdRDA dans leur projet associatif. L'objectif énoncé de ces nouvelles pratiques est généralement d'accueillir chaque personne « là où elle en est », dans le respect de ses choix ; de sécuriser les consommations d'alcool ; d'offrir aux usagers un environnement plus sûr ; et/ou de proposer un accompagnement centré sur la réduction des risques et des dommages qui ne se limite pas à une simple réduction du nombre d'unités d'alcool consommées.

En l'absence de référentiel de pratiques en RdRDA, les actions sont développées sur des bases essentiellement expérientielles par des acteurs menant un travail de proximité et qui imaginent et mettent en œuvre des réponses pragmatiques *ad hoc*. Elles sont rarement évaluées.

Certaines initiatives de RdRDA, en France, reposent sur des pratiques questionnables, consistant par exemple à offrir ou servir de l'alcool aux usagers à des fins de « convivialité », consommer de l'alcool avec eux (*boire avec*) ou encore promouvoir une consommation de boissons alcoolisées dites « de qualité » (*bien-boire*). Il en est de même pour la gestion des problèmes de sevrage par la délivrance d'alcool. Ces pratiques soulèvent des questions d'ordre juridique, mais également de sécurité pour le patient, d'éthique et de déontologie professionnelle

La situation française en matière de RdRDA se caractérise donc par un consensus fort autour des principes et valeurs qui doivent guider les actions d'accompagnement des usagers en difficulté avec l'alcool. L'absence de ligne directrice, et notamment de référentiels de bonne pratique, rend difficile l'appropriation par tous de la RdRDA. La France gagnerait à adopter un plan stratégique de déploiement de l'offre de RdRDA, sur la base de données probantes.

INTRODUCTION

Ce présent rapport porte sur la réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA). Il s'intéresse tout particulièrement aux initiatives, de plus en plus répandues en France, visant à **accompagner, dans une approche de RdRDA, la consommation d'alcool de personnes en difficulté avec ce produit** et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas s'abstenir immédiatement, totalement et définitivement de consommer des boissons alcoolisées. Une attention particulière est portée aux actions s'adressant aux usagers les plus vulnérables, et notamment aux personnes en situation de précarité, ainsi qu'aux femmes enceintes.

Ce travail propose une analyse conceptuelle de la RdRDA, un domaine de l'addictologie dont la définition, le périmètre, les principes fondamentaux et les modalités d'actions sont parfois difficiles à appréhender du fait du caractère souvent récent et divers des expérimentations. Il existe néanmoins des points de repère historiques permettant de mieux comprendre comment et pourquoi, au cours des dernières décennies, des personnes et des organisations ont souhaité expérimenter de nouvelles formes d'accompagnement, destinées à mieux répondre aux besoins d'usagers en difficulté avec l'alcool. Ce rapport a également pour ambition de dresser un panorama le plus large possible des initiatives actuellement déployées en France, de façon à rendre compte de la grande diversité des réponses imaginées localement. Le rapport comprend des fiches action décrivant plus en détail les activités menées par certains porteurs de projet. Ces actions ont été choisies en raison de l'existence de travaux de capitalisation ou d'évaluation permettant de les documenter et/ou parce qu'elles ont fait l'objet d'une reconnaissance institutionnelle. Des initiatives probantes nord-américaines sont également décrites, de manière à élargir la réflexion sur le champ des possibles.

Ce travail s'accompagne de recommandations opérationnelles dans l'optique du déploiement, à l'échelle nationale, d'un dispositif d'accompagnement en RdRDA stratégique et cohérent, qui permettrait de mieux répondre aux besoins des usagers consommateurs d'alcool en général, et des publics les plus vulnérables en particulier.

Contexte de l'étude

Ce travail répond à une demande de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et de la Direction générale de la santé (DGS) du Ministère des solidarités et de la santé, qui souhaitaient disposer d'un bilan des expériences menées en matière de RdRDA en France. Il est le reflet de leur volonté d'améliorer les politiques publiques autour des usages d'alcool, et notamment l'offre de soins et de services médico-sociaux. Cette mission fait écho à la priorité No 7 du plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 : « Améliorer l'offre en matière de réduction des risques et des dommages », et en particulier aux objectifs 1.1, 1.3 et 1.4 :

> *Objectif 7.1.1 Réviser le référentiel national de réduction des risques en direction des usagers de drogue (issu du décret n°2005-347 du 14 avril 2005, actuellement annexe 31-2 du code de santé publique) pour élargir cette approche à l'ensemble des conduites addictives*
>
> *Objectif 7.1.3. Communiquer davantage auprès des publics concernés (consommateurs et proches) sur l'offre de RDRD (3)*
>
> *Objectif 7.1.4. Réaliser un bilan des expériences menées en matière de RDRD alcool*

Il s'inscrit également dans la priorité 8 du plan national de mobilisation contre les addictions : « aller vers les personnes vulnérables », qui porte sur la lutte contre les inégalités sociales de santé. La MILDECA rappelle en effet que *« les conduites addictives concernent de façon inégale les différents groupes sociaux ».*

Les populations identifiées par la MILDECA comme étant particulièrement concernées par les conduites addictives sont les suivantes :

- **Les personnes ayant connu des épisodes de précarité**
- **Les jeunes errants**
- **Les migrants**
- **Les personnes sans abri**
- **Les personnes souffrant de graves troubles psychiatriques**

Concernant l'usage d'alcool, la notion de vulnérabilité est élargie à :

- **Certains groupes favorisés, tels que les femmes cadres par exemple**
- **Certaines classes moins aisées, notamment les hommes vivant au sein de ménages à bas revenus**
- **Les femmes enceintes et les enfants à naître**
- **Les jeunes**

Une attention accrue est portée dans ce rapport sur les initiatives impliquant **« les acteurs du secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion »**, conformément à la priorité 8 du plan MILDECA.

Questions et objectifs

L'approche de « réduction des risques » (RdR) s'est développée en addictologie dans les années 1980 en réponse à l'épidémie du VIH. L'objectif initial était de limiter les contaminations infectieuses liées aux pratiques d'injection de drogue par voie intra-veineuse. Progressivement, la démarche s'est élargie à toutes les conduites addictives, dans l'objectif d'en limiter les risques et les dommages pour l'usager, son entourage et l'ensemble de la société. L'addictologie est à ce jour le seul domaine de santé couvert par une politique de RdRD. Les autres champs sont organisés en politique de « prévention » et de « soins », mais l'approche de « réduction des risques et des dommages » est absente. Le seul domaine, hormis l'addictologie, couvert par une politique de RDR, est la prostitution. Un « référentiel national des actions de réduction des risques en direction des personnes prostituées » a en effet été créé par décret en 2017.

En France, on associe encore spontanément le concept de RdRD aux programmes s'adressant aux consommateurs de drogues illicites, et moins fréquemment aux consommateurs d'alcool. Pourtant, comme le souligne la MILDECA :

> *« Au-delà de l'acception traditionnelle du concept de réduction des risques centré sur l'usage de drogues illicites (notamment par voie intraveineuse), la réduction des risques et des dommages se développe pour d'autres substances psychoactives, notamment l'alcool. Des expérimentations locales sont conduites en ce sens. Elles doivent être évaluées pour que les bonnes pratiques puissent être diffusées » (MILDECA 2018 : 62)*

Une idée assez communément répandue définit la RdRDA comme une démarche proposant aux usagers consommateurs d'alcool une alternative à l'abstinence. Autrement dit, la RdRDA se caractériserait par *ce qu'elle n'est pas*, à savoir une approche « abstinentielle[1] ». Elle répondrait donc exclusivement à la demande d'usagers qui ne voudraient ou ne pourraient mettre un terme à leur consommation de boissons alcoolisées. Si cette définition présente, nous le verrons, des limites conceptuelles, il est vrai que depuis de nombreuses années l'abstinence totale et définitive n'est plus considérée, en alcoologie, comme l'idéal thérapeutique. Ce changement progressif de paradigme a favorisé l'essor de nouvelles pratiques.

[1] Le terme « abstinentiel » n'existe pas dans la langue française. Il est cependant assez fréquemment utilisé en addictologie en référence aux démarches visant l'abstinence. C'est pourquoi nous l'utilisons ici. Les professionnels semblent le préférer à celui de « néphaliste ».

Des initiatives diverses et éparses ont vu le jour pour répondre aux besoins des personnes qui ne souhaitaient pas ou ne pouvaient pas s'abstenir de boire de l'alcool, et qui de ce fait se trouvaient exclues des dispositifs d'accompagnement ou de soins posant en prérequis un projet d'abstinence. Des offres d'accompagnement à la consommation d'alcool sont désormais proposées par plusieurs structures médicosociales, qu'il s'agisse de centres spécialisés en addictologie, comme les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) ou de structures d'hébergement et de lutte contre l'exclusion.

De plus en plus d'établissements modifient leur règlement intérieur de façon à autoriser la consommation de boissons alcoolisées dans leur enceinte, afin d'amorcer un travail sur l'accompagnement de la consommation d'alcool dans un but de réduction des risques et des dommages. Des associations de lutte contre l'exclusion et la précarité inscrivent la RdRDA dans leur projet d'accueil. Des programmes de consommation contrôlée voient le jour, dans des services hospitaliers, dans des centres de soins et ailleurs. Des programmes d'Education thérapeutique du patient (ETP) relèvent de la RdRDA. Les associations et mouvements d'entraide, historiquement attachés à la notion d'abstinence, ont désormais inscrit la RdRDA dans leur projet associatif. L'objectif énoncé de ces nouvelles pratiques est généralement d'accueillir chaque personne « là où elle en est », dans le respect de ses choix, de sécuriser les consommations d'alcool, d'offrir aux usagers un environnement plus sûr et/ou de proposer un accompagnement centré sur la réduction des risques et des dommages qui ne se limite pas à une simple réduction du nombre d'unités d'alcool consommées.

A l'heure actuelle, il n'existe aucune étude recensant l'ensemble de ces initiatives, pour en proposer une analyse globale. Il est difficile de percevoir une unité dans la diversité des formes d'accompagnement proposées. Les modèles théoriques sur lesquels se fondent les actions, leurs principes d'intervention, leurs outils et mêmes les publics visés sont peu connus. La documentation, qui est éparse, ne permet pas d'avoir une vue d'ensemble des projets et des pratiques. Le cadre conceptuel qui les unit est imprécis.

L'objectif de ce travail est de pallier ce manque, en documentant l'existant de façon à proposer une vue d'ensemble des interventions menées en France, ainsi qu'un cadre conceptuel permettant de les appréhender.

En soi, ce rapport vise à répondre aux questions suivantes :

1. Qu'est-ce que la « réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA) » ? En existe-t-il une définition pouvant faire consensus ? Quels sont ses principes, ses valeurs, son champ d'intervention, ses méthodes, ses outils et son cadre légal ?
2. En quoi consistent les initiatives de RdRDA proposant un accompagnement de la consommation d'alcool ? Qui en sont les porteurs ? Quels sont les publics visés ? Comment ces initiatives ont-elles vu le jour ? Comment se déroulent-elles ? Quelles difficultés rencontrent les porteurs ? Sont-elles évaluées et si oui, quels sont leurs effets ?
3. Quels sont les éléments de convergence et de divergence entre les différentes initiatives ? Quelles leçons pouvons-nous tirer de leur analyse ? Quels enjeux ces nouvelles pratiques posent-elles pour l'addictologie de demain ?
4. Comment améliorer les politiques et les dispositifs actuels ?

CONTEXTE

La consommation de boissons alcoolisées en France[2]

Malgré une baisse constante de la consommation au cours des dernières décennies, la France fait partie des pays les plus consommateurs d'alcool au monde. Les Français consomment en moyenne 11,5 litres d'alcool pur par an et par habitant de quinze ans et plus, soit l'équivalent de 2,5 verres standard[3] par jour et par personne. Cette moyenne masque toutefois des disparités importantes au sein de la population.

- 14 % des 18-75 ans ne consomment pas du tout d'alcool ;
- 10% des 18-75 ans en consomment tous les jours ;
- 10% des 18-75 ans consomment à eux seuls 60% du volume d'alcool vendu en France ;
- Les femmes consomment moins que les hommes.
    - 30% des hommes consomment de l'alcool entre une et trois fois par semaine contre 20% des femmes ;
    - Les hommes sont plus nombreux à consommer de l'alcool quatre à six fois par semaine (8% vs 3%) ou tous les jours (15 % vs 5 %) ;
    - La consommation moyenne un jour type est de 2,8 verres parmi les hommes contre 1,8 parmi les femmes.

L'alcoolisation ponctuelle importante (API), qui se définit par le fait de consommer 6 verres en une même occasion, est une pratique relativement courante : 16 % des 18-75 ans déclarent avoir pratiqué au moins une API au cours du dernier mois.

Une partie importante de la population française consomme de manière chronique des quantités très importantes d'alcool, et s'expose à des risques majeurs.

- 12% des Français consomment en moyenne 8 verres standard d'alcool par jour.
- 8% des Français consomment en moyenne 20 verres standard d'alcool par jour.

On estime par ailleurs que 8% des 18-75 ans, soient plus de 3 millions de personnes, présentent une addiction plus ou moins sévère à l'alcool. A l'heure actuelle, seule une minorité de ces personnes est prise en charge. Ce phénomène porte le nom de *« Treatment Gap » (*écart entre le nombre de personnes souffrant d'une maladie et le nombre de patients traités). Comme le soulignent Thierry et Reynaud (2019) : *« en France, comme dans de très nombreux pays, la prise en charge des addictions à l'alcool est notoirement insuffisante : 1 patient sur 6 seulement consulte et peut recevoir un traitement adapté. »*

L'alcool constitue la deuxième cause de mortalité évitable dans notre pays après le tabagisme. Le nombre de décès attribuables à l'alcool est estimé à 41 000 décès par an, dont 16 000 décès par cancer et 9 900 décès par maladie cardiovasculaire. Les hommes sont trois fois plus concernés que les femmes (30 000 décès par an chez les hommes vs 11 000 chez les femmes.)

[2] Source : Richard J.-B., Andler R., Cogordan C., Spilka S., Nguyen-Thanh V., Groupe Baromètre de Santé publique France 2017 (2019) *La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017*. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 5-6, p. 89-97

[3] Un verre standard d'alcool contient 10 grammes d'alcool pur.

Les différents types d'usage d'alcool

L'addictologie utilise, en référence aux usages d'alcool, les termes suivants, qui correspondent chacun à des situations bien définies : « consommation à moindre risque », « usage nocif », « dépendance » et « trouble de l'usage d'alcool ».

Consommation « à moindre risque »

Il existe aujourd'hui un large consensus scientifique pour reconnaitre que toute consommation d'alcool présente un risque pour la santé. L'alcool est un cancérigène avéré pour l'homme. Santé publique France recommande aux adultes en bonne santé et hors situation à risque (grossesse, conduite…) de ne pas consommer plus de deux verres d'alcool par jour, ni plus de 10 verres par semaine et de s'abstenir de boire au moins deux jours par semaine. Ces repères sont qualifiés de « repères de consommation à moindre risque ». Cette appellation rappelle qu'il est impossible de définir un seuil de consommation d'alcool sans risque pour la santé. Ces repères ne correspondent donc pas à un niveau de « risque zéro » mais à un niveau de risque absolu jugé socialement acceptable (à savoir, entre 1% et 1 ‰), et au-delà duquel le danger augmente de manière exponentielle.

24% des 18-75 ans présentent une consommation d'alcool supérieure à ces repères de consommation à moindre risque, ce qui représente 10,6 millions de personnes[4].

« Usage nocif », « dépendance » et « trouble de l'usage d'alcool »

Les deux principaux systèmes internationaux de classification des troubles mentaux que sont le DSM et le CIM abordent en effet de manière différente, mais complémentaire, la question de l'usage de l'alcool.

Le DSM est la classification américaine des troubles mentaux, publiée par l'American Psychiatric Association. Le DSMV, adopté en 2013, distingue deux formes de troubles liés à l'alcool : les troubles induits par l'alcool (comme par exemple les troubles anxieux ou psychotiques) et les troubles de l'usage d'alcool (TUAL). Le concept de TUAL remplace les notions utilisées dans la version précédente de « dépendance à l'alcool » et d' « abus d'alcool ». L'approche binaire est remplacée par un modèle dimensionnel intégrant 11 critères sans niveaux de hiérarchie (voir annexe).

Le CIM est la Classification internationale des maladies, publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le CIM-10 distingue « l'utilisation nocive pour la santé » et « le syndrome de dépendance ». L'utilisation nocive fait référence à un mode de consommation pouvant entrainer des complications préjudiciables à la santé, en l'absence de diagnostic de dépendance. Cet usage peut être asymptomatique, mais il est susceptible d'entrainer des dommages à plus ou moins long terme. Dans les formes symptomatiques, les indicateurs sociaux sont généralement plus précoces que les indicateurs physiques : problèmes professionnels, situation financière ou conjugale dégradée, violence domestique etc. Le CIM-10 identifie 5 manifestations d'un syndrome de dépendance à l'alcool : désir compulsif de consommer, syndrome de tolérance aux effets de la substance psychoactive, syndrome de sevrage, abandon des autres sources de plaisir et poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences négatives.

[4] Morel d'Arleux (dir), Drogues, chiffres clés, OFDT, 2019.

Risques et dommages liés à la consommation d'alcool

Risques et dommages liés aux alcoolisations ponctuelles importantes

16 % des 18-75 ans déclarent avoir pratiqué au moins une alcoolisation ponctuelle importante (API) au cours du dernier mois. Les API exposent le consommateur à un ensemble de risques immédiats, liés à l'état d'ivresse (confusion mentale, altération du jugement, troubles de la vision et de l'élocution, diminution des réflexes, perte de contrôle, agressivité, décoordination motrice…) et à la toxicité de l'alcool sur l'organisme (nausées, vomissements, déshydratation, hypothermie, léthargie, perte de connaissance, arythmie cardiaque, trou noir, accident vasculaire cérébral, coma par intoxication éthylique aigüe…) Les situations d'API augmentent également les risques d'être auteur ou victime d'un acte de violence ou de commettre une infraction. Elles exposent à un risque d'accident (chutes, traumatismes) Les personnes sans domicile, lorsqu'elles s'alcoolisent dans la rue, sont particulièrement exposées à ces multiples risques.

Les alcoolisations ponctuelles importantes provoquent des dommages au cerveau visibles en imagerie cérébrale[5]. Il peut en résulter une diminution de certaines facultés cognitives comme par exemple des problèmes de concentration ou de mémorisation, une mémoire de travail altérée, ou encore une vitesse de traitement de l'information ralentie. Le fait de diminuer les quantités d'alcool consommées lors des API, ou d'espacer ces dernières, permet de limiter ces dommages (chez les jeunes, ces dommages sont heureusement le plus souvent réversibles).

Risques et dommages liés à l'alcoolisation chronique

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la consommation d'alcool est associée à plus de 200 maladies et traumatismes, incluant la survenue de troubles mentaux et comportementaux (incluant la dépendance à l'alcool) et des maladies non transmissibles majeures (maladies hépatiques, certains cancers, maladies cardiovasculaires). La consommation chronique d'alcool est particulièrement dommageable pour le foie. Elle peut provoquer une stéatose (accumulation de lipides dans le foie), une hépatite alcoolique ou encore une cirrhose. Il s'agit de pathologies graves. Selon l'Inserm, en cas de cirrhose et/ou d'hépatite alcoolique sévère, la survie à 5 ans varie de 20% à 60%. [6]

L'alcool est un puissant neurotoxique. On estime que 10% des démences seraient liées à la consommation chronique d'alcool, ce qui fait de l'alcool la quatrième cause de démence à début précoce (sujets de moins de 65 ans)[7].

Une exposition prolongée entraîne un ralentissement de la vitesse du traitement de l'information, un dysfonctionnement de l'inhibition de comportements automatiques, ainsi que des problèmes de raisonnement, de mémoire de travail et de planification. Une diminution ou un arrêt de de la consommation permet une amélioration du tableau clinique.

Les consommateurs chroniques d'alcool sont à risques d'encéphalopathies aigues, et de traumatismes crâniens. Ils s'exposent par ailleurs à des carences vitaminiques dommageables pour le cerveau. Un des exemples en est le Syndrome de Korsakoff, lié à une carence en vitamine B1, dont la survenue est couramment associée à l'alcoolisme chronique et qui se définit par une atteinte de la mémoire associée à des confabulations (la personne se souvient

---

[5] Jeanblanc J, et al., *Face validity of a pre-clinical model of operant binge drinking: just a question of speed*. Addict Biol. 2019 Jul;24(4):664-675.

[6] Inserm, Alcool & Santé. *Lutter contre un fardeau à multiples visages, dossier d'information*.

[7] Vabret F., Paille F., et Dematteis M., *Neuropsychologie et neuro-imagerie des troubles chroniques de l'usage de l'alcool*, in : Reynaud M., Karila L., Aubin H-J., Benyamina A. (coord), *Traité d'addictologie*, (2° Éd.), Coll. Traités, 2016, 458-463.

d'événements qui n'ont jamais eu lieu) et d'une anosognosie (la personne n'a pas conscience de la maladie dont elle est atteinte).

Certaines personnes alcoolodépendantes présentent, lorsqu'elles réduisent ou cessent brutalement de consommer, un « syndrome de sevrage » dont les manifestations peuvent être variées : tremblements, anxiété, agitation, malaise, fièvre, crises convulsives, déshydratation intense voire delirium tremens[8]. Le traitement consistera généralement en une administration de benzodiazépines et de sédatifs, accompagnée d'une hydratation. En l'absence de traitements médicaux adaptés, le sevrage alcoolique peut provoquer des dommages sur le cerveau et même, dans les cas les plus extrêmes, aboutir au décès de la personne (Naassila, 2016).

Le simple fait de réduire la quantité d'alcool consommée, d'espacer les épisodes d'alcoolisation et d'avoir des périodes d'abstinence, même si celles-ci sont temporaires, est toujours bénéfique pour le cerveau.

Des populations particulièrement vulnérables

Les problèmes liés à la consommation d'alcool affectent de manière accrue certains groupes de personnes, qui sont particulièrement vulnérables. C'est le cas des jeunes, des femmes, des personnes atteintes de troubles psychiatriques et des personnes en situation de précarité.

Jeunes

L'âge moyen de la première ivresse en France est de 15 ans. A 17 ans, près d'un mineur sur 2 déclare au moins une API au cours du dernier mois (50 % des garçons vs 38 % des filles). Chez les 18-24 ans, 14% des hommes et 6% des femmes déclarent avoir pratiqué au moins une API au cours de la semaine.

Femmes

Pour des raisons physiologiques, la consommation d'alcool est plus risquée chez les femmes. A quantité égale consommée, l'alcoolémie est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. En outre, le métabolisme de l'alcool se fait plus lentement chez les femmes, qui sont de ce fait plus vulnérables aux effets toxiques de ce produit[9].

Nous l'avons vu, les femmes sont moins consommatrices d'alcool que les hommes : 10 % des femmes de 18 à 64 ans déclarent consommer de l'alcool, contre 29 % des hommes. Elles sont également moins souvent ivres, bien que l'on assiste à un rapprochement des comportements entre les deux sexes chez les nouvelles générations. Une étude de l'OFDT (Beck et al, 2017) met en évidence l'existence de risques spécifiques aux femmes, liés notamment à la stigmatisation dont font l'objet les femmes en difficulté avec l'alcool. Dans les représentations, en effet, l'alcoolisme au féminin est considéré, encore plus que chez les hommes, comme une dépravation, une tare, si bien que les femmes accèdent aux soins plus tardivement que les hommes, et avec des pathologies généralement plus avancées. Comme le souligne l'OFDT :

> *« Cette stigmatisation a plusieurs conséquences : un effet de protection, dans la mesure où les femmes vont tendre à consommer plus modérément, voire ne pas consommer du tout face à la réprobation sociale supposée, mais aussi un effet d'exclusion/d'invisibilisation, dans la mesure où les femmes s'inscrivant malgré tout dans des conduites addictives, et à plus forte raison si*

[8] Le delirium tremens est le symptôme le plus sévère du sevrage d'alcool. Il se caractérise par une confusion mentale et une hyperactivité du système nerveux sympathique. Il peut évoluer vers une chute sévère de la pression artérielle systolique. Il s'agit alors d'une urgence médicale avec un taux de mortalité élevé. Il existe un outil pour évaluer la gravité des signes de sevrage : la « grille de Cushman ».
https://reims.cnge.fr/IMG/pdf/Cushman_dans_le_sevrage_alcoolique.pdf

[9] Inserm, Alcool & Santé. *Lutter contre un fardeau à multiples visages, dossier d'information*.

elles sont mères, peuvent s'inscrire dans un déni et s'éloigner des structures sanitaires et médicosociales » (Beck et al, 2017/ 4).

Les femmes présentant un trouble de l'usage d'alcool sont davantage susceptibles d'être victimes de violences, et d'avoir des rapports sexuels non protégés. Enfin, les femmes vivant avec un conjoint présentant un usage nocif d'alcool sont plus souvent victimes de violences conjugales.

Femmes enceintes

Selon Santé publique France, la consommation ne serait-ce qu'occasionnelle d'alcool pendant la grossesse concernerait environ une femme enceinte sur dix et serait plus fréquente chez les femmes les plus âgées et les plus diplômées[10]. L'alcoolisation fœtale peut endommager les organes de l'enfant et provoquer des troubles et malformations graves. Un enfant sur 100 présente un trouble causé par l'alcoolisation fœtale (TCAF). La forme la plus grave, le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) concerne 800 naissances, chaque année, en France. L'alcoolisation fœtale représente la première cause de handicap mental non génétique et d'inadaptation sociale de l'enfant en France[11].

Personnes atteintes de troubles psychiatriques

Les personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique sont davantage susceptibles de développer un trouble de l'usage d'alcool. Par ailleurs, la consommation d'alcool favorise la survenue de troubles psychiatriques.

Les troubles anxieux et dépressifs sont les troubles les plus représentés parmi les sujets alcoolodépendants, formant un cercle vicieux : l'alcool soulage l'anxiété, mais il aggrave le trouble anxieux. Les autres troubles psychiatriques fréquemment associés aux troubles de l'usage d'alcool sont les troubles du spectre de la schizophrénie, les troubles de l'humeur, et les troubles de la personnalité[12]. Une simple réduction de la consommation présente un bénéfice et peut limiter les risques pour le sujet[13].

Focus sur la situation des personnes en situation de grande précarité

En France, près de 9 millions de personnes, soit 14% de la population, vivent en dessous du seuil de pauvreté. Leur espérance de vie est moindre que celle des catégories favorisées. Environ 130 000 personnes sont sans domicile. Si la plupart d'entre elles sont hébergées, on estime qu'environ 13 000 sont sans-abri (autrement dit, elles vivent dans la rue). Les personnes sans domicile, qu'elles soient à la rue ou hébergées, présentent un moins bon état de santé que la population générale. Les conduites addictives affectent particulièrement cette population, qui souffre également davantage de troubles psychiques. Le taux de non-recours aux droits de santé et de renoncement aux soins est particulièrement élevé dans cette population. Un rapport de l'Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa) indique que 27 % des personnes sans-abri seraient dépendantes de l'alcool. 17,5 % auraient une consommation quasi quotidienne d'au moins une drogue illicite et/ou d'un médicament détourné de son usage (Rickey, 2016).

---

[10] Andler R, Cogordan C, Richard JB, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint-Maurice : Santé publique France; 2018. 10 p.

[11] Mildeca, « L'essentiel sur… alcool, tabac, cannabis et grossesse : protéger l'enfant de l'exposition aux substances psychoactives et améliorer les prises en charge », mars 2019.

[12] FALCHERI J.P., Alcool-et-comorbidites-psychiatriques-pour-le-praticien, Rev Med Suisse 2011 ; volume 7. 1462-1465/

[13] Treymey A., Brousse, G., *Conduites d'alcoolisation et pathologies psychiatriques*, in : REYNAUD M., KARILA L., AUBIN H-J, BENYAMINA A. (coord), Traité d'addictologie, (2° Éd.), Coll. Traités, 2016, 470-755.

Comme le soulignent Girard, Estecahandy et Chauvin (2009), pour une personne alcoolodépendante vivant à la rue, l'alcool a plusieurs fonctions. Il rend le quotidien moins pénible et aide à rompre l'ennui. Il permet de supporter le regard d'autrui en diminuant « *la honte de faire la manche* » et fait baisser l'anxiété en donnant « *le courage d'affronter la nuit dehors* ». L'alcool est également utilisé en *« automédication »* comme antidouleur, en raison de ses effets anesthésiants sur les plans physique et psychique. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques l'utilisent, parfois combinés à d'autres produits, pour gérer leurs états internes.

Les boissons alcoolisées sont donc utilisées comme un substitut de médicament par des personnes qui, pour des raisons diverses, n'ont pas ou que peu accès aux services de santé. Les usagers y ont recours pour prévenir ou gérer un syndrome de sevrage, soulager une douleur physique ou mentale, ou tenter d'atténuer un trouble psychiatrique. Au-delà de la fonction « plaisir », les boissons alcoolisées ont donc pour certaines personnes une fonction « médicament » marquée.

I. RAPPEL HISTORIQUE

Il nous parait essentiel, avant même de nous intéresser au concept de RdRDA et d'en faire une analyse théorique, de revenir sur des éléments d'historique indispensables à la compréhension. Cette partie propose des repères permettant de mieux comprendre comment s'est déployée, au cours des dernières décennies, l'approche de RdRDA

Le terme « Réduction des risques et des dommages liés à l'alcool » (RdRDA) fait référence à un ensemble de démarches visant à limiter les conséquences nocives de la consommation d'alcool, et améliorer la situation des personnes en difficulté avec ce produit. La RdRDA est également, depuis 2016, une politique publique officielle, inscrite dans la loi. La RdRDA est en effet le volet, pour ce qui concerne les usages d'alcool, de la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue telle que définie par la loi de modernisation de notre système de santé, adoptée en 2016.

Jusqu'à la fin des années 2000, la terminologie autour de l'alcool s'organisait essentiellement autour des notions de prévention[14], accompagnement et soins. Le concept de « réduction des risques » était limité au champ des drogues illicites, en référence au mouvement ayant émergé dans les années quatre-vingt dans le domaine de l'intervention en toxicomanie et de la lutte contre le VIH/Sida, et à la politique adoptée en 2004.

Ce n'est qu'à partir du milieu des années 2000 que le concept commence à être utilisé dans le cadre d'interventions portant sur l'alcool. Cette évolution résulte, selon nous, de la convergence de plusieurs mouvements internes au domaine de la lutte contre les additions. Elle est également le fruit d'une évolution des politiques d'action sociale, et d'une dynamique de rapprochement entre des acteurs de l'addictologie et des acteurs de l'intervention sociale.

La construction d'une politique unifiée de lutte contre les conduites addictives

L'histoire de l'addictologie trouve ses racines dans un clivage ancien entre deux univers, celui de la « toxicomanie », s'intéressant aux drogues illicites, et celui de « l'alcoologie », portant sur l'alcool. Le système de soins s'est construit autour de ce clivage, en proposant des services distincts aux usagers en fonction du produit qu'ils consommaient. Comme le souligne l'Inserm :

> *« Les pouvoirs publics se sont laissés convaincre que la toxicomanie était une pathologie spécifique qui nécessitait un dispositif de soins spécifique, totalement distinct de celui qui existait déjà pour les alcoolodépendants. C'est sur cette base que s'est construit un système de prise en charge »* (Inserm, 2010, 419).

Cette distinction opérée entre les usagers en fonction du produit qu'ils consomment s'explique par des différences majeures quant aux représentations et au statut des différentes drogues dans notre société.

L'évolution du discours public en matière d'alcool

L'alcool n'est pas perçu par les Français comme une « drogue » au même titre que les produits stupéfiants. La consommation d'alcool est au contraire souvent présentée comme un élément de la culture française. Pour 56% des Français, offrir ou boire de l'alcool « fait partie des règles

[14] Une distinction a longtemps été opérée entre prévention *primaire* (actions délivrées avant l'apparition d'une maladie ou d'un problème, de manière à l'éviter), *secondaire* (actions visant à réduire les conséquences de la maladie ou du problème en intervenant de manière précoce) et *tertiaire* (actions se rapprochant du soin, et visant à réduire les conséquences et la durée des invalidités associées à la maladie pou au problème). Cette classification est aujourd'hui abandonnée au profit de la conception anglosaxonne privilégiant une entrée par populations en distinguant la prévention *universelle*, *sélective* et *indiquée*.

du savoir-vivre ».[15] Une idée répandue en France, y compris chez les adolescents, veut même que l'alcool soit un facteur essentiel de « lien social » et de « convivialité »[16]. La consommation de boissons alcoolisées est considérée comme une norme.

Le secteur des boissons alcoolisées constitue un pan important de l'économie de notre pays. Il représente un marché de 22 milliards d'euros annuel en France, et près d'un million d'emplois directs et indirects[17]. L'Etat français apporte un soutien conséquent à ce secteur, à travers différents programmes, tels que ceux par exemple déployés par les agences France Agrimer (soutien à la production agricole) ou Atout France (soutien à l'œnotourisme). En parallèle, l'Etat met en œuvre des programmes, essentiellement pilotés par le ministère de la santé et la MILDECA, visant à lutter contre les conséquences négatives de la consommation d'alcool. L'alcool est en effet la deuxième cause de mortalité évitable dans notre pays. Il représente un coût social de 120 milliards d'euros[18].

Dans son évaluation de la politique de l'alcool, la Cour des Comptes (2016) constate que les gouvernements successifs n'ont pas mobilisé les leviers qui auraient permis de véritablement infléchir la consommation d'alcool. Elle recommande à l'exécutif de *« faire de la lutte contre les consommations nocives d'alcool une priorité de l'action publique »* et d'*« élaborer un programme national de réduction des consommations nocives d'alcool assorti des indicateurs adéquats, et définissant les modalités d'un pilotage efficace au niveau national et local »*.

Dans un rapport publié en 2017, des experts réunis par Santé Publique France et l'Institut national du cancer (Inca) font eux aussi état de faiblesses quant à la position de l'Etat français. Les experts déplorent plus précisément *« l'existence d'un double discours public contradictoire »*, l'un évoquant les risques et les dommages liés à la consommation d'alcool, l'autre *« guidé par le poids économique de l'alcool »* visant à promouvoir ce qui est considéré comme un patrimoine agricole et culturel. Ce double discours rend la parole de l'exécutif peu audible sur l'alcool. Ces experts soulignent également l'ambiguïté de l'avertissement sanitaire officiel, qui énonce *« l'abus d'alcool est dangereux pour la santé »*. Selon eux, cette mention laisse à penser qu'une consommation modérée d'alcool ne présenterait pas de risque pour la santé. Or, il est aujourd'hui reconnu que toute consommation d'alcool présente un risque pour la santé, en raison notamment du caractère cancérigène de l'alcool. L'idée selon laquelle une faible consommation l'alcool serait bénéfique pour la santé est largement contredite par la recherche scientifique. C'est pourquoi, dans une option de réduction des risques et des dommages, les experts préconisent l'adoption de la mention *« l'alcool est dangereux pour la santé »*. Leur travail conduira à l'adoption, en 2019, de nouveaux repères *« de consommation à moindre risque »*.

Les vingt dernières années ont également été marquées par une évolution du discours et des pratiques en matière de consommation d'alcool durant la grossesse. Le discours public préconise désormais sans ambiguïté « zéro alcool durant la grossesse » et développe des campagnes en ce sens.

Ces évolutions conceptuelles et réglementaires ne sauraient toutefois faire oublier que les **représentations sociales autour de l'alcoolodépendance** n'ont que très peu évolué en vingt

[15] Spilka S. et al., « Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers », dans *Tendances*, OFDT, avril 2019, n° 131, p. 3.
[16] Obradovic I., « Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence », dans *Tendances*, 2017, n° 122, OFDT
[17] Ben Lakhdar C., « Chiffres clés de l'économie de l'alcool en France », in : Haut conseil de la sante publique, *Alcool et santé*, Actualité et dossier en santé publique n° 90, Paris, mars 2015, page 22.
[18] Kopp P., *Le coût social des drogues en France*, Saint Denis, OFDT, 2015.

ans. Les personnes alcoolodépendantes font toujours l'objet de préjugés, en particulier les femmes.

L'évolution du discours public en matière de drogues illicites

Le statut des substances psychoactives entant dans la catégorie de « stupéfiants » (héroïne, cocaïne, cannabis etc.), ainsi que les représentations sociales et le discours public qui leurs sont associés sont fort différents de ceux qui prévalent sur l'alcool. Si ce dernier est banalisé, voir valorisé dans la société française, il n'en va pas de même pour les drogues illicites. Leur consommation, loin d'être une norme, est perçue de manière négative, avec des nuances selon des produits. Les usagers d'héroïne, par exemple, sont considérés par une majorité de Français comme *« des individus déviants, malades et manquant de volonté »* représentant un danger pour autrui et pour la société[19].

La loi actuellement en vigueur en France en matière d'usage de stupéfiants (loi no 70-1320 du 31 décembre 1970, J.O. du 2 janvier 1971), considère l'usager de drogues illicites à la fois comme un délinquant et un malade. La loi de 1970 pose un double principe de prohibition et d'injonction de soins. L'usage, même privé, est interdit, et passible de poursuites. Ces dernières peuvent être évitées grâce à un recours aux dispositifs de soins, dans l'optique d'un arrêt total et définitif de la consommation. Comme le souligne la MILDECA, ce principe *« contribue à renforcer les attitudes discriminatoires entre des usagers dépendants de produits illicites et des usagers dépendants de drogues licites (alcool notamment). Surtout, la loi exige des médecins qu'ils agissent contre la volonté d'individus qui ne nuisent pourtant qu'à eux-mêmes »*[20].

Dans les années 1970, le paradigme principal des pouvoirs publics comme des acteurs de « l'intervention en toxicomanie » était l'abstinence, considérée comme la seule solution possible aux problèmes d'usages de drogues illicites. Ce paradigme dominant a progressivement évolué, sous la pression de mouvements de patients et de professionnels militants considérant qu'un monde sans drogue n'existait pas, que la prohibition n'empêchait pas la consommation, et que les usagers de drogues méritaient d'être protégés et accompagnés, plutôt que sanctionnés. Cette approche pragmatique, qui prit le nom de « réduction des risques (RdR) » se renforça dans les années 1980, en réponse à l'épidémie du VIH. L'objectif initial était de limiter les contaminations infectieuses liées aux pratiques d'injection de drogue par voie intra-veineuse.

En 2004, la France adopte officiellement la politique de RdR, aux termes de l'article L3411 du code de la santé publique, avec pour objectif la réduction du risque infectieux. Un référentiel, annexé à l'article, définit les objectifs et le périmètre d'application de la RdR. Le mandat est donné au *Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)* et aux autres structures médico-sociales, de mettre en œuvre cette politique. Durant douze ans, cette politique publique portera uniquement sur l'usage de stupéfiants, avec pour principal objectif la réduction des risques infectieux. La loi santé de 2016 marquera une étape importante, nous le verrons, avec l'élargissement de cette politique à l'ensemble des conduites addictives.

L'essor de l'addictologie et l'évolution du dispositif médico-social spécialisé

Seulement un Français sur quatre, lorsqu'on lui demande de citer le nom des principales drogues qu'il connait, mentionne l'alcool. Pourtant, l'alcool est reconnu comme étant une drogue, au même titre que les autres substances psychoactives susceptibles d'entrainer une

[19] Spilka S. et al., 2019.
[20] https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/lexique/loi

dépendance (tabac, héroïne, cocaïne, etc.) Il a été intégré en 1999 au périmètre d'action de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) à la suite de la parution d'un rapport[21], réalisé par une équipe dirigée par le professeur Bernard Roques, qui compare les produits selon leur dangerosité, indépendamment de leur statut licite ou illicite. Les auteurs en concluent que la loi de 1970 se fonde sur une classification des substances psychoactives inadaptée. Les drogues licites (alcool, tabac et certains médicaments) ne sont pas moins dangereuses que les drogues illicites (héroïne, cocaïne, cannabis…). Comme le souligne Bernard Roques lui-même : « *c'est à partir des conclusions de ce rapport que l'alcool, le tabac et l'usage détourné de médicaments ont été inclus dans la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT), par une décision de juin 1999* »[22]. Les travaux de David Nutt[23] proposant une échelle de dangerosité des drogues conforteront cette approche.

La parution du rapport Roques s'est inscrite dans un changement de paradigme consistant à s'intéresser aux comportements des usagers, sans se centrer sur la seule question du produit consommé. La naissance de l'addictologie, apparue à la fin des années 1990, a représenté un bouleversement majeur dans la manière d'aborder les conduites addictives, avec une volonté de décloisonner les dispositifs de soins. Ceux-ci se sont en effet construits autour du clivage entre « toxicomanie » et « alcoologie », nous l'avons vu, en proposant des services distincts aux usagers en fonction du produit qu'ils consommaient. Les usagers de drogues illicites étaient accueillis dans des Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST), tandis que les usagers d'alcool étaient accueillis dans des « Centres d'hygiènes alimentaire et d'alcoologie » (CHAA) devenus plus tard « Centres de cure ambulatoires en alcoologie » (CCAA). En 2002, les deux dispositifs fusionnent, avec la création par la loi du 2 janvier 2002 des « Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie » CSAPA[24]. Certains y ont alors vu *« une opportunité unique pour enfin conjuguer la RdR avec l'alcoologie »*[25]. De fait, la circulaire du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie confère aux CSAPA une mission de RdR en matière d'alcool. Elle précise en effet que *« la réduction des risques concerne les usagers de drogues illicites et les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool. »*. Mais cette mission ne s'accompagne d'aucune directive opérationnelle. Nous verrons que ce clivage, qui n'a pas tout à fait disparu, explique certaines différences persistantes entre acteurs autour de la RdRDA.

La loi santé de 2016, une « révolution de santé publique »

La loi santé de 2016 « *révolutionne la politique publique* » (FFA, 2016) en inscrivant la politique de RdRD dans le cadre de la lutte contre les conduites addictives. Désormais, **les usages de produits licites et illicites et les addictions sans produit, relèvent tous du même cadre légal**. La politique a désormais pour mission la réduction des risques mais aussi de l'ensemble des *dommages*, c'est-à-dire des conséquences néfastes *avérées* liées aux conduites addictives. L'intitulé devient « réduction des risques *et des dommages* (RdRD) ». Ce

[21] Roques B., *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'État à la santé*, Paris, Odile Jacob/La. Documentation française, 1999.
[22] ROQUES, B. P., *La dangerosité des drogues : mécanismes neurobiologiques des addictions et approches thérapeutiques,* Médecine / Sciences 2000 ; 16 : 1346.
[23] Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C., « Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse », Lancet 2007; 369, 1047-53.
[24] Les CSAPA ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Mais il faut attendre 2007 pour qu'un financement leur soit attribué et qu'un décret fixe leurs missions obligatoires et facultatives.
[25] Edito de la revue SWAPS n°62 par Didier Jayle et Gilles Pialoux.

changement fait suite aux recommandations d'un rapport réalisé par le professeur Michel Reynaud :

> *« Nous parlerons (...) de réduction des dommages », car il s'agit là d'une donnée objective, perceptible, évaluable et donc plus à même d'être acceptée par les pouvoirs publics et la société. La notion proche de « réduction des risques » est moins évaluable et surtout, complètement associée en France à la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues injectables. D'autre part la « réduction des risques » peut plus facilement donner lieu à des politiques idéologiques, correspondant aux idées que chacun peut se faire des risques, sous tendue par les représentations du « bon » et du « mauvais », souvent proches du « Bien » et du « Mal ». Cette différence sémantique est importante pour l'objectivité et l'acceptabilité des mesures à prendre, même si, en pratique, la réduction des dommages est la conséquence de la réduction des risques »* (Reynaud, 2013 : 17).

Cette nouvelle version de la loi permet à l'intervenant de RdRD de **superviser et d'accompagner, dans certaines limites, les comportements et gestes de consommation**. Il bénéficie désormais d'une **protection contre le risque pénal**. Il ne pourra plus faire l'objet de poursuites pour des faits survenus dans le cadre de sa mission, sous réserve que celle-ci ait été exercée conformément au cadre légal de la RdRD.

En matière d'alcool, la loi de 2016 constitue aussi une reconnaissance officielle des démarches d'accompagnement et de soins inconditionnelles, dénuées d'impératif d'abstinence. Les programmes de consommation contrôlée d'alcool entrent ainsi officiellement dans le champ d'une politique publique dont ils étaient auparavant exclus. Ce changement ouvre la porte à de nouvelles pratiques pour les professionnels, qui se voient invités à « superviser les comportements et les gestes de consommation » à des fins de prévention sanitaire, la supervision consistant selon les termes de la loi à *« mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances ».*

En intégrant les usages d'alcool dans le champ de la RdRD, la loi de 2016 acte le fait que si l'abstinence totale et définitive est une option légitime et pertinente pour une personne en difficulté avec l'alcool, elle n'est pas pour autant l'unique solution.

La loi reconnait la nécessité d'offrir aux personnes en difficulté avec l'alcool des espaces où elles pourront parler librement de leur situation, et recevoir de l'aide même si elles ne veulent ou ne peuvent cesser totalement et définitivement de consommer des boissons alcoolisées.

Nous verrons que les valeurs et principes fondamentaux devant guider un accompagnement de la consommation en RdRDA, conçue comme une réponse respectueuse des droits et de la dignité de l'usager, dénuée de jugement moral et résolument pragmatique, font consensus parmi les acteurs de l'addictologie. En revanche, la manière de faire vivre ces valeurs et principes à travers des actions concrètes n'est pas encore précisée. Si les pratiques de RdRD en matière de stupéfiants sont clairement définies, il n'existe en effet à ce jour aucune ligne directrice officielle encadrant de manière précise les pratiques d'accompagnement de la consommation d'alcool en RdRDA. Cette situation n'a pas empêché l'émergence de nombreuses initiatives, souvent encouragées par les pouvoirs publics, et soutenues par l'intermédiaire de programmes de financements d'actions innovantes ou expérimentales.

Cependant l'absence de recommandations opérationnelles rend la tâche difficile pour les professionnels. Une enquête réalisée en 2015 par la Fédération Addiction met en lumière un manque d'outils et de repères pour la RdRDA :

> *« Faute d'outils et d'assise conceptuelle, les équipes peinent à définir un plan d'action sur la réduction des risques liés à la consommation d'alcool. Très souvent en entretien, les intervenants*

disent agir «au cas par cas », en réaction à des problématiques repérées dans un suivi, sans avoir bénéficié de formation spécifique » (Fédération Addiction, 2015 : 42-43).

Les **recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) en matière de prévention et RdRD par les CSAPA** publiées en 2019 proposent des principes d'action généraux, mais il ne s'agit pas pour autant d'un référentiel professionnel. Le rapport de la HAS cite notamment deux programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)[26] en exemple : le programme Choizitaconso© du CSAPA Association Addictions France (ex ANPAA) du Vaucluse (fiche action 4) et le programme ETAPE (Éducation Thérapeutique Addiction Patient Entourage), développé au CSAPA du CHU Grenoble Alpes. Le rapport expose également le témoignage d'un consultant ayant accompagné deux CSAPA[27] dans la mise en œuvre d'une expérimentation coordonnée par la Fédération Addiction.

De nouvelles approches en alcoologie

L'alcoologie s'est elle aussi considérablement transformée en vingt ans. La prise en charge médicale a connu une évolution importante, qui s'est concrétisée en 2015 à travers de nouvelles recommandations de bonnes pratiques (SFA 2015) invitant à une prise en charge globale (somatique, psychologique et sociale) des personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool, et affirmant la nécessité de déployer une offre de soins répondant aux besoins des personnes qui ne souhaitent, ou ne veulent pas s'engager dans une abstinence totale et définitive. L'abstinence, longtemps considérée comme le seul choix thérapeutique valable, a été relativisée et considérée comme une option parmi d'autres.

L'approche par l'abstinence était particulièrement affirmée aux Etats-Unis, en raison notamment de certaines influences comme celle du mouvement des Alcooliques Anonymes (AA). Comme le souligne Craplet (2015), si l'objectif thérapeutique d'abstinence a longtemps était prédominant, ce n'est ni par « idéologie », ni par aversion du produit alcool, mais simplement parce que cette réponse paraissait alors, sur la base des connaissances médicales de l'époque, et des témoignages des patients, comme le meilleur choix. La position des alcoologues français semble toutefois avoir été, surtout au cours des dernières décennies, plus souples que celle de leurs homologues anglosaxons. (Craplet, 2015).

En 1973, les psychologues américains Linda et Marc Sobell publièrent les résultats d'une étude[28] comparant des patients ayant un traitement basé sur une consommation contrôlée d'alcool à celle de patients ayant un traitement basé sur l'abstinence. Leurs résultats mettaient en évidence une meilleure évolution des patients du premier groupe, remettant en cause le paradigme de l'abstinence.

Des travaux antérieurs, en Australie et en Grande-Bretagne, avaient déjà mis en évidence ce phénomène. De son côté, le psychologue Gordon Alan Marlatt mit en évidence l'aspect délétère de la pression exercée sur le patient à qui l'abstinence est présentée comme la seule option

[26] L'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (OMS). Un programme d'ETP est un ensemble coordonné d'activités d'éducation animées par des professionnels de santé avec le concours d'autres professionnels et de patients En France, l'autorisation d'un programme d'éducation thérapeutique relève de la compétence de l'Agence régionale de santé (ARS).
Haute autorité de santé (HAS), **L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions – réponses.**
https://has-sante.fr/jcms/c_602686/en/dossier-de-presse-l-education-therapeutique-du-patient-en-15-questions

[27] CSAPA Soléa de Besançon (ADDSEA) et CSAPA Maison jaune de Arles (Groupe SOS Solidarités).
L'expérimentation a donné lieu à la publication d'une brochure :
https://fr.calameo.com/read/00554485801d097a7439

[28] Sobell MB, Sobell LC. **Alcoholics treated by individualized behavior therapy : One year treatment outcome**. Behav Res Ther 1973;11: 599-618.

valable, et la spirale d'autodépréciation et de culpabilité ressentie par celui-ci en cas de « violation du serment d'abstinence ». Marlatt fit lui aussi partie des auteurs invitant à revoir le paradigme de l'abstinence (Réocreux, 2016).

La consommation contrôlée (SFA, 2015) est de plus en plus reconnue comme une option thérapeutique à part entière. Un grand nombre de personnes dépendantes à l'alcool (de l'ordre de 40%) semble réussir à gérer elles-mêmes leur dépendance (SFA, 2012). La consommation contrôlée peut également être réalisée avec l'accompagnement d'un professionnel. Dans ce cas, les facteurs de succès semblent être le choix du patient, l'acceptation de ce choix par le soignant, l'alliance thérapeutique entre les deux, et la présence d'un accompagnement psychosocial :

> *« Il a été démontré que certaines personnes dépendantes pouvaient avoir une rémission stable sans abstinence, que la réduction de consommation pouvait avoir un taux de succès honorable, et que l'acceptation de la préférence du sujet (au contraire de l'imposition, par le professionnel de santé, de son propre point de vue) permettait d'obtenir de meilleurs résultats* (Paille, 2016*).*

En parallèle, la recherche scientifique a avancé, permettant de valider différents outils thérapeutiques, comme le repérage précoce et les interventions brèves, les interventions motivationnelles, les programmes de consommation contrôlée avec ou sans aide médicamenteuse ou encore les thérapies comportementales et cognitives (TCC)[29]. Le DSMV consacre une nouvelle approche de l'addiction, nous l'avons vu, en abandonnant les distinctions entre « usage simple », « usage nocif », « abus » et « dépendance », au profit de la notion de « trouble de l'usage d'alcool », conçue comme une problématique dimensionnelle et graduée.

Une transformation des politiques d'action sociale

La convergence des pratiques addictologiques et de la réduction des risques et des dommages se sont insérées dans une évolution profonde des politiques d'action sociale.

Les politiques d'action sociale se situent aujourd'hui en rupture vis-à-vis de la vision classique de l'assistanat, qui plaçait l'intervention de l'Etat comme une action « bienfaitrice » à destination de publics dont certains étaient considérés comme socialement inadaptés. Les publics ne sont plus considérés comme des « bénéficiaires » qu'il convient de « prendre en charge », mais comme des personnes en situation de fragilité mais qui n'en sont pas moins pourvues de droits, comme tout citoyen, et actrices de leur propre existence. Au concept de « bénéficiaire » se substitue celui d'« usager » et à celui de « prise en charge » celui d'« accompagnement ». Dans cette nouvelle vision, les services se doivent de favoriser la participation des usagers aux décisions et aux dispositifs qui les concernent[30].

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui place l'usager dans une position décisionnelle et lui reconnait un ensemble de droits. Elle est suivie en 2007 par la loi Molle, qui institue le droit au logement et à l'hébergement opposables (DALO et DAHO), et acte le principe d'inconditionnalité. Un arrêté du Conseil d'Etat du 10 février 2012 consacre le droit d'accéder à un logement comme une liberté fondamentale.

Cette évolution réglementaire concerne directement les personnes en difficulté avec l'alcool, et tout particulièrement celles qui se trouvent en double situation d'alcoolodépendance et de précarité. En effet, ces dernières se voient souvent exclues des structures médicosociales puisque celles-ci, pour la plupart, interdisent la consommation d'alcool dans leurs enceintes.

---

[29] Une TCC est une thérapie brève, validée scientifiquement qui porte sur les interactions entre comportements pensées et émotions.

[30] Ispenian I., **La loi du 2 janvier 2002 ou la reconnaissance de droits aux usagers**, in : *Gérontologie et société* 2005/4 (vol. 28 / n° 115) : 49-62.
https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-4-page-49.htm

Beaucoup d'usagers choisiront de passer la nuit dehors plutôt que de risquer de présenter un syndrome de sevrage en raison d'une abstinence de plusieurs heures. Ceux qui décideraient de consommer des quantités importantes d'alcool dans l'espoir de ne pas se retrouver en manque dans la nuit risquent d'être refoulés de la structure en raison de leur état d'ébriété. Cette situation interroge le respect, par les dispositifs médicosociaux, du principe d'inconditionnalité.

En 2009, **le rapport des docteurs Vincent Girard, Pascale Estecahandy et Pierre Chauvin sur « la santé des personnes sans chez soi »**, réalisé à la demande de la Ministre de la Santé, Roselyne Bachelot-Narquin, dressait déjà clairement le portrait de la situation. Les auteurs expliquent que de nombreuses personnes sans chez soi refusent un hébergement ou un logement en raison, notamment, de l'interdiction de boire de l'alcool, car ce produit est essentiel à leur survie :

> *« La question de la consommation d'alcool est importante car, d'une part, l'alcool est utilisé comme somnifère, et d'autre part un sevrage trop brutal risque d'entraîner un delirium tremens, (voire) une crise d'épilepsie lourde de conséquences, voire même un décès. Alors qu'environ 50% des personnes sans abri consomment régulièrement de l'alcool, pratiquement aucun foyer ne propose de traitement préventif du delirium tremens, ni d'approche par la réduction des dommages. Les personnes ayant déjà expérimenté un delirium suite à des sevrages trop rapides, arrivent parfois dans les foyers très fortement intoxiquées, afin de « tenir la nuit » sans alcool. Pour toutes ces raisons, dormir dans la rue reste une meilleure solution que les foyers pour de nombreux itinérants »* (Girard, Estecahandy et Chauvin, 2009 : 26).

Les auteurs relèvent un certain nombre de dysfonctionnements dans les réponses apportées :

- Si les consommateurs d'alcool et d'autres substances psychoactives ont acquis une connaissance fine des effets des produits sur leur psychisme, et ont développé des stratégies de protection, ces savoirs ne sont pas reconnus par les professionnels,
- Le travail de proximité expose les intervenants à la violence de situations sociales auxquelles leur formation ne les a pas préparés. Les équipes sont souvent épuisées. Elles auraient besoin de plus de supervisions individuelles ou en équipe. Elles manquent de moyens et d'outils pour répondre aux besoins des usagers les plus en difficultés. Certains professionnels développent des systèmes de protection, en élevant leur seuil d'exigence et excluant les usagers jugés les plus problématiques.

Enfin, les auteurs soulignent l'impact des représentations en matière d'alcool qui induit, y compris chez les soignants et les professionnels du médicosocial, une « limite culturelle ». Ils constatent que les acteurs de RdR intervenant auprès d'usagers de drogues illicites ont tendance à considérer la consommation d'alcool comme un phénomène secondaire, sans y apporter de réponse systématique. Pourtant, soulignent-ils, l'alcool est souvent utilisé par les usagers de drogues illicites comme un « produit d'appoint », certains anciens injecteurs l'utilisant même « comme un produit de substitution », au risque d'amplifier, pour les personnes atteintes d'hépatite, les dommages somatiques. Les auteurs soulignent l'importance des comorbidités psychiatriques chez les personnes sans abri alcoolodépendantes, et la nécessité de mieux articuler les réponses entre les secteurs de l'intervention sociale et de la psychiatrie. Enfin, le rapport préconise la systématisation des approches de réduction des risques et des dommages et le développement de programmes expérimentaux favorisant le rapprochement de l'ensemble des acteurs concernés, et intégrant le savoir et les compétences des personnes usagères d'alcool et d'autres produits. Ils recommandent en outre de *« mettre en place des projets de réduction des dommages liés à l'alcool via la création de lieux de consommations protégées offrant des services sanitaires et sociaux »*. D'autres travaux, tout au long de la décennie qui suivra, feront le même constat.

En 2016, **un rapport réalisé par l'Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa)**, met lui aussi en évidence le taux élevé de non recours et de renoncement aux soins de santé des personnes sans domicile, et la nécessité de mieux articuler les dispositifs. Si la situation s'est améliorée au cours des vingt dernières années, avec l'instauration d'une couverture maladie universelle et de différents dispositifs, la situation de ces publics reste extrêmement difficile. Beaucoup multiplient les allers-retours entre l'hôpital et la rue, ou leur autre lieu de vie. Les personnes présentant une dépendance à l'alcool ou à un autre produit peinent à accéder aux établissements médico-sociaux. La *pair-aidance* est encore peu présente. Les intervenants ont parfois des difficultés à appréhender les troubles psychiques qui accompagnent souvent les situations d'addictions. Le rapport préconise lui aussi le déploiement d'espaces d'accueil permettant de sécuriser la consommation d'alcool (Rickey, 2016).

Le plan 2018-2022 MILDECA confirme ces constats, en rappelant que :

- Les personnes sans abri ont encore plus de difficultés pour accéder à un logement lorsqu'elles présentent des conduites addictives,
- L'articulation entre les secteurs de la psychiatrie et de l'addictologie n'est pas toujours harmonieuse,
- Le cloisonnement des acteurs médico-sociaux et des acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion nuit aux usagers. Les acteurs de l'intervention sociale ne prennent pas encore suffisamment en compte les conduites addictives des usagers,
- Les pratiques professionnelles du secteur spécialisé en addictologie ont besoin d'être améliorées, avec notamment la mise à disposition de référentiels de bonnes pratiques ou cliniques,
- Les professionnels de santé de premier recours manquent de formation et d'outils pour répondre aux besoins des patients en difficulté avec l'alcool.

La mobilisation des associations et des mouvements d'entraide

Dans le même temps, les associations et mouvements de patients mènent une réflexion dans le but de faire évoluer leurs pratiques. L'édition 2016 du Livre Blanc de la structure qui les fédère, la CAMERUP[31], reconnait la RdRDA comme modalité d'accompagnement pertinente. La même année, la Croix Bleue consacre un dossier thématique à la RdRDA, suivi en 2017 par Alcool Assistance. Les Alcooliques Anonymes eux aussi accompagnent les personnes même si celles-ci n'ont pas de projet d'abstinence immédiate, totale et définitive.

Les associations de patients restent toutefois attachées à leur objectif historique, à savoir « *la promotion d'un mode de vie hors alcool, »* considérant que « *quand il y a dépendance réelle, la consommation contrôlée n'est pas tenable sur la durée ».* La réduction et / ou le contrôle de la consommation sont cependant reconnus comme des moyens efficaces de réduire les risques et les dommages chez une personne qui n'envisage pas une abstinence totale et définitive de l'alcool :

> *« Les cinq associations appartenant à la CAMERUP sont unanimes sur ce sujet. La réduction de la consommation est une réduction des risques bénéfique aux buveurs excessifs (…) Trop peu de patients acceptent à ce jour les soins qui leur sont proposés. Il est donc indispensable d'associer les nouvelles stratégies thérapeutiques à celle de l'abstinence. …. En fin de compte, il existe*

[31] La CAMERUP (Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique – aide et accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool et de leur entourage – prévention concernant les conduites addictives) réunit *Addictions alcool Vie libre, Alcool Assistance, Alcool Ecoute Joie & Santé, Amis de la Santé* et *Croix Bleue***.**

suffisamment d'arguments pour clore le débat opposant l'abstinence à la consommation contrôlée et ainsi développer leur complémentarité. » (Camerup, 2016 : 26).

L'abstinence totale et définitive reste donc, selon les anciens malades alcoolodépendants, l'option la plus sûre et efficace pour se libérer de l'addiction à l'alcool. Il ne s'agit cependant ni d'un « dogme », ni d'une « idéologie prohibitionniste », mais d'un constat pragmatique résultant d'une longue expérience de la souffrance vécue par les personnes dépendante à l'alcool et leur entourage. Cette position est compréhensible car, durant des décennies, les facteurs environnementaux rendaient particulièrement difficiles le maintien, pour une personne en difficulté avec ce produit, d'une consommation contrôlée d'alcool. Dans une société française valorisant la consommation d'alcool, stigmatisant les non-buveurs et ne reconnaissant pas l'addiction à l'alcool comme une maladie à part entière, les usagers confrontés à des pressions sociales constantes trouvaient finalement une solution plus tenable dans l'abstinence. Rappelons également que ces associations ont, historiquement, accueilli dans leurs groupes de paroles les usagers les plus en difficulté avec l'alcool, ceux pour qui précisément il était difficile, voire impossible de maintenir une consommation contrôlée d'alcool.

Les porteurs de projets professionnels ne sollicitent pas encore systématiquement ces associations. Elles font rarement partie des partenaires officiels des interventions de RdRDA. Une certaine prudence, sinon défiance, à leur égard subsiste. Cette situation est pour le moins paradoxale pour une approche telle que la RdRDA, qui se caractérise par le respect de la parole des personnes concernées et leur participation active.

Les expériences « pionnières » en accompagnement de la consommation d'alcool

Sur le terrain, cette évolution générale du contexte de l'addictologie, des politiques sociales et de la réflexion des usagers a permis l'émergence de projets défricheurs qui témoignent à la fois des potentialités et des difficultés de la RdRDA.

Si l'histoire de ce mouvement reste à écrire, il semble que les toutes premières initiatives d'accompagnement de la consommation d'alcool se revendiquant de la RdRDA aient vu le jour au début des années 2000, dans le contexte de grands changements que nous venons de décrire. Des initiatives, atypiques pour l'époque, ont été initiées par des « pionniers » désirant expérimenter de nouvelles formes d'accompagnement. La région de Marseille a été le terrain d'une émulation particulièrement riche, réunissant des acteurs variés : travailleurs sociaux intervenant auprès de personnes en situation de grande précarité, chercheurs, professionnels de santé, acteurs de RdR. Ce mouvement, fortement militant, bénéficiait du soutien de la Direction régional des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de l'époque. C'est ainsi qu'en 2002, une recherche-action consistant à distribuer, de manière contrôlée, de l'alcool à des usagers alcoolodépendants sans domicile, a été initiée dans l'unité d'hébergement d'urgence (UHU) la Madrague (deuxième plus grand foyer d'urgences de France). Cette expérience, portée par l'association marseillaise ACCES[32], a été interrompue au bout de deux ans en raison d'une restructuration de l'UHU. De son côté, l'ANPAA 13 (aujourd'hui Association Addictions France) initiait un projet de recherche-action autour de l'ouverture d'un espace de consommation d'alcool sécurisée, sur le modèle de programmes conduits en Suisse, en Grande-Bretagne et en Allemagne. Ce projet a lui aussi été interrompu, en raison de restructurations internes. D'autres projets verront toutefois le jour dans la région.

En 2009, l'association marseillaise **Habitat Alternatif social (HAS)** ouvre, dans une maison rénovée située dans le village de Luynes, un hébergement de stabilisation destiné à des personnes sans domicile usagères chroniques d'alcool : les Prytanes. Dans ce lieu qui accueille

[32] Le co-directeur d'Acces, Eric Schneider, était également président de l'International Network of People Using Drugs (INPUD).

9 usagers, la consommation d'alcool est autorisée. L'équipe est constituée d'un éducateur, un psychologue et un chef de service. L'objectif est d'expérimenter un accompagnement de proximité incluant un accompagnement à la gestion de la consommation d'alcool[33]. Le dispositif a obtenu en décembre 2014 une habilitation CHRS de stabilisation, par la DDCS. Un nouveau bâtiment a été construit[34].

La même année, **l'Armée du Salut** imagine, à Marseille, un habitat collectif à bas seuil d'exigence, le « Hameau ». Le projet vise à expérimenter une forme d'hébergement alternative et durable qui permettrait à des personnes vivant depuis plusieurs années à la rue, et éloignées des autres dispositifs, de bénéficier d'un accompagnement inconditionnel. Le « micro-quartier », situé dans un quartier défavorisé de Marseille, est constitué d'un ensemble de chalets en bois. La consommation d'alcool, qui est autorisée, est intégrée dans l'accompagnement[35].

En 2011, **l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) marseillais Saint-Barthélemy** décide d'autoriser la consommation d'alcool dans son unité (Unité Saint Roch) destinée aux personnes sans-abris, dans une logique de RdRD. L'initiative, portée par une cheffe de service, ex-éducatrice spécialisée, a bénéficié d'un accompagnement de l'ANPAA 13 (Aujourd'hui Association Addictions France) et de l'équipe de l'association HAS.[36] A l'heure actuelle, il n'existe que 4 maisons de retraite de ce type en France. Saint-Barthélemy est la seule d'entre elles à autoriser la consommation d'alcool[37].

A la même période, la Dr Danielle Casanova développe, au sein du **CSAPA ANPAA (aujourd'hui Association Addictions France) d'Avignon**, une procédure expérimentale d'accompagnement en « RdR alcool », destinée à des usagers ne souhaitant ou ne pouvant pas envisager d'abstinence totale et définitive. Cette démarche est conçue comme « *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* ». Elle s'organise autour d'une analyse, par l'usager et le professionnel qui l'accompagne, des motivations et des besoins de la personne, l'élaboration d'un projet choisi par l'usager, et l'identification de solutions concrètes, analysées de manière fine, face à différentes situations de la vie quotidienne (Casanova, 2012). Cette procédure expérimentale sera par la suite formalisée et donnera naissance à un programme validé d'Education thérapeutique du patient (ETP), ***Choizitaconso©*** (fiche action 4).

Enfin, c'est également à Marseille que nait, durant cette même époque, ce qui deviendra un programme national d'envergure : le projet **« Un chez soi d'abord »**. L'expérience démarre en 2007, à l'initiative notamment du psychiatre Vincent Girard, sur le modèle des programmes nord-américains « Housing First ». Le dispositif permet l'accès immédiat et sans condition à un logement, selon une approche de *santé communautaire*, *rétablissement et empowerment*[38]. Une expérimentation est lancée en 2011 sur 4 sites (Paris, Lille, Marseille, Toulouse). Sur chacun de ces sites, une centaine de personnes sans-abri atteintes de troubles psychiques sévères

---

[33] Latourte E., **A la source d'un accompagnement qui fait une place aux usages d'alcool. Genèse d'une découverte**, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales D.H.E.P.S., Strasbourg, 2016, 95 pages.

[34] http://www.has.asso.fr/details-chrs+les+prytanes+maison+lionel+lefebvre-38.html

[35] Ortega, C., **Repenser / panser l'accompagnement des sans domicile usagers d'alcool au travers d'un accompagnement plus humanisé et d'un logement plus humanisant**, Rapport de DU d'alcoologie, Université Claude Bernard Lyon 1, 2012, 42 pages.

[36] Lien Social, **Le tire-bouchon est dans la salle de soins**, No 1125, novembre 2013, 17-18.

[37] https://www.resolis.org/fiche-pratique/la-retraite-danciens-sans-abris-a-l-unite-saint-roch/1088

[38] Le terme « empowerment » se traduit en français par « responsabilisation », « autonomisation », « émancipation », « capacitation » ou encore « empouvoirement ». Il fait référence au processus permettant à une personne ou à une population d'acquérir un plus grand contrôle de sa destinée, à travers une amélioration de ses connaissances, une plus grande confiance en soi et en sa capacité à agir, et des modifications dans son cadre de vie

et, pour la majorité d'entre elles, de conduites addictives, ont un accès direct au logement depuis la rue, sans condition de traitement ou d'abstinence et sans passer par l'hébergement. L'idée qui sous-tend la démarche est que l'accès au logement, considéré comme un prérequis indispensable à toute démarche de soins ou d'insertion, permet la stabilisation de l'usager, et la mise en place d'un accompagnement sur la durée. Le locataire bénéficie en effet de l'accompagnement d'une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels de santé et du médicosocial, ainsi que de travailleurs pairs. L'évaluation de l'expérimentation met en évidence l'efficacité du dispositif qui, comparativement aux dispositifs classiques, permet une plus grande amélioration de l'état de bien-être et de santé mentale des usagers, une meilleure réinsertion sociale, et une réduction des coûts d'hospitalisation des personnes. Le programme est généralisé par le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 qui crée un nouveau type d'appartement de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord ». Celui-ci entre dans la catégorie des services médicosociaux au sens du 9° de l'article L. 312-1 du CASF qui « *assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical* ».

D'autres initiatives ont très certainement vu le jour, au début des années 2000, dans différentes régions françaises. Un travail de recensement, qui dépasse le cadre de cette étude, permettrait d'en dresser une liste complète. Citons en exemple le projet déployé par l'association Aurore, dès 2008, pour répondre aux besoins des équipes et des usagers du **centre de stabilisation L'Olivier (Boulogne-Billancourt)**. Le centre accueillait alors des personnes sans domicile, orientées par le Samu social ou le 15. Le règlement intérieur interdisait la consommation de boissons alcoolisées à l'intérieur de l'établissement, y compris dans les chambres. Cette situation ne convenait pas à l'équipe, qui constatait que, très régulièrement, des usagers consommaient de manière importante avant d'entrer au centre, pour finir leur bouteille ou par crainte de se retrouver en manque dans la nuit. Les riverains se plaignaient de la présence de bouteilles autour du centre. Les usagers étaient parfois fortement alcoolisés à leur arrivée. Le tout générait un climat de tension. Un travail fut alors mené en équipe, avec l'aide d'un médecin alcoologue, pour tenter d'identifier une solution plus adaptée. Le directeur, Denis Pedowska, explique :

> *« Le point de départ était que le soin apparaissait comme seule alternative pour qui consomme de l'alcool, et le sevrage et l'abstinence totale les seules réponses apportées. Nous avons travaillé sur l'idée de ne plus être dans le schéma manichéen du « soit on s'alcoolise, soit on est abstinent ». Nous avons aussi réfléchi sur les actions possibles permettant, par rapport au règlement intérieur du centre, de limiter les alcoolisations massives, qui soient compatibles avec à la fois une vie collective et le maintien du parcours de la personne, grâce à un « entre deux », allant vers une gestion de la consommation »* (Fédération Addiction, 2013 : 35).

Les usagers ont été autorisés à entrer dans le centre avec leur consommation d'alcool, qu'ils pouvaient stocker dans une armoire dédiée. L'équipe a constaté une diminution des alcoolisations et des phénomènes de violence, ainsi qu'une libération de la parole autour des usages d'alcool. Des actions de formation ont permis aux professionnels d'améliorer leurs compétences en matière de gestion de situations difficiles, de posture, de discours et d'accompagnement.

Des initiatives de capitalisation et conceptualisation

Depuis quelques années, plusieurs travaux de capitalisation ont été menés dans l'objectif de préciser le concept de RdRDA, et de proposer des modalités d'intervention.

- En 2012, la **Commission des pratiques professionnelles de l'ANPAA** (devenue Association Addictions France) publie un rapport visant à formaliser la RdRDA. Ce

document en expose les principes, méthodes, outils et actions, et présente des exemples d'interventions[39].

- En 2014, **l'Agence régionale d'Alsace et le CIRDD Alsace** publient un rapport[40], réalisé par un groupe de travail constitué de divers partenaires, proposant lui aussi une analyse du concept de RdRDA, et des repères pour la pratique. La dynamique amorcée lors de ce travail a débouché par la mise en œuvre du projet ARRIANA (fiche action 5).
- En 2015, la **Fédération Addiction et la Fédération Nationale des associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS)**, mènent ensemble un travail visant à documenter des exemples d'initiatives partenariales entre acteurs de l'addictologie et acteurs de l'intervention sociale. Ce travail donne lieu à un rapport intitulé « Addictions & lutte contre les exclusions : travailler ensemble », qui détaille de nombreuses actions, dont beaucoup s'inscrivent dans une démarche de RdRDA[41].
- En 2017, la **Fédération Addiction et la Fédération des acteurs de la solidarité** organisent une journée d'échanges sur le thème de « l'accueil inconditionnel au défi des consommations ». A cette occasion, des intervenants de plusieurs régions témoignent des actions qu'ils mènent les uns et les autres en matière de RdRD en général, et de RdRDA en particulier[42].
- La même année, en 2017 à Paris, se tient un forum sur le thème « *Exclusion et alcool. Une nouvelle approche possible, une réduction des risques et des dommages nécessaires !* »[43]. Cet événement est organisé par un groupe de travail coordonné par la **Mission Métropolitaine de prévention des conduites à risques (MMPCA).** Durant deux journées, des dizaines de professionnels témoignent de leurs pratiques de RdRDA. Le forum réunit 300 personnes. Par la suite, une partie des initiateurs de ce projet ont poursuivi leur travail au sein d'un groupe de travail inter-qualifiant, coordonné par la MMPCA. Leur travail a débouché sur la parution, en octobre 2020, d'un document intitulé *« Guide sur les réductions des risques alcool (RdRA) en centre d'hébergement »*, dans lequel des expérimentations diverses sont présentées[44].
- Entre 2016 et 2018, la **Fédération Addiction** a coordonné la mise en place d'une expérimentation dans deux CSAPA volontaires (Maison Jaune – Groupe SOS et SOLEA – ADDSEA), qui ont modifié leurs pratiques sur l'alcool, pour intervenir de manière plus adaptée au quotidien auprès des usagers. Une brochure de 8 pages intitulée *« Alcool : intervenir autrement »* rend compte de la démarche.[45].

---

[39] Commission Des Pratiques Professionnelles A.N.P.A.A, **RDR Alcool. Prévention des risques et réductions des dommages chez les consommateurs d'alcool**, 2012, 64 pages.

[40] Agence régionale de sante d'Alsace, **Réduction des risques alcool. Guide de la réduction des risques et des dommages chez les consommateurs d'alcool**, décembre 2014 : 82 pages.

[41] Fédération addiction, Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), **Addictions & lutte contre les exclusions : travailler ensemble**, 2015, 105 pages.

[42] Fédération addiction, Fédération des acteurs de la solidarité, **L'accueil inconditionnel au défi des consommations**. Synthèse & Perspectives. Lundi 9 octobre 2017. Maison Internationale - Cité Internationale Universitaire de Paris, 41 pages.

[43] Les vidéos de ces deux journées sont visionnables sur la chaine YouTube de l'Association Aux captifs La Libération : https://www.youtube.com/watch?v=0vfG9xkOS-E&list=PLVLl6gGyBUg_YvS1F4XpN8E-90_Q-MT31&index=4

[44] Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques (MMPCA), **Guide sur les réductions des risques alcool (RdRA) en centre d'hébergement**, 2000, 41 pages.
https://fr.calameo.com/books/002557160da6f250b910d

[45] FEDERATION ADDICTION, Alcool. Intervenir autrement. 2019. 8 pages.
https://fr.calameo.com/read/00554485801d097a74397

- Un collectif d'acteurs intervenant sur le thème de la réduction des risques alcool, le **collectif Modus Bibendi,** propose différents outils (dépliants, affiches, communiqués de presse, conseils), dont une charte exposant la vision de la RdR qui les réunit. Ce collectif propose une formation et un accompagnement méthodologique aux structures souhaitant mettre en œuvre les principes et préconisations de Modus Bibendi.
- D'autres organisations, comme l'Association Addictions France (ex ANPAA) ou la Fédération Addiction, ou encore, localement, l'association *Santé !* (fiche action 5) proposent elles-aussi des **formations et des accompagnements méthodologique**s, sur la base des principes et des préconisations qui sont les leurs.

On le voit, l'émergence de la RdRDA en France s'est faite de manière progressive, voire laborieuse, dans un contexte national connaissant de grands changements. Il ne s'agit donc ni, comme on peut le lire parfois, d'un soudain changement de paradigme, ni d'une manière radicalement nouvelle de travailler.

S'il s'agit d'une « révolution », celle-ci ne s'apparente pas à une rupture brutale, mais à un lent processus qui, en l'espace de vingt ans, a permis aux professionnels d'amorcer un changement de pratiques en profondeur.

II. ANALYSE CONCEPTUELLE

La RdRDA correspond à la déclinaison, pour le produit spécifique qu'est l'alcool, du paradigme de « réduction des risques et des dommages (RdRD) ». Ce paradigme est le mode de pensée principal à partir duquel les acteurs de l'addictologie abordent aujourd'hui la question des conduites addictives. La RdRD reconnait l'existence d'usages et de comportements à risques et, plutôt que d'interdire ou de contraindre, s'attache à transmettre aux personnes et aux populations les informations, les ressources et les aides qui leur permettront d'exercer au mieux leur pouvoir d'agir et ainsi limiter les conséquences négatives résultant des usages d'alcool. La RdRD reconnait le droit du libre choix et pose comme principe fondateur l'accueil inconditionnel de l'usager, sans faire de l'arrêt de l'usage un préalable.

La RdRD est également une politique publique, définie par l'article L3411-8 du Code de la Santé Publique. La RdRDA correspond donc à la déclinaison, pour ce qui concerne les usages d'alcool, de la politique de RdRD. Elle a le statut d'une politique publique de santé définie par la loi. Cette politique est encadrée par un référentiel qui précise son périmètre et pose le cadre légal de sa mise en œuvre.

Le cadre légal de la RdRDA

La définition de la politique de réduction des risques et des dommages relève de l'Etat (article L3411-7 du code de la santé publique). La RdRD vise notamment à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux. Concernant l'alcool, elle permet les actions suivantes :

1. **Délivrer des informations** sur les risques et les dommages associés à la consommation *(de boissons alcoolisées)*[46] ;
2. **Orienter les usagers** vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;
3. **Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé** destinés à la réduction des risques ;
4. **Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures** de prévention des risques. La supervision ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation *(de boissons alcoolisées)* ;
5. **Participer à l'analyse, à la veille et à l'information.**

L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal. Aux termes de celui-ci, n'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires.

Le **« référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues et complétant le code de la santé publique »** (article 31-2) précise les objectifs et les modalités d'intervention de la RdRD, dont il pose le cadre légal. Etabli en 2005 lors de l'adoption de la version initiale de la loi, il n'a pas été révisé depuis. Ce référentiel précise que les messages préventifs ne peuvent être utilisés que pour décrire les comportements, gestes et

[46] Ajouté par nous

procédures de prévention, les risques des produits ou de leurs associations. Ils ne peuvent pas être utilisés pour présenter les produits sous un jour favorable.

Autrement dit, sous sa forme actuelle, le cadre réglementaire entourant la RdRDA interdit aux intervenants de participer aux gestes de consommation (d'alcool ou de tout autre produit). Cette mention figure en effet dans le texte de loi lui-même. Il leur est également interdit de présenter l'alcool sous un jour favorable. Cet aspect peut cependant être sujet à interprétation, puisque ce n'est pas le texte de loi, mais le référentiel qui l'accompagne, qui mentionne ce point. Dans tous les cas, il importe de s'en référer à la **loi Evin**, qui encadre la propagande et la publicité, directes ou indirectes, sur les boissons alcoolisées. Par son acception large des communications relatives à l'alcool, la loi Evin inclut en effet la notion de publicité *indirecte.* Même en l'absence de transaction financière entre celui qui émet le contenu et le bénéficiaire, les restrictions liées à la façon d'évoquer l'alcool (L3323-4) s'appliquent à un grand nombre de situations[47]. Les messages de RdRDA délivrés sur les boissons alcoolisées se doivent donc de respecter la loi Evin, faute de quoi ils pourraient être assimilés à de la propagande ou de la publicité indirecte. Ils doivent se limiter à donner les caractéristiques objectives du produit, sans incitation à la consommation.

Le consensus des acteurs

Quelques mois après l'adoption de la loi santé de 2016, une audition publique sur la RdRD liée aux conduites addictives est organisée à l'initiative de la Fédération Française d'Addictologie (FFA), qui réunit alors l'ensemble des acteurs de l'addictologie. Une trentaine d'experts présentent leurs contributions. L'objectif est de faire émerger en France un consensus sur le concept, le périmètre et les pratiques professionnelles. A l'issue du processus et conformément aux recommandations de la HAS, un rapport d'orientation et de recommandations est rédigé par une Commission d'audition indépendante (FFA, 2016). Ce rapport, synthèse du consensus dégagé de la consultation, rend compte d'une définition très large du concept de RdRD, appréhendé à la fois comme un paradigme théorique et une politique publique, tous deux organisés autour de valeurs et de principes explicites. Le périmètre et les éléments essentiels de la RDRD en général, et de sa déclinaison en matière d'usage d'alcool en particulier, sont détaillés :

Le périmètre

La RdRDA concerne tout autant les lois et les programmes que les pratiques. Elle vise à réduire les conséquences néfastes des consommations d'alcool tant au niveau de la santé individuelle qu'au niveau socio-économique. Son périmètre d'application est par conséquent très large, permettant des déclinaisons sous des formes extrêmement variées : politiques locales, dispositifs de sécurité routière, interventions de repérage précoce et intervention brève (RPIB), campagnes d'information, réponses pénales adaptées, maraudes en milieu festif etc. La RdRDA comprend également une dimension de plaidoyer, pouvant se déployer sous la forme d'actions d'information et de mobilisation de la société en général. On le voit, la RdRDA ne se limite pas aux démarches d'accompagnement de la consommation d'alcool d'un usager en difficulté avec ce produit. **L'accompagnement de la consommation d'alcool des personnes en difficulté avec ce produit est une composante de la RdRDA, mais elle n'est pas représentative de**

[47] Entretien avec Franck Lecas, chargé de suivi loi Evin, Association Addictions France.

toutes les formes d'interventions qu'enveloppe le terme. Il s'agit là d'une précision importante.

Les modalités d'interventions et les outils

Les outils mobilisés en RdRDA sont variés. Il peut s'agir, par exemple et de manière non exhaustive, des outils suivants :

- Les outils traditionnels d'information et de prévention, ainsi que les nouvelles technologies de l'information, et notamment les forums d'usagers et les sites collaboratifs élaborés pour les professionnels ;
- Les outils propres aux dispositifs de lutte contre l'exclusion sociale et la précarité, ou d'aide à l'insertion ;
- Les outils du champ sanitaire de droit commun, tels que le repérage précoce et intervention brève (RPIB), les entretiens motivationnels, les médicaments etc. ;
- Les méthodes diverses d'accompagnement de l'usager (aide à l'abstinence, consommation contrôlée, etc.)

Les publics

La RdRDA s'adresse à des publics eux aussi diversifiés, dont il serait impossible de dresser une liste exhaustive. Citons à titre d'exemple : les femmes enceintes, les adolescents, les personnes en situation de précarité, les personnes bien insérées socialement et peu disposées à fréquenter des structures spécialisées, les membres de l'entourage des personnes alcoolodépendantes, les usagers fréquentant les milieux festifs, etc. Dans un rapport publié en mars 2020 portant sur *« les bonnes pratiques en prévention et réduction des risques liés à l'alcool »*, l'organisme belge Eurotox ASBL - Observatoire socio-Épidémiologique alcool-drogues, opère un classement des interventions de prévention et RdRDA en fonction des milieux concernés (familial, festif, étudiant, professionnel, sportif, pénitentiaire et milieu de la rue) ou des publics visés (personnes âgées, femmes enceintes et allaitantes, personnes racisées, personnes migrantes, travailleuses et travailleurs du sexe et enfin personnes lesbiennes, gay, bisexuelles, transgenres, queer532 et intersexes - LGBTQI+)[48].

Les secteurs et les acteurs concernés

La mise en œuvre de dispositifs et d'actions de RdRDA concerne différents secteurs de la société. Elle ne se limite pas aux acteurs du dispositif sanitaire et médico-social spécialisé. Elle concerne ainsi les acteurs de la justice, du travail social, de l'éducation, les professionnels de santé de premiers recours, le secteur de la psychiatrie, les hôpitaux et bien d'autres.

L'accompagnement individuel

Sur le plan individuel, la RdRDA repose sur une approche globale de la personne, ne se limitant pas aux objectifs médicaux. Elle reconnait les demandes et savoirs de l'usager, et ne fait pas de

[48] EUROTOX, Alcool. *Bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques*, Mars 2020. https://eurotox.org/2020/06/17/bonnes-pratiques-de-prevention-et-reduction-des-risques-lies-a-lalcool/

l'arrêt des consommations un préalable. Les axes possibles de l'accompagnement de RdRDA sont les suivants :

1. **L'arrêt de la consommation** au moyen du sevrage ;
2. **Le réaménagement des consommations** en vue d'en réduire les dommages, ce réaménagement pouvant consister en une modification quantitative (réduction des consommations, consommation contrôlée…) ou qualitative (contexte de consommation, modalités, type de boissons consommées etc.);
3. **L'accompagnement des consommations telles qu'elles existent**, avec pour priorité la sécurisation des usagers, leur mise à l'abri et leur accès aux droits.

La Commission d'audition constate l'existence du consensus suivant :

> *« La RdRD n'exclut pas l'abstinence comme objectif mais elle la relativise dans les propositions offertes aux personnes. En fait, la RdRD repose sur une approche gradualiste qui s'adapte à leurs capacités, leurs attentes et leur environnement devant toute conduite addictive ».*

Principes d'intervention

Malgré l'absence de référentiels officiels de bonne pratique en RdRDA, et en dépit du constat d'une hétérogénéité de pratiques et d'acteurs, plusieurs principes d'interventions généraux semblent faire largement consensus :

- Le **refus de tout jugement de valeur** ou de référence à la morale ;
- La reconnaissance du **libre choix de la personne, prise « là où elle en est » ;**
- Les **principes et valeurs de la promotion de la santé** : respect de la personne, renforcement des compétences et des capacités d'agir (empowerment), approche globale prenant en considération l'ensemble des déterminants de la santé, prise en considération des facteurs environnementaux, mobilisation pour des politiques plus favorables à la santé et au bien-être etc. ;
- Une **participation des usagers à l'ensemble de la démarche**, dans l'idée du « rien pour nous sans nous », le recours aux savoirs expérientiels des usagers, des pairs-aidants et des patients experts ;
- Les **principes d'aller-vers, d'accueil inconditionnel et de rétablissement,** propres au secteur de l'intervention sociale ;
- Un souci de **répondre aux besoins les plus urgents (hébergement, logement, ressources..**.) de l'usager, sans condition d'abstinence, selon la logique du « Un chez soi d'abord » ;
- Une **approche pragmatique et individualisée,** consistant à prendre en considération les motivations à consommer de l'usager, et les bénéfices de cette consommation, de manière à l'inviter à identifier les stratégies qui lui conviendront, fondées sur une balance entre les bénéfices et les dommages ;[49]
- Une **approche ne se focalisant pas sur le produit alcool,** mais bel et bien centrée sur la réduction des risques (à court, moyen ou long termes) et des dommages (ces

[49] *« 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 » (D. Casanova, 2012)*

dommages pouvant être sanitaires ou psychosociaux, et affecter aussi bien l'usager que son environnement ou la société) ;

- Le **libre choix laissé à l'usager** de définir l'objectif qui lui convient parmi l'ensemble des options qui s'offrent à lui, celles-ci **se déclinant de manière graduée le long d'un continuum** allant de la simple « mise à l'abri » sans modification de la consommation jusqu'au sevrage, en passant par l'aménagement des consommations, la consommation contrôlée, etc. ;
- Un **accompagnement reposant sur le lien de confiance** entre l'usager et l'accompagnant ;
- Le travail en réseau entre acteurs de différents secteurs pour faciliter la constitution, pour l'usager, d'**un parcours de santé global, cohérent et articulé.**

L'absence de ligne directrice en matière d'accompagnement de la consommation d'alcool

A l'heure actuelle, il n'existe aucun document de référence officiel encadrant spécifiquement les pratiques d'accompagnement de la consommation d'alcool dans une démarche de RdRDA. Les intervenants ne disposent d'aucune ligne directrice émanant des pouvoirs publics ou d'une société savante. Ils disposent certes d'outils d'intervention validés, comme l'entretien motivationnel ou le RPIB, et peuvent se référer en matière d'accompagnement psychosocial ou de soins aux référentiels encadrant leurs professions. Mais ces principes et outils ne sauraient à eux-seuls constituer un cadre global et cohérent à partir duquel il serait possible de construire un projet de RdRDA structuré, respectant des critères de qualité prédéfinis. Pour pallier ce manque, les pouvoirs publics soutiennent des projets innovants ou expérimentaux susceptibles d'apporter un éclairage sur les modalités concrètes d'intervention, voire une modélisation de pratiques professionnels. Ce soutien prend la forme notamment de financements dédiés au sein des Agences régionales de santé, ou d'aide à l'expérimentation et à la capitalisation par la MILDECA, et/ou d'autres administrations, comme nous le verrons dans la deuxième partie de ce rapport.

A défaut de lignes directrices officielles, les acteurs de terrain peuvent néanmoins se référer aux articles publiés dans les revues spécialisés (bibliographie en annexe), aux travaux réalisés par des associations spécialisées en addictologie (voir partie historique) et aux associations qui proposent des principes généraux en matière d'accompagnement de RdRDA (fiches actions 2, 5 et 6). L'absence de lignes directrices en matière de pratiques d'accompagnements de RdRDA peut sembler surprenant au regard de l'ampleur des besoins des usagers et des enjeux de santé publique que soulève la question de l'alcool dans notre pays. Deux facteurs expliquent, selon nous, cette situation. D'une part, la démarche de RdRDA a eu de la peine à émerger et à se structurer en France, contrairement à d'autres pays (Grande Bretagne, Suisse, Canada) où des dispositifs volontaristes ont été mis en place bien plus tôt. Sa reconnaissance officielle est assez récente (2016). D'autre part, la question des pratiques professionnelles dans le champ des addictions en général est, comme le montre une étude de l'OFDT, peu documentée dans notre pays :

> « *Les pratiques professionnelles déployées dans le cadre des réponses proposées aux usagers comptent parmi les champs peu explorés par les chercheurs (…) les mesures de prévention et de réduction des risques et des dommages ne sont investies que de façon (…) marginale. La mise en œuvre des interventions visant la réduction de la demande demeure un point aveugle empêchant de saisir et donc de renforcer ou d'infléchir les processus de changement à l'œuvre* » (Abgrall, et Milhet, 2019 : 1).

Cette situation s'explique par des caractéristiques internes à l'addictologie, une discipline jeune, historiquement marquée par des divisions entre acteurs, et aujourd'hui portée par des

intervenants provenant de secteurs et de cultures professionnelles diversifiés. Ce contexte hétérogène rend difficile l'émergence d'une culture commune en RdRD. Comme le constate l'OFDT, *« les intervenants s'approprient différemment les missions qui leur sont confiées »* (Abgrall, et Milhet, 2019 : 8). Il en résulte un sentiment de confusion chez certains acteurs, que nous avons constaté lors de la réalisation de nos travaux, autour de la définition de la RdRDA, de son périmètre et de ses modalités d'interventions. Les déclarations suivantes, entendues durant notre étude et choisies parmi d'autres, illustrent cette difficulté à appréhender le concept :

« Je ne pense pas qu'il y ait un consensus sur la RdRDA, ni même de définition claire. »

« Une définition de la RdRDA qui fasse consensus ? Ce n'est pas gagné. Et de là des modes d'intervention… il me semble que cela n'existe pas. Il n'y a pas de consensus. »

« Personnellement, j'ai beau écouter mes collègues addictologues, j'ai du mal à comprendre ce que l'expression « RdRD alcool » signifie ».

« Pour moi ce n'est pas clair. Personne n'a été capable de m'expliquer ce que c'était. Et pourtant, c'est important de préciser le concept de RdRDA, ça permettrait de border des pratiques qui ne tarderont pas à arriver. »

De la RdR à la RdRDA : une filiation qui suscite des interrogations

Comme mentionné plus haut, la RdRDA est un volet d'une politique de santé, la RdRD, inscrite dans la loi et encadrée par un référentiel qui en détaille le périmètre et les modalités. Elle repose sur des principes fondamentaux largement partagés. Un consensus s'est d'ailleurs clairement exprimé lors de l'audition de 2016, posant les fondamentaux de la démarche. Pourtant, un sentiment d'incompréhension et de flou entoure encore le concept en France. Cette situation s'explique, selon nous, par la sémantique même, et la construction épistémologique, de l'expression « réduction des risques et des dommages liés à l'alcool ». Celle-ci, par sa forme, induit en effet une affiliation directe à la RdR « historique », concernant l'usage de stupéfiants. Or, cette RdR historique avait des objectifs bien différents, et beaucoup plus spécifiques de ceux de la RdRD contemporaine.

La RdR sous sa forme initiale visait principalement à réduire le risque infectieux lié à l'utilisation de matériel potentiellement contaminé (seringue, cuillère, paille...). Construite en grande partie par des usagers, son propos ne portait pas sur le produit consommé en tant que tel. L'objectif affiché n'était pas d'induire un changement quantitatif ou qualitatif de l'usage, mais de sécuriser celui-ci pour éviter une contamination. Comme le souligne un addictologue, *« la RDR (historique) n'a pas d'objectif de consommation, il n'y a pas de projet ».*

Un intervenant de réduction des risques partage ce constat :

« Réduire les risques infectieux, ce n'est pas le même objectif que réduire les risques liés à l'alcool, c'est-à-dire les maladies chroniques, les risques sociaux, etc. Je me demande si le terme de « RdR alcool » est adapté. Le point commun, c'est le respect de l'usager, l'idée de l'accompagner dans son choix de consommation, mais les risques et les objectifs ne sont pas les mêmes ».

Un autre expert de RdR remarque-lui aussi que les objectifs de la RdRDA ne sont pas du même ordre que ceux qui prévalent, par exemple, dans un programme d'échange de seringues :

« L'enjeu, autour de l'injection, ce n'est pas le produit qui est dans la seringue, mais la propreté de celle-ci. Le fait que la personne s'injecte de l'héroïne, ce n'est pas anodin mais c'est presque

secondaire. L'objectif c'est que l'injection soit « safe ». Quand j'entends parler de RdR pour l'alcool, j'ai l'impression qu'il s'agit d'autre chose. L'objectif avec l'alcool est essentiellement de réduire les dommages engendrés par la consommation du produit. On ne va pas s'intéresser au geste de consommation, comme la manière de porter le verre à ses lèvres par exemple. Ce que je constate aussi, c'est que la RdR historique est très efficace. Aujourd'hui, les héroïnomanes ne meurent plus d'infection. En revanche, beaucoup d'entre eux vont mourir de cirrhoses, de pancréatites, en raison de leur usage d'alcool ».

Nous formulons l'hypothèse suivante, qui mériterait d'être confirmée par une étude sociologique auprès d'un plus grand nombre d'acteurs : la forte connotation, en France, du concept de RdR, induit une confusion dans les esprits autour du concept de « réduction des risques et des dommages liés à l'alcool ». Spontanément, les acteurs associent à la RdRDA les représentations qu'ils ont de la RdR historique, mouvement militant dont le paradigme central est le droit à l'usage et la dénonciation de la prohibition des drogues, et qui se décline sous forme de programmes consistant essentiellement en une distribution de matériel (d'injection, de substitution etc.) et d'information, et cela dans des structures généralement « bas seuil »[50]. Or, si l'on conçoit la RdRDA à partir de ces références et de ce moment précis de l'histoire de l'addictologie, il en résulte une vision restrictive du périmètre de celle-ci. La RdRDA sera alors considérée comme une démarche militante, proposant un accueil « bas seuil » à des usagers consommateurs d'alcool dans le but de sécuriser leur pratique, mais sans nécessairement viser de changement dans le mode de consommation. Les boissons alcoolisées seront autorisées dans ces lieux d'accueil, qui auront pour mission de réduire les risques immédiats liés à l'usage d'alcool, tout en affirmant le « droit à l'usage ». Ce modèle non interventionniste, qui se rapproche de la culture des intervenants en « toxicomanie », induit une prise de distance avec le soin et l'univers de la médecine. Un expert de santé publique explique :

« Si l'on revient au sens de la RdR tel que forgé au départ, et que l'on s'inspire du modèle pour l'alcool, alors la RdR alcool vise à réduire les risques <u>immédiats</u> liés aux consommations d'alcool. Permettre l'accès à des seringues stériles permet de réduire un risque immédiat, l'infection. L'objectif n'est pas de réduire les dommages liés à l'infection, mais d'empêcher la transmission d'un virus. Mettre sa ceinture de sécurité, porter un masque contre le Covid comme en ce moment, c'est la même chose, c'est de la RdR. En ajoutant le D de dommages, il y a eu un glissement vers le champ du soin et de la prévention d'un risque chronique, au risque de rendre le concept plus flou ».

L'intervention à bas seuil d'exigence que nous venons de décrire fait certes partie des modalités d'intervention possibles de la RdRDA, mais elle n'est pas représentative de l'ensemble. Nous l'avons vu, le concept de RdRDA réunit des formes variées d'intervention, et s'adresse à des publics qui n'ont pas tous les mêmes besoins et attentes. Etonnamment, le vocabulaire français de l'addictologie ne permet pas de différencier ces différentes modalités. C'est pourquoi le recours au registre anglosaxon, qui distingue les interventions selon qu'elles sont de type « dry » (sec), « damp » (mouillé ou tolérant) ou « wet » (humide)[51], est éclairant. Il nous parait

[50] Les dispositifs « bas seuil d'exigence », aussi appelés dispositifs « à haut seuil de tolérance », s'adressent à des publics qui, en raison de leurs spécificités (difficultés à honorer des rendez-vous, consommation de substances psychoactives, troubles psychiatriques…) ne peuvent accéder aux dispositifs de droit commun dont l'accueil est conditionné (respect des horaires, abstinence, comportements…)

[51] Au sens littéral, les termes « dry », « damp » et « wet » se traduisent respectivement par « sec », « mouillé » et « humide ». Au Québec, les termes anglais « wet » et « dry » sont communément utilisés en santé publique. Le terme « damp » est parfois remplacé par celui de « tolérant ».

particulièrement opérant pour catégoriser les interventions d'accompagnement à la consommation de RdRDA.

Des interventions « wet » « tolérantes » et « dry »

La littérature anglophone en addictologie utilise le mot **« *wet* »** (humide)**,** pour qualifier un mode d'intervention dont la caractéristique est d'offrir la possibilité à l'usager de consommer des boissons alcoolisées dans les lieux d'accueil et d'hébergement. Les premiers programmes *wet* ont vu le jour dans les années 1980 en Grande Bretagne. Ils étaient alors portés par des travailleurs sociaux et soutenus par les municipalités, dans une double optique de mise à l'abri de personnes vivant à la rue et de sécurisation de l'espace public. Les premiers « wet shelters », ou « foyers avec alcool ouvrirent à Londres, puis l'idée se diffusa en grande Bretagne, en Australie et ailleurs. Au Canada, certains dispositifs « wet » vont encore plus loin, en proposant un « Managed alcohol program (MAP) », ou « programme de gestion de l'alcool (PGA) ». Les PGA sont une modalité bien particulière de services « wet », consistant à servir aux usagers, à des heures régulières tout au long de la journée, des unités d'alcool, afin de stabiliser leur état (fiche No 7).

En France, depuis la fin des années 2009, des **initiatives de type « wet »** se sont déployées un peu partout en France. De plus en plus de centres d'hébergement modifient leur règlement intérieur, pour autoriser la consommation de boissons alcoolisées aux usagers. Des accueils de jour avec alcool sont également expérimentés, comme par exemple à Hagueneau avec l'ouverture de la salle de consommation ARrIANA, accueillant des personnes alcoolodépendantes en situation de précarité (fiche action 6). Les interventions de ce type pourront donc être classées dans la catégorie « wet ».

Les dispositifs de type « dry » (sec), constituent un modèle opposé à celui des dispositifs wet. Ils se caractérisent non seulement par l'interdiction de la consommation de boissons alcoolisées, mais aussi par une exigence de sobriété de l'usager. Cette approche « tolérance zéro » se rencontrera, par exemple, dans les centres de soins orientés vers l'abstinence. Le permis de conduire progressif repose sur une logique de réduction des risques de type « dry », puisqu'il consiste en une tolérance zéro pour l'alcool au volant pour les conducteurs novices.

Les dispositifs « damp » (tolérants), se rencontrent fréquemment. Ils se caractérisent par une interdiction de la consommation d'alcool dans le lieu d'accueil, mais sans pour autant imposer une totale sobriété à l'usager. L'usager peut être alcoolisé mais, dans la mesure où il est dans un état compatible avec le fonctionnement du service, il sera tout de même accueilli.

III. LA RDRDA EN PRATIQUE : EXEMPLES D'ACTIONS

La RdRA s'est déployée, comme nous l'avons vu, en l'absence de cadre formel et sans référentiel de bonnes pratiques. L'appropriation progressive du concept a conduit au surgissement d'actions dans les espaces les plus divers et qui correspondent à la diversité des lieux de vie sociale des usagers.

En France, un déploiement de la RdRDA dans des espaces variés

Un nombre important d'interventions de RdRDA a vu le jour dans le milieu de la lutte contre l'exclusion et la précarité. Ceci ne doit cependant pas faire oublier que la RdRDA peut s'adresser à une diversité de publics, et s'implanter dans des lieux variés.

La liste ci-dessous a pour objectif de donner un aperçu de la diversité des espaces pouvant accueillir un dispositif de RdRDA s'adressant à des usagers consommateurs chroniques d'alcool[52]. Elle est loin d'être exhaustive. A quelques exceptions près, ces initiatives n'ont pas fait l'objet d'une évaluation scientifique respectant les critères de la recherche internationale *evidence based*. Les données portant sur leur efficacité et leur impact sont rares. Il est néanmoins intéressant de connaitre leur existence, à titre informatif.

CSAPA

A Montpellier, le CSAPA Association Addictions France propose un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP), validé par l'ARS Occitanie en 2017, intitulé « D'ose ta vie ». Ce programme a comme objectif de permettre aux usagers de retrouver la maîtrise de leur consommation d'alcool. Il repose sur un processus par étapes favorisant notamment l'apprentissage de nouvelles modalités de consommer, la compréhension des facteurs qui influencent ou entretiennent les difficultés, et la valorisation des stratégies de l'usager.

A Grenoble, le CSAPA du CHU propose un programme intitulé ETAPE, destiné aux proches de personnes confrontées à un problème d'addiction. Son objectif est de renforcer le lien entre l'entourage et l'usager et créer un environnement favorable au changement de comportement de celui-ci. Ce projet, structuré selon les référentiels de l'ETP, est une initiative du Pr Maurice Dematteis, chef du service universitaire de pharmaco-addictologie.

A Avignon, le CSAPA Association Addictions France du Vaucluse propose un programme validé d'ETP, le programme Choizitaconso©, dont l'objectif est de permettre aux usagers de retrouver la maitrise de leur consommation d'alcool en développant des mécanismes protecteurs. Ce programme s'adresse à toute personne qui s'interroge sur sa consommation d'alcool. Il comprend également des activités pour les membres de l'entourage (fiche action 4).

Dans plusieurs villes françaises, des professionnels de CSAPA et d'autres structures spécialisées ont été formés à l'animation de l'adaptation française du programme québécois Alcochoix +. Ce programme vise à aider les personnes en difficulté avec l'alcool à retrouver une gestion contrôlée de leur consommation. Il fournit un accompagnement, une méthodologie et des outils aux usagers. Le programme repose sur l'utilisation d'un guide que la personne peut

[52] De nombreuses interventions situationnelles de RdRDA, visant principalement la réduction des risques immédiats dans des contexte d'API et d'ivresse sont déployées, en France, dans des milieux variés (milieux festifs, milieux étudiants, espaces publics…) Les interventions de ce type n'entrent pas dans le champ de la présente étude, qui s'intéresse aux initiatives d'accompagnement de la consommation chronique d'alcool.

utiliser seule (formule individuelle), avec l'aide d'un intervenant (formule dirigée) ou à travers des séances collectives (fiche action 1).

CAARUD

Au CAARUD La Case, à Bordeaux, la consommation d'alcool est autorisée. Les usagers disposent d'un frigidaire et d'un placard pour entreposer leurs bouteilles et canettes. Les consommations se font dans des gobelets gradués. De la nourriture et des boissons sans alcool sont proposées. Les professionnels font un travail d'écoute, d'information et de conseils.

Au CAARUD Adissa, à Evreux, la consommation d'alcool est également autorisée. Les boissons sont stockées et étiquetées derrière un comptoir. Pour y avoir accès, l'usager doit s'adresser aux intervenants. Les consommations se font elles aussi dans des gobelets gradués. Des temps d'échanges autour de l'alcool sont organisés.

Le CAARUD Yucca (Bondy), qui lui aussi autorise la consommation d'alcool, travaille à l'élaboration, en lien avec le Conseil Scientifique du Groupe SOS, d'un protocole de gestion du syndrome de sevrage par la délivrance ponctuelle d'alcool. Les professionnels de l'équipe sont formés à reconnaître les signes de sevrage et la prise en charge nécessaire.

Au CAARUD Interm'AIDES, à Rennes, la consommation d'alcool et de toute autre substance psychoactive licite et illicite (incluant les produits de substitution et les médicaments) est interdite à l'intérieur des locaux. En revanche, les usagers disposent d'un réfrigérateur dans lequel ils peuvent stocker leurs bouteilles et canettes d'alcool. Ils peuvent accéder librement à ces consommations, à condition de sortir de la structure pour boire. La consommation est ponctuellement autorisée lors d'évènements exceptionnels (fêtes de fin d'année, barbecues etc.) Ce fonctionnement a été choisi en concertation avec les usagers. Des temps d'échanges autour de l'alcool sont organisés ponctuellement. En janvier 2020, l'équipe a « profité » de la dynamique engendrée par la campagne « le défi de janvier » pour aborder la question de l'alcool avec les usagers.

Structures d'hébergement

Dans les Ardennes, un infirmier libéral a initié dans une résidence sociale (Résidéis), durant le confinement lié à la crise sanitaire Covid-19, un projet visant à sécuriser les consommations d'alcool des résidents, et prévenir les syndromes de sevrage. Cela a constitué en un stockage des boissons alcoolisées, leur distribution et, dans certains cas leur achat. Le projet bénéficie de l'accompagnement du réseau ADDICA (Addictions précarité Champagne-Ardenne), qui réunit des professionnels de santé de Champagne-Ardenne.

En région Bourgogne, le CSAPA Kairn assure une consultation avancée hebdomadaire au CHRS « La Croisées des chemins » ce qui lui permet de rencontrer les personnes accueillies, ainsi que les professionnels. Les usagers peuvent ainsi bénéficier d'informations et de services de réduction des risques et des dommages. Ce partenariat permet également de sensibiliser l'équipe, et de créer des liens intersectoriels.

En Mayenne l'Equipe Mobile en Addictologie (EMA) du CSAPA 53, intervient auprès d'usagers de CHRS, dans l'objectif de les accompagner vers les structures de soin, d'aide et d'insertion. Elle intervient également auprès des équipes pour des actions de soutien (éclairage sur un profil psychologique, stratégie d'accompagnement etc.)

A Lyon, un projet de RdRDA est déployé en CHRS par l'équipe mobile d'addictologie du CSAPA du Griffon (ARIA-OPPELIA), composée d'un médecin, d'un psychologue et d'une

infirmière. Plusieurs actions sont menées : consultations, proposition d'un contrat de gestion accompagnée des consommations d'alcool aux résidents, espace de consommation de boissons alcoolisées, sensibilisation et formation des professionnels etc. Une évaluation du projet sera réalisée en partenariat avec l'Université de Lyon 2 et la Fédération des acteurs de la solidarité.

A Toulouse, l'association pour les Initiatives Autonomes des Femmes - APIAF travaille en partenariat avec l'association régionale Clémence Isaure (qui gère un CSAPA, un CAARUD, un réseau d'appartements thérapeutiques et un dispositif d'équipes mobiles) pour proposer un accompagnement spécifique sur les problématiques addictives aux femmes accueillies. Ce partenariat permet aux professionnels du CSAPA d'affiner leur approche des violences conjugales.

A Paris, l'Association Addictions France a expérimenté durant deux ans une méthode d'accompagnement dans le but de favoriser la mise en place, par l'équipe d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) d'un dispositif de RdRD alcool. Cette expérimentation s'est accompagnée d'un travail de capitalisation par enquête et observation, de manière à favoriser la mutualisation (fiche action 2).

Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation

Les Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO) sont chargés d'organiser et centraliser les demandes d'hébergement et de logement des personnes ou familles sans domicile, et de réaliser une évaluation sociale. Ils ont également pour mission d'organiser la coopération et le travail partenarial entre les acteurs du département.

En Côte d'Or, le SIAO a institué une commission addiction réunissant Association Addictions France, des CHRS et des acteurs du soin. Cette commission se réunit toutes les 6 semaines pour évoquer des situations. En parallèle, des permanences d'Association Addictions France ont été mises en place au sein du CHRS Sadi Carnot pour permettre aux personnes accueillies d'accéder à des consultations avancées.

Le SIAO de Seine-Saint-Denis s'est rapproché des CSAPA du département afin de mieux accompagner un public commun. Des réunions partenariales ont lieu au sein du SIAO 93 entre professionnels de CSAPA et de structures d'hébergement dans le but de mieux se connaitre, développer une intelligence commune et mener une observation des situations, des prises en charge et des outils développés. L'Observatoire d'addictologie 93 Seine-Saint-Denis participe aux travaux.

A Lille, le SIAO anime un groupe de travail inter-institutionnel (structures gérant des places d'urgence, de stabilisation, d'insertion, accueils de jours, dispositifs médico-sociaux spécialisés en addictologie avec hébergement), dont l'objectif est de trouver des solutions d'hébergement à un public sans abri souvent concerné par des problématiques d'addiction. Le groupe se réunit une fois par mois pour traiter une ou deux situation(s) individuelle(s), dans une approche globale associant le champ de l'addictologie, de la psychiatrie et de l'hébergement social.

Centres Communautaires d'Action Sociale

Le Centre Communautaire d'Action Sociale (CCAS) d'Auxerre, a initié une action partenariale de coordination des acteurs locaux, visant à améliorer la prise en charge (accès aux soins, orientation vers le droit commun, accès au logement…) des personnes accueillies consommatrices de substances psychoactives. Des professionnels de l'association Addictions France, de structures d'hébergement et de la CPAM interviennent dans la structure en appui aux professionnels.

Etablissements pour personnes âgées

Le Centre local d'information et de coordination (CLIC) des Ainées de Rouen porte un projet visant à améliorer la prise en compte des pratiques addictives dans les accompagnements proposés aux personnes âgées. Plusieurs activités sont menées, incluant un accompagnant de la démarche de gestion des consommations d'alcool dans les projets d'établissements des résidences autonomies. Un document de capitalisation d'expérience est en cours d'élaboration.

Services hospitaliers

Aux hôpitaux Albert-Chenevier et Forcilles, l'équipe du docteur Romain Gomet propose un programme de thérapie cognito-comportementale (TCC) de consommation contrôlée d'alcool, intitulé « L'envol ». Le programme est structuré en 9 séances de groupe hebdomadaires de 2 heures qui visent le maintien des objectifs de consommation contrôlée chez des patients dépendants à l'alcool.

A Paris, le Service d'Accueil des urgences (SAU) de l'Hôpital Européen Georges Pompidou a mis en place un protocole de repérage systématisé du trouble de l'usage d'alcool à l'aide du questionnaire FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation). L'objectif de ce dispositif est de permettre une intervention précoce et une intervention brève chez les sujets qui présentent un trouble de l'usage d'alcool[53].

Maisons de santé

En Bretagne, la maison de santé de Questembert (Morbihan), propose un programme intitulé « Ethylibre », visant à renforcer les compétences psychosociales de personnes en difficulté avec l'alcool engagées dans un projet d'abstinence. Ce programme est porté par des professionnels de santé libéraux, en partenariat avec le secteur hospitalier et une association d'entraide. Il consiste en une série d'ateliers de groupe répartis sur plusieurs semaines. Le projet est accompagné par l'IREPS Bretagne.

Maternités et structures de périnatalité

Dans le département de La Réunion, le centre ressources ETCAF (ensemble des troubles consécutifs à l'alcoolisation fœtale) a une mission d'expertise, de coordination des acteurs, d'information et de centralisation des informations relatives à l'alcoolisation fœtale. Il mène notamment des actions visant à sensibiliser la population générale, favoriser le repérage des situations de consommation d'alcool chez les femmes enceintes, et améliorer leur prise en charge. Le centre ressources dispose d'une équipe mobile, Le fil d'ARIAAN, dont la mission est d'accompagner les femmes enceintes consommatrices d'alcool et leurs enfants. Les animatrices du fil d'ARIAAN mènent un travail de proximité avec les femmes désirant arrêter de boire durant leur grossesse. L'accompagnement repose sur la création d'un lien de confiance, l'approche motivationnelle et le renforcement des compétences (fiche action 3).

A Strasbourg, le réseau maternité et addictions accompagne les femmes enceintes usagères de substances psychoactives dans la réduction ou le sevrage d'alcool et de tabac durant la grossesse. Des groupes de paroles sont proposés aux femmes enceintes en difficulté avec l'alcool. Le réseau peut être sollicité par les professionnels du département. Il propose des temps de sensibilisation et formation. Le réseau milite pour la création de postes de sages-femmes formées en addictologie dans chaque maternité, en fonction du nombre de naissances.

[53] http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/jsfa20-130830_POT.pdf

En Nouvelle Aquitaine, le Centre Ressources Addictions & Grossesse (CRAG), porté par l'association Coordination Régionale Addictions (COREADD) Nouvelle-Aquitaine a pour mission de réduire l'incidence des consommations de substances psychoactives pendant la grossesse, améliorer le repérage et améliorer la connaissance du réseau de proximité[54]. Il propose des formations à destination des professionnels, des outils (dépliants, goodies…), des temps d'échanges, un annuaire de ressources en ligne. Il couvre les 12 départements de la Nouvelle-Aquitaine. Il a organisé le 24 sept 2020 à Biarritz le colloque « addictions & grossesse ».

Structures d'insertion par l'activité économique

Dans différentes villes, le programme TAPAJ, déclinaison française du programme québécois TAPAJ (travail alternatif payé à la journée) permet à des jeunes de 18-25 ans sans domicile fixe de travailler quelques heures par jour en échange d'une rémunération immédiate. La souplesse de fonctionnement permet de réaliser auprès de ces jeunes un double accompagnement de réduction des risques (beaucoup d'entre eux étant consommateurs d'alcool et d'autres substances) et d'insertion. La logique du programme est similaire à celle du programme Un chez soi d'abord : l'activité professionnelle est un moyen d'entrer en relation pour créer un changement et envisager d'autres projets. La démarche repose sur l'instauration de partenariats entre acteurs des secteurs de la santé, de l'économie et du social.

En Midi-Pyrénées, le chantier d'insertion d'une SIAE (structure d'insertion par l'activité économique) et le CSAPA de l'association régionale Clémence Isaure ont formalisé un partenariat pour améliorer l'accompagnement des salariés en insertion : un référent du CSAPA se déplace à la Glanerie pour rencontrer des personnes en difficulté avec une addiction et désireuses d'effectuer une démarche de soins, et lui proposer un suivi à l'extérieur. Avec l'accord de la personne, des bilans mensuels sont réalisés entre celle-ci, d'autres salariés, des conseillers en insertion et des intervenants du CSAPA.

En Seine-Maritime, l'association Insersanté accompagne, dans une démarche de RdRDA, des personnes en situation de précarité dont la consommation d'alcool rend difficile toute démarche d'insertion. Les usagers sont orientés par les services du Conseil général. L'essentiel de l'accompagnement proposé consiste en des visites à domicile pour des entretiens de RdRDA. L'association a développé une formation à destination des professionnels du département sur « la question de l'alcool dans le travail social ». Ce dispositif, intitulé « Accompagnement Des Personnes En Difficulté D'addictions (APDA) » est animé par un éducateur spécialisé formé en addictologie (DU). Chaque nouveau salarié bénéficie en interne d'une formation avancée sur la RdRDA.

Missions locales

La Mission locale de Rennes déploie un dispositif initié et financé par l'Etat, le dispositif « Sortir de la rue », ayant pour objectif d'aller à la rencontre des jeunes de 18 à 30 ans en errance, de manière à leur permettre d'accéder à un logement, quelle que soit leur situation et leur consommation de produits illicites ou d'alcool. La logique est similaire à celle d'Un chez soi d'abord. L'hébergement est considéré comme un préalable pour amorcer un projet de vie. La Mission locale de Rennes porte également un dispositif de prévention par les pairs. Ces dispositifs s'inscrivent dans un projet plus large d'accompagnement santé (prévention, orientation vers un service de santé, droits) porté par la mission locale en partenariat avec la

[54] https://www.crag-na.com/

CPAM, des médecins, des structures hospitalières, le planning familial et la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Accueils de jour

A Paris, l'association Aux Captifs, la Libération, gère un accueil de jour bas seuil qui accueille, en semaine, des personnes vivant à la rue. La consommation d'alcool est autorisée dans les locaux. De la nourriture et des boissons sans alcool sont mises à disposition. L'objectif du lieu est de permettre aux personnes de se reposer, de se détendre, et d'échanger avec d'autres usagers et des animateurs dans un endroit sécurisé. Des temps d'échange autour de la consommation d'alcool et d'autres activités de groupe, comme par exemple des ateliers d'art-thérapie, ou encore des sorties, sont proposées. L'usager a la possibilité de constituer une cagnotte au cas où il viendrait à manquer de boissons alcoolisées. Le responsable de l'espace dispose également d'une réserve de bouteilles et de cannettes lui permettant de gérer un éventuel syndrome de sevrage par manque d'alcool. Durant la première vague de confinement liée à la crise sanitaire Covid-19, l'association a procédé à des maraudes pour aller vers les personnes sans abri vivant à la rue. Les professionnels ont procédé à des dons de boissons alcoolisées en prévention ou gestion des syndromes de sevrage.

A Haguenau, en Alsace, une « salle de consommation à moindre risque d'alcool », ARRIANA, accueille chaque après-midi, en semaine, des usagers d'alcool éloignés des dispositifs de soins et de réduction des risques. Ce projet est une initiative conjointe des CSAPA hospitaliers Haguenau et Wissembourg et de l'association Ithaque, qui gère elle aussi un CSAPA, mais aussi la Salle de consommation à moindre risque (SCMR) de Strasbourg. La consommation d'alcool est autorisée dans ce lieu. Les usagers viennent avec leur propre alcool, qu'ils confient à leur arrivée à l'une des accueillantes. Celle-ci note le nom de la personne, le type d'alcool et la quantité, de manière à disposer d'un tableau de bord pouvant servir de support d'échange autour de la consommation. Les consommations de boissons alcoolisées, comme de toutes autres boissons (café, jus de fruits...) se font dans un gobelet gradué. Des activités collectives sont proposées (jeu de fléchettes, jeux de société, ateliers cuisine, repas, jardinage...) Les usagers ont également la possibilité de s'entretenir en individuel avec un membre de l'équipe. L'équipe est constituée de travailleuses sociales formées en addictologie. Les médecins addictologues des CSAPA sont régulièrement présents dans l'espace (fiche action 6.)

A Marseille, l'association Santé ! a ouvert un espace d'information, accueil et accompagnement recevant, en journée, des personnes en difficulté avec l'alcool, issues de catégories socioéconomiques variées. Dans ce lieu, une « équipe pilote » propose un accompagnement de la consommation d'alcool, selon une démarche de RdRDA et de rétablissement. Le projet, qui s'intitule « I-A-C-A » (*Intégrer et Accompagner les Consommations d'Alcool*) fait l'objet d'un suivi-évaluation, dans l'optique d'une modélisation. De nombreux outils d'accompagnement, d'information et de suivi sont élaborés pour le travail auprès des usagers. En parallèle, Santé ! développe un dispositif d'appui et de formation des professionnels. Un déploiement de la méthode I.A.C.A dans deux régions (PACA et Nouvelle Aquitaine) est actuellement en cours, soutenu par le fonds national de lutte contre les addictions en partenariat avec la Fédération Addiction, l'ARS PACA et l'ARS Nouvelle Aquitaine. Le site Internet de l'association met à disposition des professionnels et des usagers un ensemble d'outils et d'informations (fiche action 5). Une évaluation réalisée par une équipe de l'Inserm (SESSTIM – INSERM 1252) montre que les usagers sont satisfaits de l'intervention : *« ils en apprécient énormément les*

bénéfices, de la déstigmatisation de la consommation à la prise en charge globale. » Les chercheurs considèrent que *« l'intervention est particulièrement efficace sur les problèmes de manque. Elle agit positivement sur la sécurisation des risques, l'alimentation, la qualité du sommeil et le bien-être ».* (Carrieri et al., 2019.)

Milieu rural

En Saône et Loire, dans un territoire rural à la population vieillissante, marqué par une désertification médicale, une éducatrice spécialisée sillonne le département pour aller à la rencontre de personnes en difficulté de logement, selon une démarche « d'aller-vers »[55]. Les orientations lui sont adressées par les assistantes sociales et les bailleurs sociaux. La porte d'entrée est le logement mais il s'agit d'un travail global incluant les questions d'alcool, même si celles-ci sont rarement formulées par les personnes.

Tribunaux

Les acteurs de la justice ont un rôle à jouer en matière de RdRDA. Ils ont en effet à traiter de nombreuses affaires survenues dans des contextes d'alcoolisation, impliquant des personnes présentant des troubles parfois majeurs de l'usage d'alcool, et des victimes. Le système pénal français n'a pas uniquement un rôle de sanction. Il vise également à prévenir la récidive (alcool au volant, violences aux personnes, dégradations, etc.) et favoriser l'orientation vers le dispositif spécialisé des personnes en difficulté avec l'alcool. Des initiatives variées sont déployées en ce sens à travers la France. La Fédération Addiction vient de publier un guide[56] sur l'articulation santé-justice dans le cadre des soins obligés en addictologie (soins ordonnés par la justice : obligations de soins, injonctions thérapeutiques). Ce guide propose une analyse des dispositifs ainsi que des outils pratiques s'adressant aux professionnels de l'addictologie et à ceux du secteur judiciaire.

Groupes d'entraide

En 2016, les associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique, réunies au sein de la Camerup, ont inscrit, dans leur livre Blanc, la démarche de RdRDA. La Camerup a mis en place un dispositif national de formation sur la RDRDA de manière à permettre à ses adhérents de s'approprier le concept et de mettre en place des accompagnements en ce sens. L'objectif de cette initiative est de permettre aux adhérents des sections locales, notamment dans les régions isolées, d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences en RdRDA.

La Fédération Alcool Assistance réunit plus d'un millier de bénévoles, usagers ou anciens usagers mobilisés au sein d'un mouvement d'entraide et de plaidoyer. La fédération a engagé en 2020 un projet national sur trois ans, soutenu par le Fonds de lutte contre les addictions, destiné à renforcer la mobilisation et l'implication des usagers ou anciens usagers dans les projets d'arrêt, de réduction des risques et de plaidoyer autour de l'ensemble des produits. L'objectif de cette initiative est de renforcer les connaissances et les compétences des acteurs de terrain à travers la France. Il s'agit également de mener des actions de communication, incluant des séminaires et des rencontres locales, vers les bénévoles et partenaires des lieux d'accueil d'Alcool Assistance. Enfin, l'objectif du projet est de communiquer de manière plus

[55] Les démarches d'aller-vers, en travail social, consistent à intervenir auprès des personnes même si celles-ci n'en font pas la demande, tout en respectant leur libre-arbitre.
[56] https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/02/PJ3_guide_santejustice_version2.pdf

cohérente sur l'ensemble du territoire auprès du grand, public, des réseaux de santé et des usagers d'accueil d'entraide par les pairs. Un axe important de travail portera sur la l'évolution des pratiques en addictologie (intégrant bien entendu la RdRDA), l'évolution de l'image des mouvements d'entraide, et la diversification de la population bénévole impliquée dans ces mouvements. La fédération Alcool Assistance participe aux travaux de la Camerup, dans l'optique de développer une stratégie nationale commune à l'ensemble des associations et mouvements d'entraide.

Espaces numériques

Les Technologies de l'information et de la communication (TIC) sont une opportunité pour initier et déployer des actions de RdRDA vers des publics variés. Le rapport de Thierry et Reynaud (2019) sur la E-santé dresse un portrait des initiatives de prévention et RdRD autour des conduites addictives en général, et du risques alcool en particulier, faisant appel aux outils numériques : applications, forums, réseaux sociaux etc.

Les forums d'entraide et les groupes d'échanges virtuels entre usagers connaissent un essor depuis quelques années. Citons en exemple le forum « Addict'Aide »[57], animé par des patients experts en addictologie, qui offre la possibilité aux personnes en difficulté avec une conduite addictive, ou à des membres de l'entourage, de bénéficier d'écoute, d'informations et de conseils. Sur les réseaux sociaux, de nombreux groupes de discussion fermés offrent des occasions d'échanges et d'autosupport. Citons par exemple le groupe Facebook « Addictions et alcool, ensemble on est plus forts », qui réunit près d'un millier de membres dans une démarche de soutien entre pairs quasiment 24 heures sur 24.

Débits de boissons

Certains débits de boissons, comme d'autres établissements de la nuit (discothèques, festivals, etc.) accueillent régulièrement des initiatives de prévention et RdRDA déployées par des associations. A Paris, par exemple, le dispositif « Fêtez Clairs » se déploie dans des espaces variés. Même chose à Marseille, où les équipes de « Plus Belle la Nuit » vont à la rencontre des publics dans leurs lieux de fête. Un bar, comme tout autre établissement, peut donc accueillir des intervenants externes qui mettront en œuvre, dans cet espace, une activité de RdRDA[58].

Cependant, il importe de préciser qu'un débit de boissons, dès lors qu'il vend des boissons alcoolisées, ne peut se prétendre lui-même acteur de RdRDA au sens du code de la santé publique. En effet, la loi santé de 2016 précise qu'un intervenant de RdRD *« ne participe pas aux gestes de consommation »*.

Sans même parler de « conflits d'intérêt », le fait de servir de l'alcool et de tirer profit de son commerce constituent une participation active au geste de consommation et nous semble de ce fait incompatible, par définition, avec une démarche de RdRDA. En outre, la présence de publicités pour des boissons alcoolisées peut être assimilable à une « présentation de l'alcool sous un jour favorable » et ne respecte pas le référentiel de RdR de 2005, qui reste en vigueur puisqu'il n'a pas été modifié au moment de l'adoption de la loi santé 2016. Ce point peut

[57] www.addictaide.fr

[58] Pour plus d'information sur les initiatives de RdRD en milieu festif : Benech G., *Réduire les risques et les dommages dans les contextes de consommation*, in : « Les ados et l'alcool. Comprendre et agir. » Presses de l'EHESP, 2019 : 113-127. A noter également l'existence d'un portail européen de bonnes pratiques en matière de RdRD en milieu festif : www.hntinfo.eu

toutefois être discuté. Il pourrait en effet être considéré que le référentiel de 2005, ayant été pensé uniquement pour les stupéfiants, ne saurait s'appliquer aux produits licites. Dans tous les cas, tolérer qu'un acteur de RdRDA fasse la promotion d'une marque d'alcool serait, selon nous, une grave erreur déontologique. Une étude récente menée par le CHU de Brest et l'EHESP (Morgane Guillou-Landréat et Karine Gallopel-Morvan) montre que les patients en sevrage sont particulièrement sensibles aux stimuli publicitaires, susceptibles de déclencher chez elles un craving et une rechute de leur consommation. (Recherche DEPREV financée par l'INCa)[59]. Une telle incitation à la consommation vient non seulement brouiller le message de RdRDA par une « injonction contradictoire » mais risque également de mettre les usagers en difficulté.

Des travaux ont montré que l'industrie des boissons alcoolisées tente de s'approprier le concept de RdRDA (Alcohol harm reduction), par une instrumentalisation sémantique à des fins bénéficiant aux intérêts des acteurs économiques (Cambridge J, et al, 2014).

En France, le groupe SOS et ses partenaires (dont le groupe Pernod Ricard et la Fondation Kronenbourg) présentent les débits de boissons du projet « 1000 Cafés »[60] comme relevant d'*« une démarche de réduction des risques en alcool, en accompagnant vers une consommation consciente et raisonnée* ». La brochure de présentation de l'initiative indique que « *les futur.e.s salarié.e.s des cafés seront en effet formés aux méthodes innovantes de réduction des risques et des dommages liés aux consommations d'alcool et/ou de tabac »*[61], sans toutefois présenter les détails de cette formation.

Selon nous, si l'adoption, par le gérant d'un débit de boissons, de pratiques de ventes et de promotion plus responsables, est une démarche intéressante, elle ne saurait permettre à cet établissement de se présenter comme un acteur de RdRDA. Sa pratique s'inscrit dans une démarche de « vente responsable » qui ne relève pas du code de la santé publique, mais de bonnes pratiques professionnelles d'un acteur du commerce. A notre connaissance, l'expression « RdRDA » n'est pas juridiquement protégée. Il n'est donc pas interdit à un gérant de bar de se présenter comme étant un acteur de RdRDA. Mais le terme fait référence à une politique de santé publique, et à des pratiques professionnelles nécessitant un haut niveau de connaissances et d'expériences. L'utilisation de ce terme par un acteur économique est susceptible d'induire en erreur sur la nature de ses activités, qui consistent à promouvoir et vendre des boissons alcoolisées. Cependant, un débit de boisson, comme par exemple un café associatif, ne vendant que des boissons sans alcool et n'en faisant pas la promotion (pas de publicité, pas de produits dérivés…) pourrait, s'il respectait le cadre légal de la RdRD, et à condition de disposer d'intervenants qualifiés, en devenir un acteur.

Conclusion sur les dispositifs en France

Comme nous pouvons le constater, des initiatives de RdRDA sont déployées, en France, dans des espaces diversifiés, à l'attention d'une pluralité de publics. Ces actions partent d'une même volonté d'apporter à des usagers en difficulté avec l'alcool un accompagnement adapté, fondé sur les principes et les valeurs de la RdRD. La plupart de ces dispositifs sont soutenus par les

[59] Etude à paraitre. Source : entretien avec madame Karine Gallopel-Morvan.
[60] https://www.1000cafes.org/le-projet-1000-cafes/
[61] https://www.indre.gouv.fr/content/download/22345/157780/file/Pr%C3%A9sentation%201000%20caf%C3%A9s.pdf

pouvoirs publics, notamment via des financements par les agences régionales de santé. En l'absence de référentiel de pratiques en RdRDA, les actions sont développées sur des bases essentiellement expérientielles par des acteurs menant un travail de proximité et qui imaginent et mettent en œuvre des réponses pragmatiques *ad hoc*. L'absence de ligne directrices n'empêche donc pas la créativité.

Et à l'étranger ?

Comme le souligne la Cour des Comptes (2016), la recherche en alcoologie est peu développée en France. Les moyens alloués aux équipes de recherche sont nettement inférieurs à ce qui prévaut dans d'autres pays de niveau économique équivalent. Cette situation a un impact direct sur les dispositifs de RdRDA, puisque les acteurs français en charge du développement d'initiatives de RdRDA ont un accès moindre que leurs homologues étrangers à des données probantes sur lesquelles étayer leurs actions.

Cette situation est d'autant plus regrettable que, comme il sera décrit ci-après, des programmes intéressants sont déployés à l'étranger, sur la base de travaux scientifiques dont la France gagnerait à s'inspirer. C'est pourquoi nous terminerons cette partie par une rapide description d'initiatives européennes et nord-américaines en matière d'**accompagnement de femmes enceintes consommatrices d'alcool**, de **soutien à l'entourage**, d'**aide à la consommation contrôlée**, d'**espaces de consommation bas seuil** et de **centres de gestion de l'alcoolisation**.

Accompagnement de femmes enceintes consommatrices d'alcool

En 2019, des lignes directrices en matière de prise en charge des troubles de l'usage d'alcool chez les femmes enceintes (Thibaut et al, 2019) ont été publiées par un consortium de chercheurs internationaux, membres de l'*International Task Force of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry* et de l'*International Association for Women's Mental Health*. Ces lignes directrices rappellent qu'il n'existe aucun niveau de consommation d'alcool sans risque durant la grossesse, et que les femmes devraient cesser de boire dès le projet de grossesse et tout au long de celle-ci. Un repérage systématique dès la première consultation devrait être réalisé par les professionnels, suivi d'évaluations régulières. Pour les femmes enceintes consommant de manière modérée, la réalisation d'interventions brèves est recommandée, celles-ci ayant montré leur efficacité. Pour les femmes souffrant d'un TUAL sévère, une hospitalisation et un sevrage sous contrôle médical est recommandé. Les bébés de femmes usagères d'alcool devraient faire l'objet d'un dépistage systématique à la naissance.

Au Canada, le « **Manitoba FASD Network** »[62], fondé en 2009, coordonne les travaux de nombreux partenaires de tous secteurs mobilisés autour des questions d'alcoolisation fœtale. Le dispositif est reconnu au niveau international comme étant actuellement le plus avancé sur le diagnostic, la prise en charge et la prévention des TCAF. L'équipe du centre ressources ETCAF de la Réunion s'inspire de ce modèle.

Aux Etats-Unis, le *US Center for Disease Contrôle and prevention* déploie depuis 2007 un programme scientifiquement validé à destination des femmes consommatrices d'alcool en âge de procréer, et de leur entourage, basé sur une approche motivationnelle. Ce programme, intitulé **CHOICES** (*pour Changing High-Risk Alcohol Use and Increasing Contraception*

[62] https://fasdmanitoba.com/

Effectiveness Study), consiste en une série de rencontres individuelles en amont de la grossesse. Il vise à sensibiliser les femmes aux risques liés à l'alcoolisation fœtale, à renforcer leur motivation et leurs compétences, et à leur proposer une contraception adaptée. Il a fait l'objet d'études randomisées contrôlées dans différents contextes. Celles-ci ont démontré l'efficacité du programme qui permet de réduire les risques d'alcoolisation fœtale (Floyd, R L., 2007)[63].

Dans l'Etat du Minnesota, aux Etats-Unis, une recherche action intitulée **« Healthy Brain for Children »** expérimente un dispositif visant à motiver des adolescentes enceintes, à travers des incitations, à s'abstenir de consommer de l'alcool (aux Etats-Unis, le taux de grossesses juvéniles est plus élevé qu'en France). Les jeunes femmes, qui participent de manière volontaire, reçoivent un téléphone portable en début de programme. Tout au long de leur grossesse, elles seront régulièrement invitées, par SMS, à réaliser un test d'alcoolémie, en utilisant un éthylotest spécifiquement conçu à cette attention. Celui-ci est équipé d'un appareil photo intégré, qui les photographie lorsqu'elles soufflent dans l'éthylotest. La photo et l'image sont transmises directement à l'association qui gère le programme. Lorsque les tests sont négatifs, les jeunes femmes sont « récompensées » sous forme de bons d'achat pour elles ou pour leur futur bébé. Si le test est positif, les parents de l'adolescente (ou tout autre adulte référant) en sont informés. Les programmes de RdRD reposant sur des méthodes de renforcement basé sur l'incitation matérielle ou monétaire tels que celui-ci, sont plus fréquents en Amérique du nord qu'en France, pour des raisons probablement culturelles. Des études montrent pourtant qu'ils présentent un intérêt auprès de certains publics[64].

Soutien à l'entourage de personnes en difficulté avec l'alcool

Pour chaque personne en difficulté avec l'alcool, plusieurs personnes sont directement affectées. Il s'agit en tout premier lieu de l'entourage familial, et notamment des conjoint-e-s, enfants, petits-enfants et parents. Les membres de l'entourage sont exposés à des risques liés au TUAL de leur proche. Les dommages peuvent être psychologiques (traumatismes, carences affectives), physiques (accidents, violences intrafamiliales, incluant violences conjugales et violences aux enfants) ou sociaux (discrimination, précarité.) En outre, les membres de l'entourage, en tant qu'aidants naturels de leur proche, jouent un rôle essentiel, et pourtant peu reconnus, en matière de réduction des risques et des dommages. Plusieurs pays ont développé des initiatives visant à accompagner les proches de personnes en difficulté avec l'alcool, à travers des campagnes de communication, des semaines de sensibilisation ou des programmes de soutien individuel[65]. Citons par exemple le **programme national *Trampoline***[66] en Allemagne, qui propose une écoute et un soutien émotionnel et psychologique aux enfants de parent(s) présentant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive, ou encore **la**

[63] https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/choices-program-prevent-alcohol-exposed-pregnancies.html

[64] Plebani Lussier J. et al., A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders, *Addiction*, Volume101, Issue2 February 2006: 192-203. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.2006.01311.x

De Crescenzo et al, Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and network meta-analysis Franco, PLOS Medicine | December 26, 2018, https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002715

[65] Pour plus d'information sur les initiatives françaises et internationales de soutien aux membres de l'entourage : Benech G., **Agir sur les déterminants familiaux**, in : « Les ados et l'alcool. Comprendre et agir. » Presses de l'EHESP, 2019 : 129-138.

[66] www.projekt-trampolin.de

campagne de sensibilisation *« Sortons du silence »*, déployée chaque année en Suisse dans le but de sensibiliser au vécu des familles et faire connaître les ressources pouvant aider les enfants concernés. Cette campagne s'inspire d'une initiative américaine déployée par la **National Association for Children of Alcoholics (NACA) (Association nationale des enfants d'alcooliques)**[67], qui a pour mission d'apporter un soutien aux enfants de parents alcoolodépendants. Chaque année, à l'occasion de la Saint Valentin, la NACA organise une semaine de sensibilisation sur le vécu de ces enfants. Plusieurs pays ont reproduit l'initiative, dont l'Allemagne, la Grande-Bretagne et la Suède, en plus de la Suisse, mais pas encore la France.

Programmes de consommation contrôlée

Les premiers programmes de consommation contrôlée ont vu le jour dans les années soixante-dix, dans la continuité des travaux menés par Sobell et Sobell (voir historique). Ils font désormais partie des réponses thérapeutiques proposées aux personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool dans de nombreux pays.

En Allemagne, par exemple, un programme ambulatoire de consommation contrôlée, nommé « Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT)[68] » (AkT) est déployé dans plusieurs institutions à travers le pays. Ce programme a été développé à la fin des années 1990 par le professeur Joachim Körkel. Il consiste en une série de 10 rencontres de groupe, en soirée, animées par des consultants formés à cet effet. La méthode consiste en dix étapes permettant aux participant d'aborder différents thèmes, et de développer progressivement des stratégies pour reprendre le contrôle de leur consommation. Un manuel accompagne le programme. Celui-ci peut être financé par les compagnies d'assurance des participants. Des centres d'hébergement pour personnes en situation de précarité l'utilisent. C'est le cas par exemple de la « Clemens-Josef Haus»[69], qui gère un foyer et une maison de retraite accueillant des personnes sans-abris dépendantes à l'alcool. A Munich, en Bavière, le programme est intégré depuis 2003 dans un dispositif global d'hébergement et d'insertion, le dispositif « Walk »[70].

Espaces de consommation d'alcool

Dans certaines villes européennes, des espaces de consommation d'alcool à bas seuil d'exigence ont vu le jour au cours des dernières décennies. Ces lieux ont pour objectif de permettre à des personnes en situation de précarité, et notamment des personnes sans domicile, de disposer d'un espace dans lequel elles pourront consommer de l'alcool en toute sécurité, en présence d'intervenants formés. Ces démarches ont un double objectif de santé et de sécurité publique. Il semble en effet que l'ouverture de ces salles permette à la fois de réduire les risques et les dommages liés à la consommation d'alcool, en favorisant l'accès aux soins de personnes souvent éloignées des dispositifs de droit commun, et d'améliorer la sécurité dans l'espace public, grâce à une diminution des incivilités et des phénomènes de violence.

En Allemagne, le premier espace de ce type, portant le nom de « Zum Sofa »[71] (Sofa bar) a vu le jour en 2009 dans la ville de Kiel à l'initiative de l'association Hempels. Le lieu visait à

[67] www.nacoa.org.uk/about-nacoa/helpline
[68] https://www.kontrolliertes-trinken.de
[69] https://rhein-verein.de/einrichtungen/clemens-josef-haus/
[70] https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/12/2/fachkraefte/wohnungslosenhilfe.aspx
[71] https://www.hempels-sh.de/projekte/cafe-zum-sofa

accueillir des personnes sans emploi et sans domicile, qui pouvaient y apporter leurs propres boissons, et entrer ainsi en relation avec des travailleurs sociaux, présents dans la salle. Par la suite, d'autres villes allemandes se sont intéressées au concept, et l'ont déployé à leur tour.

En Suisse, à Lausanne, un espace portant le nom de « La Terrasse » a ouvert ses portes en 2013 dans un objectif similaire. Ce lieu a été conçu de manière partenariale par un établissement hospitalier, le CHUV, et une structure de RdRD, la fondation ABS (Accueil bas seuil). En 2014, 344 personnes différentes ont fréquenté le lieu. Les usagers sont majoritairement des hommes (81%) en situation de grande précarité, dont beaucoup souffrent de troubles psychiatriques non traités. Leur moyenne d'âge est de 35 ans. Une étude épidémiologique longitudinale auprès d'une centaine d'usagers a été menée par le CHUV. Ses résultats encourageants ont permis en 2016 la pérennisation du lieu, financé par la Ville de Lausanne et d'autres partenaires. Les porteurs du projet ARRIANA (fiche action 6) se sont inspirés de ce dispositif.

L'espace « La Terrasse » (Lausanne) ne doit pas être confondu avec un autre projet suisse, « la Trampoline » (Fribourg). Ce dernier consiste en un accueil bas seuil (Fondation Le Tremplin) s'adressant à des personnes en situation de grande précarité, dans lequel il est proposé aux usagers de participer à des activités de brassage d'une bière (la Trampoline). Ce dispositif s'inscrit dans une optique, discutable, d'éducation au goût (voir partie analyse). Son efficacité et ses effets sur les usagers n'ont pas été évalués.

Les « Managed Alcohol Program (MAPs) » ou « programme de gestion de l'alcool »

Un « Managed Alcohol Program (MAP) », ou « programme de gestion de l'alcool » (fiche action 7), est un programme ayant pour objectif de stabiliser l'état d'une personne dépendante à l'alcool en lui délivrant régulièrement, tout au long de la journée, une dose d'alcool. Ces programmes, supervisés médicalement, permettent à l'usager d'éviter aussi bien les états d'ivresse que les états de manque. Cet état stabilisé[72] permet d'amorcer un travail de rétablissement. Plusieurs villes canadiennes (Toronto, Vancouver, Thunder Bay…) disposent de centres d'accueil de jour ou d'hébergement (et même de centres de soins palliatifs), connus sous le nom de « Wet Shelters » (foyers humides) dans lesquels des personnes alcoolodépendantes en situation de précarité reçoivent à heure régulière des boissons alcoolisées (bière ou vin). L'université de Victoria coordonne la mise en œuvre et l'évaluation, au niveau national, de ces programmes, à travers la « Canadian Managed Alcohol Program Study (CMAPS) ». Plusieurs travaux ont mis en évidence des effets significatifs : diminution des incivilités et des phénomènes de violence, diminution des taux d'hospitalisation, amélioration de l'état de santé et de bien-être des usagers (Vallance et al., 2016).

Suite à la réalisation d'une analyse de la littérature scientifique sur l'impact des programmes de type « wet »' (Institut Universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-De-L'île-De-Montréal, 2018), les autorités locales montréalaises ont annoncé l'ouverture prochaine de deux « Wet Shelters » à Montréal, au Québec.

[72] L'expression « zone de confort » est parfois utilisée en France, sans être objectivement définie, en référence à l'état d'équilibre atteint par un usager par une gestion adoptée de sa consommation. Le terme « confort », parce qu'il induit l'idée d'un état de bien-être et de tranquillité, ne nous paraît pas adapté. C'est pourquoi nous n'utiliserons pas nous-même cette expression dans le présent rapport.

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

Les travaux menés au cours de cette mission nous ont permis d'identifier, concernant la situation française en matière de RdRDA, plusieurs points forts et plusieurs faiblesses. Nous avons également pris connaissance de pratiques, certes peu répandues mais qui, parce qu'elles sont sujettes à controverses, et parce qu'elles posent des questions éthiques, juridiques et sanitaires, doivent être abordées.

Nous proposons donc, après l'état des lieux réalisé au chapitre précédent, des pistes de réflexion et d'analyse.

Des interventions peu évaluées

Un premier constat concerne le **peu d'évaluations scientifiques** réalisées autour de dispositifs de RdRDA en France. Certaines expérimentations, certes, font ou ont fait actuellement l'objet de recherches menées par des équipes compétentes, avec le soutien des pouvoirs publics. Mais la grande majorité des actions de RdRDA sont organisées sur une base expérientielle, à partir des constats, voire des représentations des porteurs de projets. Elles ne reposent pas sur des données probantes clairement explicitées et ne font pas l'objet d'évaluation[73]. L'expérience étrangère n'est que rarement prise en considération. Dans ces conditions, il est difficile, voire impossible, de démontrer l'efficacité des interventions sur les usagers. Comme le souligne un chercheur, cette situation n'est pas sans risque : *« la RdRDA invite à la sortie de la médicalisation de l'alcoolisme. Mais il y a un risque avec les expérimentations plus ou moins étudiées et plus ou moins « sauvages », qui ne sont pas de la médecine fondée sur des preuves ».*

A l'étranger, les interventions de RdRDA s'accompagnent plus souvent qu'en France de dispositifs d'évaluations scientifiques. Par exemple, des études menées dans différents pays (Canada, Etats-Unis, Australie, Royaume-Uni, Suisse) publiées dans des revues s'appuyant sur un comité de lecture mettent en évidence les effets positifs de certains dispositifs "wet" (accueil avec alcool). Ces travaux font état, notamment, d'une réduction du nombre d'interpellations par les forces de l'ordre, d'une diminution du recours aux services d'urgences et d'hospitalisations, ou encore d'un meilleur état de bien-être général des usagers (Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du centre-sud-de-l'ile-de-Montréal, 2018). En France, si certains porteurs de projets observent des effets du même ordre, l'absence de travaux scientifiques empêche de confirmer ces observations.

Plusieurs projets français font toutefois l'objet de travaux de capitalisation et/ou évaluation, permettant de rendre compte du processus mis en œuvre et, dans certains cas, de présenter des résultats (ces travaux sont référencés dans les fiches actions en annexes). Par exemple, le projet IACA, porté par l'association *Santé !* (fiche action 5) a fait l'objet de deux évaluations, l'une menée l'Inserm et le CRES PACA, l'autre par l'institut de Santé Publique, d'Epidémiologie de l'Université de Bordeaux (ISPED.) En Nouvelle-Aquitaine, une évaluation croisée de différents programmes de RdRDA est actuellement menée par l'ISPED. Une évaluation du programme Choizitaconso© (fiche action 4), menée par l'INSERM – Pôle recherche clinique (étude ETHER.), est en cours.

[73] Les programmes « Un Chez Soi d'abord » et « TAPAJ » ont fait l'objet d'évaluations. Mais ces dispositifs n'étant pas à proprement parler des dispositifs de RdRDA, l'analyse de leurs résultats sort du cadre de ce rapport. Il serait cependant intéressant, pour les acteurs de RdRDA, de s'inspirer des méthodologies de recherche qui ont été développées pour évaluer ces dispositifs.

Des principes fondamentaux partagés

Selon nous, un consensus fort existe, parmi les acteurs de l'addictologie, concernant les principes fondamentaux et les valeurs devant guider une action de RdRDA, à savoir : respect de la personne, lutte contre les préjugés, reconnaissance des bénéfices liés à l'usage, relativisation de l'abstinence comme option possible, solutions graduées, approche globale, libération de la parole, rencontre et création de liens.

Il existe **un constat partagé et sans équivoque, reconnaissant que la stigmatisation de l'alcoolodépendance est à l'origine d'un grand nombre de dommages**. Cette stigmatisation peut être source de retard dans l'accès aux soins. Par ailleurs, les personnes sans domicile sont doublement stigmatisées en raison de leur précarité et de leur addiction. Le poids de la honte pèse encore davantage sur les femmes.

RdRDA et abstinence

Une autre caractéristique des démarches de RdRDA est qu'elles s'intéressent foncièrement aux **raisons de consommer et aux bénéfices de cet usage pour la personne**, plutôt qu'au produit en lui-même. Il s'agira de permettre à l'usager d'identifier et de verbaliser ce que lui apporte l'alcool, les fonctions de ce produit dans son existence, de manière à pouvoir, éventuellement et dans un second temps, envisager d'autres manières de consommer et/ou d'autres réponses à ces besoins. Dans cette optique, **l'abstinence totale et définitive reste un choix envisageable sans occuper, comme ce fut longtemps le cas, une place centrale**. La RdRDA apporte donc une réponse aux personnes qui, jusque-là, n'osaient pas aborder le sujet de leur consommation, par crainte de se voir imposer un « zéro alcool ».

Si une aversion parfois forte s'exprime à l'encontre de ce qui est décrit comme « *un dogme de l'abstinence* », dans les faits l'abstinence n'est pas pour autant décriée. Elle fait au contraire partie de l'offre. Un intervenant explique : *« projet de RdR et projet d'abstinence ne sont pas antinomiques ».* Il est fréquent, dans une même intervention, que des usagers ayant des projets différents, avec ou sans abstinence, se côtoient : *« On a des gens qui veulent une consommation modifiée et non pénalisante. (…) On peut mettre ensemble des abstinents et des personnes qui ont fait le choix de la consommation contrôlée ».* Ainsi, **la question centrale n'est pas tant l'objectif visé que le fait que celui-ci est choisi par la personne elle-même**.

Certains usagers souhaitent réussir à s'abstenir de consommer de l'alcool dans des moments ou des contextes précis, par exemple lorsqu'ils sont avec leurs enfants, au travail ou en entretien d'embauche, lorsqu'ils prennent le volant ou dans toute autre situation de l'existence pour laquelle ils considèrent que consommer de l'alcool serait préjudiciable pour eux-mêmes ou pour autrui. Sans être un projet d'abstinence totale et définitive, ils n'en sont pas moins demandeurs d'une aide et de conseils autour d'un **projet d'abstinence ponctuel**. C'est également le cas de certaines femmes enceintes qui ont besoin d'être accompagnées pour réussir à s'abstenir de consommer durant leur grossesse. C'est pourquoi, se contenter de définir avant tout la RdRDA comme *« un mode d'intervention qui ne vise pas l'abstinence »* ne parait pas pertinent.

Populations concernées par la RdRDA

Un consensus apparait également autour de l'idée selon laquelle l'approche de RdRDA peut s'appliquer **à tous les usages et à tous les publics**, avec des réponses réparties selon un continuum gradué :

> *« La RdRD est pertinente quelles que soient les modalités d'usage des produits. Elle nécessite une attitude permettant, au moment de la rencontre avec l'usager à un moment précis de son parcours, l'expression des demandes et l'analyse des besoins, l'analyse des bénéfices et des risques liés à la consommation »* (FFA, 2016).

Le nombre de verres d'alcool consommés n'est pas le critère principal à partir duquel se construit une réponse de RdRDA. Celle-ci peut même porter sur de faibles niveaux de consommations, puisqu'il est reconnu qu'en matière de cancer notamment, il n'existe pas de consommation sans risque, et qu'il y a toujours un bénéfice, pour la santé, à consommer moins d'alcool. Autrement dit, la RdRDA s'adresse à tous, sans se limiter aux personnes dépassant les repères de Santé publique France.

Cependant, **certaines populations présentent des facteurs de vulnérabilité** justifiant le déploiement de réponses ciblées. C'est le cas des personnes en situation de précarité. C'est également le cas des usagers de drogues illicites qui fréquentent les CAARUD ou d'autres structures médico-sociales, et dont on a parfois tendance, à tort, à minimiser la consommation d'alcool, considérée comme « un moindre mal » par rapport à d'autres produits. Mais la RdRDA s'adresse aussi à des usagers socialement insérés, qui ne se reconnaissent pas forcément dans les publics accueillis dans le secteur spécialisé, et qui ont besoin de réponses adaptées. Celles-ci gagnent à être déployées dans leurs milieux de vie, dans les structures de droit commun, sur internet, en milieu professionnel etc.

RdRDA et lien social

Un aspect particulièrement frappant a émergé de nos observations, à savoir l'importance particulière que revêtent, pour les professionnels de RdRDA, les notions de liens, de relations, d'échanges et de rencontres. Au-delà d'une politique publique ou d'un dispositif, la RdRDA est une question de rencontres humaines. Cette idée est d'ailleurs exprimée dans le document de consensus de la FFA, qui définit la RdRDA comme *« la création d'une alliance entre les consommateurs et les intervenants, l'usager de drogues et la personne ayant une conduite addictive étant considérés comme experts de ses pratiques et acteurs du projet* » (FFA, 2016). La création d'un lien de confiance est une condition *sine qua non* de tout projet de RdRDA, et c'est encore plus vrai pour les projets s'adressant à des personnes fortement stigmatisées, comme par exemple les personnes sans domicile fixe. Il s'agit même, parfois, de l'objectif central.

RdRDA et approche globale des besoins des usagers

Un autre aspect méritant d'être souligné, en lien avec ce qui vient d'être énoncé, est la question de **la libération de la parole autour de l'alcool**. Agir en RdRDA consiste à lever les tabous et libérer la parole autour des usages. De nombreux observateurs déplorent l'interdiction qui est faite aux usagers de consommer de l'alcool à l'intérieur des établissements. Plusieurs expériences ont montré que lorsque cette interdiction a été levée, la situation s'est améliorée. Le responsable d'un centre d'hébergement autorisant l'alcool depuis quelques années témoigne : *« Le climat n'a plus rien à voir, c'est apaisé, il n'y a plus de suralcoolisation et quasiment plus aucun fait de violence ».*

Enfin, il ressort très clairement qu'une caractéristique essentielle de la RdRDA consiste à **considérer chaque personne dans sa singularité et chaque situation de manière globale,** en portant un regard global décentré du produit. Un expert de santé publique explique : *« La RdR, c'est l'approche de l'individu dans son entier, sans se centrer sur le problème le plus criant. On considère la personne dans ses besoins fondamentaux ».*

Reconnaitre les besoins fondamentaux de la personne implique, pour l'intervenant, de **renoncer à « projeter » sur celle-ci un projet qui ne serait pas le sien**, et accepter que les choses ne se déroulent pas comme l'intervenant le souhaiterait. Dans les cas les plus extrêmes, l'objectif sera d'aider la personne à survivre, en lui permettant de consommer dans un lieu sécurisé, à l'abri des dangers de la rue, ou en faisant en sorte de lui éviter un coma éthylique ou, à l'inverse, un syndrome de sevrage. Plusieurs addictologues témoignent de leur satisfaction en présence d'un usager qui, avec leur aide, avance dans son propre projet, même si celui-ci ne correspond pas aux critères classiques d'une structure de soin.

Une diversité d'actions

Comme toute intervention de santé publique, les interventions de RdRDA reposent sur des **démarches partenariales et participatives**. En général, les initiatives mobilisent différents partenaires, réunis au sein de groupes de travail, commissions, comités de pilotage etc. Cette dynamique est encouragée par les financeurs, voire posée comme condition dans l'octroi d'une subvention. Les projets visent souvent un rapprochement entre acteurs de différents secteurs (santé, intervention sociale, addictologie). Des usagers peuvent agir au titre de pair-aidants, patients ressources ou encore patients experts. Il semble néanmoins que les représentants d'associations et de mouvements d'entraide ne soient que rarement impliqués dans les projets de RdRDA.

En général, la première étape dans l'élaboration d'une intervention consiste en un travail en interne avec les équipes, à travers des temps de **sensibilisation, de formation**, en ayant parfois recours à un **accompagnement extérieur**. Une intervention de RdRDA nécessite en effet des intervenants compétents, bien formés et, pour reprendre l'expression d'un porteur de projet « qui soient bien au clair sur leurs représentations sur l'alcool ».

La formation des travailleurs sociaux reste un enjeu majeur. Les cursus de **formation initiale de futurs professionnels de l'intervention sociale** ne comportent que peu d'apports en addictologie.

Les interventions de RdRDA sont de nature variée en fonction des publics concernés, des objectifs fixés, des équipes et des types de structures. Il s'agit, selon les cas et parfois de manière complémentaire, de s'attacher à sécuriser les consommations, de mener un travail plus en profondeur sur les déterminants de santé, d'apporter des outils à une personne déjà motivée, ou encore d'orienter vers le soin.

Autoriser la consommation d'alcool de manière encadrée, ou ouvrir des **espaces de consommation à bas seuil d'exigence** permet de protéger l'usager consommateur d'alcool des dangers liés à la consommation dans la rue ou dans tout autre environnement néfaste, tout en lui offrant la possibilité de se reposer dans un lieu sécurisant. Un travail est fait pour encourager la personne à consommer différemment, par exemple en buvant moins vite ou en alternant la consommation de boissons alcoolisées et non alcoolisées, ces dernières étant mises à disposition par les intervenants. De la nourriture est généralement proposée. Dans la mesure du possible,

l'objectif est d'éviter l'hyper-alcoolisation. Le cas échéant, celle-ci est prise en charge (gestion des comas éthylique, raccompagnement de la personne). Les syndromes de sevrage sont eux aussi pris en charge par l'équipe, et si besoin en faisant appel au 15.

Disposer d'un lieu d'accueil avec alcool que les usagers peuvent fréquenter régulièrement permet d'envisager la mise en place d'un accompagnement plus global, s'inscrivant dans la durée. Les intervenants peuvent alors amorcer, avec l'usager, un travail sur les **différents déterminants de santé** (logement, travail, ressources). Cette approche, qui est celle des projets « Un chez soi d'abord » ou « Un travail d'abord » (TAPAJ) consiste à mettre en œuvre les conditions essentielles à partir desquelles un rétablissement sera possible.

Certaines interventions répondent à des besoins exprimés par des personnes déjà motivées pour exercer un changement, ou demandeuses d'une aide pour retrouver **la maitrise de leur consommation**. Les programmes de consommations contrôlées pourront les aider à renforcer leurs compétences et à retrouver leurs capacités d'agir. Certaines personnes trouveront une aide adaptée dans des **groupes d'entraide** proposant une démarche de RdRDA, en réel ou en virtuel via les réseaux sociaux.

La présence de soignants sur les lieux ou en tant que partenaires du projet, facilitera **l'orientation vers le soin**. Certains usagers présentant des dommages somatiques divers (problèmes hépatiques, dermatologiques, dentaires, troubles psychiatriques etc.) n'ont pas accès aux soins, pour plusieurs raisons. L'intervention de RdRDA pourra permettre de lever ce frein. Un addictologue explique : *« Pour moi la RdR alcool est une passerelle pour aller vers le soin. De plus en plus on a des passages d'usagers vers le CSAPA. Le niveau de santé globale a augmenté ».*

Les **activités menées** sont de nature elles aussi variées selon les projets : écoute, organisation d'activités récréatives (jeux, ateliers cuisine, jardinage…) ou d'art thérapie, transmission d'information, travail sur la motivation ou les compétences psychosociales, aides dans des démarches, etc. Il est fréquent que des activités de groupe soient organisées.

Des difficultés conceptuelles

Les porteurs de projets semblent rencontrer plusieurs difficultés d'ordres conceptuels ou organisationnels. La conceptualisation de la RdRDA se heurte à un problème de sémantique et de représentation. Des différences, parfois importantes, sont constatées entre acteurs ou institutions. La mobilisation des usagers ne semble pas encore effective. Mais surtout, les outils concrets font encore défaut.

Plusieurs personnes nous ont confié qu'elles utilisaient le terme « réduction des risques et des dommages liés à l'alcool » dans leurs échanges avec les financeurs, mais que dans les faits, cette expression ne leur convenait que moyennement : « A*vec les pouvoirs publics, il faut utiliser le terme de RdRDA mais ce n'est pas mon expression favorite ». « J'utilise le terme RdRDA lorsque j'écris des documents officiels, mais sinon je ne l'utilise pas ».* L'expression reste floue pour certains professionnels, y compris spécialisés, et ne convient pas forcément pour présenter le projet aux usagers : *« Parler de risques et de dommages, ce n'est pas adapté pour les usagers. On ne sait pas trop comment nommer ce que l'on fait ».*

La référence à la « RdR historique » est vécue à la fois comme un héritage important, et un obstacle à la conceptualisation de la RdRDA : *« Réduire les risques infectieux, ce n'est pas le*

même objectif que réduire les risques liés à l'alcool. Est-ce que le terme de « RdR alcool » est vraiment adapté ? » Si certains semblent attachés à **l'héritage de la RdR "historique"**, et s'en revendiquent, d'autres ne sont pas convaincus par la filiation : *« Ce qui me dérange, c'est peut-être la connotation « toxicomanie » (…) Avec l'alcool il n'y a pas de substitution de ce genre ».* D'autres y voient un risque de confusion : *« Il me semble que [le terme RdR] est dans l'esprit de tous fortement rattaché à une époque, aux drogues illicites, à un modèle d'intervention, et aussi à une forme de militantisme. Je pense que la RdRD Alcool ne s'inscrit pas dans la même histoire ».*

Nous avons constaté que les porteurs de projets étaient relativement isolés, et **ne se connaissaient pas entre eux**, y compris lorsqu'ils avaient développé des initiatives assez proches sur le fond et la forme. Cette situation s'explique probablement par le manque de temps dédié aux activités de capitalisation et de diffusion, et l'impossibilité, pour des équipes fonctionnant le plus souvent à faible effectif, et avec des budgets limités, à participer à des évènements, rédiger des articles ou communiquer sur leurs actions.

Nous avons constaté que certains acteurs expriment encore **une certaine défiance vis-à-vis des soignants**, et en particulier des alcoologues et des psychiatres, soupçonnés de défendre des positions dogmatiques, notamment autour de l'abstinence, et de « diaboliser l'alcool ». Un professionnel, par exemple, déplore l'ajout du terme « dommages », qui selon lui serait le résultat d'*« une volonté manifeste du corps soignant et sanitaire de garder la main via une prescription médicale ».* Sans forcément y voir un complot, plusieurs personnes s'interrogent elles aussi sur la frontière entre la RdRD et le soin, rendue floue selon elles par l'ajout de dommages.

A l'inverse, d'autres personnes considèrent que la RdRDA et le soin sont étroitement liés. Un médecin, par exemple, explique :

> *« Je suis arrivé dans le champ des addictions après la naissance de ce mouvement de RdR. Longtemps je me suis demandé ce que c'était que ce concept car pour moi, ça fait partie de mon travail de soignant. Prendre soin à tous niveaux, bien-être, sommeil, c'est du soin. J'ai compris quand on m'a expliqué d'où était venu ce concept. Pour certaines personnes à l'époque ça n'aurait pas été acceptable de dire que c'était du soin ».*

Un autre médecin addictologue nous a confié qu'il avait du mal à distinguer la frontière entre RdRD et soins. Il est critique quant à l'histoire de l'alcoologie mais il rappelle qu'aujourd'hui, *« ce n'est jamais un soignant qui décide à la place du patient »,* et se demande si le terme RdRDA n'aurait pas été *« inventé par des personnes qui n'étaient pas de la santé publique, et qui ont « réinventé » quelque chose qui existait déjà ».*

Indépendamment de ces questionnements conceptuels, et quel que soit le nom que l'on donne à la pratique, l'implication de professionnels de santé parait essentielle dès lors qu'une intervention s'adresse à des personnes en difficulté avec l'alcool. Certains expriment des doutes ou des craintes à l'égard d'un espace de consommation d'alcool uniquement porté par des travailleurs sociaux et des bénévoles, en l'absence de soignants.

Une des grandes différences historiques entre la RdRDA et la RdR « drogues illicites » réside dans la moindre implication des usagers consommateurs d'alcool, et des associations intervenant dans le champ de l'alcool. Selon certains addictologues, cette différence pourrait s'expliquer par des différences culturelles et psychologiques entre ces deux mouvements de patients, le premier étant plus « virulent » et revendicatif que le second. Plusieurs observateurs considèrent que le développement de la RdRDA pourrait être porté par les usagers et ex-usagers consommateurs d'alcool eux-mêmes, dans une démarche plus militante.

Nous constatons que **le concept de RdRD mériterait d'être plus clairement exposé**, car il soulève encore, nous l'avons vu, des interrogations. Il est vrai que la loi santé de 2016, en ajoutant, dans l'intitulé de la politique la notion de « réduction des dommages », a provoqué un élargissement de la RdR, en y intégrant des enjeux relevant plus directement du soin. Un expert de santé publique explique : *« La RdR, porte sur la réduction des risques immédiats (…) En ajoutant le D, on a rendu le concept plus flou, en élargissant au champ du médical, des soignants. Il s'agit de réduire les risques liés à l'exposition au long cours ».*

Réduction des risques et réduction des dommages sont des approches qui ne portent pas sur la même **temporalité**. Mais comme le remarquent les acteurs intervenant auprès des personnes en difficulté avec l'alcool, une consommation chronique d'alcool a de nombreuses conséquences sur le quotidien d'une personne, susceptibles d'induire des prises de risques immédiats, pour l'usager ou pour autrui. Il parait difficile, voire impossible, pour un intervenant menant un travail de proximité auprès de personnes en difficulté avec l'alcool, de faire abstraction des enjeux à moyen et à long termes. Ceci est d'autant plus vrai en présence d'usagers présentant une comorbidité psychiatrique. Intégrer dans une même politique des objectifs de réduction des *risques* et *de dommages* nous parait donc nécessaire pour répondre aux besoins des usagers, appréhendés dans leur globalité.

Pour terminer, soulignons que les acteurs semblent rencontrer deux freins majeurs qui les empêchent de développer autant de projets qu'ils le souhaiteraient. Le premier est lié à leurs conditions de travail, marqué par **un épuisement et roulement des équipes, et une faible valorisation de leurs métiers**. Ce constat a été posé par la FFA, qui souligne que les professionnels de RdRD *« connaissent un niveau important d'épuisement professionnel (burn-out) responsable de mal-être individuel et de difficultés de fidélisation des équipes (turn-over). Ces phénomènes sont renforcés par le manque de compréhension sociétale de leur action et par l'absence d'appropriation collective de la RdRD »* (FFA 2016).

L'autre frein est **un manque d'outils et de référentiels de pratiques** : « *Il faut qu'il y ait une ligne directrice, un protocole. On a besoin d'un référentiel ».* Cette situation semble encore plus nette depuis 2016, date de « l'entrée officielle » de l'alcool dans la RdRD.

Des pratiques questionnables

Les pratiques de « convivialité » autour de l'alcool

Nous avons pris connaissance de l'existence, dans certaines structures médico-sociales et chez certains professionnels, de pratiques questionnables, pour ne pas dire controversées, consistant à offrir ou servir de l'alcool aux usagers à des fins de « convivialité », consommer de l'alcool avec eux (*boire avec*) ou encore promouvoir une consommation de boissons alcoolisées dites « de qualité » (*bien-boire*). Ces pratiques soulèvent des questions d'ordres juridique, éthique, organisationnel et de légitimité scientifique. Elles ne semblent pas courantes, et sont loin de faire l'unanimité. Il convient toutefois d'en analyser les enjeux.

La pratique du « ***boire avec »*** consiste en une consommation dite « conviviale » d'alcool entre professionnels et usagers. Cette consommation peut se faire à l'intérieur de la structure, par exemple lors de repas partagés avec alcool, ou à l'occasion d'évènements festifs, ou encore, comme c'est le cas dans un établissement, à l'occasion d'ateliers d'œnologie et de découverte de bières artisanales. La consommation peut également se faire dans un bar ou au restaurant, lors de sorties organisées par la structure. Le responsable d'un établissement nous a confié qu'il encourageait son équipe à travailler de cette manière :

« Moi, je le dis en toute transparence, je pousse les salariés à aller boire une bière avec les usagers, car il y a un début d'altérité en partageant une consommation d'alcool. On le fait régulièrement dans nos repas communs, entre professionnels et usagers. (…) Donc oui, les travailleurs sociaux sont amenés à boire de la bière avec les usagers pour créer du lien. Ça permet de vivre des moments autrement que dans un bureau, on les pousse, les travailleurs sociaux, à aller à l'extérieur, dans un bar du quartier ».

L'objectif de ce partage est de créer ou de renforcer le lien entre l'intervenant et l'usager, de créer un climat de confiance, de réduire la stigmatisation liée à l'usager, d'ouvrir le dialogue et renforcer le sentiment de citoyenneté de l'usager.

Certaines de ces activités visent l'apprentissage du « ***bien boire »***[74], avec l'idée implicite selon laquelle il serait possible de réduire les dommages liés à l'usage d'alcool en remplaçant la quantité par la qualité. Ainsi, un établissement (non spécialisé en addictologie) a constitué une cave à vins, de façon à favoriser, entre usagers et professionnels, la découverte et la dégustation de produits « de qualité ». Dans cette optique, l'initiation à des boissons de qualité, par exemple à travers des ateliers de dégustation de « bons vins » ou de « bonnes bières », voire des rencontres avec des producteurs, permettrait aux usagers en difficulté avec l'alcool de retrouver le goût et le plaisir de déguster, et ce faisant de « bien boire », tout en renforçant le lien avec les professionnels et améliorer leur estime de soi.

Enfin, dans certains espaces de consommation, les professionnels ne consomment certes pas d'alcool avec les usagers, mais ils en offrent et / ou en servent. **Le don d'alcool peut se pratiquer « en dépannage** », pour subvenir au besoin d'un usager (nous aborderons plus loin la question du don d'alcool en prévention ou gestion du sevrage), ou par souci de convivialité et d'accueil. Un professionnel explique : *« C'est nous qui servons l'alcool, nous avons acheté des verres à vin, c'est plus chaleureux, plus convivial. Le geste de servir, cela montre qu'on accepte la personne avec sa consommation, que ce n'est ni tabou ni honteux ».* Le plus souvent, toutefois, les usagers s'approvisionnent et se servent eux-mêmes, sans que cela pose de problème. Pour certains intervenants, cette distanciation est importante :

« Nous, on ne sert pas. On donne des gobelets gradués, ce sont les usagers qui se servent. Si on servait l'alcool, on serait un bistrot ».

« On n'est pas là pour servir de l'alcool, on est des accueillants, des soignants, on veut les responsabiliser, pas les infantiliser ».

« Je ne sers pas d'alcool aux usagers. Je ne suis pas un tenancier de bar ».

« On n'est pas leurs copains, c'est une difficulté d'être dans une posture professionnelle tout en créant de la convivialité ».

Notons que dans tous les cas, qu'ils servent ou ne servent pas eux-mêmes d'alcool, les professionnels de RdRDA insistent sur la différence entre leur métier et celui des gérants de débits de boissons. Ils tiennent à se démarquer, insistent sur le fait qu'ils ne font ni le commerce

[74] Jean-Robert Pitte, président sortant de l'Académie du vin de France, exprime cette position dans l'introduction de l'ouvrage « *La réduction des risques. Système de santé, pratiques individuelles et collectives* », dans laquelle il déclare : *« Je pense qu'il faut réintroduire la culture du risque en France (…) Je n'ai jamais constaté d'alcoolisme chez ceux qui s'intéressaient au vin de cette manière culturelle (…) L'éducation aux risques est également l'éducation au plaisir. Il n'est pas possible de vivre dans un monde totalement puritain, car quoi que nous fassions, le risque nous accompagne »* (Cohen A., Desmaison, *La réduction des risques : Système de santé, pratiques individuelles et collectives*, 2019 : 16-17.)

de boissons alcoolisées, ni la promotion de la consommation. Certains soulignent le risque, si l'on n'y prend garde, d'une « récupération » de la RdRDA par les lobbies alcooliers. Un professionnel explique : *« Je vois deux freins possibles à la RdRDA. Le premier, c'est l'idée qu'on devrait supprimer le produit. Ce qui serait tout aussi dangereux, c'est si le lobby de l'alcool s'en saisissait. »*.

Plusieurs professionnels ont spontanément évoqué les SCMR comme référence de fonctionnement pour les accueils avec alcool :

> *« L'alcool n'est pas un produit anodin. Si on compare avec les SCMR, ce sont les usagers qui ramènent leur produit, ce n'est pas la structure qui l'a acheté. La mission de l'intervenant est une supervision pratique et technique pour réduire les risques, et éducative. Dans les SCMR on n'est pas dans des échanges de « convivialité ». »*

> *« Dans une SCMR, les gens ne vont pas partager l'héroïne, la cocaïne avec les usagers. Pourquoi on partagerait l'alcool avec les usagers ? Il faut qu'on soit « extérieurs » pour pouvoir travailler la consommation ».*

Si les pratiques que nous venons de décrire procèdent d'une bonne intention, elles ne sauraient, selon notre analyse, entrer dans le champ de la RdRDA tel que défini par le code de la santé publique, pour plusieurs raisons :

- Aux termes de l'article L3411-7 du code de la santé publique, un intervenant de RdRD *« ne participe en aucun cas au geste de consommation »*. En contrepartie, ce professionnel, ainsi que son employeur, bénéficient d'une protection contre le risque pénal. Il nous parait évident que le fait de consommer de l'alcool avec un usager, ou d'organiser des dégustations, s'apparente à une participation aux gestes de consommation. En cas d'intoxication ou d'accident d'un usager (ou d'un professionnel), la responsabilité pénale des porteurs de projets pourrait être engagée.

- Ces pratiques tendent à **présenter l'alcool à l'usager sous un jour favorable**, ce qui n'est pas conforme au « référentiel de réduction des risques en direction des usagers de drogue » qui, bien que datant de 2005, reste le seul référentiel encadrant à ce jour la RdRDA. En outre, elles ne respectent pas l'esprit de la loi Evin lorsqu'elles font la promotion, à partir de critères subjectifs, de certaines marques de boissons alcoolisées, comme par exemple certains « bons vins », présentés comme moins nocifs que les « piquettes ».

- Les établissements médicosociaux spécialisés, missionnés par l'Etat et financés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie pour mettre en œuvre la politique de RdRD, se doivent de respecter le cadre légal défini par le code de la santé publique. En l'état actuel de ce code, il nous parait que les budgets de RdRD n'ont pas vocation à financer des achats de boissons alcoolisées. Il en va de même pour les subventions attribuées par les ARS pour des projets de RdRD. Ces subventions ne sauraient couvrir des dépenses d'achats d'alcool, quand bien même s'agirait-il de boissons destinées à accompagner des évènements conviviaux.

- La pratique du *boire avec* soulève une question **de droit du travail**. Un employeur est en effet tenu de prévoir un plan de prévention des risques sanitaires et sociaux dans son entreprise, y compris pour les employeurs du médicosocial. Inciter un salarié à

consommer de l'alcool n'est pas anodin, et pourrait exposer l'employeur à des poursuites et à la recherche de responsabilité en cas de conséquences dommageables pour le salarié.

- Enfin, les pratiques que nous venons de décrire ne disposent d'**aucun étayage scientifique**. A notre connaissance, aucune de ces démarches n'a fait l'objet, en France comme à l'étranger, d'un travail de recherche dont les résultats auraient été publiés dans une revue à comité de lecture[75]. Nous ignorons si des pratiques de ce type sont intégrées aux programmes d'autres pays. Aucune des études étrangères que nous avons consultées ne fait référence à des pratiques de convivialité entre usagers et professionnels autour de l'alcool. Les écrits portant sur les programmes wet insistent certes sur l'importance de facteurs tels que la convivialité, le lien social ou la confiance, dans les modalités d'accompagnement, mais la consommation partagée d'alcool n'est pas considérée comme un élément favorisant, et encore moins nécessaire, à l'instauration de ce type de climat.

Ainsi, ces pratiques soulèvent des questions **d'ordre juridique, mais également d'éthique et de déontologie professionnelle** dans la mesure où elles envoient un message ambigu à des personnes en situation de vulnérabilité, qui sont atteintes d'une dépendance à l'alcool.

La plupart des intervenants que nous avons interrogés à leur propos se sont montrés dubitatifs, voire agacés. Un travailleur social explique : *« Pour moi, des intervenants qui s'attablent et consomment avec des gens qui ont un problème d'alcool ce n'est pas de la RdRD, ce n'est pas à encourager. Consommer avec c'est plus que de la mauvaise RdRD, c'est au niveau éthique complètement décalé, ça n'a pas de sens ».*

Comme le souligne un répondant, les professionnels peuvent eux-aussi présenter des conduites addictives : *« dans les équipes certaines personnes peuvent elles-mêmes avoir un problème avec l'alcool. Ce n'est pas parce qu'on est professionnel qu'on échappe à ces questions. »* Un autre témoigne :

> *« Chez certains intervenants, il y a une sorte d'illusion dérangeante dans certains propos autour de l'usage contrôlé. Je vois des personnes qui sont dans un déni des conséquences de l'usage, qui consomment elles-mêmes en intervention différents produits (...) C'est l'autre qui a des problèmes, pas eux, et comme en RdRD l'autre est souvent en grande difficulté avec un produit, ça les rassure quant à leurs propres consommations ».*

D'autres professionnels ont un avis moins tranché. Plusieurs professionnels de santé nous ont expliqué qu'en tant que soignants, en aucun cas ils ne partageraient un verre avec un patient, mais qu'ils pouvaient comprendre que des travailleurs sociaux soient tentés de le faire, pour créer du lien :

> *« Je suis médecin, les gens qui ont des problèmes d'alcool j'imagine davantage qu'en tant que soignant je dois leur apporter des éléments pour gérer au mieux leur consommation, qu'elle soit moins problématique. Mais je vois mal comment le fait de remettre l'alcool dans les pratiques*

[75] Le programme québécois Educ'alcool repose sur une approche similaire, consistant à valoriser une consommation dite modérée d'alcool. Mais l'efficacité de ce programme n'a pas été démontrée. En Suisse, le projet « La Trampoline », qui propose des activités de brassage de bière à des usagers, s'inscrit dans une approche d'éducation au goût. Ses effets sur les publics n'ont pas été évalués.

sociales peut avoir sa place pour un soignant. Je comprends davantage cela pour des travailleurs sociaux ».

Mais tous s'accordent sur le fait que **ces pratiques doivent être clarifiées.**

Le don d'alcool en prévention ou gestion du syndrome de sevrage

Une autre pratique nous a été rapportée plusieurs fois, consistant à servir de l'alcool à un usager présentant un **syndrome de sevrage**. Considérant que le sevrage brutal d'alcool peut être mortel certaines institutions, par choix ou par la force des choses, fournissent des boissons aux personnes précaires lors de maraudes ou à l'intérieur des structures.

Ces pratiques se sont renforcées durant le confinement imposé par la crise sanitaire lié au COVID-19.

En l'absence de soignant sur place, un médecin régulateur du 15 peut être sollicité. Mais il est vrai que le contexte sanitaire, marqué par la saturation du système hospitalier, vient toutefois complexifier la donne. Durant le confinement, le collectif Modus Bibendi[76], considérant que l'accès à l'alcool est vital pour les personnes alcoolodépendantes, a invité les structures d'accompagnement à acheter des boissons alcoolisées, et à utiliser si nécessaire les budgets d'aide alimentaire. Dans un communiqué, le collectif indique :

« Les professionnels peuvent proposer aux personnes qui le souhaitent de leur stocker et de leur délivrer l'alcool qu'elles auront estimé nécessaire (libre choix de la personne) .../... Pour les personnes privées de ressources, la structure peut au titre de l'aide alimentaire assurer à hauteur de ses moyens l'achat d'alcool, sans contrevenir à la loi. C'est pourquoi nous invitons les responsables de structure et leurs financeurs à prévoir un espace budgétaire et comptable intégrant ces achats spécifiques dans ce contexte particulier. /... le cas échéant, la loi n'interdit pas l'achat d'alcool pour autrui même au sein de structures sociales, médico-sociales et sanitaires ».

Dans une circulaire en date du 8 avril 2020, la Délégation interministérielle à l'hébergement et a l'accès au logement (DIHAL) 77 (2020) a recommandé d'autoriser la consommation d'alcool, et son accompagnement, au sein des structures d'accueil collectif. En revanche, elle n'a émis aucune recommandation portant sur l'achat de boissons alcoolisées par la structure, ou de don, y compris en prévention ou gestion du syndrome de sevrage. La position de la DIHAL s'inscrit dans une approche de la RdRDA cohérente avec le code de la santé publique, à savoir un accompagnement, sans fourniture du produit à l'usager.

Un travailleur social, qui est parfois amené à servir de l'alcool à des usagers présentant un syndrome de manque, témoigne :

« Je préfère que ce soit un copain de rue qui donne l'alcool. Je me sens certes ambivalent lorsque je fais cela, car j'ai conscience que ce n'est pas un aliment que je sers à la personne. On n'est pas dans le don d'un produit alimentaire. Mais il s'agit selon moi d'un geste de premier secours, car il y a un risque vital. C'est vrai que si un cadre était adopté, ce serait bien car il y aurait une reconnaissance légale à cette pratique de don d'alcool en cas de sevrage ».

[76] https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2020/03/RECOMMANDATIONS-MODUS-BIBENDI-COVID-RDR-ALCOOL.pdf

[77] Délégation interministérielle à l'hébergement et a l'accès au logement (DIHAL), **L'accompagnement de personnes présentant des problématiques d'addiction ou des troubles de santé mentale dans le cadre de la pandémie covid-19. 2020, recommandations et retours d'expérience**, Note du 8 avril 2020. https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2020/04/FICHE-RECOMMANDATIONS-ADDICTIONS-SANTE-MENTALE_Covid-19-080420201.pdf

Un autre s'inquiète des limites de cette pratique qui, en l'absence de protocole et d'outils validés d'évaluation, peut conduire à des réponses inappropriées : *« Un de mes collègues voit du delirium tremens partout. Dès qu'un usager est un peu énervé, il lui propose un verre d'alcool ».*

Servir de l'alcool à une personne en situation de manque peut être considéré comme un geste de secours. Dans certains cas, en l'absence de prise en charge médicale, ce geste peut sauver une vie. Cette pratique est d'autant plus justifiée dans un contexte de crise sanitaire et d'urgence, en l'absence de réponse adaptée. Mais elle mérite de faire l'objet d'une réflexion approfondie aux niveaux éthiques, sanitaires et juridiques. Le code de la santé, nous l'avons vu, ne prévoit pas de disposition permettant d'intégrer le don d'alcool dans un dispositif de RdRDA. Au niveau sociétal, le choix de **recourir à un budget d'aide *alimentaire* pour gérer une *urgence médicale* (le syndrome de sevrage d'une substance psychoactive)** n'est pas sans poser question. Surtout, pour la sécurité des usagers et celle des professionnels qui les accompagne, il nous parait nécessaire et urgent de définir la procédure qui devrait être respectée par les professionnels de RdRDA, dans le cadre d'un protocole national scientifiquement validé et juridiquement encadré.

Conclusion

On le voit, la RdRDA est un thème de santé qui soulève de nombreux enjeux. L'un d'entre eux concerne la question de la liberté individuelle et du droit à l'usage, qui est un débat récurrent au sein de l'addictologie. Une position « libertarienne » militante considère l'usage de substances psychoactives, et notamment d'alcool, comme relevant d'un droit fondamental, et d'un principe de liberté individuelle[78]. Mais il convient de rappeler que si la RdRDA repose sur un principe de respect du choix de la personne, elle ne saurait toutefois négliger la dimension sociétale de la consommation d'alcool, et les facteurs environnementaux et politiques agissant sur celui-ci. Elle propose un équilibre entre responsabilité individuelle et responsabilité collective. Comme le souligne l'Inserm :

> *« La vision néo-libérale de la réduction des risques tend à pointer la responsabilité de la prise de risque uniquement du côté de l'individu. Pour être efficace, une politique de réduction des risques doit s'inscrire plus globalement dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé et d'amélioration de la qualité de vie des usagers de drogues, d'où la nécessité d'agir sur la dimension structurelle du risque. L'évaluation des interventions de réduction des risques doit prendre en compte la dimension environnementale du risque qui comprend au niveau microsociologique, les normes de consommation, les conditions de vie et les relations sociales des usagers de drogues ; et au niveau macrosociologique, la dimension du contexte légal, économique et social et des politiques publiques. » (Inserm, 2010 :10)*

Dans cet équilibre, il convient également de rappeler que les publics visés par les RdRDA sont, pour certains, en situation de vulnérabilité. Certaines personnes sont atteintes de troubles

[78] C'est le cas notamment d'un juriste, Michaël Balandier, qui considère que le droit de consommer de l'alcool ferait partie d'un « droit fondamental » en vertu de la Convention des droits de l'homme et du citoyen (Balandier M., *La consommation de substances psychoactives en CHRS : interdit ou liberté ?* in Les cahiers de l'Actif, Prévenir et accompagner les conduites addictives dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux, N° 490-491 , Mars-Avril 2017 : 69-85.) Il s'agit selon nous d'une interprétation personnelle de la Convention des droits de l'homme et de la notion de droit fondamental, susceptible d'être contredite par d'autres juristes.

cognitifs. La question de la liberté individuelle ne peut être posée sans une réflexion autour de l'éthique du soin, et de la vulnérabilité.

Une autre question soulevée par la RdRDA concerne le statut, réel et symbolique, de l'alcool, dans notre pays. Or, en France, l'alcool est appréhendé de différentes manières. Nous avons constaté au cours de cette enquête que ce produit, y compris dans le milieu de l'addictologie, était tour à tour qualifié de « drogue », « béquille », « médicament », « produit licite », « denrée alimentaire pré-emballée », support de « convivialité » (qui signifie littéralement « vivre avec »).

Pour beaucoup d'addictologues, et notamment pour le professeur Michel Reynaud, l'addiction serait *« la maladie du lien, une maladie qui se soigne par le lien »*. Or, l'objet même de la RdRDA est considéré, en France, plus que pour toute autre substance psychoactive, comme indispensable au lien et à la convivialité.

Plus que tout autre politique de santé publique, la RdRDA nécessite de se poser clairement la question du statut de l'objet sur lequel elle porte. Si le choix est fait de maintenir la RdRDA à l'intérieur d'une politique de RdRD portant sur l'ensemble des conduites addictives, l'enjeu sera de reconnaitre que si l'alcool n'est peut-être pas, en France, une drogue comme les autres, néanmoins, comme les autres, c'est une drogue.

IV. RECOMMANDATIONS

Encadrement, formation et sécurisation des pratiques professionnelles

1 - Réviser le référentiel national de réduction des risques en direction des usagers de drogue (issu du décret n°2005-347 du 14 avril 2005, actuellement annexe 31-2 du code de santé publique)

Une révision du référentiel de RdRD permettrait de lever toute ambiguïté ou possibilité d'interprétation quant au statut de la RdRDA, ainsi que son cadre légal. Cette révision est prévue dans le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, mais il importe d'y inscrire pleinement la RdRDA. Cela permettrait de mieux encadrer les pratiques.

Il ne nous parait pas opportun de rédiger un référentiel spécifique pour la RdRDA. En effet, il est essentiel de s'inscrire dans l'évolution globale du champ des conduites addictives et donc de disposer d'un référentiel unique organisant, selon les mêmes principes fondamentaux, l'ensemble du champ de la RdRD. Dans une logique de santé publique, le statut licite ou illicite d'un produit ne constitue pas l'élément déterminant d'un accompagnement, surtout en présence d'usagers souvent polyconsommateurs. En outre, une différence radicale de traitement des produits (par exemple, en autorisant pour un produit la participation aux gestes de consommation, interdite pour un autre) induirait un message de banalisation, voire de valorisation du produit faisant l'objet d'une exception. Cette question, que nous soulevons ici autour de l'alcool, pourrait se poser pour les autres produits licites, comme le tabac, le protoxyde d'azote, ou encore les poppers. C'est pourquoi nous préconisons de conserver un seul et unique référentiel. En revanche, il serait opportun d'apporter des modifications à ce référentiel de façon à s'assurer qu'il réponde aux enjeux de l'ensemble des conduites addictives. Concernant les usages d'alcool, cette révision devrait répondre à trois objectifs :

1. Faire en sorte que les usagers soient assurés de recevoir des services de qualité, fondés sur des données probantes ;
2. Veiller au respect du code du travail, de la loi Evin, et du code pénal, de manière à protéger les professionnels de RdRDA et les administrateurs d'associations gestionnaires d'établissement face au risque pénal ;
3. Protéger la santé publique d'une éventuelle instrumentalisation de l'expression « RdRDA » par des acteurs économiques.

Pour cela, nous préconisons de :

- Confirmer qu'une intervention de RdRDA ne peut ni faire la promotion de l'alcool (ou de tout autre produit psychoactif, comme par exemple le tabac ou le protoxyde d'azote) en le présentant sous un jour favorable, ni inciter à sa consommation. L'information transmise sur l'alcool, quels que soient les émetteurs, doit se fonder sur les caractéristiques objectives du produit. Reconnaitre les bénéfices de l'usage pour le consommateur ne doit pas s'apparenter à un éloge de la consommation d'alcool. Les activités telles que découvertes de boissons alcoolisées locales, ateliers d'œnologie, dégustations de bières, rencontres avec des producteurs…, ne sauraient entrer dans le champ de la RdRDA ;
- Rappeler que la loi de 2016 interdit aux professionnels de RdRD de participer activement aux gestes de consommation. Dans les espaces d'accueil avec alcool, les usagers doivent se servir eux-mêmes. Cette pratique se rencontre fréquemment dans les structures autorisant l'alcool, et ne pose aucun problème aux usagers. Un professionnel de RdRDA ne doit pas consommer de l'alcool avec les usagers sur son lieu et temps de

travail. Les pratiques de « boire avec » s'apparentent à des pratiques d'auto-support entre usagers, mais n'entrent pas dans le champ de la RdRDA. Il n'appartient pas à un établissement médicosocial d'acheter des boissons alcoolisées, ou d'en offrir aux usagers. Si un stock de boissons alcoolisées est nécessaire à l'intérieur de la structure, c'est aux usagers, et seulement aux usagers, de constituer ce stock, et de le gérer ;

- Préciser la conduite à tenir en présence d'un syndrome de sevrage chez un usager et, idéalement, renvoyer à un protocole validé. Ce protocole pourrait être élaboré en s'inspirant des expériences en cours en France, et mentionnées dans ce rapport, tout en s'appuyant sur les données issues de la recherche scientifique internationale.

2 - Produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en RdRDA

Des recommandations de bonnes pratiques (RBP) en RdRDA apporteraient aux professionnels, aux usagers et aux financeurs un référentiel quant aux dispositifs d'accompagnement les plus appropriés. Nous recommandons vivement de confier à un organisme compétent la mission d'élaborer ces RBP sur la base de l'état des connaissances internationales, complété d'une analyse des résultats des expérimentations menées en France. Les données de l'expertise collective de l'Inserm sur l'alcool, qui paraitra bientôt, fourniront les fondements scientifiques nécessaires à l'élaboration de ces RPB.

Une attention accrue devrait être portée, durant le processus d'élaboration de ces recommandations, aux questions de posture professionnelle et d'éthique.

L'élaboration des recommandations de bonnes pratiques pourrait être confié à la Société française d'alcoologie, à la Fédération française d'addictologie, à l'Inserm ou à la Haute Autorité de santé.

3 - Assurer le déploiement d'une offre de formation de qualité dans les programmes de formation initiale et continue des secteurs concernés

Une intervention de RdRDA nécessite des intervenants formés, maitrisant les principes essentiels de la RdRDA et disposant d'un ensemble de compétences et de connaissances. L'élaboration d'un référentiel national de formation permettrait de veiller à la qualité des formations dispensées en RdRDA. Ce référentiel de formation pourrait être élaboré à partir des recommandations de bonnes pratiques. Un pool de formateurs pourrait être constitué, en s'inspirant par exemple de la formation de formateurs proposée par la MILDECA et l'EHESP sur la thématique de la prévention en milieu professionnel. L'élaboration d'un plan stratégique permettrait d'identifier les cursus de formation dans lesquels pourrait s'inscrire l'offre de formation en RdRDA.

Une attention particulière devrait être portée sur la formation des professionnels de premier recours, et notamment des médecins généralistes.

En complément des formations, il serait opportun de coordonner et soutenir le travail des associations proposant des dispositifs d'accompagnement de projet.

4 - Renforcer l'articulation des dispositifs de RdRDA avec le secteur de la psychiatrie

Un nombre important d'usagers présentent un double diagnostic de trouble de l'usage d'alcool et de troubles psychiatriques. La fréquence de ces troubles nécessiterait la participation de professionnels de la psychiatrie de manière plus systématique dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets de RdRDA. Un renforcement des partenariats et l'élaboration de dispositifs adaptés, notamment pour les personnes sans domicile, permettrait de procéder plus

systématiquement au diagnostic psychiatrique pour les personnes présentant une consommation chronique d'alcool importante.

Coordination et pilotage de l'offre de RdRDA

5 - Elaborer un plan stratégique national organisant une offre graduée de RdRDA, répondant aux besoins des différents profils de consommateurs

Les actions suivantes pourraient être réalisées, en réponses aux besoins des différents publics :

-**Personnes présentant de faibles consommations d'alcool** : poursuite et renforcement de la diffusion de messages autour des repères de consommation à moindre risque, et des campagnes d'information sur le lien entre l'alcool et le cancer. Relais du slogan de l'OMS « moins c'est mieux ». Actions visant à dénormaliser la consommation de boissons alcoolisées et à valoriser l'offre de boissons sans alcool. Soutien des pouvoirs publics à la campagne inter-associative « Défi de Janvier » ;

- **Personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool :** large déploiement de programmes de consommation contrôlée, avec accompagnement de professionnels de santé spécialisés en addictologie et formés à l'administration de ces programmes, en s'inspirant, après évaluation, des programmes décrits dans ce rapport (comme par exemple *L'Envol, Choizitaconso* et *Alcochoix* +) ;

- **Pour les personnes en situation de précarité** : systématisation des accueils avec alcool dans les structures médicosociales, lorsque cela est compatible avec le projet de l'établissement, sur la base de lignes directrices établies de manière collégiale par l'équipe et les usagers. Ouverture d'espaces de consommation d'alcool à moindre risque avec présence d'une équipe médicale, sur le modèle (après évaluation de résultats) d'*ARRIANA* ou de *IACA*, par exemple. Adoption d'un protocole national de prévention et gestion du syndrome de sevrage. Etude de faisabilité de l'adoption, en France, d'un *programme de gestion de l'alcool (PGA*) sur le modèle des *Management Alcohol Programs (MAPs)* canadiens ;

- **Pour les usagers de catégories sociales favorisées ne se reconnaissant pas dans les publics fréquentant les CAARUD ou les CSAPA :** déploiement de dispositifs de RdRDA dans divers milieux de vie, notamment en milieu professionnel. Ouverture d'espaces de consommation en milieu urbain voire rural sur le modèle de *IACA*, par exemple ;

- **Pour les membres de l'entourage de personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool** : expérimentation de programmes d'accompagnement des membres de l'entourage, en s'inspirant de modèles étrangers validés. Soutien plus important aux activités à destination des membres de l'entourage menées par les mouvements et les associations d'entraide. Sensibilisation des professionnels de l'aide sociale à l'enfance et du soutien à la parentalité. Campagne de sensibilisation nationale à la situation d'enfants de personnes en situation d'addiction, sur le modèle des campagnes suisse et nord-américaine ;

- **Pour les femmes enceintes usagères d'alcool** : expérimentation d'interventions inspirées de programmes étrangers validés. Ouverture de nouveaux centre ressources ETCAF sur le modèle de celui de La Réunion (après évaluation) ;

- Déclinaisons des différents programmes **pour les publics spécifiques (femmes, jeunes…)** et articulation avec des **offre d'entraide entre pairs.**

6 - Mise en place d'un groupe de travail intersectoriel sur la RdRDA

Il est surprenant de constater qu'il n'existe aucune commission intersectorielle, au niveau national, en France, mandatée pour travailler spécifiquement sur la question de la politique de l'alcool. C'est pourquoi nous recommandons de constituer un groupe de travail réunissant

notamment des acteurs de l'addictologie et de l'intervention sociale, des experts de santé publique, des chercheurs et des représentants d'association d'entraide. Ce groupe aurait un mandat d'expertise et d'aide à la décision en matière de stratégie nationale de RdRDA. Une de ses premières missions, à court terme, pourrait porter sur l'organisation d'un séminaire sur l'éthique, la posture et le cadre légal en RdRDA. Par la suite, ce groupe pourrait mener des activités de veille, d'observation, d'analyse et de réflexion stratégique.

Mesures structurelles

7 - Engager des travaux en vue de l'adoption d'une politique de prix des boissons suivant les recommandations de l'OMS

Une politique de prix articulant prix minimum et augmentation de la fiscalité aurait pour effet une diminution progressive de la consommation d'alcool des « gros buveurs ». Pour éviter un creusement des inégalités sociales de santé, cette politique de prix devrait s'accompagner d'un renforcement des programmes de RdRDA et d'accès aux soins à destination des publics les plus démunis.

Déploiement de l'offre de RdRDA

8 - Encourager le déploiement, au sein des établissements médico-sociaux spécialisés et non spécialisés (CAARUD, CSAPA, dispositifs d'hébergement et de logement) d'espaces de consommation d'alcool encadrée

- Encourager le déploiement d'accueils de jour avec alcool, de type « salle de consommation à moindre risque »

Elaborer un cahier des charges national réglementant l'organisation et la gestion de ces espaces, sur la base d'expériences préalablement évaluées (projets ARRIANA et I.A.C.A, par exemple.)

9 - Réaliser une étude de faisabilité de l'adoption, en France, d'un programme de gestion de l'alcool (PGA) sur le modèle des Management Alcohol Programs (MAPs) canadiens.

Des réflexions communes pourraient être menées avec la ville de Montréal (Québec) qui, après avoir réalisé une étude de la littérature scientifique, puis une étude de faisabilité, a décidé d'implanter ce type de programme dans deux centres d'hébergements Une étude de faisabilité permettrait de vérifier si un PGA répondrait aux besoins des usagers français, et d'évaluer si le contexte propre à la France permettrait d'envisager de tels programmes (acceptabilité sociale, cultures professionnelle, freins politiques, financements etc.)

10 - Soutenir la dynamique de renforcement des connaissances et des compétences en RdRDA au sein des mouvements et associations d'entraide, et des patients-experts en addictologie

- Aider à l'intégration des principes et outils de la RDRDA parmi les acteurs du soutien entre pairs, en finançant la tenue d'actions de formations et de colloques et la réalisation d'outils de communication ;
- Soutenir les initiatives de patients en matière de RdRDA, qu'il s'agisse de groupes de paroles, communautés virtuelles ou réelles d'entre-aide, organisation d'évènements, publications ;

- Mettre en œuvre des actions de communication visant à promouvoir le rôle des associations et mouvements d'entraide.

11 - Favoriser les échanges entre porteurs de projets et la mutualisation des pratiques

Plusieurs activités permettraient de favoriser les échanges et la mutualisation, telles que par exemple : répertoire, annuaire ou plateforme d'interventions, réseau de professionnels, colloques, webinaires, documentaires, etc. Des activités de communication par voie numérique, notamment via les réseaux sociaux, permettraient de faire connaitre bien plus largement les initiatives de RdRDA, et de favoriser la mise en relation de porteurs de projets tous secteurs confondus.

Etudes et recherche

12 - Evaluer systématiquement les interventions de RdRDA et valoriser les évaluations

Les activités d'accompagnement de la consommation d'alcool ne sont pas des activités anodines. Elles s'adressent le plus souvent à des personnes en situation de grande vulnérabilité, dont une partie d'entre elles est porteuse de troubles somatiques et cognitifs. Il nous parait nécessaire d'y intégrer systématiquement une évaluation de manière à s'assurer que les objectifs visés soient atteints. Il conviendra de renforcer les partenariats entre chercheurs et professionnels de terrain, et de développer des outils d'évaluation permettant de mesurer les effets des interventions sur les usagers.

13 - Réaliser une enquête sociologique sur les pratiques et les représentations des professionnels de différents secteurs intervenant auprès de personnes en difficulté avec l'alcool

Dans leur travail quotidien, des professionnels de secteurs diversifiés sont susceptibles de rencontrer des personnes en difficulté avec l'alcool : acteurs de premier recours (médecin généralistes ou spécialisés, praticiens hospitaliers, notamment en SAU, infirmiers, sages-femmes etc.), professionnels de l'addiction, travailleurs sociaux, représentants des forces de l'ordre et de la justice, psychologues etc. Une étude sociologique des représentations et des pratiques de ces professionnels permettrait de disposer d'un socle de connaissances qui faciliterait l'élaboration d'une stratégie de décloisonnement et d'intersectorialité. Un volet spécifique de cette recherche pourrait porter sur le regard porté par les professionnels sur l'acte de délivrer de boissons alcoolisées en prévention ou gestion du syndrome de sevrage, et leur ressenti, le cas échéant, lorsqu'ils posent ce geste.

Cette recherche pourrait être confiée à l'OFDT, dans le cadre de ses activités de recherche autour des pratiques professionnelles dans le champ des addictions.

14 - Réaliser une recherche sociologique sur la vie quotidienne des personnes présentant un trouble chronique de l'usage de l'alcool

En France, plusieurs millions de personnes présentent un trouble de l'usage d'alcool. Pourtant, à notre connaissance, ce groupe n'a jamais fait l'objet, en soi, d'une véritable enquête sociologique d'envergure. Une telle étude permettrait non seulement de mieux connaitre la situation et les besoins de ces personnes « invisibles » mais aussi d'identifier les stratégies fines de RdRDA qu'elles déploient elles-mêmes dans leur vie de tous les jours. Il s'agirait ainsi de documenter tout un pan de savoirs et d'expertises expérientiels à partir duquel de nouveaux dispositifs pourraient être imaginés. Un protocole de recherche en plusieurs composantes

permettrait de documenter, à l'intérieur de cette catégorie de population, des sous-groupes spécifiques (femmes, personnes en situation de précarité, populations jeunes, ainés, etc.)

Diverses questions de recherche sont envisageables : Comment s'organise le quotidien des personnes en difficulté avec l'alcool ? Comment gèrent-elles de front alcoolisation, vie familiale et amoureuse, vie professionnelle, responsabilité parentale etc. ? Quel impact la consommation d'alcool a-t-elle sur leur vie sociale et leurs finances ? Comment dissimulent-elles leur situation ou, au contraire, à qui se confient-elles ? Quelles stratégies ont-elles développées pour réduire les risques et les dommages pour elles-mêmes et pour leurs proches ? Quels sont leur ressenti, leurs besoins, leurs attentes vis-à-vis du système de santé, de leur entourage et de la société toute entière ?

15 - Mener une recherche pluridisciplinaire sur la situation des membres de l'entourage de personnes en difficulté avec l'alcool

Pour chaque personne en difficulté avec l'alcool, plusieurs autres sont directement affectées. Il s'agit en tout premier lieu de l'entourage familial (conjoint-e-s, enfants, parents) et amical. Si certains pays ont développé des initiatives visant à réduire les risques et les dommages pour l'entourage des personnes en difficulté avec l'alcool (campagnes de communication, semaines de sensibilisation, programmes de soutien etc.) ce n'est encore pas le cas de la France. Pourtant, les membres de l'entourage, et notamment les enfants, sont exposés à des risques liés à l'alcoolisation de leur proche. Les dommages peuvent être psychologiques (traumatismes, carences affectives) physiques (accidents, violences intrafamiliales, incluant violences conjugales et violences aux enfants) ou sociaux (discrimination, précarité). Une recherche pluridisciplinaire réunissant des professionnels de secteurs variés (santé, travail social, éducation, soutien à la parentalité, aide sociale à l'enfance, justice…) permettrait de mieux connaitre la situation et les besoins des membres de l'entourage qui, souvent, jouent un rôle d'aidants naturels.

16 - Encourager la réalisation de travaux autour de domaines encore peu explorés de la RdRDA

A notre connaissance, il n'existe en France que peu de travaux, dans la littérature grise comme dans la littérature scientifique, sur les troubles de l'usage d'alcool au sein de certains groupes de la population, et leurs besoins de RdRDA : populations LGBT, migrants (incluant les mineurs non accompagnés), personnes incarcérées, personnes vivant avec un handicap physique ou mental, enfants victimes de TCAF, personnes âgées, personnes vivant avec une maladie chronique (diabète, hépatite..), personnes vivant en milieu rural, ou encore jeunes en errance. Des travaux supplémentaires gagneraient à être menés concernant les femmes, et notamment les femmes issues de milieux socioéconomiques favorisés. Enfin, la question spécifique de l'usage d'alcool chez les usagers de drogues illicites, et notamment chez les utilisateurs de drogues injectables n'a été, jusqu'ici, que peu étudiée alors que ce phénomène semble important. Des réponses de RdRDA plus adaptées pourraient alors être déployées, sur la base de ces connaissances.

17 - Réaliser une étude visant à identifier ce que pourrait être, en France, un secteur des boissons alcoolisées responsable et préciser les différences entre une approche RdRDA et une approche de responsabilité sociale d'entreprise

Les acteurs économiques impliqués dans la production, la promotion ou la distribution de boissons alcoolisées ne peuvent en aucun cas se définir comme des acteurs de « réduction des

risques et des dommages » au sens du code de la santé publique. De par la nature même de leurs activités, la loi de modernisation de notre système de santé, qui interdit « la participation active aux gestes de consommation », les exclut de facto du périmètre de la RdRDA.

Pour autant, les acteurs économiques peuvent jouer un rôle au niveau sociétal, en adoptant des pratiques de ventes et de promotion plus responsables. Une stratégie nationale ambitieuse en matière d'alcool implique en effet d'agir sur les déterminants commerciaux. C'est pourquoi nous recommandons la réalisation d'une étude visant à identifier un ensemble de pratiques en matière de production, promotion et distribution de boissons alcoolisées, compatibles avec les intérêts de la santé publique (sans pour autant relever de la RdRDA.) Cette étude permettrait d'amorcer une réflexion sur ce que pourraient être, en France, un secteur et des filières « responsables » en matière de boissons alcoolisées.

Communication vers le grand public

18 - Produire et déployer une campagne nationale de grande ampleur sur le thème des préjugés et de la stigmatisation dont font l'objet les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool

Les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool font l'objet, en France, de forts préjugés. Si les connaissances scientifiques ont évolué au cours des dernières décennies, le grand public n'est pas encore assez informé, et les stéréotypes perdurent. L'addiction à l'alcool reste un tabou dans notre société. Il s'agit là d'un frein majeur, considéré par la quasi-totalité des personnes avec lesquelles nous avons échangé au cours de cette étude, comme étant à l'origine de l'une des plus grandes difficultés rencontrées par les usagers, qui souffrent du regard que la société porte sur eux. Les interventions que nous avons étudiées intègrent quasiment toutes une composante visant à améliorer l'estime de soi des usagers, et faire évoluer les représentations autour de l'alcool. Les professionnels de santé et d'intervention sociale eux-mêmes, ne sont pas toujours suffisamment informés. Les membres de l'entourage souffrent eux-aussi de la stigmatisation et des préjugés entourant l'addiction à l'alcool. Les personnes en situation de grande précarité, ainsi que les femmes, sont doublement stigmatisées.

C'est pourquoi il nous parait nécessaire, et urgent, de développer et déployer largement, en France, une campagne nationale de grande ampleur visant à faire évoluer le regard des Français sur la maladie alcoolique. Cette campagne pourrait s'inspirer de campagnes déployées autour d'autres problématiques de santé (VIH, obésité, handicap, etc.) dans le but de lutter contre les discriminations et faire évoluer les représentations.

19 - Développer un plan de communication sur la politique de RdRDA à destination du grand public de manière à sensibiliser la population, et ouvrir un débat sociétal

Les sujets abordés dans le présent rapport sont peu connus du grand public. Pourtant, la lutte contre les conduites addictives en général, et la réduction des risques et des dommages liés à l'alcool en particulier, concerne chaque citoyen. C'est pourquoi nous pensons qu'il est nécessaire, dans une optique de démocratie sanitaire, d'informer bien plus largement la population française sur ces questions.

VI. ANNEXES

Fiches actions

- Fiche action No 1 : Alcochoix +
- Fiche action No 2 : Accompagnement de la démarche d'autorisation encadrée de la consommation d'alcool au CHRS Georges Dunand
- Fiche action No 3 : Centre ressources ETCAF
- Fiche action No 4 : Choizitaconso©
- Fiche action No 5 : I.A.C.A
- Fiche action No 6 : ARRIANA
- Fiche action No 7 : Les programmes de gestion de l'alcool (PGA / MAPs) canadiens

(1) ALCOCHOIX +			
Démarrage	**Porteur**	**Contact**	**Financement**
2015	**FEDERATION ADDICTION**	Marie Dumoulin et Alexis Grandjean, chargés de projet a.grandjean@federationaddiction.fr m.dumoulin@federationaddiction.fr 01 42 28 83 31 www.federationaddiction.fr	MILDECA DGS ARS N. AQUITAINE INCA

Alcochoix est un programme canadien qui vise à aider les personnes en difficulté avec l'alcool à retrouver une **gestion contrôlée de leur consommation**. Il fournit un accompagnement, une méthodologie et des outils aux usagers. Le programme repose sur l'utilisation d'un **guide** que la personne peut utiliser seule (formule individuelle), avec l'aide d'un intervenant (formule dirigée) ou à travers des séances collectives (formule de groupe).

Le programme ALCOCHOIX+ a été créé au Québec en 2003 par une équipe de chercheurs (Simoneau, Landry et Tremblay) du RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec). Dans cette province, il est déployé dans les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et animé par des intervenants de professions diverses : infirmières, éducateurs, travailleurs sociaux, psychologues, etc. Un consortium international francophone (Québec, Suisse, Belgique et France) organise l'adaptation du programme aux contextes européens. Une version européenne du programme a été publié en 2019.

Depuis 2015, la Fédération Addiction travaille à l'adaptation du programme dans le contexte français.

- Une première expérimentation (2017-2018) a permis le déploiement du programme dans plusieurs structures spécialisées en addictologie. Une quarantaine de professionnels ont été formés par des intervenants suisses et québécois.
- Une deuxième expérimentation (2019-2020) a permis de déployer plus largement le programme, 110 usagers ont suivi le programme. Une soixantaine de professionnels ont été formés.
- Une expérimentation régionale a été lancée en 2020 en Nouvelle Aquitaine. L'objectif est de déployer dans la région plusieurs dispositifs de RdRD alcool (dont le programme Alcochoix+, le modèle I.A.C.A, et des modalités d'intervention vers les femmes enceintes) dans le cadre d'un suivi-évaluation assuré par l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) de l'Université de Bordeaux.
- Un projet de déploiement national a été initié en 2020, avec le soutien de l'Inca et en partenariat avec l'organisation « AvecSanté » (fédération de Maisons de santé). Des travaux exploratoires sont en cours en vue d'un déploiement du programme à échelle nationale.

Objectif général	Alcochoix + est un programme qui vise à redonner aux personnes la capacité de choisir où, quand, avec qui et quelle quantité d'alcool elles consomment.
Publics	Personnes de 18 ans et plus qui s'inquiètent des conséquences associées à leur consommation d'alcool. Le programme s'adresse principalement aux personnes non alcoolodépendantes buvant des quantités importantes d'alcool (12 à 35 unités standards / semaine.) mais il peut convenir à certaines personnes dépendantes.
Assise théorique	Le programme s'inspire de trois approches : - Entretien motivationnel mettant l'accent sur la liberté de choix et l'autonomie de la personne

	- Prévention structurée de la rechute (modèle de Marlatt et Gordon) - Entrainement à l'autocontrôle (Saladin et santa Ana)
Formation des intervenants	L'accompagnement se fait par des intervenants ayant suivi une formation, coordonnée par la Fédération Addition, et dispensée par des formateurs internationaux. Il n'y a aucun prérequis, mais des compétences en relation d'aide et démarches motivationnelles sont un plus. A l'heure actuelle, une soixantaine de professionnels français ont été formés au programme, dans 24 structures.
Déroulé du programme	Le programme repose sur un ensemble d'activités : lectures, exercices de réflexion, questionnaires, carnet de consommation. Il se déroule sur plusieurs semaines. En France, la formule accompagnée est privilégiée, à travers des rencontres individuelles d'une durée approximative de 45 minutes. Entre deux rencontres, la personne chemine de manière autonome à l'aide du manuel. Le programme est structuré autour de 6 objectifs : 1- Prise de conscience autour de la consommation et des risques 2- Identification des déclencheurs et des situations à risques 3- Choix d'un objectif à long terme et planification de stratégies 4- Découvertes de sources de plaisirs autres que l'alcool 5- Identification et gestion des émotions 6- Prévention des rechutes
Femmes	Au Québec, le programme rejoint autant d'hommes que de femmes (Cournoyer et al, 2010) tandis qu'en Suisse romande, les hommes représentent la majorité (72%) des participants (Office fédéral de la santé publique, 2016). Durant l'expérimentation en Nouvelle Aquitaine, le ratio-hommes / femmes a été similaire à celui observé en Suisse romande (71% d'hommes). La proportion de femmes commençant Alcochoix+ est donc légèrement supérieure à celle observée pour les consultations liées à l'alcool dans les CSAPA en général (+7 points).
Covid-19	En France, lorsque cela était possible, et souhaité par l'usager, l'accompagnement individuel s'est poursuivi par voie téléphonique durant le confinement.
Perspective	Le consortium international travaille au déploiement de programmes similaires sur le **cannabis et d'autres addictions**, à travers une gamme intitulée « Meschoix + ». Une **application numérique** est en cours de développement. Elle devrait voir le jour en 2021.

ALLARD F., PELOQUIN S., ST-AMAND D., HAME M., **Alcochoix+. Implanter et promouvoir.** Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007, 16 pages.
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-804-05.pdf
COURNOYER L. G. et al, **Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+**, Drogues, santé et société, Volume 9, Numéro 2, Décembre 2010, p. 75–114
https://www.erudit.org/fr/revues/dss/2010-v9-n2-dss1812927/1005301ar/
FAVROD-COUNE T. et al, **Evaluation descriptive du programme « Alcochoix+ » en Suisse romande**, 2013, 45 pages.
https://www.grea.ch/sites/default/files/rapport_evaluation_alcochoix_ofsp.pdf
GREA, Fédération Addiction, Fédito Bxl, **Alcochoix +, un guide pour choisir et atteindre vos objectifs**, adaptation de la version originale québécoise, 2ème édition, 2019, 154 pages.
SIMONEAU H et al, **Mes Choix, Alcochoix + Cannabis, Drogues, Jeu me questionne**, présentation powerpoint, 2014, 34 diapositives.
https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2018/02/J_Tremblay.pdf
FEDERATION ADDICITON, **Rapport d'évaluation. Expérimentation Alcochoix+ en nouvelle-aquitaine 2019-2020,** décembre 2020, 35 pages.

(2) ACCOMPAGNEMENT DE LA DEMARCHE D'AUTORISATION ENCADREE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL AU CHRS GEORGES DUNAND			
Démarrage	**Porteur**	**Contact**	**Partenariats-financement**
2015	**Association Addictions France (ex ANPAA 75)**	Pierre-Olivier LE CLANCHE pierre-olivier.leclanche@anpaa.asso.fr 01.46.06.26.00 www.anpaa.asso.fr	Emmaüs Solidarité MMPCR ARS ILE-DE-FRANCE MILDECA

Objectifs	Expérimenter et capitaliser une méthode d'accompagnement de CHRS déployée autour de trois axes : - Accompagnement de l'équipe du CHRS dans une réflexion globale autour de l'alcool ; - Accompagnement des résidents dans leur réflexion par rapport au produit ; - Mise en place de nouveaux modes de fonctionnement favorisant la RdRDA ;
Publics	L'équipe du CHRS : 3 travailleurs sociaux, 5 auxiliaires socio-éducatifs, un agent d'entretien, un chef de service et un compagnon - Les 54 résidents (10 femmes et 44 hommes) du CHRS
Assise théorique	- Démarche communautaire en santé (OMS) - Approche participative dans un projet de santé (Lamoureux, 2006)

Description

Durant deux ans, l'association Addictions France de Paris a construit et expérimenté une méthode d'accompagnement dans le but de favoriser la mise en place, par l'équipe du CHRS Henri Dunand (Emmaüs solidarité) d'un dispositif de RdRDA. Cette expérimentation s'est accompagnée d'un travail de capitalisation par enquête et observation, de manière à favoriser la mutualisation. Ce projet a été initié en réponse à une volonté de l'équipe de faire évoluer ses pratiques de manière à mieux répondre aux besoins des résidents en difficulté avec l'alcool, à travers notamment une autorisation de la consommation dans l'établissement. L'interdiction de consommer avait en effet des conséquences contreproductives. Elle incitait les résidents à s'alcooliser de manière importante avant de rejoindre le centre pour y passer la nuit, et induisait des consommations « en cachette » dans les chambres. C'est pourquoi l'interdiction a été en partie levée dans l'établissement. Les porteurs de projet ayant constaté que les femmes hébergées étaient, pour certaines, réticentes à fréquenter les espaces de vie collectives du centre en raison d'un sentiment d'insécurité en présence d'hommes alcoolisés, la décision collective a été prise de n'autoriser l'alcool que dans les espaces privatifs.

Le projet coordonné et animé par deux animateurs de prévention de l'association Addictions France formés et expérimentés en addictologie, méthodes de prévention et accompagnement de projet. Une supervision est assurée par l'attachée de direction de l'association Addictions France. Le comité de pilotage est composé de l'ANPAA, Emmaüs Solidarité et la MMPCR. Des réunions régulières ont lieu avec l'équipe et les résidents, dans un esprit de co-construction.

D'autres CHRS parisiens de l'association Emmaüs s'intéressent au projet et réfléchissent à une éventuelle transférabilité en leur sein.

Dans la continuité de ce projet, l'association Addictions France de Paris et la MMPCA ont produit, avec d'autres acteurs, un guide pratique réunissant les retours d'expériences de plusieurs structures et proposant « 10 repères pour l'action » en matière de RdRDA en centres d'hébergement (MMPCA, 2020).

Méthode	1. <u>Diagnostic partagé</u> Enquête par entretiens auprès des membres de l'équipe et des résidents portant sur les thèmes suivants : bien-être dans la structure, focus sur l'alcool (pratiques de consommation dans la structure, gestion des alcoolisations, pratiques d'accompagnement, représentations) difficultés rencontrés, stratégies existantes et pistes à étudier 2. <u>Formation de l'équipe sur l'alcool</u> *Objectif : permettre aux professionnels de mieux repérer les conduites à risque, soutenir et orienter les personnes*. Elaboration d'un référentiel de compétences Elaboration et animation de 4 journées de formation Evaluation de la formation 3. <u>Co-construction des nouvelles modalités de fonctionnement</u> (dont une révision du règlement intérieur) Réunions avec l'équipe et avec les résidents, notamment via le Conseil de Vie Vociale (CVS) Tenue d'un classeur de capitalisation consultable par l'équipe en tout temps 4. <u>Choix d'un nouveau fonctionnement</u> 5. <u>Expérimentation et évaluation du nouveau système</u> Mise en place du nouveau système Elaboration des grilles et outils d'évaluation : violence physiques et verbales, nuisances sonores, propreté, déchets, incidents, vie collective, verbalisation et dialogue autour de l'alcool. 6. <u>Bilan (positif) et adoption du nouveau système</u> Modification du règlement intérieur
Evaluation	Les équipes ont constaté une amélioration de l'état de santé et de bien-être des personnes hébergées, une baisse du sentiment de honte eu égard aux consommations, de meilleures conditions de dialogue et la création du sentiment d'appartenance à un groupe. Les professionnels se sentent mieux formés et outillés. La démarche a permis d'impulser une démarche de RdRDA au sein de l'institution. Les tensions au sien de l'établissement ont disparu.
LANQUETTE A., MOULIUS F., LEBOURDAIS P., **Document de capitalisation de l'expérimentation pour l'ouverture d'un espace de consommation d'alcool à moindres risques au CHRS Georges Dunand Septembre 2015 - Septembre 2017**, ANPAA 75, 2017, 36 pages. Ministère des solidarités et de la santé, **Expérimentation d'une démarche de Réduction des Risques liés à l'Alcool,** Parcours de santé – vos droits, bonnes pratiques en région, 2018. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/ile-de-france/article/experimentation-d-une-demarche-de-reduction-des-risques-lies-a-l-alcool MISSION METROPOLITAINE DE PREVENTION DES CONDUITES A RISQUES (MMPCA), **Guide sur les réductions des risques alcool (RdRA) en centre d'hébergement**, 2000, 41 pages. https://fr.calameo.com/books/002557160da6f250b910d BADOUREAUX, R., BERTHEAU P., FORICHER A., LEONARD O., (sous la guidance de OLIVIER A)**, Du projet à la démarche d'évaluation : étude de l'action de réduction des risques et des dommages alcool en CHRS. Etude de terrain pour le commanditaire ANPAA Ile de France, Diplôme d'Etat Ingénierie sociale, 2018/2021, Novembre 2020, 43 pages.**	

(3) CENTRE RESSOURCES ETCAF			
Démarrage	**Porteur**	**Contact**	**Financement**
2016	**CHU de La Réunion Fondation Père Favron**	Bérénice Doray, directrice berenice.doray@chu-reunion.fr 02-62-35-72-61 https://etcaf.favron.org/	MILDECA ARS OCEAN INDIEN
Objectifs	Réduire les risques et les dommages liées à la consommation d'alcool durant la grossesse en faisant évoluer les comportements du grand public et des professionnels, et en améliorant l'accompagnement proposé aux femmes enceintes et à leurs enfants.		
Publics	Population générale Femmes et hommes en âge de procréer, femmes enceintes, futurs papas et leur entourage Enfants et adultes atteints d'un TCAF Professionnels de tous secteurs intervenants auprès de femmes enceintes		

Le CR-TCAF (ensemble des troubles consécutifs à l'alcoolisation fœtale) est un dispositif pilote, déployé à La Réunion. Il a une mission d'expertise, de coordination des acteurs, d'information et de centralisation des informations relatives à l'alcoolisation fœtale. Il mène notamment des actions visant à mieux sensibiliser la population générale, favoriser le repérage des situations de consommation d'alcool chez les femmes enceintes, et améliorer leur prise en charge. Le CR-TCAF gère un Centre diagnostic, unique en France, qui permet de réaliser un bilan multidisciplinaire approfondi.

L'équipe du CR-TCAF constate que les professionnels de santé et du social intervenant auprès de femmes enceintes manquent d'outils et de formation en matière de TCAF. Dans les pratiques, la question de la consommation d'alcool est rarement posée. Le sujet est souvent perçu comme difficile à aborder. C'est pourquoi une composante importante du CR-ETCAF porte sur la **formation initiale et continue des professionnels de différents secteurs**. L'objectif est de transmettre un socle de connaissances à l'ensemble des acteurs intervenant auprès de femmes enceintes : professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, infirmières, sages-femmes...), professionnels de l'Enfance et de la Famille (assistants familiaux et travailleurs sociaux), psychologues, acteurs de l'enseignement et de l'éducation, professionnels du médico-social, de la justice etc. Ces formations visent à permettre aux intervenants de **mieux repérer les situations à risques** et de disposer d'outils et de **techniques simples pour questionner la consommation d'alcool**. Il s'agit également de sensibiliser les acteurs au repérage et à l'accompagnement des enfants et des adultes atteints de TCAF. Des formations sont aussi proposées aux étudiants en formation initiale.

Le CR-ETCAF contribue, avec d'autres acteurs, à l'élaboration d'un **référentiel de repérage et d'orientation** intitulé « Alcool au féminin : comment agir à La Réunion ». L'objectif de ce référentiel est de permettre une évolution des pratiques des professionnels du sanitaire et du médico-social.

Le CR-TCAF mène des actions de sensibilisation en direction des femmes en âge de procréer, avec une attention particulière portée **aux jeunes filles et aux femmes atteintes de TCAF**, celles-ci étant davantage à risque de présenter une consommation d'alcool durant leur grossesse.

Le CR-ETCAF dispose d'une équipe mobile, Le fil d'ARIAAN, dont la mission est **d'accompagner les femmes enceintes consommatrices** d'alcool et leurs enfants. Les animatrices du fil d'ARIAAN mènent un travail de proximité avec les femmes désirant arrêter de boire durant leur grossesse. L'accompagnement repose sur la création d'un lien de confiance, l'approche motivationnelle et le renforcement des compétences

Le CR-TCAF collabore avec l'autre **Centre ressources français, le COREADD, créé en Aquitaine**.

Equipe	L'équipe est constituée de 2,6 ETP. Elle est composée de **professionnels de santé et de travailleurs sociaux**. La directrice, professeur Bérénice Doray, est professeur de génétique, experte des TCAF. L'équipe compte également un médecin addictologue, une animatrice-éducatrice (professionnelle de l'équipe mobile dédiée aux femmes en difficulté avec l'alcool mise à disposition par le CSAPA Nord (association Addictions France 974) et une éducatrice spécialisée (professionnelle de l'équipe mobile dédiée aux femmes en difficulté avec l'alcool mise à disposition par le CSAPA Sud).
Perspectives	Développement d'une formation en **e-learning ;** Renforcement des actions de **soutien à la parentalité** (compétences parentales et psychosociales) ; Renforcement des démarches d'« **Aller vers** » en direction des familles ; Renforcement des actions à destination des médecins généralistes, difficiles à atteindre.
Evaluation	Plus de 800 professionnels ont été formés en 2018 (dont près de 200 professionnels de santé formés à la pratique du RPIB et sur les troubles liés à l'alcoolisation fœtale) 80 % des participants se disent satisfaits de la formation et affirment avoir acquis des connaissances utiles pour leur pratique professionnelle ; Près de 5000 étudiants en formation initiale toutes filières confondus (médecine, sages-femmes, aides-soignants, auxiliaires de puériculture…) ont été formés entre 2016 et 2020 ; Une centaine de femmes sont suivies ; Une évaluation externe, commandité par l'ARS Océan Indien est en cours.

DORAY B., QUERUEL N., **A la Réunion : « Former les professionnels aux troubles de l'alcoolisation fœtale »,** La Santé en action, 2020, n°. 452, p. 13-16
https://www.santepubliquefrance.fr/docs/a-la-reunion-former-les-professionnels-aux-troubles-de-l-alcoolisation-foetale-interview

DORAY B. et al, **Troubles de l'alcoolisation** fœtale – TSAF, description et analyse s'une série de patients à la Réunion, Poster Albatros 2020

DORAY B., **Le centre ressources ETCAF : un dispositif novateur à La Réunion**, présentation, 2017, 26 diapositives
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/170906-doray-centre_ressources_reunion.pdf

(4) CHOIZITACONSO©			
Démarrage	**Porteur**	**Contact**	**Financement**
2016	**CSAPA Convergence –** Association Addictions France du Vaucluse	Dr Danielle Casanova danielle.casanova@anpaa.asso.fr CSAPA Convergence 57, avenue Pierre Sémard 84 000 Avignon 04.90.13.37.50	ARS PACA

Objectifs	Réduire les dommages liés à la consommation d'alcool en permettant aux usagers d'en retrouver la maitrise et de développer des mécanismes protecteurs
Publics	Toute personne majeure désireuse de modifier sa consommation d'alcool, à l'exception des femmes enceintes et des personnes atteintes de troubles cognitifs importants ou de troubles psychiatriques contre-indiquant le travail en groupe. Il s'adresse aussi bien aux personnes souhaitant continuer à consommer de l'alcool qu'à celles qui ont décidé d'arrêter totalement.
Assise théorique	Education thérapeutique du patient Apprentissage de la consommation contrôlée NB : Choizitaconso© utilise l'expression « consommation maitrisée », le terme « maitrise » ayant une connotation plus positive que celui de « contrôle », qui évoque l'effort et la contrainte.

Choizitaconso© est un programme validé d'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'adressant à toute personne qui s'interroge sur sa consommation d'alcool et souhaite parvenir à retrouver la maîtrise de celle-ci. Il consiste en douze séances (dont sept obligatoires) hebdomadaires collectives d'une durée de deux heures, fondées sur le principe de « co-apprentissage ». Choizitaconso© s'adresse aussi bien aux usagers ne souhaitant pas s'engager dans une démarche d'abstinence totale et définitive, qu'à ceux qui souhaitent totalement cesser de consommer. Les deux profils de participants collaborent, au sein du programme, sans difficulté.

Choizitaconso© est basé sur le développement des compétences psychosociales des usagers, la valorisation des compétences de chacun et la collaboration. Il se décline selon un processus par étapes permettant l'apprentissage progressif de nouvelles modalités de consommation. Un travail est notamment fait sur le « boire réfléchi ». Les séances se déroulent dans les locaux du CSAPA, en petit groupe (moins de 10 personnes). Chaque séance traite d'un thème spécifique. Des évaluations régulières sont faites au début du programme, à la fin, à 6 mois de la fin puis à 12 mois.

Pour les professionnels, l'animation du programme induit une posture de reconnaissance de l'expertise de l'usager, et de ses ressources. L'usager, pour sa part, est incité à identifier et mettre en œuvre ses propres compétences, plutôt qu'à solliciter aide et conseils.

Le programme comporte un volet à destination des membres de l'entourage d'une personne en difficulté avec l'alcool. L'objectif est de favoriser l'apprentissage des compétences nécessaires pour prendre soin de soi, s'adapter aux situations et interagir au mieux avec son proche.

Le programme est animé par tous les membres de l'équipe de soin qui sont formés à l'ETP (médecins, IDE, éducateur ou psychologue) sans attribution spécifique en fonction du thème de la séance. Chaque professionnel choisit les séances qu'il veut ou peut animer en s'inscrivant sur le planning de la session à venir. Seule la séance sur les causes biologiques est toujours réalisée par un médecin Une coanimation est assurée par un patient "ressource".

Déroulé du programme	Le programme se réalise en 4 étapes (avec en préalable la construction d'un projet de participation au programme avec un soignant) : 1**. Entretien de bilan initial (BEP)** **2. Contrat d'éducation** **3. Apprentissage** Activités collectives et individuelles autour des thèmes suivants : - Comprendre le programme - Comprendre les mots du soin - Représentation - Facteurs biologiques - Facteurs personnels et environnementaux - Principes de la maitrise - Stratégies de la maitrise - Communication - Savoir prendre ses décisions - Savoir accepter et agir en fonction de ses émotions - Trouver des stratégies de gestion des situations à risque - Savoir trouver de nouvelles ressources - Savoir s'autoévaluer **4. Evaluation et bilan**
Femmes	Le taux de femmes participant au programme est supérieur au taux de fréquentation des structures de soins spécialisées.
Evaluation	140 personnes ont participé au programme (110 usagers et 30 membres de l'entourage L'évaluation qualitative du programme, réalisée selon les critères de l'ETP montre des effets positifs sur les patients en termes de levée des freins (honte, culpabilité, crainte de l'échec…), d'amélioration de la compréhension des mécanismes de l'addiction, de capacité à agir sur son comportement, libération de la parole, capacité à prendre du recul etc. Au niveau de l'établissement, le programme permet de formaliser la RdRDA au sein de l'institution, invite les soignants à se réinventer, ouvre un champ des possibles motivant susceptible de contribuer à la prévention du risque d'épuisement professionnel. L'INSERM – Pôle recherche clinique réalise actuellement une évaluation du programme (étude ETHER)
CASANOVA D., **Accompagnement et réduction des risques. Une proposition de procédure expérimentale,** in : Commission Des Pratiques Professionnelles A.N.P.A.A, *RDR Alcool. Prévention des risques et réductions des dommages chez les consommateurs d'alcool*, 2012 : 43-47.	

(5) Intégrer et Accompagner les Consommations d'Alcool I.A.C.A			
Démarrage 2013	**Porteur** Association Santé ! www.sante-alcool.fr	**Contact** Hélène Blanc, directrice Association Santé !	**Financement** ARS PACA
Objectifs	- Expérimenter une proposition d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool - Modéliser une méthode de travail et créer des outils destinés aux professionnels de terrain, pour les aider à intégrer l'approche de RdRDA dans leurs pratiques		
Publics	- Toute personne majeure consommatrice d'alcool. Le dispositif s'adresse aux personnes de toutes catégories socioéconomiques. Il s'adresse à un public aussi bien masculin que féminin (les modalités d'accueil sont particulièrement adaptées aux femmes.) - Intervenants de proximité en lien avec des personnes consommatrices d'alcool		
Assise théorique	- Rétablissement - Santé communautaire - Promotion de la santé - Principes du « Rien pour nous, sans nous ! » des mouvements d'auto-supports		
Description	L'association Santé a été créé en 2013 à Marseille par des professionnels de l'addictologie et de l'intervention sociale, avec pour objectif d'améliorer les méthodes d'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool. En 2015, l'association a ouvert un espace d'accueil avec alcool situé sur Astruc, à Marseille. Ce lieu lui permet d'accueillir les personnes dans un cadre sécurisant, dans lequel l'alcool est autorisé, et à partir duquel un travail individuel et / ou collectif pourra s'organiser. Si nécessaire, des boissons alcoolisées sont mises à disposition des personnes pour veiller à éviter les états de manque et les aider à réguler les pics de consommation. De la nourriture et des boissons sans alcool sont proposées. Une attention constante est portée à l'état de la personne de façon à pouvoir intervenir rapidement en cas de besoin (repos, collation, raccompagnement, appel des secours…) Des informations sont mises à disposition. Enfin, et surtout, un travail d'accompagnement psychosocial est mené par les professionnels de l'équipe. Le travail mené autour de la question de la consommation d'alcool, à partir de supports (carnet de consommation, fiches etc.) conçus à cet effet, s'inscrit dans un accompagnement, organisé autour des besoins de la personnes (aide à la recherche de logement, constitution de dossiers, orientation etc.) Plusieurs recherches-action, organisées autour de la triple expertise des usagers, des professionnels et des chercheurs, ont permis à Santé ! d'élaborer une méthode d'intervention particulièrement aboutie et structurée. En parallèle, l'association a produit un ensemble de documents et d'outils dans une optique de transférabilité de sa méthode. **La méthode d'intervention** La méthode I.A.C.A (Intégrer et Accompagner les Consommations d'Alcool), vise à lever les freins qui isolent et excluent les personnes consommatrices d'alcool, et de répondre à l'ensemble de leurs besoins, selon une approche globale. Ses principes clefs sont les suivants : - Faire avec les consommations d'alcool - Proposer une alternative aux propositions « standards » d'arrêt et d'abstinence - Favoriser l'accès aux services et aux soins		

	- Lutter contre la stigmatisation et les représentations négatives auxquelles les personnes consommatrices d'alcool font face **Le modèle repose sur des principes clefs en matière de posture et de discours :** - Les messages sur l'alcool sont revus, dans le souci de s'adresser à la personne de manière non excluante ou culpabilisante, et dans le but de trouver des solutions positives et réalistes. - Le dispositif d'accompagnement est structuré en paliers, mais il est suffisamment souple pour répondre aux besoins propres à chaque personne, et notamment celles qui ne peuvent adhérer à la proposition standard - Le discours porte sur le rétablissement et l'amélioration de la qualité de vie, selon une approche positive, sans être centré sur le produit alcool **Les étapes de l'accompagnement :** La méthode d'accompagnent I.A.C.A se déroule en 4 séquences dont le déroulement concret sera adapté aux besoins de la personne, dans une logique de parcours « sur mesure ». L'accompagnement sera de nature plus ou moins intense en fonction des personnes et des moments. 1. Accroche (construire le lien avec la personne, et l'adhésion au processus) 2. Sécurisation (évaluer de manière fine la situation de la personne dans sa globalité, et envisager avec elle l'ensemble des actions à engager) 3. Stabilisation (renforcer et compléter les actions menées) 4. Amélioration (poursuite et renforcement du projet personnel) **Les outils de transférabilité et d'accompagnement :** L'association Santé ! propose des formations pour les intervenants intéressés par la démarche (catalogue disponible sur le site internet de Santé !) Un tutorial libre d'accès est disponible pour les intervenants souhaitant concevoir, préparer et animer un accueil adapté aux personnes consommatrices d'alcool. Des outils sont mis à disposition, gratuitement, sur le site de l'association : fiches pratiques, flyers, vidéos de sensibilisation, newsletters, articles, dossiers thématiques, rapport de modélisation… Un déploiement de la méthode I.A.C.A dans deux régions (PACA et Nouvelle Aquitaine) est actuellement en cours, soutenu par le fonds national de lutte contre les addictions en partenariat avec la Fédération Addiction, l'ARS PACA et l'ARS Nouvelle Aquitaine. En 2020-2021, 20 professionnels volontaires et 10 sites partenaires, spécialisés ou non en addictologie, bénéficieront d'une formation intensive et d'un accompagnement à la mise en œuvre de la méthode. Ce projet fait l'objet d'une recherche, menée par l'ISPED, portant sur l'adaptabilité de la méthode et sur ses résultats en termes d'amélioration de qualité de vie pour les personnes.
Evaluation	Une évaluation menée par une équipe de l'Inserm montre que les usagers sont satisfaits de cette intervention, qui contribue à une amélioration de leur état de bien-être. Les chercheurs concluent : *« il s'agit d'une approche particulièrement pertinente pour les personnes en difficulté avec l'alcool et en rupture avec les soins (…) ».* Constatant que « *Les interventions de ce type sont rares dans le panorama des interventions en alcoologie »*, ils recommandent *« l'intégration de cette approche dans les CSAPA et chez les médecins généralistes faisant partie d'un réseau en addictologie.»* (Carrieri et al., 2019 :107.)
CARRIERI P. *et al*., **Réduction des risques et des dommages dans le domaine des troubles liés à l'usage d'alcool. Evaluation d'une intervention d'accompagnement des parcours de santé complexes liés aux usages d'alcool,** SESSTIM (INSERM 1252), 2019, 110 pages. CRES PACA, **Accompagnement à la démarche d'évaluation des conditions de la transférabilité des actions de réduction des risques et des dommages, proposés par l'association Santé ! rapport d'activité 2018**, 72 pages.	

(6) ARRIANA			
Démarrage 2017	**Porteurs** CSAPA Haguenau CSAPA Wissembourg CSAPA Ithaque	**Contact** Dr Christine Csapa du CH Haguenau christine.pfeiffer@ch-haguenau.fr	**Financement** ARS Grand est

Objectifs	- Aller à la rencontre d'usagers d'alcool éloignés des dispositifs classiques - Proposer un accompagnement social et de de réduction des risques et des dommages abordant la personne dans sa globalité - Favoriser l'émergence d'une demande de soins, et l'accès aux soins
Publics	Personnes consommatrices d'alcool ou de toute autre substance psychoactives non inscrites durablement dans une démarche de soins, avec une attention accrue pour les personnes isolées et/ou en situation de vulnérabilité sanitaire et sociale
Assise théorique	Le projet s'inspire du dispositif suisse *« La Terrasse »* (Lausanne), porté par un établissement hospitalier (CHUV) et une structure de RdRD (Fondation Accueil bas seuil – ABS), évalué positivement par une étude menée par le CHUV. Il s'inscrit dans une approche de « santé communautaire ». NB : l'un des co-pilotes du projet, l'association Ithaque, est également le porteur de la salle de consommation à moindre risque (SCMR) de Strasbourg.
Description	ARRIANA est une « salle de consommation d'alcool à moindre risque », située à Haguenau (Alsace), ouverte chaque après-midi (le mercredi à partir de 11 heures) Les usagers d'alcool peuvent s'y rendre pour échanger, s'informer, se détendre, et établir des liens avec des professionnels de santé et du travail social. La salle se situe à proximité d'un CHRS (Toit Haguenovien), partenaire du projet. Cet espace a vu le jour à l'issu de deux années de réflexion et d'un travail théorique porté par l'ARS Alsace ayant abouti à la rédaction d'un manuel sur la RdRD alcool. Il reflète la volonté des acteurs de la région de disposer d'un lieu *« où la consommation d'alcool ne serait plus un obstacle à la rencontre de l'usager »*. L'équipe d'accueil est composée d'une infirmière, d'une éducatrice spécialisée et d'une aide-soignante. Des soins infirmiers et médicaux peuvent être réalisés sur place, dans une pièce attenante au local. Un médecin de CSAPA peut passer sur demande. Du matériel de réduction des risques (paille, matériel d'injection…) est à la disposition des usagers, qui peuvent également avoir accès à des TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique) et au fibroscan. Les usagers viennent à ARRIANA avec leur propre alcool. Aucun alcool n'est stocké dans les lieux. Les consommations sont déposées à leur arrivée auprès d'un des accueillants, qui va noter le nom de l'usager, la quantité et le type d'alcool présenté. Un « tableau de bord », tenu par l'usager et l'accueillant, permet le suivi de la consommation. Celui-ci se sert lui-même. Toutes les consommations, qu'il s'agisse d'alcool ou de boissons sans alcool (jus de fruits, café….) se font dans des gobelets gradués. La consommation d'alcool cesse 30 minutes avant la fermeture. Une partie importante du travail de l'équipe porte sur le renforcement de l'estime de soi des usagers et de leur sentiment d'auto-compétences. Une grande importance est accordée à la dynamique de groupe. L'espace fonctionne de manière communautaire. Il est en partie auto-géré : les usagers participent à l'aménagement et à l'entretien des locaux et du jardin. Ils cuisinent ensemble une fois par semaine. Certains usagers de la salle sont abstinents. Ce phénomène, qui n'avait pas été anticipé, a surpris l'équipe. Cette cohabitation de personnes consommant et ne consommant pas se révèle être un atout du projet, car elle génère une dynamique d'entraide par les pairs.

Bilan d'ARRIANA	Une analyse de l'activité d'ARRIANA a été menée en interne en 2018. Les constats sont les suivants : - En 2018, 473 passages à ARRIANA ont été enregistrés, pour une file active de 40 personnes - En 2018, ARRIANA accueilli 40 nouveaux usagers (28 hommes et 12 femmes) - Le cadre et les règles de fonctionnement de la salle (gobelet gradué, régulation des consommations, sanctions en cas de débordements) sont bien acceptés et respectés par les usagers - Une bonne entente prévaut entre les usagers et entre usagers et membres de l'équipe - Les usagers s'impliquent dans les activités et s'entraident mutuellement - Le public fréquentant la salle est composé majoritairement d'hommes (80%) mais les femmes semblent bien intégrées au dispositif. Le fait que l'équipe accueillante soit majoritairement féminine est un facteur favorisant un ressenti de confiance chez les usagères - 1/3 des usagers d'ARRIANA (32%) viennent sans alcool dans la salle - Les médias s'intéressent à ARRIANA, qui fait régulièrement l'objet d'article ou de reportage dans la presse locale
Partenaires	ARRIANA est un projet porté par une forte dynamique partenariale. Le **comité de pilotage** est composé, en plus des trois CSAPA porteurs du projet, des acteurs suivants : - ARS Grand Est - SOS Hépatites - SELHV – Service de Lutte contre les Hépatites Virales d'Alsace Des **réunions de partage d'expériences** ont régulièrement lieu entre l'équipe d'ARRIANA et l'équipe mobile du CSAPA Ithaque. **D'autres acteurs ont été rencontrés ou sont partenaires du projet :** - Paroisse saint Nicolas (mise à disposition des locaux) - Sous-préfecture de Haguenau-Wissembourg - Mission locale, Epicerie sociale, Centre social - CHRS, Emmaüs - Association « droit au travail » - Drogues Info Services (l'équipe est venue visiter la salle) - GEM Azimut (groupement d'entraide mutuelle entre usagers de la psychiatrie) - ../.. L'**inauguration officielle de la salle,** en 2017, s'est déroulée en présence de la Direction de l'Hôpital de Haguenau, d'une représentante du Maire de Wissembourg, de la sous-préfète, du commissaire de police, de représentants de mouvements et associations d'entraide, d'acteurs du champ social et sanitaire, d'élus locaux (députés et conseillers généraux), de médias et d'usagers.

AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ALSACE, **Réduction des risques alcool. Guide de la réduction des risques et des dommages chez les consommateurs d'alcool**, décembre 2014 : 82 pages.

ARRIANA, **Rapport d'activités 2018**, 21 pages.

<table>
<tr><th colspan="4">(7) LES PROGRAMMES DE GESTION DE L'ALCOOL MANAGEMENT (PGA) C
(8) CANADIAN MANAGEMENT ALCOHOL PROGRAMS (MAPs) -</th></tr>
<tr><td>Démarrage
1996</td><td>Porteur
(Coordination et étude)
Canadian Institute for Substance Use Research
Université de Victoria</td><td>Contact
Dr. Bernie Pauly
bpauly@uvic.ca
http://cmaps.ca/</td><td>Financement
Gouvernements fédéral et provinciaux
Financements locaux variés.</td></tr>
<tr><td>Objectifs</td><td colspan="3">Réduire les risques et les dommages liés à la consommation d'alcool à haut risques des personnes vivant dans des logements temporaires ou dans la rue

Eviter l'exposition des personnes aux risques liés à la consommation d'alcool dans la rue ou dans des lieux précaires (violences, traumas, interpellations…)
Améliorer l'état de santé et de bien-être des usagers (hygiène, alimentation, sommeil, santé mentale, état de santé général)
Maintenir ou réduire la consommation afin d'éviter les états de manque
Promouvoir un usage moins risqué grâce à l'éducation à la réduction des risques et à l'autogestion

Eviter l'usage d'alcool non alimentaire (lotion dentaire, gel hydroalcoolique.)
NB : ce phénomène est plus courant en Amérique du nord qu'en France.

En réponse à la pandémie de CIVID, les MAPs se sont dotés d'un objectif supplémentaire :
Réduire le risque ou prévenir l'infection par le COVID-19, réduire les risques de transmission et soutenir les mesures d'isolement des usagers présentant des symptômes ou positifs au COVID 19</td></tr>
<tr><td>Publics</td><td colspan="3">Personnes sans domicile présentant une dépendance à l'alcool, se souhaitant ou ne pouvant cesser de consommer.
La plupart des MAPs posent en critère d'éligibilité le fait d'avoir échoué à plusieurs reprises à un projet de sevrage.</td></tr>
<tr><td>Assise théorique</td><td colspan="3">Littérature scientifique sur l'implantation et l'efficacité des PGA.
A l'Université de Victoria, une équipe composée de 6 chercheurs et d'une cinquantaine de collaborateurs mène une étude nationale visant à analyser les processus d'implantation des MAPs, ainsi que leur efficacité. L'objectif de cette étude est également de collecter des données à partir desquelles des décisions pourront être prises pour réduire les éventuels effets secondaires négatifs inattendus des programmes.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Un MAP, ou programme de gestion d'alcool (parfois appelé programme de gestion de l'alcoolisme), est un programme destiné à réduire les risques et les dommages liés à l'alcoolisation chronique, consistant à fournir une dose régulière d'alcool à des personnes présentant une dépendance à l'alcool. En mars 2020, 23 sites à travers le Canada proposaient un MAP. Le plus souvent, les MAPs sont implantés dans des centres d'hébergement, et s'intègrent de ce fait à un ensemble de services proposés à l'usager. Ils peuvent par exemple être inclus dans des dispositifs Un Chez soi d'abord. Certains MAPs sont dispensés dans des accueils de jours, dans des centres de santé ou des services hospitaliers. Quelques MAPs sont proposés dans des centres de soins palliatifs. Quelques-uns sont gérés par des pairs. Une cartographie des différents sites est disponible en ligne : https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/canadian-map-site-overview_march-2020.pdf

Chaque MAP est autonome. Le fonctionnement peut varier d'un site à l'autre, en fonction des spécificités du porteur, des usagers, et de l'environnement. L'Université de Victoria met à disposition des MAPs locaux des outils (fiches pratiques, manuel d'implantation, études…) mais n'intervient pas directement dans la mise en œuvre et le financement des MAPs. Le fonctionnement du programme s'organise autour de six axes principaux :</td></tr>
</table>

1- La délivrance d'alcool

Chaque MAP décide de la manière dont il souhaite organiser la délivrance d'alcool. Certains MAPs délivrent une fois par jour à l'usager une quantité d'alcool correspondant à ses besoins journaliers. Mais le plus souvent, la délivrance d'alcool se fait à intervalles réguliers, toutes les 90 minutes par exemples, à raison d'une dizaine de fois par jour. La planification (dosage, type de boisson, fréquence) se décide d'un commun accord entre l'usager et un professionnel de santé. L'usager s'engage à ne pas consommer d'alcool supplémentaire à celui fourni par le programme. L'objectif est en effet d'atteindre une stabilisation de son état et de ses conditions de vie, de façon à pouvoir envisager un accompagnement psychosocial et sanitaire plus approfondi.

2- L'approvisionnement en boissons alcoolisées

L'achat de boissons peut se faire dans des points de vente ou chez des grossistes. En Colombie britannique, il semblerait que de la bière et de la vodka puissent être fournies par les pharmacies : *« Vodka and beer are on the BC Formulary and can be dispensed by pharmacy in hospital or other inpatient settings » (*source : Provincial Guideline for the Clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder, 2019 : 13).

3- L'alimentation

La plupart des MAP répondent aux déterminants de la santé que sont le logement et l'alimentation. Des collations et des repas sont proposés, dans un souci d''équilibre nutritionnel.

4- Les liens sociaux et culturels

Les programmes intègrent des activités diverses, visant le renforcement des liens sociaux autour de l'usager, dans le but d'éviter l'ennui (celui-ci pouvant être facteur d'alcoolisation), et pour atteindre une amélioration de la santé mentale de la personne.

5- Les soins de santé

Le suivi de l'état de santé de l'usager, et son accès aux soins, sont des composantes importantes des MAPs. Les équipes comprennent généralement des professionnels de santé (infirmiers ou médecins.) Les MAPs fonctionnent en partenariat avec les structures de soins locales.

6- L'évaluation

L'Université de Victoria accompagne l'évaluation des MAPs, en plus de mener une étude nationale.

Evaluation	Des études portant sur certains MAPs ont mis en évidence les effets suivants : diminution des interpellations et des passages aux urgences hospitalières, amélioration de la qualité de vie des usagers, amélioration des fonctions hépatiques des usagers. Un $ investi dans un MAP permettrait à la collectivité d'économiser 1,09 à 1,21 $ https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/infographic-inside-a-MAP.pdf Une limite des MAPs concerne le fait que certains usagers consomment de l'alcool à l'extérieur du programme. Une autre limite est liée à une réflexion éthique sur le fait d'administrer aux usagers un toxique cancérigène, susceptible d'entrainer de graves dommages à long terme, voire leur décès (Stockwell, & Bernie, 2018 : 3)

PAULY, B., BROWN, M., EVANS, J. ET AL. **There is a Place": impacts of managed alcohol programs for people experiencing severe alcohol dependence and homelessness**. Harm Reduct J 16, 70 (2019)

IVSINS, A., *et a*l., **On the outside looking in: Finding a place for managed alcohol programs in the harm reduction movement.** International Journal of Drug Policy, 67, 2019, 58–62.

PAULY BB, VALLANCE K, WETTLAUFER A, ET COLL. **Community managed alcohol programs in Canada: Overview of key dimensions and implementation**. *Drug Alcohol Rev* 2018; 37 Suppl 1: S132-S139.

STOCKWELL, TIM; PAULY, BERNIE, **Managed alcohol programs: Is it time for a more radical approach to reduce harms for people experiencing homelessness and alcohol use disorders?** Drug and Alcohol Review, 2018.

VALLANCE, K. ET AL., **Do managed alcohol programs change patterns of alcohol consumption and reduce related harm? A pilot study.** Harm Reduction Journal, 2016, 13(1).

Critères d'abus, dépendance et trouble de l'usage

Trouble de l'usage d'une substance – DSM-5 (traduction non officielle)

1 : Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales (par exemple absences répétées, diminution des performances de travail, négligence parentale ou négligence de l'entretien du domicile).
2 : Usage récurrent d'alcool avec pour conséquence une mise en danger physique du sujet (conduite automobile, utilisation de machines, etc.).
3 : Persistance de l'usage d'alcool en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
4 : Tolérance, définie par l'un des deux critères suivants :
- Un besoin manifeste d'augmenter les quantités d'alcool pour atteindre un état d'intoxication ou l'effet désiré ;
- Une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité d'alcool.
5 : Signes de sevrage, définis par l'un des deux critères suivants :
- présence de signes de sevrage concernant l'alcool lors de l'arrêt ou forte diminution ;
- l'alcool est parfois consommé pour éviter ou stopper des signes de sevrages.
6 : L'alcool est consommé en plus grande quantité, ou sur une période de temps plus longue que ce qui était envisagé.
7 : Il existe un désir persistant ou bien des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation d'alcool.
8 : Un temps important est consacré par le sujet à des activités visant à se procurer de l'alcool, à le consommer, ou à récupérer des effets de la consommation.
9 : Des activités importantes sur le plan professionnel, personnel, ou bien récréatif sont abandonnées au profit de la consommation d'alcool.
10 : L'usage d'alcool reste identique en dépit de la prise de conscience de l'existence de répercussions continues ou récurrentes des consommations, sur le plan physique ou psychologique.
11 : On constate la présence régulière d'un craving, ou envie importante ou compulsive de consommer de l'alcool.

Source : Société française d'alcoologie, Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique, Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (1) : 13

Syndrome de dépendance – CIM-10

1-Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
2-Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
3-Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré (certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants).
4-Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.
5-Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Source : Société française d'alcoologie, Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique, Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (1) : 13

Liste des sigles

ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (devenue Association Addictions France)

API : Alcoolisation ponctuelle importante

ARAMIS : Attitudes, Représentations, Aspirations et Motivations lors de l'Initiation aux Substances psychoactives

ARS : Agence régionale de santé

CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie

CHAA : Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CIM : Classification Internationale des Maladies

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSST : Centre de soins spécialisé pour toxicomanes

DGS : Direction Générale de la santé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FFA : Fédération française d'addictologie

HAS : Haute Autorité de Santé

INCA : Institut national du cancer

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MAP : Management Alcohol Program

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MILDT : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS : Organisation mondiale de la santé

PGA : programme de gestion de l'alcool

RBP : Recommandations de bonnes pratiques

RdR : Réduction des risques

RdRD : Réduction des risques et des dommages

RdRDA : Réduction des risques et des dommages liés à l'alcool

RPIB : Repérage précoce et intervention brève

SAF : Syndrome d'alcoolisation fœtale

SFA : Société française d'alcoologie

SAU : Service d'accueil et de traitement des urgences

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

SCMR : Salle de consommation à moindre risque

TCAF : Troubles causés par l'alcoolisation fœtale

TUAL : Trouble de l'usage d'alcool

UDI : Usager de drogue injectable

Liste des personnes consultées

L'équipe projet adresse ses vifs remerciements aux personnes rencontrées ou consultées dans le cadre de cette mission.

Christian Andreo, *directeur, Adixio, administrateur de l'association Gaïa*

Dr Pierre Arwidson, *directeur adjoint. Direction de la prévention et de la promotion de la santé. Santé publique France*

Erwan Autes, *chargé de mission. Pôle prévention et promotion de la santé. Agence régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine*

Hélène Blanc, *directrice, chargée du projet de déploiement RdR Alcool, Association Santé !*

Abdelka Boumansour, *directeur général pôle Addictions, Groupe SOS*

Pr Amine Benyamina, *psychiatre, président de la Fédération française d'addictologie (FFA), président du Fonds Actions Addictions*

Cathy Bletterer, *IDE, Centre hospitalier Wissembourg*

François Bregou, *directeur opérationnel en charge du pôle "Précarité & Exclusion", Les captifs la Libération*

Linda Cambon, *Titulaire Chaire Prévention, SPF – ISPED, Co-responsable Equipe MeRISP, Population Health Research Center (BPH), Inserm U1219, Université de Bordeaux*

Leo Cloarec, *responsable de l'Espace Marcel Oliver, Les captifs la Libération*

Dr Danielle Casanova, *coordinatrice du programme ETP Choizitaconso©, Csapa Convergences, Association Addictions France du Vaucluse*

Jean-Pierre Couteron, *psychologue clinicien, porte-parole de la Fédération Addiction*

Pr Berenice Doray, *PU-PH en génétique médicale, CHU de La Réunion, Vice-doyen recherche de l'UFR santé, Université de La Réunion, directrice du centre ressources ETCAF de La Réunion*

Marie Dumoulin, *chargée de projets, Fédération Addiction*

Dr Pascale Estecahandy, *coordinatrice technique nationale du programme "Un chez soi d'abord", DIHAL*

Matthieu Fieulaine, *consultant, coordinateur du collectif Modus Bibendi*

Gallopel-Morvan Karine, *Professeure des Universités (Marketing social), Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

Samir Herida, *travailleur social en addictologie, Association Inser-Santé*

Nathalie Latour, *déléguée générale de la Fédération Addiction.*

Emmanuelle Latourte, *chargée de développement, Association Santé !*

Pierre-Olivier Le Clanche, *chef de service Association Addictions France 75-92-93-94*

Franck Lecas, *chargé de mission établissements médico-sociaux et loi Evin, Association Addictions France*

Laury Lesueur, *psychologue-addictologue, Les captifs la Libération*

Véronique Lévêque, *directrice du centre d'hébergement Valgiros, Les Captifs la Libération*

Dr Jean Lévy, *médecin généraliste***,** *coordonnateur 08 du réseau ADDICA (Addictions Champagne-Ardennes)*

Serve Longère, *directeur de l'association Première Ligne, Quai 9 – espace d'accueil et salle de consommation à moindre risque de Genève, ancien administrateur de l'Association française de réduction des risques – AFR*

Mr Richard Lortz, *cadre de santé addictologie, CSAPA du centre hospitalier Wissembourg*

Véronique Maffeo, *secrétariat de rédaction Alcoologie et Addictologie*

Mr Joaquim Mélendez, *cadre de santé addictologie, CSAPA du centre hospitalier Haguenau*

Pascal Mélihan-Chenin, *professeur associé à l'université Gustave Eiffel*

Pr Mickaël Naassila, *professeur des universités, UFR de Pharmacie, directeur unité Inserm UMR 1247 (ex-ERi24) – GRAP, président de la Société française d'alcoologie (SFA)*

Dr Virginie Paillou, *Médecin CEID-Addictions, coordinatrice médicale*

Guy Pernès, *pair aidant en addictologie, étudiant assistant de service social*

Gil Peyrusaubes, *pair aidant en addictologie*

Dr Christine Pfeiffer, *PH Addictologie, CSAPA du centre hospitalier Haguenau*

Dr Pierre Polomeni, *psychiatre addictologue*

Brigitte Ragel, *responsable de formations, pôle accompagnement de proximité et animation, école de travail social ASKORIA - Site de Rennes*

Xavier Richen, *médecin addictologue, Aria- Oppelia*

Aurélien Rouet, *Animateur AIDES, Référent Dépistage, CAARUD Interm'AIDES*

Christelle Rohr, *aide-soignante, CH Haguenau*

Dr Olivier Riccobono- Soulier, *Csapa Convergences, Association Addictions France du Vaucluse*

Pr Benjamin Rolland, *PU-PH d'Addictologie, Hospices Civils de Lyon, CH Le Vinatier, Université Lyon 1, administrateur de la Société française d'alcoologie (SFA)*

Béchir Saket Bouderbala, *consultant en affaires publiques, président de l'ONG L630*

Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, *épidémiologiste, INSERM UMR1153 CRESS – EPOPé, Equipe de recherche en Epidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique, Centre of Research in Epidemiology and StatisticS, Université de Paris*

Dr Guy Sebbah, *membre du Directoire Solidarités GROUPE SOS. Directeur général, GROUPE SOS Solidarités*

Loïc Stephan, *travailleur social, Association Première ligne, Quai 9, espace d'accueil et salle de consommation à moindre risque de Genève*

Nadia Tetegan, *éducatrice spécialisée, CH Haguenau*

Maxence Thomas, *psychologue clinicien, docteur en psychologie, Aria- Oppelia*

Jean-Claude Tomczac, *président, Fédération Nationale des Amis de la santé*

Luc Vellenriter, *infirmier libéral*

Une consultation par visioconférence a eu lieu en septembre 2020 avec des administrateurs de l'association France Patient Expert Addictions (FPEA) : **Albert Caporossi, Hélène Delaquaize, Jean-Maxence Garnier, Olivier Kramarz, Eric Lefort, Marc Margelidon, Sandra Pinel, Ariane Pommery** et **Philippe Sayer.**

Des échanges ont eu lieu avec les membres du groupe de travail du projet « Capitalisation des savoirs expérientiels sur la réduction des risques liés à l'alcool » de la société française de santé publique (SFSP) et avec l'équipe projet : **Béatrice Georgelin**, **Samuel Gaspard** et **Benjamin Soudier**.

Le projet a été présenté aux instances suivantes :

- Audition du ***Comité d'experts Prévention et promotion de la santé*** de Santé publique France, 2 octobre 2019.
- Journée nationale des **Référant addictions des Agences régionales de santé (ARS)**, Direction générale de la santé, 31 janvier 2020.

Remerciements chaleureux aux usagers rencontrés à Rennes, Paris et Strasbourg.

Références bibliographiques

ADES, J., **Limites et conditions de la consommation contrôlée**, Colloque de la SFA – consommation contrôlée – baclofène – mars 2012

ALBRECHT A., J.-B. DAEPPEN J. B., **Consommation contrôlée d'alcool chez le patient dépendant**, Rev Med Suisse; volume 3, 2007.
https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-118/32399

ALCOOL ASSISTANCE, **La réduction des risques et des dommages**, Newsletter #9, mars 2017, 16 pages.
https://www.alcoolassistance.net/files/Newsletter/NL9.pdf

ANDERSON P, JANE-LLOPIS E, HASAN OSM, et coll. **Changing Collective Social Norms in Favour of Reduced Harmful Use of Alcohol: A Review of Reviews**. *Alcohol Alcohol* 2018 ; 53 : 326-32.
https://academic.oup.com/alcalc/article/53/3/326/4810743

AUBIN, J-H., **Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie**, Alcoologie et Addictologie 2013 : 35 (4) : 309-315

AUBIN H-J. **La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'alcool ?** Alcoologie et Addictologie 2017 ; 39 : 57-67.

AUBIN J-H, LUQUIENS A**., Actualités de l'alcoolodépendance**, Santé Mentale, n°192, Nov. 2014 : 22-29

ABGRALL, E., MILHET M., **Les pratiques professionnelles dans le champ des addictions. Paradigmes et déterminants explorés par les sciences sociales**, OFDT, Note n° 2019-03, Paris, décembre 2019
https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxeazc.pdf

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX (ANESM), **La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles,** 2009.

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX (ANESM), **La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles**, 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/recommandations_caarud_web.pdf

AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ALSACE, **Réduction des risques alcool. Guide de la réduction des risques et des dommages chez les consommateurs d'alcool**, décembre 2014 : 82 pages.
http://www.cirddalsace.fr/methodologie/guide_alcool.pdf

ANPAA, **La RDR entre en alcoologie**, Addictions, No 39, octobre 2012
http://paiement.anpaa.fr/upload/addictions39/Addictions39.pdf

ARS ILE-DE-FRANCE**, Guide santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement**, décembre 2016, 216 pages.
https://www.iledefrance.ars.sante.fr/guide-sante-destination-des-acteurs-de-la-filiere-de-lhebergement

ASSOCIATION PISTES - PROMOTION DE L'INFORMATION SCIENTIFIQUE, THERAPEUTIQUE, EPIDEMIOLOGIQUE SUR LE SIDA, **Pratiques soignantes et alcoolo-dépendance,** Revue SWAPS n°73, 2013, 24 pages**.**
https://vih.org/sites/default/files/fichierattaches/swaps73.pdf

BEAUDOIN I., **Efficacité de l'approche « logement d'abord » : une revue systématique**, Drogues, santé et société, vol.14, no2, mars 2016
http://drogues-sante-societe.ca/efficacite-de-lapproche-%E2%80%89logement-dabord%E2%80%89-une-revue-systematique/

BECK et al, **Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ?** OFDT, Tendances mars 2017.
https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbx3.pdf

BROUSSE, G., **Quels sont les bénéfices de la réduction de la consommation et de l'abstinence ?** Colloque de la SFA – consommation contrôlée – baclofène – mars 2012

BENDIMERAD P., BROUSSE G., **La réduction de la consommation d'alcool en dix points**, Le Courrier des addictions (15) – n° 2 – Avril-mai-juin 2013 : 4-5.
https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/19715.pdf

CAHIERS DE L'ACTIF (LES), **Prévenir et accompagner les conduites addictives dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux,** N° 490-491 , Mars-Avril 2017

BRITISH COLUMBIA CENTRE ON SUBSTANCE USE (BCCSU), B.C. MINISTRY OF HEALTH AND B.C. MINISTRY OF MENTAL HEALTH AND ADDICTIONS**. Provincial Guideline for the Clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder,** 2019: 190 pages.
https://www.bccsu.ca/clinical-care-guidance/.

CAMBRIDGE J, KYPRI K, DRUMMOND C, et coll. **Alcohol harm reduction : corporate capture of a key concept.** *PLoS. Med.* 2014 ; 11 : e1001767.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4260782/pdf/pmed.1001767.pdf

CANIARD E., AUGE-CAUMON M.-J., **Les Addictions au tabac et à l'alcool. Avis du Conseil économique, social et environnemental,** Section des affaires sociales et de la santé, Conseil économique, social et environnemental, Paris, 2019
https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_02_addictions.pdf

CASANOVA D., **Accompagnement et réduction des risques. Une proposition de procédure expérimentale,** in : Commission Des Pratiques Professionnelles A.N.P.A.A, *RDR Alcool. Prévention des risques et réductions des dommages chez les consommateurs d'alcool*, 2012 : 43-47.

COORDINATION DES ASSOCIATIONS ET MOUVEMENTS D'ENTRAIDE RECONNUS D'UTILITE PUBLIQUE (CAMERUP), **Réduction des risques**, in : **Livre blanc**. Edition 2016, 26-29.
https://www.camerup.fr/le-livre-blanc/

COMMISSION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES A.N.P.A.A, **RDR Alcool. Prévention des risques et réductions des dommages chez les consommateurs d'alcool**, 2012, 64 pages.
https://www.anpaa.asso.fr/images/stories/201207telechargements/anpaa-rrdc-lasers.pdf

CRAPLET M., **Vraies et fausses révolutions en alcoologie : I. L'alcoologie du XXe siècle**, Alcoologie et Addictologie 2015 ; 37 (2) : 149-57.

CRAPLET M. **Vraies et fausses révolutions en alcoologie : II. L'alcoologie au risque du modernisme**, Alcoologie et Addictologie 2015 ; 37 (3) : 253-259.

COUR DES COMPTES, **Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, rapport public thématique : « Évaluation d'une politique publique »,** Paris, 2016, 262 pages.
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160613-rapport-politique-lutte-consommations-nocives-alcool.pdf

CROIX BLEUE (LA), **La réduction des risques**, Les dossiers de la Croix Bleue, No1, 2016.
http://www.croixbleue.fr/IMG/pdf/dossier_001.pdf

DEMATTEIS M., PENNEL L., MALLARET M., **Complications neurologiques des conduites d'alcoolisation** *in : Reynaud M.* et al. *(coord), Traité d'addictologie, (2° Éd.), Coll. Traités, 2016 : 476-483.*

ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (EPIC), **consommation contrôlée**
https://www.epi.ge.ch/fileadmin/user_upload/pdf_Accessibilite/A_Consommation_controleeA.pdf

EUROTOX, **Alcool. Bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques**, Mars 2020.
https://eurotox.org/2020/06/17/bonnes-pratiques-de-prevention-et-reduction-des-risques-lies-a-lalcool/

FEDERATION ADDICTION, **Réduction des risques liés à l'alcool**, vidéo (16 minutes) réalisée lors des 2èmes Journées Nationales de la Fédération Addiction à Toulouse, 2012.
https://www.federationaddiction.fr/reduction-risques-lies-lalcool-changer-paradigme/

FEDERATION ADDICTION, **Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions** *?* ACTAL, cahiers thématiques de la Fédération Addiction, 2013, 79 pages.
https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2014/04/actal13_RDR_siteweb.pdf

FEDERATION ADDICTION, **Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD. Rapport d'enquête**, 2015, 60 pages.
https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/01/Agir-en-reduction-des-risques-1.pdf

FEDERATION ADDICTION, RESEAU FRANÇAIS DE REDUCTION DES RISQUES, **L'accompagnement des consommations : constats, enjeux, perspectives. Actes du cycle de séminaires,** 2016
https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/05/ActesRdRbdweb.pdf

FEDERATION ADDICTION, **Alcool. Intervenir autrement**. 2019. 8 pages.
https://fr.calameo.com/read/00554485801d097a74397

FEDERATION ADDICTION, FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'ACCUEIL ET DE REINSERTION SOCIALE (FNARS), **Addictions & lutte contre les exclusions : travailler ensemble**, 2015, 105 p.
https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2015/12/guide_travaillerensemble.pdf

FEDERATION ADDICTION, FEDERATION DES ACTEURS DE LA SOLIDARITE, **L'accueil inconditionnel au défi des consommations**. Synthèse & Perspectives. Lundi 9 octobre 2017. Maison Internationale - Cité Internationale Universitaire de Paris, 41 pages.
https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2018/04/actes9octobre.pdf

FEDERATION FRANÇAISE D'ADDICTOLOGIE (FFA), **La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. 1 Audition publique 2.0. 7 - 8 avril 2016 à Paris, Livret de l'Audition publique : Programme et Rapports des Experts et du Groupe bibliographique,** 2016, 633 pages.
http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016_Audition-Livret.pdf

> *Rediffusion des 2 journées d'audition publique*.
> https://www.youtube.com/channel/UCHhiSlnXku1JiFkNBx0bP8w

FEDERATION FRANÇAISE D'ADDICTOLOGIE (FFA), **La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. 1 Audition publique 2.0. 7 - 8 avril 2016 à Paris, Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition**, 2016, 19 pages
http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016_RapportOrientation&Recos.pdf

FNARS, **Droits et obligations des personnes hébergées. Cadre juridique, enjeux, préconisations et témoignages d'expériences**, 2016.
https://federationsolidarite.org/images/stories/sites_regions/Ile_de_France/Logement/guide/MANUEL_VF-_maquette-web.pdf

GACHE, P**., Evaluation Des Programmes De Consommation Contrôlée**, Présentation à la plateforme "Alcool" du 18 janvier 2007
https://www.grea.ch/publications/pascal-gache-evaluation-des-programmes-de-consommation-controlee

GOMET, R., **Evaluation du programme l'Envol,** Les Journées de la SFA, 13 mars 2020
http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/jsfa20-130900_GOMET.pdf

GOMET R., **Je maîtrise ma consommation d'alcool,** Savoir pour guérir, Elipses, 2019.
https://www.editions-ellipses.fr/accueil/4852-je-maitrise-ma-consommation-dalcool-9782340030091.html

DELEGATION INTERMINISTERIELLE A L'HEBERGEMENT ET A L'ACCES AU LOGEMENT (DIHAL), **L'accompagnement de personnes présentant des problématiques d'addiction ou des troubles de santé mentale dans le cadre de la pandémie covid-19. 2020, recommandations et retours d'expérience**, Note du 8 avril 2020.
https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2020/04/FICHE-RECOMMANDATIONS-ADDICTIONS-SANTE-MENTALE_Covid-19-080420201.pdf

GIRARD V., ESTECAHANDY P., CHAUVIN P., **La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports**, Rapport : Ministère de la santé et des sports, 2009, 236 p.
https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000014.pdf

GROUPEMENT ROMAN D'ETUDES DES ADDICTIONS (GREA), **consommation contrôlée**
https://www.grea.ch/dossiers/consommation-controlee

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), **La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), recommandations de bonnes pratiques**, septembre 2019.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3147889/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), **Recommandations. Education thérapeutique du patient. Définitions, finalités et organisation, juin 2007**
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), **L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions – réponses**
https://has-sante.fr/jcms/c_602686/en/dossier-de-presse-l-education-therapeutique-du-patient-en-15-questions

INSERM (dir.). **Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues**. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2010, XII-573 p. - (Expertise collective)
http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86

INSTITUT UNIVERSITAIRE SUR LES DEPENDANCES DU CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTREAL, **Revue systématique sur les modalités et les effets de services de type *wet***, 2018
https://www.researchgate.net/publication/334520169_REVUE_SYSTEMATIQUE_SUR_LES_MODALITES_ET_LES_EFFETS_DE_SERVICES_DE_TYPE_WET

LANQUETTE A., MOULIUS F., LEBOURDAIS P., **Document de capitalisation de l'expérimentation pour l'ouverture d'un espace de consommation d'alcool à moindres risques au CHRS Georges Dunand Septembre 2015 - Septembre 2017**, ANPAA 75, 2017, 36 pages.

MARLATT, G. A., WITKIEWITZ, K., **Harm reduction approaches to alcohol use**, Addictive Behaviors, 27(6), 202: 867-886
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460302002940

MAANI HESSARI N., PETTICREW M., **What does the alcohol industry mean by 'Responsible drinking'? A comparative analysis**, in: *Journal of Public Health*, Volume 40, Issue 1, 1 March 2018, Pages 90–97, https://doi.org/10.1093/pubmed/fdx040

MICHEL L., MOREL A., **Alcool et réduction des risques**, in : Morel A., Chappard P., Couteron J-P., L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie, Dunod, Paris, 2012 : 186-195.

MILDECA, **L'essentiel Sur ...La réduction des risques et des dommages : une politique inscrite dans la loi, entre humanisme, sciences et pragmatisme**, 2020.
https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/MILDECA_dossier-essentiel_sur_rdrdr_2020-04_0.pdf

MILHET M., PROTAIS C., DIAZ-GOMEZ C., **Les addictions dans le programme « Un chez soi d'abord »**, Tendances n° 134, OFDT, septembre 2019, 8 p.
https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-addictions-dans-le-programme-un-chez-soi-dabord-tendances-134-septembre-2019/

MISSION METROPOLITAINE DE PREVENTION DES CONDUITES A RISQUES (MMPCA), **Guide sur les réductions des risques alcool (RdRA) en centre d'hébergement,** 2020, 41 pages.
https://fr.calameo.com/books/002557160da6f250b910d

MUTATAYI, C., **Publics féminins : les approches en matière de prévention et de soins**, OFDT, Note 2014-10 / Saint Denis, 2014.
https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/publics-feminins-les-approches-en-matiere-de-prevention-et-de-soins/

MUTATAYI, C, **Résultats de l'enquête Ad-Femina**, Accueil spécifique des femmes en addictologie, OFDT, Tendances, n° 130, mars 2019
https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcmz3.pdf

NAASSILA M., **Neuropsychologie et neuro-imagerie des troubles chroniques de l'usage de l'alcool***, in : Reynaud M. et al. (coord), Traité d'addictologie, (2° Éd.), Coll. Traités, 2016 : 448-453.*

PALLE C., Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018, OFDT, novembre 2019, 18 p.

https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2000-2018.pdf

PAILLE F., **Personnes âgées et consommation d'alcool** *in : Reynaud M. et al. (coord), Traité d'addictologie, (2° Éd.), Coll. Traités, 2016 : 484-490.*

PAILLE F., **Traitements médicamenteux de la dépendance à l'alcool** *in : Reynaud M. et al. (coord), Traité d'addictologie, (2° Éd.), Coll. Traités, 2016 : 499-507.*

REYNAUD M., **Abstinence, incontournable dans le traitement de l'alcoolodépendance ?** Colloque de la SFA – consommation contrôlée – baclofène – mars 2012

REYNAUD M., **Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. Rapport remis à Madame Danièle Jourdain-Méninger, présidente de la MILDT. Synthèse.** Paris, 2013.
http://www.centredesaddictions.org/cms/pdf/Mildt_MR_DJM_Synthese.pdf

REYNAUD M., THIERRY J-P., E-**santé et addictions : la révolution de l'e-santé pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge**
https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/rapport-e-sante-2019-num-v4.pdf

REYNAUD M., PARQUET P. J., **Les personnes en difficulté avec l'alcool : usage, usage nocif, dépendance : propositions. Rapport établi à la demande de la Direction générale de la santé et de la Direction des hôpitaux,** 1999, 293 pages.
https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k3336514r/f53.item

REOCREUX M, **Prise en charge cognitivo-comportementale et émotionnelle des problèmes d'alcool** *in : Reynaud M. et al. (coord), Traité d'addictologie, (2° Éd.), Coll. Traités, 2016 : 508-522.*

RICHARD JB, BECK F. **Tendances de long terme des consommations de tabac et d'alcool en France, au prisme du genre et des inégalités sociales**. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(7-8):126-33.
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/7-8/2016_7-8_4.html

RICKEY B. **Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérage de pratiques innovantes. [Rapport**] Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Les Contributions, mai 2016,no 18 : 104
https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2018-08/Ansa_Contribution18_SanteHebergement_juin2016.pdf

RIGAUD A., **Prise en charge des maladies alcooliques. Quelle stratégie aujourd'hui ?**, Alcoologie et Addictologie Tome 36, n°1, Mars 2014
http://alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/846/259

RIGAUD A., SIMON C., **Principes de prise en charge d'un sujet en difficulté avec l'alcool** *in : Reynaud M. et al. (coord), Traité d'addictologie, (2° Éd.), Coll. Traités, 2016 : 491-498.*

SANTE PUBLIQUE FRANCE, INSTITUT NATIONAL DU CANCER, **Avis d'experts relatifs à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France**, Saint-Maurice, 2017, 149 pages.
https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/8230/file/avis-alcool-040517.pdf

THIBAUT F., et al., **WFSBP and IAWMH Guidelines for the treatment of alcohol use disorders in pregnant women**, in: *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2019, 20:1, 17-50
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30632868

TREMEY A., BROUSSE G., **Conduites d'alcoolisation et pathologies psychiatriques** *in : Reynaud M. et al. (coord), Traité d'addictologie, (2° Éd.), Coll. Traités, 2016 : 470-475.*

VERNALDE E., **Le concept de réduction des risques : quelles applications en alcoologie ?** Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine. Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Rolland. 2012. 91 pages.
http://gedscd.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/76b97464-45c2-4ce2-a251-11727473c8f4

SANTE MENTALE, dossier. **Alcool : abstinence et / ou réduction ?** No 192, 2014

SOCIETE FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE, **Controverses et actualités en alcoologie,** Réunion du 22-23 mars 2012, résumé des communications,
http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/AA2012_2-ReunionSFA.pdf

SOCIETE FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE (SFA), **Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique**, Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (1) : 5-84
http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf

Vallance et al., **Do managed alcohol programs change patterns of alcohol consumption and reduce related harm? A pilot study**, in: *Harm Reduction Journal* (2016) 13:13
https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12954-016-0103-4

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **WHO launches SAFER alcohol control initiative to prevent and reduce alcohol-related death and disability, Press release**, 28. September 2018.
https://www.who.int/substance_abuse/safer/en/

Article L.3121-3, L.3121-4 et L.3121-5 et du code de la santé publique.
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006687840&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090814&oldAction=rechCodeArticle

Article D.3121-33 du code de la santé publique et son annexe « référentiel de réduction des risques en direction des usagers de drogue »
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6BCAF8A7C064E7D58D195E09BF648A05.tplgfr30s_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006908108&dateTexte=20200811&categorieLien=id#LEGIARTI000006908108

Référentiel national des actions de réduction des risques en direction des personnes prostituées, Code de la santé publique, Annexe 11-3, Créé par Décret n°2017-281 du 2 mars 2017 - art. 1.
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F8A27C4026CCF9D4A755EAD08F915263.tplgfr36s_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000034135931&dateTexte=20190827&categorieLien=cid#LEGIARTI000034135931

Articule 41 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913098#:~:text=3411%2D8.,psychoactives%20ou%20class%C3%A9es%20comme%20stup%C3%A9fiants.

CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf