



Synthèse

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

INTRODUCTION

Ce 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 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.

A l'heure actuelle, il n'existe aucune étude recensant les initiatives de RdRDA s'adressant aux personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool. 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.

CONTEXTE

Les Français consomment en moyenne 11,5 litres d'alcool par an et par habitant de quinze ans et plus. Cette moyenne masque toutefois des disparités importantes au sein de la population. 24% des 18-75 ans présentent une consommation d'alcool supérieure aux repères de consommation à moindre risque de Santé Publique France. On estime 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.

Une consommation importante d'alcool, qu'elle soit ponctuelle ou chronique, expose la personne à de nombreux risques et dommages, à court, moyen ou à long terme. La consommation d'alcool est associée à plus de 200 maladies et traumatismes, incluant la survenue de troubles mentaux et comportementaux (en particulier la dépendance à l'alcool) et des maladies non transmissibles majeures. 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).

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.

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

Les personnes sans domicile sont particulièrement exposées aux risques liés à l'alcool. Dans cette population, l'alcool est souvent utilisé pour supporter les conditions difficiles de vie à la rue, ou en substitut d'« automédication » comme antidouleur, en raison de ses effets anesthésiants sur les plans physique et psychique. Des personnes atteintes de troubles psychiatriques l'utilisent, parfois combinés à d'autres produits, pour gérer leurs états internes.

RAPPEL HISTORIQUE

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'utilisateur, son entourage et l'ensemble de la société. Depuis 2016, le concept de « réduction des risques et des dommages » est utilisé. Il recouvre l'ensemble des conduites addictives.

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. L'abstinence, longtemps considérée comme le seul choix thérapeutique valable, est désormais relativisée et considérée comme une option parmi d'autres.

Cette période a également été celle de la transformation des politiques sociales qui donnent une place désormais centrale aux usagers, dans une logique d'accueil inconditionnel. Sur le terrain, le rapprochement entre acteurs de la RdR "historique", et ceux de l'alcoologie et de l'intervention sociale a permis l'émergence, dès le début des années 2000, de projets défricheurs répondant aux besoins de personnes en difficulté avec l'alcool. Les premières initiatives visant à accompagner la consommation d'alcool d'utilisateurs en situation de grande précarité ont notamment vu le jour en région PACA, avec l'ouverture d'espaces autorisant la consommation d'alcool, et l'expérimentation de nouvelles formes d'accompagnement.

ANALYSE DU CONCEPT DE RdRDA

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 « réduction des risques et des dommages (RdRD) ». La RdRD reconnaît l'existence d'utilisateurs 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 RdRDA est également 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 utilisateurs de drogues. Initialement, cette politique 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 produits licites tels que l'alcool ou le tabac. Cette nouvelle version de la loi a permis à l'intervenant de RdRD de superviser et d'accompagner, dans certaines limites, les comportements et gestes de consommation. Les intervenants bénéficient désormais d'une protection contre le risque pénal. Ils ne peuvent toutefois en aucun cas participer aux gestes de consommation.

Le périmètre de la RdRDA est large, puisque ce concept recouvre des modalités d'action diverses : campagnes d'information, dispositifs de sécurité routière, maraudes en milieu festif etc. La RdRDA s'adresse à l'ensemble des personnes concernées par les usages d'alcool, et notamment aux populations particulièrement vulnérables.

En 2016, une audition publique, organisée à l'initiative de la Fédération Française d'Addictologie (FFA), a permis de faire émerger en France un consensus sur le concept, le périmètre et les pratiques professionnelles. 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'utilisateur, 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 clairement définie. 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.

LA RdRDA EN PRATIQUE

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 (CSAPA, CAARUD, CHRS et autres). 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 qui ne se limite pas à une simple réduction du nombre d'unités d'alcool consommées.

Ces actions partagent généralement une approche humaniste reposant sur les principes de la promotion de la santé. Elles considèrent l'ensemble des besoins de la personne, en appréhendant la situation de celui-ci de manière globale. Leur approche n'est pas centrée sur le produit. Elles visent à agir sur les déterminants de la santé, comme par exemple le logement, l'insertion professionnelle, les compétences psychosociales, ou encore l'environnement social ou familial. Elles peuvent proposer des actions collectives ou individuelles.

Les actions de RdRDA sont le plus souvent construites de manière partenariale. Elles réunissent des acteurs de secteurs diversifiés : médico-social, soins, travail social et lutte contre l'exclusion, insertion, psychiatrie, etc. Presque toutes incluent des actions de sensibilisation et de formation des professionnels et des usagers, dans le but notamment de déconstruire certaines idées reçues autour de l'alcool et de l'addiction.

Les principales difficultés rencontrées sont d'ordre organisationnel (manque de temps et de moyens, épuisement des équipes) et conceptuel. Le concept de RdRDA paraît en effet encore flou pour les porteurs de projets, dont le travail est par ailleurs peu reconnu socialement. Les interventions sont peu connues ; leur valorisation se limite souvent à l'échelle locale ou régionale. Les porteurs de projets français se connaissent peu entre eux, quand bien même déploient-ils pour certains des actions de nature similaire. Le manque de ligne directrice oblige les porteurs de projets à développer des projets sur des bases essentiellement expérientielles. Dans certains cas, les activités menées soulèvent, à l'analyse, des questionnements juridiques et déontologiques. Les actions de RdRDA françaises sont rarement évaluées. Leurs effets sur les publics ne sont pas mesurés.

Plusieurs interventions ont cependant fait l'objet d'un travail de capitalisation, et pour certaines d'évaluations. Si les effets sur les publics sont encore peu mesurés, leur processus est documenté. Le rapport propose des fiches décrivant plus en détail certaines d'entre elles :

- Le programme Alcochoix +, porté par la Fédération Addiction, 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 ;

- L'ANPAA 75 propose une démarche d'accompagnement de CHRS souhaitant envisager l'autorisation encadrée de la consommation ;
- Le Centre ressources ETCAF de La Réunion met en œuvre des actions visant à réduire les risques et les dommages liés à la consommation d'alcool durant la grossesse en faisant évoluer les comportements du grand public et des professionnels. Un accompagnement individuel est proposé aux femmes enceintes qui rencontrent des difficultés pour arrêter de consommer ;
- Le programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) Choizitaconso© (CSAPA Convergence), s'adresse à toute personne qui s'interroge sur sa consommation d'alcool et souhaite parvenir à retrouver la maîtrise de celle-ci ;
- La méthode I-A-C-A (Intégrer et Accompagner les Consommations d'Alcool), développée par l'association Santé ! à Marseille, consiste en une proposition d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. La méthode, qui a fait l'objet d'une modélisation, est en cours de diffusion à plus grande échelle en PACA et Nouvelle-Aquitaine ;
- A Strasbourg, ARRIANA est une « salle de consommation d'alcool à moindre risque », dans laquelle les usagers d'alcool peuvent se rendre pour échanger, s'informer, se détendre, et établir des liens avec des professionnels de santé et du travail social.

ANALYSE ET DISCUSSION

Les interventions de RdRDA déployées dans notre pays ne s'inspirent que rarement des données probantes issues des expériences étrangères. Dans ces conditions, il est difficile, voire impossible, de démontrer leur pertinence et leurs effets possibles sur les usagers.

A l'étranger, les interventions de RdRDA s'accompagnent plus souvent qu'en France de dispositifs d'évaluations scientifiques. Des études publiées dans des revues s'appuyant sur un comité de lecture mettent en évidence les effets positifs de certains dispositifs d'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. Au Canada, des programmes de gestion d'alcool ou *Management Alcohol Program (MAPs)*, sont déployés dans diverses structures (centres d'hébergement, centres hospitaliers, accueils de jours et autres) accueillant un public en situation de grande précarité. Ces programmes consistent à fournir une dose régulière d'alcool à des personnes présentant une dépendance à l'alcool, de manière à favoriser la stabilisation de l'état de la personne. Les études font état de résultats prometteurs.

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). Ces pratiques soulèvent des questions d'ordre juridique, mais également de sécurité pour le patient, d'éthique et de déontologie professionnelle. La pratique consistant à délivrer de l'alcool à un usager présentant un syndrome de sevrage nécessite d'être encadrée, dans un double objectif de sécurisation de la personne, et de protection des professionnels en matière de risque pénal notamment.

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. Le rapport émet des recommandations en ce sens.

RECOMMANDATIONS

- 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) ;
- 2 - Produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en RdRDA ;
- 3 - Assurer le déploiement d'une offre de formation de qualité dans les programmes de formation initiale et continue des secteurs concernés ;
- 4 - Renforcer l'articulation des dispositifs de RdRDA avec le secteur de la psychiatrie ;
- 5 - Elaborer un plan stratégique national organisant une offre graduée de RdRDA, répondant aux besoins des différents profils de consommateurs ;
- 6 - Mettre en place d'un groupe de travail intersectoriel sur la RdRDA ;
- 7 - Engager des travaux en vue de l'adoption d'une politique de prix des boissons suivant les recommandations de l'OMS ;
- 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- 11 - Favoriser les échanges entre porteurs de projets et la mutualisation des pratiques ;
- 12 - Evaluer systématiquement les interventions de RdRDA et valoriser les évaluations ;
- 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 ;
- 14 - Réaliser une recherche sociologique sur la vie quotidienne des personnes présentant un trouble chronique de l'usage de l'alcool ;
- 15 - Mener une recherche pluridisciplinaire sur la situation des membres de l'entourage de personnes en difficulté avec l'alcool ;
- 16 - Encourager la réalisation de travaux autour de domaines encore peu explorés de la RdRDA ;
- 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 ;
- 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 ;
- 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.