

Réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux conduites addictives

M. Matthieu Fieulaine*

* Anthropologue, Santé ! Alcool et réduction des risques, 11a, rue Louis Astruc, F-13005 Marseille.

Courriel : matt.fieulaine@gmail.com

Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ?

Risques alcool : changer de paradigme pour accompagner les personnes dans leurs usages

Résumé

Les offres en matière d'aide et de soins aux personnes usagères d'alcool en difficulté se cantonnent au projet "arrêt" et ne proposent de manière formelle et protocolisée qu'un projet "changement" limité à la réduction des consommations. Ces réponses, si elles s'avèrent efficaces pour certains, mettaient également en échec beaucoup d'autres. Nous présentons ici quelques-uns des principes, méthodes et outils d'accompagnement à la réduction des risques chez les personnes usagères d'alcool, telle que nous la pratiquons. C'est l'utilisateur lui-même, avec notre aide si possible, qui mieux que personne pourra définir ce moindre risque, par lui acceptable et applicable dans son cadre d'existence. Une politique de santé publique autour de la problématique des usages d'alcool devrait décliner ses objectifs d'intervention selon trois axes : accompagnement à l'arrêt au moyen du sevrage ; accompagnement au réaménagement des consommations en vue d'en réduire les dommages (il peut s'agir d'une modification quantitative médicalisée ou non, d'une modification qualitative) ; accompagnement des consommations telles qu'elles existent, sans perspective immédiate d'un changement des pratiques avec pour priorité la sécurisation des personnes et de leurs usages.

Mots-clés

Alcool – Réduction des risques – Évaluation – Sécurisation – Accompagnement.

Summary

How to integrate support and tools for lower risk consumption in clinical practice? Risks linked to alcohol: a shift in paradigm to accompany people and their individual use

Support and care programs for people in difficulty with alcohol use are limited to "stopping" and do not formally suggest protocols to reduce their consumptions. While these responses may be effective for some people, they may also be a source of failure for others. In this article, we present certain principles, methods and support tools for risk reduction in alcohol consumers that we use in our clinical practice. It is the user himself, with our help if possible, who is the best person to define the risk reductions that are acceptable and applicable in his personal environment. Public health policies focusing on alcohol use should define objectives according to three axes: accompanying quit attempts using withdrawal techniques; advising how to change consumption to decrease harms (this may consist of quantitative or qualitative modifications, medical or non-medical); accompanying actual consumptions, without an immediate goal of changing, giving priority to protecting people and their use.

Key words

Alcohol – Risks reduction – Evaluation – Safeguarding – Support.

Usages d'alcool : norme, domination, stigmates

Le regard social porté sur les produits et sur celles et ceux qui les consomment est aussi le fruit d'une domination : au gré d'intérêts politiques, économiques ou sanitaires et de stratégies plus ou moins répressives, se construit un ordre traçant la frontière entre les pratiques acceptables ou tolérées et celles qu'il convient de réprouver et de combattre. C'est bien un processus de domination qui, en utilisant l'arme de la norme et des représentations (qu'il contribue à construire et légitimer), impose telle substance comme illicite, telle autre comme légale et socialement intégrée, tel public comme inapte à consommer...

Comme toute domination, servant ses intérêts et cherchant à préserver les bénéfices qu'elle en tire, celle-ci s'appuie donc, d'une part, sur une norme sociale qui a pour objectif de faire accepter au plus grand nombre la domination qu'il subit, et même de s'en faire le défenseur. C'est ce que P. Bourdieu appelle la "violence symbolique" et qui s'applique aussi bien à l'usager de drogues qu'aux classes populaires, aux populations immigrées ou aux femmes victimes de domination masculine. D'autre part, cet ordre social dominant s'assure de valider sa vision en s'appuyant sur une légitimation "experte" et "savante" portée par les corps constitués qui assoient son pouvoir : ordre policier, appareil législatif, pouvoir judiciaire, ordre biomédical... qui construisent un corpus paré d'objectivité pour couvrir cette domination du vernis de la vérité "scientifique" et donc indiscutable.

Peut-être plus encore que les substances illicites dont l'ordre social et ses aéropages fixent la norme au "non-usage" et dont les représentations se limitent à la figure du "toxico", l'alcool et ses usages font l'objet d'une subtile construction pour définir ce qui est dans la norme et ce qui ne l'est pas. Car à l'inverse des autres substances, il existe une norme qui valorise l'usage, qui promeut ce produit à un point tel qu'elle impose souvent à celui qui ne boit pas de se justifier. Alors, comment trier le bon grain de l'ivraie ? Comment distinguer le notable qui revendique de boire au nom d'une culture, d'une "identité", d'un "savoir-vivre" du poivrot qui encombre nos institutions ?

Il y a un proverbe qui dit : "N'écoute pas ton médecin, Fais comme lui, bois du vin !"

Mais comment ne pas confondre le praticien qui boit et le patient, de l'autre côté du bureau de consultation, qui boit aussi ?

Là aussi, normes et représentations viennent au secours du processus de domination et tracent une frontière, un mur même, entre ceux qui savent boire (le médecin, le travailleur social, le juge...) et ceux qui ne savent pas boire (le patient, le sans-abri, le prévenu), entre sain et malsain, entre normal et pathologique, entre inclus et exclus.

C'est un ensemble de représentations qui s'imposent à nous, fondent notre regard sur la question et dont il est si difficile de se défaire. Est hors la norme (donc hors-jeu) celui qui boit le matin, celui qui boit seul, la femme qui boit, celui qui se présente alcoolisé à un moment ou à un endroit inapproprié, celui qui cherche dans l'alcool autre chose que la convivialité, le bien-vivre et l'amour du bon produit de qualité, vertus cardinales du "savoir-boire". Sont hors la norme aussi, parce que ne sachant évidemment pas en faire correctement usage, les pauvres, les abîmés de la vie, les fous, les malades, les jeunes...

Pour ceux qui sortent de la norme, il n'y a pas plus de commisération qu'à l'égard de l'usager de drogues illicites, moins peut-être même parce qu'il est encore plus grave de transgresser une norme qui tolère et permet l'usage que d'affirmer sa marginalité en s'adonnant à des pratiques condamnées dès le départ. L'alcool au contraire est valorisé, sacralisé presque et facteur d'insertion sociale. On a tous, comme le dit la chanson, commencé à boire pour faire "comme les autres", pas pour se distinguer ou s'émanciper d'un ordre. Quelques-uns d'entre nous subissent de plein fouet la violence qui frappe celle ou celui qui ne fait plus "comme les autres" et qui bascule sans l'avoir jamais cherché du groupe des inclus à celui des exclus.

Si vous êtes hors la norme, vous n'êtes plus simplement inaptes à boire, vous êtes inaptes à vivre en société :

- "L'alcoolique est manipulateur, affabulateur et procrastinateur", nous apprennent des manuels savants d'alcoologie encore en vigueur. Il est enchaîné à son alcool et voit le monde à travers lui. Pas digne de notre confiance, il faudra s'en méfier, s'en garder même.

- "On me dit que mon alcoolisme est une maladie. C'est bien la seule maladie qui vous vaut de passer votre vie à vous faire engueuler !" (un humoriste américain mort de cirrhose).

Si c'est une femme, elle perd de sa féminité ("parce que je bois, je vois bien dans le regard des hommes, je suis plus une femme, juste un bout de viande pas fraîche qu'il faut vite consommer" dit une usagère), si elle est une mère, elle est inapte à éduquer ses enfants. C'est d'ailleurs ce que stipule l'article 378-1 du Code civil : *"Peuvent se voir retirer totalement l'autorité parentale, en dehors de toute condamnation pénale, les père et mère qui, soit par de mauvais traitements, soit par une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques ou un usage de stupéfiants [...] mettent manifestement en danger la sécurité, la santé ou la moralité de l'enfant"*.

Si c'est un bénéficiaire de structures d'aide ou de soins, comme on lui prête forcément de ne pas savoir boire, on lui impose une prohibition ferme et non négociable, comme l'illustre cette perle trouvée dans le règlement intérieur d'un centre d'hébergement : "Les faits les plus graves comme l'introduction d'armes à feu ou d'alcool seront sanctionnés d'une exclusion immédiate et définitive".

Les exemples sont légion pour illustrer combien la norme, au prétexte de bien commun et de santé publique, contribue surtout à exclure, isoler et augmenter les souffrances de celles et ceux qui s'en écartent et les pousse de ce fait à vivre dans la honte, dans le mensonge (le fameux "déli" n'est pas autre chose que l'expression du farouche désir de rester inclus et de ne pas se voir apposés les stigmates que véhicule cette même norme) et à distance tant que faire se peut des dispositifs supposés les secourir.

Et lorsqu'ils finissent par le faire, avec un retard clinique important et fréquemment fatal, contraints souvent par l'injonction de proches ou de professionnels, ils reprennent à leur compte l'évidence énoncée par la norme qui dit que quand on ne sait pas boire, on arrête de le faire : "docteur, faites-moi arrêter de boire !" entend-on si souvent. Et cela toujours après même dix sevrages chaque fois plus délétères, persuadés que l'échec thérapeutique est à eux seuls imputable.

Contexte

En France, 45 à 50 millions de personnes sont, de manière occasionnelle ou chronique, consommatrices d'alcool. Si, pour une large majorité, cette consommation ne pose aucun problème, on estime que ce sont entre trois et cinq millions d'individus qui eux sont exposés ou subissent les conséquences négatives, directes

ou indirectes, de leurs usages. Ces méfaits peuvent être d'ordre médical, social, professionnel, relationnel, psychique. Ils peuvent être induits directement par l'alcool ou être préexistants mais amplifiés par une consommation concomitante. Ils peuvent être potentiels (ce sont les risques) ou avérés (ce sont les dommages). Dans ces cas, les personnes peuvent solliciter les dispositifs spécialisés dans la prise en charge des addictions afin de modifier ou cesser leurs consommations pour améliorer leur santé ; ils sont environ 150 000 à 200 000 à le faire chaque année.

Mais cela laisse à la porte des centaines de milliers d'autres consommateurs qui ne peuvent ou ne veulent modifier leurs usages ou être pris en charge et, de ce fait, ne recourent pas à ces dispositifs spécialisés, soit qu'ils ne s'estiment pas "concernés", soit qu'ils ne se retrouvent pas dans les propositions thérapeutiques, ou qu'ils ont déjà essayé des échecs. Ces personnes sont alors sans cesse renvoyées à leurs usages et à leur "manque de volonté" à y mettre un terme.

L'aide et le soin qu'elles sollicitent pour toute chose (travail, logement, soins dentaires...) sont trop souvent conditionnés à leur engagement préalable à "régler leur problème d'alcool" ou au moins à adapter leurs pratiques de consommations aux exigences d'une "bonne prise en charge" : s'abstenir de consommer en différentes occasions, ne pas être alcoolisé... Il faut donc que ces sujets modifient leurs pratiques pour rendre possible l'aide qu'ils sollicitent. Si certains y parviennent, beaucoup finissent par renoncer et voient ainsi leur santé déjà précaire se dégrader encore plus faute d'aide et de soin adaptés.

Notre expertise en matière d'accompagnement des personnes usagères d'alcool en difficulté nous a amené à nous interroger sur le panel d'offres existantes en matière d'aide et de soins aux personnes : aujourd'hui, l'on peut constater que les réponses existantes se cantonnent au projet "arrêt" et ne proposent de manière formelle et protocolisée qu'un projet "changement" limité à la réduction des consommations, notamment au moyen de médications insuffisamment évaluées aujourd'hui (Baclofène®, Sélincro®) et, en tous cas dans les recommandations, destiné aux mésusages dits "sans dépendance" ou "à dépendance légère".

Notre expérience nous a permis de mesurer à quel point ces réponses, si elles s'avéraient efficaces pour certains, mettaient également en échec beaucoup d'autres.

Nous considérons de notre côté qu'il revient à tout professionnel, à tout dispositif, à toute institution, confrontés à une problématique alcool d'être en capacité d'adapter ses pratiques pour répondre aux besoins des personnes concernées plutôt que d'attendre de celles-ci qu'elles adaptent leurs pratiques pour prétendre bénéficier de leurs services.

Ainsi, il convient de décliner nos messages et nos propositions d'accompagnement en fonction des réalités vécues par les personnes usagères et de leurs capacités à y apporter des modifications, et ce, qu'il s'agisse d'un jeune adulte exposé aux risques d'une alcoolisation excessive ponctuelle ou d'une personne atteinte par les effets indésirables et cumulés de l'alcool et éventuellement dépendante. Et ceci au moyen d'une certaine vision de la réduction des risques (RdR) liés aux usages d'alcool.

Notre définition de la RdR alcool

La RdR est une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes d'un usage de substances psychoactives plutôt que sur l'élimination de cet usage. Elle vise à ce que les personnes elles-mêmes puissent développer des moyens de réduire les effets négatifs liés à leurs pratiques d'usage. Elle a donc pour but de permettre aux personnes usagères de substances psychoactives de traverser et de survivre à la phase de consommation avec un minimum d'atteintes sur les plans physique, psychique et social, afin de préserver et d'améliorer leurs chances d'une sortie ultérieure dans le respect de leurs parcours et de leurs souhaits.

Ces effets et conséquences dommageables peuvent trouver leur origine aussi bien dans la pratique que dans le contexte du plan sanitaire, économique et social. La RdR ne vise donc pas seulement à limiter les conséquences néfastes liées à la seule pratique d'usage, mais bien à améliorer l'état de santé général de la personne, son insertion et donc sa capacité à être acteur de ses choix, de ses pratiques et de ses projets de vie.

Il s'agit d'une alternative en santé publique au modèle "moral/criminel" et au modèle "maladie" de l'usage de substances dont la philosophie est le "*compassionate pragmatism*", qui implique d'accepter l'usager là où il se trouve avec la substance.

Développée d'abord dans le champ de la toxicomanie, la RdR fonde essentiellement sa pratique sur la réduction

des risques infectieux (sida et hépatite C) par le moyen des programmes d'échange de seringues et de la substitution. Or, il n'existe pas de substitution en alcoologie, ni de contenant qui permettrait de boire "propre" comme de se shooter "propre".

Mais on ne peut limiter la pratique RdR à ces seuls outils. En prenant l'usager où il se trouve, en cherchant à limiter les méfaits induits par l'usage, elle crée du lien, elle améliore les conditions de vie et l'insertion, elle stabilise l'état sanitaire, psychique et social, et surtout elle réinscrit dans le soin des personnes qui n'y accéderaient pas si on ne leur proposait que l'arrêt.

La RdR appliquée à l'alcool visera les mêmes objectifs. Cette démarche se veut être une approche pragmatique, alternative et complémentaire au dogme abstinentiel en vigueur.

Vu l'importance des fonctions et du rôle remplis par l'usage, travailler sur la perspective d'un arrêt total, comme l'envisage l'alcoologie classique, génère chez beaucoup d'usagers des freins et des anxiétés majeures : refus d'une soumission à une autorité contrôlante, crainte et expériences vécues de l'échec, rupture du soin lorsque le sevrage n'est pas envisageable, logiques de désinsertion et de désocialisation accrues, accroissement des dommages induits, perte de confiance dans ses compétences, perspective d'un deuil inabordable, sentiment (ou la réalité) qu'il n'y a pas dépendance mais seulement abus et donc capacité de gestion, perception des usages d'alcool vécus comme indispensables (social, identitaire, contextuel), etc. Tous ces éléments débouchent sur un important retard clinique en raison du bouleversement que représente la prise en charge alcoologique articulée autour du projet sevrage.

Les principes de la RdR alcool

- Accepter qu'une personne consomme, quels que soient les méfaits induits et l'éventuel degré de dépendance, s'il y a trop grande souffrance ou impossibilité pour elle à arrêter ; ou même tout simplement choix de continuer à boire. Il est préférable de travailler à la diminution des méfaits plutôt que de voir sortir du soin des personnes en échec.
- Recréer et redéfinir le lien qui se tisse entre usagers et intervenants. C'est prendre l'usager tel qu'il est, là où

il se trouve dans son parcours de vie et d'usages. C'est repenser les modalités de la rencontre (accueillir inconditionnellement, aller vers) et les modalités d'accompagnement. Repenser le positionnement du soignant. Sortir de la "toute-puissance" de l'aidant et définir les objectifs atteignables conjointement avec l'utilisateur.

- Définir la RdR, c'est d'abord définir les risques. La notion de risque en alcoologie est absente du discours social, profane et savant, sur les usages d'alcool, qui ne reconnaît que l'usage "sain" ou la "dépendance" ("tout ou rien").

- La RdR alcool ne doit pas limiter son intervention à la seule catégorie "usages à risque" ou "nocifs", cette catégorisation devenant obsolète puisqu'il s'agit d'intervenir sur les conséquences néfastes d'un usage, qu'il y ait ou non dépendance. Elle s'étend à tous les niveaux de consommation. Il faut donc mettre en place un continuum d'intervention qui va de la prévention au soin, de l'usage simple à la dépendance.

- La RdR alcool doit s'attacher aux conséquences biopsychosociales des conduites d'alcoolisation et réduire les dommages induits en sollicitant toutes les ressources possibles.

- La RdR alcool intervient d'abord en vue de modifier les modalités d'usage dans l'optique d'une amélioration de la situation. Qu'il s'agisse des niveaux quantitatifs de consommation, des modes d'administration/absorption (aspects qualitatifs) ou des contextes d'usage.

- La RdR alcool envisage l'histoire de l'utilisateur comme une carrière (la notion de carrière au sens ici entendu a été développée par le sociologue américain Howard Becker dans son ouvrage étudiant les fumeurs de marijuana), sortant du modèle "maladie" qui prévaut dans la compréhension et l'intervention autour des pratiques de consommation. Il s'agit d'aider l'utilisateur à mieux gérer cette carrière et à moins la subir dans le respect de ses aspirations et de ses moyens.

Revoir notre approche des risques, leur évaluation

Ce que nous entendons en tant que professionnels par risque, c'est la probabilité statistique de survenue de dommages mesurée en fonction de critères objectifs

tels que la quantité (plus de trois verres par jour), la fréquence et l'ancienneté de la consommation d'alcool, l'état de santé de la personne et le contexte de consommation.

Mais la définition du risque, dès lors que l'on se place du point de vue de la personne usagère, devient tout autre : le risque est alors éminemment subjectif puisqu'il n'existe que si la personne concernée en conçoit l'existence. Le meilleur exemple pouvant être l'inefficacité de l'évocation du risque objectif à développer une alcoolodépendance ou une cirrhose à un adolescent qui s'adonne à ses premières ivresses et se soucie peu à cet instant d'envisager la survenue d'une telle pathologie quand il aura 40 ou 50 ans.

La reconnaissance et la mesure du risque chez l'utilisateur sont certes le fruit de connaissances objectives acquises, mais aussi et surtout le produit d'une organisation de vie, d'une manière d'envisager son existence et ses pratiques d'usage, et qui lui imposent, d'une part, de construire sa propre représentation des risques évitables ou inévitables et, d'autre part, de développer consciemment ou non sa propre échelle mettant en balance bénéfiques et risques.

Car c'est un autre élément essentiel d'appréhension et de mesure des risques, qui ne peuvent, dans une perspective d'accompagnement à leur réduction, être observés isolément : le risque n'est observable, évaluable et modifiable que s'il est corrélé aux bénéfices ressentis – eux aussi subjectifs – que l'usage procure par ailleurs.

La définition des risques doit donc être selon nous une co-définition croisant vision "objective" du professionnel et évaluation subjective et singulière de l'utilisateur, et doit se faire en s'attachant tout autant à énoncer les bénéfices propres et singuliers à chacune des pratiques génératrices de risques que les atteintes potentielles ou effectives.

Notre définition de la consommation à moindre risque

Ce faisant, définir le moindre risque en tant qu'objectif d'accompagnement nécessite de "négocier" avec la personne usagère autour de ce qu'elle ressent en termes d'incidences négatives liées à ses pratiques et de ce que l'on perçoit en tant que professionnel comme risques

induits, et ce, en tenant compte à la fois des bénéfices ressentis par cette personne et des ressources mobilisables ou non par elle afin de réduire les risques induits par ses pratiques.

Dans ce contexte, le risque à réduire (ou le moindre risque) ne peut être celui évalué par le professionnel, dès lors que ce risque n'est pas perçu par l'utilisateur ou qu'il est perçu par lui comme une contrainte inhérente aux bénéfices qu'il recherche par ailleurs et dont il ne veut ou peut faire le deuil.

De même, définir le "moindre risque" atteignable ne peut se faire sans tenir compte des ressources propres à la personne, de ses capacités ou non à assumer le changement que cela impose, du déséquilibre que cela peut induire dans son organisation de vie et dans sa gestion de ses pratiques et du renoncement possible ou non aux bienfaits singuliers que lui procurent ses pratiques.

La consommation à moindre risque, objectif de l'intervention en RdR alcool, trouve donc sa définition dans ce qui n'est rien d'autre qu'une alliance thérapeutique, produit d'une négociation entre le professionnel et la personne usagère autour d'un but commun et bien compris, qui mobilise autant les compétences du professionnel que celles de l'utilisateur, et qui se veut pragmatique, dynamique, évolutive et adaptée.

Intégrer dans la pratique la RdR alcool, ses modalités d'accompagnement et ses outils

À partir des principes et objectifs déclinés plus haut, voici les axes qui permettent de mettre en œuvre en pratique la RdR alcool telle que nous la travaillons.

- Sortir des classifications usuelles des usages, qu'elles soient quantitatives ("boire trop"), normatives ("bien boire", "mal boire"...), ou "savantes" ("à risque", "nocifs", "avec dépendance"...), pour appréhender les consommations comme des "manières de boire", c'est-à-dire comme un système complexe et répondant à une logique propre qu'il convient d'appréhender et de comprendre si l'on veut intervenir : chaque personne boit à sa manière, avec une logique singulière, et c'est cette singularité qu'il convient de saisir au moyen d'un travail "anthropologique" de recueil de récits d'usage.

- Ce qui se boit : personne ne boit de l'alcool, mais chacun boit son alcool. En fonction du goût, des effets recherchés, des effets subis, des moyens financiers, du contexte d'usage, du moment de consommation, chaque usager adapte ses consommations et ses types d'alcool bus à ces facteurs.

- Comment la personne boit : rythme de consommation, modalités d'absorption, temporalité (en journée, le soir, le matin, la nuit), isolément ou collectivement, dans quels lieux (chez soi, au café, sur l'espace public...).

- Chaque usage, lorsqu'il se donne à voir au professionnel à un moment donné, est le produit d'une histoire d'usage, la carrière, qu'il faut pouvoir énoncer : ancienneté, évolution des modes de consommation, expériences de modification, de gestion, d'arrêt médicalisé ou "sauvage"...

- Les bénéfices et risques ressentis par la personne qui consomme : ce qui lui est nécessaire, ce qui lui procure du plaisir, ce qui la soulage ou l'auto-médique, ce qui la fait souffrir, ce qu'elle veut maintenir et ce qu'elle voudrait voir disparaître.

- Le contexte de consommation : les relations avec l'entourage, avec l'environnement professionnel, avec les pairs, avec les acteurs du soin, mais aussi les pratiques alimentaires et d'hydratation, le sommeil, les consommations d'autres psychotropes ou de médicaments...

- La dimension sociale, identitaire ou culturelle du boire : les questions de genre, de groupe social d'appartenance, d'origine culturelle qui impactent fortement non seulement les usages eux-mêmes, mais aussi la vision que les personnes ont de leurs usages et, du coup, ce qu'ils en donnent à voir (ou à cacher) aux professionnels et à leur entourage.

- C'est à partir de ce travail que peut se décliner une intervention de RdR alcool qui sera une aide à la gestion des usages en vue d'en réduire les incidences négatives, à partir de ce qu'exprime la personne et de ses capacités à produire ou non du changement.

- Cet accompagnement que nous avons appelé "picologie" vise bien à s'appuyer sur l'expérience, les ressources et les compétences de la personne usagère pour, avec elle, agir sur sa qualité de vie, quelles que soient par ailleurs ses pratiques de consommation.

La plupart des personnes auprès desquelles nous intervenons se trouvent en difficulté du fait de leurs usages, mais aussi parce qu'elles ne sont pas en mesure d'arrêter ou de modifier leurs consommations, alors que c'est jus-

tement ce que le soin, l'entourage et la société attendent d'elles, quand ils ne leur imposent pas.

Nous intervenons donc dans un premier temps non pas pour produire un changement irréaliste, mais pour sécuriser au mieux les pratiques existantes, pour en réduire les incidences négatives, pour éviter la dégradation des conditions d'existence, pour "limiter la casse" en quelque sorte, pour permettre aux personnes d'être reconnues pour ce qu'elles sont et ce qu'elles boivent, et d'être soutenues, accompagnées, aidées et soignées sans contrainte au changement. Ce faisant, nous créons les conditions d'un futur choix éclairé et libre des personnes.

Pour mettre en œuvre cette "sanctuarisation des usages", nous partons de ce qui singularise donc l'usage de la personne et utilisons plusieurs outils et méthodes d'accompagnement.

- La mise à l'abri : faire en sorte que le contexte d'usage des personnes soit le moins délétère possible, qu'elles puissent sans mise en danger supplémentaire avoir accès à l'alcool dont elles ont besoin. Que ce soit chez elles, que ce soit en institution (avec les programmes mis en œuvre dans des lieux de vie de "l'accueil avec alcool"). Cela demande de travailler avec l'entourage et les professionnels.

- La recherche ou la préservation de la "zone de confort" : nous considérons que chaque personne a un type d'usage susceptible de lui apporter le maximum de confort ou le minimum d'inconfort et qui est le produit de ses manières de boire. Cette zone lui permet de ne pas souffrir de sous-alcoolisation ou de sur-alcoolisation excessive qui peuvent la mettre en danger et d'être au mieux de ses capacités et de ses ressources.

- Éviter les sous-alcoolisations : trop souvent, on considère que l'objectif de "boire moins" constitue un bénéfice thérapeutique évident. Mais notre expérience nous a appris que ces sous-alcoolisations peuvent être morbides en générant angoisses, douleurs physiques, symptômes de manques, neurotoxicité, troubles digestifs, du sommeil, de l'équilibre, etc., et qu'en sus elles génèrent ensuite des sur-alcoolisations très importantes à visée de compensation, et qu'ainsi chez beaucoup d'usagers se succèdent épisodes de sur- et sous-alcoolisations qui sont bien plus dommageables qu'une consommation "stabilisée".

- Favoriser chez les personnes usagères la réappropriation de leurs "compétences à boire" : considérant que les personnes sont expertes de leurs propres pratiques, nous travaillons avec elles à l'énoncé de leurs compétences, de leurs stratégies expérientielles de RdR.

- Accueillir avec alcool : nous proposons aux personnes qui le souhaitent de pouvoir consommer lorsque nous les accompagnons. Cette approche a pour effet de donner à la question de l'alcool sa juste place, de pouvoir en parler autrement que comme un "mauvais objet" ou un objet "absent" et participe à la reconnaissance du droit des personnes à boire. Dans ce cadre, les personnes libèrent leurs paroles, prennent plus de temps pour parler et pour la plupart... en oublient presque de boire...

- Dans le même objectif, nous organisons des temps de libre expression collective de personnes usagères actives lors de "dialogues bistrotiers" pendant lesquels elles ont accès à une consommation, dans le cadre et selon les règles établies par le groupe. Ces temps ont pour effet principal de sortir de la consommation honteuse et cachée qui caractérise beaucoup des usages considérés comme "inappropriés", de nommer et de partager les expériences, les compétences, les stratégies de RdR...

- Aide à la réorganisation du cadre d'usage : que ce soit chez elles ou dans les dispositifs que l'on développe, on accompagne les "manières de boire" pour en réduire les incidences négatives. Qu'il s'agisse de proposer l'accès à des boissons non-alcoolisées pour assurer la réhydratation, de réinstaller progressivement des pratiques alimentaires pour diminuer et retarder les effets de l'alcoolisation, d'étaler les consommations, de proposer des changements de type d'alcool pour limiter les effets indésirables, de s'habituer à utiliser un verre plutôt que la cannette ou la bouteille...

- Créer des outils d'information à la RdR adaptés aux pratiques de consommations et aux désagréments ressentis par les personnes : par exemple, un "manuel de la cuite réussie", une réglette à disposer dans les sanitaires pour évaluer sa déshydratation à la couleur de ses urines ...

- Accompagner les personnes dans leurs démarches de soin et d'accompagnement social pour qu'elles puissent bénéficier de ressources et compétences qui intègrent la réalité de leurs pratiques d'usages en adaptant leur offre aux contraintes que ces pratiques imposent, plutôt que de proposer des prises en charge qui ne peuvent être

assumées par la personne usagère.

- Qu'il s'agisse de soins en médecine de ville, d'hospitalisation, de traitements médicamenteux, on a trop souvent constaté que les injonctions thérapeutiques ne tenaient pas compte des usages des personnes et ainsi provoquaient souvent l'échec de la démarche, voire une dégradation de l'état des personnes.

- Qu'il s'agisse d'accès au travail, à l'hébergement, à l'ouverture de droits, là aussi les professionnels généralement ne travaillent pas "avec l'alcool" mais "malgré l'alcool" en imposant à la personne usagère qu'elle règle son "problème alcool" d'abord

Voici quelques-uns des principes, méthodes et outils d'accompagnement à la RdR chez les personnes usagères d'alcool, telle que nous la pratiquons.

Conclusion

Ce qui fonde notre démarche, c'est donc d'abord le constat fait d'une carence : celle d'une offre d'accompagnement pour toutes ces personnes rencontrées qui ne trouvent pas leur place dans des dispositifs, spécialisés ou non, qui attendent d'elles de s'engager au changement de leurs pratiques.

Cette carence est le produit d'un regard social qui culpabilise celle ou celui qui s'obstine à boire alors que tout le monde, entourage, famille, employeur, soignants, accompagnants, l'incite à cesser de le faire.

La RdR alcool telle que nous la défendons élaboré, cherche, expérimente, partage tous les moyens de redonner une place, des droits, un accès à l'aide et au soin pour toutes ces personnes, en partant du principe que ce qui ne peut être changé doit être protégé.

Pour reprendre la question posée dans le cadre de cette audition publique, la RdR, c'est la recherche du moindre risque. Mais c'est bien cette notion de "moindre risque" qui fait enjeu : au commencement de notre travail en RdR alcool, nous pensions pouvoir définir en tant que professionnels les risques réductibles et où se situait ce moindre risque pour les personnes. Mais le pragmatisme inhérent à la démarche, ainsi que l'expérience d'échecs à réduire les risques que nous avons identifiés nous ont amenés à cette évidence : c'est l'utilisateur lui-même, avec notre aide si possible, qui mieux que personne pourra définir ce moindre risque, par lui acceptable et applicable dans son cadre d'existence.

À nous professionnels de l'accompagner dans sa recherche d'évaluation et de priorisation des risques réductibles, de l'aider à évaluer les risques et bénéfices de ses pratiques quand sa souffrance est trop grande pour en faire l'analyse lucide. À nous de le mettre à l'abri, de lui offrir des espaces de reconnaissance, de sécurité, de libre expression pour qu'après se construise à son rythme un projet de changement qui ne sera initié par rien d'autre que sa recherche d'une meilleure qualité de vie.

En proposant cette approche et les outils qui en découlent, nous pensons répondre à cette carence et ainsi contribuer à l'enrichissement de la palette qui doit s'offrir à celles et ceux qui souffrent, pour toutes sortes de raisons, de leurs usages d'alcool

En conséquence, nous considérons qu'une politique cohérente de santé publique autour de la problématique des usages d'alcool, ainsi que ses dispositifs de mise en pratique, devrait décliner ses objectifs d'intervention selon trois piliers, trois propositions "thérapeutiques". Elles seraient déterminées non selon l'évaluation par les professionnels du type de "mésusage" rencontré (alcoolo-dépendance, usage nocif, usage à risque), mais en fonction de la capacité de libre adhésion de la personne usagère (ces trois axes ne pouvant être hiérarchisés) :

A. Accompagnement à l'arrêt au moyen du sevrage (médicalisé ou non, résidentiel ou ambulatoire...).

B. Accompagnement au réaménagement des consommations en vue d'en réduire les dommages. Il peut s'agir d'une modification quantitative (réduction des consommations, consommation contrôlée...) médicalisée ou non, d'une modification qualitative (rythme de consommations, modalités, contexte ou environnement, type d'alcool consommé...).

C. Accompagnement des consommations telles qu'elles existent, sans perspective immédiate d'un changement des pratiques, avec pour priorité la sécurisation des personnes et de leurs usages (mise à l'abri, accès aux soins, aux droits et à la reconnaissance...).

Nous trouvons donc l'objet de notre intervention dans la mise en œuvre des piliers oubliés par les politiques de santé publique en matière d'alcool et par les dispositifs appelés à les mettre en œuvre :

- L'accompagnement de la personne qui cherche à modifier ses usages en vue de diminuer les risques et atteintes tels que perçus par elle.

- L'accompagnement de la personne qui maintient ses pratiques afin de l'aider à en limiter les conséquences négatives. ■

M. Fieulaine

Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ? Risques alcool : changer de paradigme pour accompagner les personnes dans leurs usages.

In : Audition publique à l'initiative de la FFA "Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives", 7-8 avril 2016, Paris.

Alcoologie et Addictologie. 2017 ; 39 (4) : 364-372

Références bibliographiques

- Becker Howard S. Outsiders. Études de sociologie de la déviance (1963). Paris : Métailié ; 1985.
- Bourdieu P, Passeron JC. La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement. Paris : Éditions de Minuit ; 1970.
- Castellain JP. Manières de vivre, manières de boire. Paris : Éditions IMAGO, 1989.
- Collectif. Boire. *Revue Terrains*. 1989 ; (13).
- Podymow T, Turnbull J, Coyle D, Yetisir E, Wells G. Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *CMAJ*. 2006 ; 174 (1) : 45-9.
- Collet M, Menahem G, Paris V, Picard H. Précarités, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits. *Questions d'économie de la Santé*. 2003 ; (63).
- Combaluzier S. Alcool, exclusion sociale et troubles de la personnalité. Mesures de leurs interactions chez les hommes sans-domicile fixe. *Alcoologie et Addictologie*. 2004 ; 26 (1) : 15-20.
- Coulombier Y. Manuel d'alcoologie sociale. Lyon : Éditions Chronique sociale ; 2007.
- Croft-White C, Parry-Crooke G. Hidden homelessness: lost voices, the invisibility of homeless people with multiple needs. London : Edition Crisis. 2004.
- Dabit D, Ducrot S. Alcool et sans-abri : une enquête du mouvement Vie Libre menée en région parisienne. *Alcoologie*. 1999 ; 21 (3) : 439-46.
- Danczuk S. Walk on by... Begging, street drinking and the giving age. London : Edition Crisis ; 2000.
- Fahet G, Cayla F, Drouot N, Simmonot N, Fauvel G. Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde. Rapport 2003. *Humanitaire*. 2004 ; (HS n° 1).
- Fédération des Maisons Médicales Santé Communauté Participation, Centre Local de Promotion de la Santé de Charleroi-Thuin. Action communautaire en santé, un outil pour la pratique", Bruxelles : SACOPAR, CLPSCT ; 2013.
- Fieulaine M. Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool. Paris : ANPAA, Commission des pratiques professionnelles ; 2012.
- Fieulaine M. Le choix de monsieur L. Repenser l'accompagnement des usages d'alcool. *Revue SWAPS*. 2013 ; (73).
- Fischer PJ, Breakey WR. Profile of the Baltimore Homeless with Alcohol Problems. *Alcohol Health and Research World*. 1987 ; (11) : 36-7.
- Furtos J. De la précarité à l'auto-exclusion. Paris : Éditions Rue d'Ulm ; 2009.
- Gomez H. Les représentations de l'alcoolique : images et préjugés. Toulouse : Éditions Érès ; 2015.
- Mercier C. L'itinérance chez la femme. *Revue québécoise de psychologie*. 1988 ; 9 (1).
- Nahoum-Grappe V. Vertiges de l'ivresse, alcool et lien social. Paris : Éditions Descartes et cie ; 2010.
- Nauleau G, Quesemand-Zucca S. L'ivresse de la rue. *Psychologie clinique*. 2002 ; (14, Actualités des Cliniques Addictives) : 93-7.
- Observatoire du Samu social de Paris. Conduites addictives, substitution et grande exclusion, enquête sur 275 personnes. Paris : Observatoire ; 1998.
- Palle C, Martin D. Lutte contre l'alcoolisme, le dispositif spécialisé en 2002. Paris : OFDT, DGS ; 2004.
- Rosenbaum M, McCarty T. Alcohol prescription by surgeons in the prevention and treatment of delirium tremens: historic and current practice. *General Hospital Psychiatry*. 2002 ; 24 : 257-9.

- Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions. Mémento. Prise en charge des urgences en contexte addictologique. Paris : RESPADD ; 2016.
- Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Éditions Flammarion ; 2006.
- Roquet E. Le "bien boire" du sans abri. *Psychotropes, revue internationale des toxicomanies*. 2001 ; 7 (2) : 23-32.
- Rubington E. The bottle gang. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1968 ; (29) : 943-55.
- Salize HJ, et al. Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. *Addiction*. 2002 ; 97 : 1593-1600.
- Sattar SP, Qadri SF, Warsi MK, Okoye C, Din AU, Padala PR, Bhatia SC. Use of alcoholic beverages in VA medical centers. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2006 ; 1 : 30.