



Alcool

Intervenir autrement

01 Contexte : Alcool et Soins

► L'alcool : produit et perception

L'alcool est un produit psychoactif licite, connu et consommé depuis l'ère du néolithique. Sa présence dans la société a toujours fait l'objet de contradictions, entre :

- la banalisation, voire la valorisation de ses effets - liant social, fonctions religieuses et médicinales, expérimentations
- le rejet ou la stigmatisation du produit et de ceux qui le consomment hors des cadres admis - mauvais vins, alcool-défonce, passage à la dépendance, consommations solitaires, mal-être...

Sa consommation a largement précédé historiquement l'apparition d'un discours de santé publique.

► Les paradoxes de la perception sociale du « buveur »

Les personnes qui consomment de l'alcool n'ont que rarement des difficultés avec ce produit. Dans notre pays :

- 87% des adultes consomment de l'alcool au moins une fois par an
- 25% en consomment une à trois fois par semaine
- 10% en consomment quotidiennement¹.

Ces usages sont donc très largement répandus - ils concernent 43 millions de personnes².

La plupart font l'objet d'autorégulation : seuls 8% des consommateurs ayant entre 25 et 75 ans paraissent être dans des usages à risque (avec dommages ou dépendance avérés ou non) ; soit 3,4 millions de personnes en France.³

Les risques associés à la consommation d'alcool sont certes connus mais bien souvent minimisés⁴. Cet usage est d'abord une pratique sociale. Il correspond à un comportement commun, en groupe, en contexte rituel, festif ou dit « récréatif ».

L'usage solitaire et quotidien est, à l'inverse, perçu plus négativement par le corps social. Ce qui peut contribuer à des stratégies de dissimulation, et à un sentiment de honte pour les personnes dont les consommations n'entrent pas dans le cadre des consommations régulées.

► Un accompagnement spécialisé en évolution

L'alcool est directement en cause dans 49 000 décès par an⁵. L'ensemble des maladies provoquées par la consommation d'alcool (cancers ou cirrhoses, traumatismes liés à des accidents sous l'effet de l'alcool...) représente 1,3 million d'hospitalisations en France. Plusieurs milliers de consultations chez un médecin généraliste mettent à jour, chaque semaine, une consommation problématique d'alcool⁶.

Le dispositif d'accompagnement dédié ne rencontre pourtant « que » 140 000 personnes chaque année. Cette carence du recours au soin est l'un des facteurs aggravants des dommages liés à la consommation d'alcool⁷.

Par ailleurs, les usagers à risques ou problématiques sont peu nombreux à recourir au soin précocement : ils consultent « tardivement » dans leur consommation, lorsque les problèmes médicaux se sont installés. On sait pourtant que toute une série de troubles préexiste à ces problématiques médicales - troubles comportementaux, isolement, problématiques financières...

La difficulté d'accéder ou de recourir à une aide spécialisée plus précocement vient aussi d'une perception négative du soin⁸ de l'alcoolodépendance, et de difficultés pour les professionnels à construire un discours adapté à chacun.

L'alcoologie a longtemps considéré le produit alcool comme étant le problème central. Dans cette logique, elle s'est fondée sur l'objectif d'abstinence. Les approches en alcoologie sont caractérisées par une faible efficacité au long cours - malgré la répétition des sevrages - et une forte contrainte dans le soin, répondant à une injonction d'arrêt - souvent inatteignable, très éprouvante ce qui a renforcé une vision négative du soin et donc retardé les recours. **Le constat que cette approche laisse la plupart des consommateurs à risque au bord de la route, semble de plus en plus partagé⁹.**

Entre 2012 et 2016, la Fédération Addiction a mené une enquête auprès de plus de 300 professionnels intervenant en addictologie et dans le secteur social, tous secteurs confondus. Parmi eux, les intervenants ont tous noté une difficulté à intervenir précocement et de manière efficace sur les consommations d'alcool, constatant de grandes difficultés à aborder la question de manière sereine avec les personnes de leur file active et un manque d'outils pour réduire les risques des consommations d'alcool existantes.

1. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):89-97

2. OFDT. Drogues, Chiffres clés -7e édition. Saint-Denis: OFDT, 2017:1-8.

3. OFDT, op.cit, p2

4. SANTÉ PUBLIQUE France, Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France, 2015.

5. OFDT, Drogues, Chiffres clés, 7ème édition, Saint-Denis, OFDT, 2017, p2

6. Et SANTÉ PUBLIQUE France, Baromètre de santé Médecins généralistes, 2009.

7. Chiffres OFDT 2014

8. SANTÉ PUBLIQUE France, Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France, 2015.

9. Voir Réduire les risques : Ethique Posture Pratiques, Fédération Addiction, avril 2017 et Agir en réduction des risques, en CSAPA et en CAARUD, Rapport d'enquête, Fédération Addiction, janvier 2016.

Par ailleurs, avoir recours au soin signifie « avoir un problème », donc prendre le risque de perdre le statut social valorisé de celui qui gère ses consommations. Ainsi, lorsque cette admission (qui culpabilise souvent fortement) survient, le phénomène a déjà généré de la honte, du rejet et donc logiquement de la résistance et du déni.

En France, le statut social de consommateur d'alcool problématique est extrêmement disqualifiant.

Une telle étiquette pousse à ne pas recourir au soin, à ne pas demander de l'aide, à s'en débrouiller seul, ce qui explique le retard clinique, estimé pour l'alcool entre 20 et 30 ans. Elle isole les personnes dans une souffrance de plus en plus importante.

► L'installation de la réduction des risques en alcoologie

L'évolution de l'alcoologie vers l'addictologie et les enseignements de la réduction des risques liés aux consommations de psychotropes imprègnent peu à peu le champ du soin en alcoologie. La réduction des risques, qui concerne historiquement les produits injectables (héroïne notamment) et les risques infectieux associés (VIH, VHC), offre une approche différente du soin aux consommateurs d'alcool. Elle propose une alternative à la seule réponse unique du sevrage ou de la baisse des usages chez les publics en difficulté.

C'est dans ce contexte que Patrick Fouilland, président de la Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et l'Addictologie, F3A - association ayant fusionné avec l'Anitea à la création de la Fédération Addiction - avait commencé à formaliser une approche différente.

Fort de ces prémices, la Fédération Addiction a travaillé en partenariat avec Matthieu Fieulaine, psychologue formateur et expert reconnu sur une méthode différente d'aborder les questions d'alcool.

La perception classique du soin se conjugue à une stigmatisation forte des troubles - notamment comportementaux - liés aux usages d'alcool. Dans les faits, l'Histoire de l'alcool s'inscrit toujours comme produit ambivalent, à la fois remède et poison, dans les histoires singulières de chacun. Chaque rapport à l'alcool est plurivoque et propre à soi : **parce qu'il y a autant de manières de boire qu'il y a de personnes qui consomment, il apparaît nécessaire de personnaliser les accompagnements au long cours, de ne pas envisager de recette unique et de s'emparer, pour chacun, des outils opportuns dans la palette du soin et d'en éviter d'autres.**

Selon une idée-force sur l'alcool, les consommateurs problématiques perdent tout contrôle, toute capacité d'autonomie et devraient donc être « soignés » de leur dépendance. Comme la prévention de manière globale, le soin se focalise traditionnellement sur le produit et sur les doses, les quantités bues et leurs effets négatifs comme problème.

Il apparaît pourtant, pour les équipes qui ont adopté une approche de réduction des risques, que les prises de risques et les troubles de l'usage d'alcool sont plus complexes qu'il n'y paraît.

Ils se construisent sur de nombreux autres aspects :

- les conséquences (non exclusivement négatives) d'un état modifié de conscience
- les manières de boire
- la qualité de ce qui est bu
- les contextes
- et la perception du comportement d'usage par le consommateur et par son entourage.

Autant de leviers centraux qu'aborde la RdR alcool, au-delà des seuls abords quantitatif et normatif.

Par ailleurs, et surtout lorsque l'usage est installé de longue date, ces aspects liés à la consommation ont souvent déjà été travaillés par l'usager. Il a souvent commencé à développer des stratégies pour limiter - ou tenter de le faire - les risques liés à l'usage.

« Paroles d'usagers

« Je bois mais jamais lorsque j'ai mes enfants »

« Je ne souhaite pas arrêter de boire mais je veux retrouver des relations sereines avec mon épouse »

Pour que cette approche en réduction des risques puisse s'installer efficacement dans les pratiques, un projet de 2 ans coordonné et mis en oeuvre par la Fédération Addiction et Matthieu Fieulaine, avec le soutien de la MILDECA et de la Direction Générale de la santé, a été expérimenté auprès de deux CSAPA volontaires : CSAPA Maison Jaune - Groupe SOS et CSAPA SOLEA - ADDSEA.

Entre 2016 et 2018, ces équipes ont adapté leurs pratiques d'accompagnement sur l'alcool pour y inclure une approche et des outils - construits sur place - de RdR Alcool. Elles ont été formées et suivies pour évaluer les leviers et les freins concernant l'appropriation de ce nouveau cadre de travail institutionnel et analyser les évolutions nécessaires des pratiques professionnelles.

02 Principes et projet

► Apporter des outils et inscrire la RdR dans le soin quotidien

L'ensemble des missions des CSAPA invite à se préoccuper des conséquences de l'alcool.

Pour adopter une autre manière d'accompagner les consommateurs problématiques d'alcool - dans leur clinique comme dans la rédaction des textes réglementaires (règlement de fonctionnement, projet d'établissement, charte ou livret d'accueil) - les équipes ont besoin de trois éléments :

- des éléments de définition et de cadre validés, adaptés au changement de paradigme de la RdR alcool
- d'outils concrets pour soutenir le développement d'une pratique alternative
- d'un espace de **formation collective** pour parler autrement de l'alcool : elle est un « élément incontournable pour la mise en œuvre de ces pratiques, un **déplacement nécessaire** » selon l'expression de Matthieu Fieulaine.

► Mettre des mots sur les questionnements de chacun

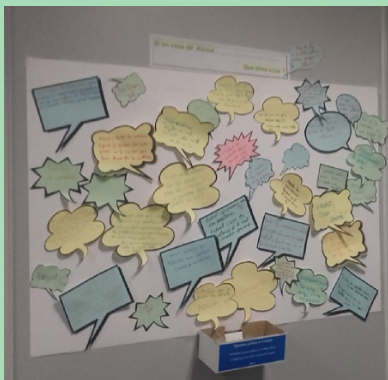
Le développement de la RdR alcool révèle des questionnements importants des professionnels :

- Ai-je le « droit » d'accepter qu'une personne consomme de l'alcool durant un entretien ?
- Puis-je mettre de l'alcool à table lors des temps collectifs ?
- Que répondre à une personne qui me demande un arrêt lors d'un accompagnement extérieur, pour s'acheter une bouteille ?
- Comment répondre à la suralcoolisation manifeste des personnes à l'accueil ? Et aux situations de manque avéré durant l'entretien ?
- Quelle légitimité ai-je à aborder une consommation que j'expérimente aussi ?
- Mon règlement intérieur met-il en difficulté les personnes dépendantes ?
- Comment gérer le collectif si j'autorise les consommations ?
- Quel est le sens de mon accompagnement pour une personne à qui je ne conseillerais pas d'arrêter de boire alors que son état de santé s'aggrave ?
- Quelle alternative à l'injonction d'arrêt pour les soins sous contrainte ?
- Comment accompagner l'entourage, avec ses représentations et difficultés liées à un vécu souvent long et pénible, autrement qu'avec l'horizon de l'abstinence ?

Ces questions peuvent être difficiles à partager en équipe faute de réponse collective.

Pourquoi intervenir autrement ?

Panneau d'expression libre au CSAPA Soléa Besançon.



► Changer les regards

L'intérêt d'aborder un accompagnement alcool autrement que via la thérapeutique unique du sevrage est aussi de permettre à l'usager de changer de regard sur lui-même.

La personne qui accède au soin va être prise dans des processus psychosociaux, des logiques de résistance à la violence symbolique qu'elle subit : déni, dissimulation...

La relation au soignant peut être empreinte d'une identification négative de la personne accompagnée, qui se vit comme

« malade », souvent objet de pitié, comme un « cas désespéré », incurable. La relation est fondée sur une asymétrie. Elle peut renforcer chez la personne accueillie un processus de honte, de dissimulation, voire de provocation.

► De la santé à la qualité de vie

La stigmatisation des « mauvais » usages de l'alcool, transversale à nos sociétés, essentialise l'identité de la personne à cet usage. Socialement, l'individu se réduit à son alcoolisme. C'est l'une des raisons pour lesquelles sa demande de soin, intégrée souvent par la contrainte et après de longues périodes de disqualification sociale, va d'abord être le sevrage : la suppression de l'alcool, de l'étiquette insoutenable, du stigmaté.

Pourtant, les effets recherchés et les dommages de la consommation d'alcool peuvent se résoudre et se travailler sur d'autres aspects que la consommation en elle-même : vie affective, vie familiale, vie professionnelle, contexte socio-économique et sanitaire...

La RdR s'adresse ainsi autant à l'amélioration de la pratique d'usage qu'à la sécurisation des pratiques existantes. Elle est une manière concrète d'agir sur les usages d'alcool, leurs conséquences et leurs risques réels, en dehors du paradigme de la « maladie alcoolique ». Ce n'est en aucun cas une intervention « faute de mieux », c'est un travail de transformation, d'amélioration dès le court terme, de la vie des personnes accueillies. Ainsi, en RdR : « tout ce qui peut contribuer à une amélioration de l'état de la personne ou à une stabilisation ou même à un fléchissement de l'aggravation de son état est bon à prendre. »¹⁰

Comment intervenir autrement ?

► Dans sa pratique au quotidien

La réduction des risques alcool s'inscrit dans la pratique courante des intervenants. Sans la changer radicalement, elle l'ouvre à d'autres réponses et outils. Elle est l'occasion de penser et de légitimer des paroles, des questionnements et des actions qui existent souvent à la marge, dans l'inconfort et l'inquiétude pour l'intervenant - les notions de « droit » et de légitimité sont prégnantes autour de l'alcool.

Au nom de quoi ai-je le droit d'interroger les consommations de la personne ? Puis-je parler à mes collègues de la pression ressentie par la personne concernée ?

Ne plus se centrer sur le produit, mais parler des problèmes que l'on veut résoudre est l'un des axes fondamentaux pour sortir de la solitude, du mal-être.

• **La première des RdR est la réduction de toute forme d'exclusion.**

Le premier levier pour la mettre en pratique est la création d'un lien.

En pratique, cela passe par l'écoute et par le travail sur la demande de la personne : « Pourquoi voulez-vous arrêter ? Quels sont les problèmes réels ? Comment peut-on les régler ? »

Ces simples questions permettent aux personnes, dans les entretiens expérimentés, de mettre des mots sur ce qui pose « concrètement » problème, d'identifier les éléments sur lesquels on peut agir. Ce retour d'un sentiment de contrôle - même sur de petits aspects du quotidien - permet de gagner en confiance, de résorber l'asymétrie dans la relation au soignant, en reprenant la main sur les solutions possibles dans la vie de chacun.



Casiers créés grâce aux panneaux d'expression libre au CSAPA Soléa Besançon.

L'approche nouvelle, qui n'exclut pas le maintien de la consommation, doit être expliquée aux personnes accompagnées. Il est surtout important de faire entendre que sevrage, modification des pratiques ou sécurisation des consommations existantes ne constituent pas l'objectif mais sont des moyens possibles visant une seule finalité : **l'action positive et efficiente sur la qualité de vie des personnes.**

• **La réduction des risques envisage l'usage comme un fait complexe pour la personne** : comme toute relation, le rapport au produit est générateur de conséquences positives - recherchées, essentielles, au cœur de l'usage - et négatives - celles, subies, qu'il faut pouvoir réduire.

L'échelon de référence sera la priorité de la personne :

- Sur quoi peut-elle/veut-elle travailler en premier ?
- Quelle est la priorité pour le bien-être de la personne accueillie ?

Cette priorité suppose une posture de soin humble face aux objectifs à atteindre et un pragmatisme dans leur définition.

¹⁰. Eclairage fourni par Matthieu Fieulaine lors de l'expérimentation menée à Besançon, donné lors d'un entretien d'accompagnement de l'équipe à mi-parcours, sur site, Juillet 2017.

► En équipe !

Le suivi de la personne doit faire l'objet d'une coordination de tous, d'une régulation collective, très régulière.

Matthieu Fieulaine décrit ainsi ce changement de prisme, par l'intégration dès l'accueil, d'une « co-élaboration avec le patient des objectifs du suivi. Cette élaboration sera le fruit d'une NEGOCIATION avec la personne, par opposition à l'idée de PRESCRIPTION : choix des priorités sur lesquelles agir, évaluation des freins et leviers... ».

Ce travail collectif se structure autour des priorités choisies par la personne. Chaque professionnel y amène ses compétences dans une logique transdisciplinaire.

L'installation de pratiques d'accompagnement en RdR alcool agit comme un révélateur des enjeux du parcours de soin en interne, et notamment des problèmes de communication, de coordination ou d'organisation qui peuvent exister dans la structure.

Elle suppose de créer des temps spécifiques et complémentaires de ceux existant (exemple : réunion de synthèse) pour parler de chacun des suivis.

Si cela peut paraître complexe, ces temps sont apparus nécessaires, à l'issue de l'expérimentation.

Cela a permis d'être plus efficace collectivement et d'éviter une superposition des objectifs et des accompagnements en fonction des priorités de chaque professionnel.

« Paroles d'intervenants

« La nouvelle façon de faire, avec évaluation fine de toute la situation, de la demande, une évaluation assez poussée sur plusieurs entretiens etc, demande de se mettre d'accord sur une même priorité pour la personne, et non plus à cumuler les priorités médicale + sociale + psychologique. »

« Cette démarche valorise et légitimise aussi les fonctions d'accueil, au-delà des entretiens, et les met en complémentarité au même titre que d'autres disciplines. Ça fait du bien de sortir de son bureau pour mener en binôme un entretien, car la personne accueillante à un rôle accru. »

« La démarche permet à tout le monde de se rencontrer, différemment mais autour d'un même accompagnement cohérent. Et on s'aperçoit que leurs problématiques sont morcelées, mais notre équipe l'est aussi ! »

► En partenariat !

La RdR alcool suppose aussi, pour être pleinement efficace, que l'ensemble des soignants rencontrés adopte une approche cohérente.

La personne suivie est souvent au contact de plusieurs professionnels, appartenant à diverses institutions. Elle pourrait, parallèlement à son accompagnement spécialisé, être amenée à envisager un sevrage par la mission locale, à réduire ses consommations par son éducateur sportif... Il est donc crucial de communiquer sur l'approche adoptée par les soignants du dispositif qui l'accompagnent pour éviter les injonctions paradoxales et garantir un suivi cohérent.

Par ailleurs, les partenaires non spécialisés paraissent souvent désemparés voire découragés par le maintien des consommations, interprété comme un échec du soin. Ils peuvent se sentir impuissants devant une personne qui continue à boire, tenus par l'idée classique que l'alcool est le problème central.

Matthieu Fieulaine note ainsi cette nécessité de formaliser et de faire valoir cette approche :

« Il apparaît, dans l'expérience des structures porteuses de la démarche RDR Alcool, que le fait d'expliquer cette approche alternative soulage et offre une ouverture possible là où, souvent, les impasses et les échecs se sont multipliés ». La démarche consiste donc à aider tous les intervenants, professionnels ou entourage, à « faire avec » les pratiques des personnes et non plus à « faire malgré », à « faire comme si » ou à « faire sans » afin de mieux agir pour le bien de tous.

Parce que cette approche est originale et innovante, qu'elle est à rebours des évidences, elle ne peut être mise en pratique sans assurer des fonctions de « plaidoyer ».

En effet, de nombreuses structures du secteur Accueil-Hébergement-Insertion témoignent de difficultés dans l'accompagnement des personnes ayant des consommations notamment d'alcool.

Ainsi, le rôle et la mission « ressources » du secteur spécialisé semblent donc cruciaux¹¹.

Ce constat est d'ailleurs corroboré directement par les professionnels de terrain qui expérimentent cette approche dans leur partenariat :

« Le fait d'améliorer la qualité de vie de la personne, de dédramatiser sa consommation et d'agir sur les méfaits directement, rassure les intervenants partenaires. Ils voient la personne aller mieux, et prennent donc la démarche au sérieux. »

¹¹. Partant de ces constats, la Fédération Addiction et la Fédération des acteurs de la solidarité, ont mis en place dans certaines régions, avec le soutien des ARS concernées, des projets partenariaux. Plus d'informations sur www.federationaddiction.fr/projets/exclusion-et-insertion/

Trois leviers pour structurer ses partenariats :

- Adapter les documents internes et externes : rapport d'activité, plaquette institutionnelle, projet d'établissement, livret d'accueil...
- Illustrer la démarche par des outils – grille d'analyse bénéfiques / risques, schéma sur la « zone de confort¹² ».
- Mettre en pratique, avec eux, ces accompagnements : unités mobiles communes, visites à domicile accompagnées auprès de personnes suivies au centre.

Si cela peut paraître ambitieux, cela permet de renforcer l'efficacité et la cohérence des suivis, et rassure les partenaires.

« Paroles d'intervenants

« Une plaquette spécifique a été créée pour pouvoir présenter la manière d'intervenir sans passer par l'étape sevrage ou réduction des consommations. Ça a été très bien perçu pour le moment par les partenaires, mais il faudrait qu'ils le mettent en pratique aussi parce que sinon on ne peut pas travailler correctement, ça nuit à nos accompagnements ».

« C'est parfois un peu compliqué à expliquer aux autres collègues. Les CHRS notamment ne sont pas tous à la même enseigne, pourtant ils ont tous les mêmes problématiques de suralcoolisation et de perte de sens. On a pu travailler avec le CHRS pour femmes... mais ils attendent quand même globalement toujours le sevrage, l'arrêt. »

« Certains partenaires en font déjà sans le savoir ! Par exemple, imaginer organiser un séjour extérieur sans alcool n'est pas possible pour certains résidents de CHRS. Ou encore un collègue médecin nous a demandé si le médecin pouvait prescrire de l'alcool, et la réponse l'a beaucoup soulagé. Le fait d'offrir une alternative à l'abstinence permet déjà beaucoup. »

« Sortir les gens de la honte ça permet aussi de rassurer les partenaires qui interviennent à domicile. Par exemple : un monsieur qui se lève pour aller boire dans la cuisine pendant l'entretien. Il est stressé, debout, boit vite et beaucoup, revient gêné. Du moment qu'on va lui chercher sa bouteille ou qu'il l'amène au salon, il boit assis, il coupe son vin avec de l'eau, il boit beaucoup plus doucement. En fait, il s'autorise à boire devant nous. Or il exprime que lui-même, même tout seul, se surprend à se cacher pour boire. Le stress fait qu'il boit plus vite et plus, et qu'il y trouve moins de plaisir. Du coup {cela permet} aussi de chercher à {montrer} qu'il y a du positif, qu'il y a un effet recherché, et que cet effet doit exister. »

03 De l'accueil à la définition des objectifs

► S'appuyer sur l'expertise des personnes concernées

Dans la perspective de la réduction des risques, pour l'alcool comme avec d'autres produits, l'usager est le premier connaisseur de ses pratiques de consommation. Il est l'expert empirique de ses usages, même lorsqu'il manque d'informations ou de connaissances scientifiques.

Il dispose de multiples ressources pour gérer les effets : celles qu'il exerce déjà – souvent sans les valoriser ainsi – et celles qu'il va découvrir dans le soin et pourra mettre en œuvre pour faire évoluer ses manières de consommer et gérer les conséquences dommageables de celles-ci.

Si certaines de ses compétences ne sont pas valorisées en tant que telles par la personne dans l'accompagnement, et/ou si la personne ne fait pas part des dangers qu'elle sait reconnaître – passage à l'acte, dommages physiques... ce que recouvre faussement le mot de « déni » – c'est souvent lié à la discrimination et à l'autocensure : reprenant à son compte les représentations et discours qui le stigmatisent, l'usager s'estime illégitime à exprimer autre chose que ce qu'on dit de lui, et ce que l'on attend de lui¹³.

Le rôle de l'accompagnant est, avant tout, avec bienveillance et une dynamique non-jugeante forte, de décentrer le regard de la quantité bue, pour aborder les problématiques réelles et empiriques. Il doit démontrer qu'il y a un bénéfice réel à les décrire, à les discuter, pour les régler. Un certain nombre d'outils peuvent être mis en place et accompagnés pour organiser ce dialogue :

- Questionnaire d'inclusion
- Groupes de discussion
- Outils d'information
- Prestations associées qui répondent aux besoins prioritaires des personnes
- Consigne alcool
- Mise à disposition de boissons alcoolisées à certains moments
- Accueil avec alcool...

12. Se reporter à la définition de la «zone de confort» p8.

13. La notion de « violence symbolique » définie par Pierre Bourdieu est ici éclairante. LANDRY Jean-Michel, «La violence symbolique chez Bourdieu», Aspects sociologiques, volume 13, n°1, août 2006.

▶ Travailler les manières de boire : la consommation en tant qu' « activité »

Parce qu'elle recherche une amélioration globale de la qualité de vie, la RdR ne s'appuie pas prioritairement sur les catégories d'usage nocif, à risque ou problématique. Les standards d'évaluation s'élargissent, pour prendre en compte – c'est un élément-clé – les effets recherchés et bénéfiques de la consommation.

Les personnes qui consomment de l'alcool recherchent et trouvent, chacune à leur endroit et pour elles-mêmes, des bénéfices à cette consommation.

Cet aspect, pourtant fondamental de l'usage, n'est que peu pris en compte traditionnellement. En effet, la recherche de bénéfices a souvent été perçue comme un problème. Il s'agira donc de comprendre la consommation d'alcool comme une activité objectivable qui génère des effets bénéfiques à préserver (dans l'usage d'alcool et/ou dans le développement d'autres activités) et des effets négatifs à réduire.

▶ Sécuriser pour soigner

L'un des leviers les plus importants allant dans le sens d'une réduction des risques est la sécurisation des conditions et des activités de consommation. L'accompagnement propose d'abord un accompagnement psycho-social qui préserve ou restaure un niveau de qualité de vie « atteignable » en fonction de l'état de la personne, de ses désirs, de ses ressources et de ses contraintes. Il convient alors d'appliquer 4 principes :

- Adapter le cadre aux consommations plutôt que l'inverse (ex. de la mère qui consomme, de la personne en institution)
- S'attacher à réduire les logiques pathogènes d'isolement, de non-recours au soin, de tentatives d'arrêt ou de diminution irréalistes
- Préserver, maintenir ou développer les acquis en intégrant les contraintes posées par le maintien des consommations (logement, emploi, relations affectives, droits...)
- Impliquer tous les acteurs concernés (entourage, milieu professionnel, soignants, aidants)

Ces éléments sont formalisés dans une grille bénéfice/risque qui sera mise à disposition dans le kit d'intervention issu de l'expérimentation et qui sera mise en ligne.

▶ Viser la « zone de confort »

La réduction des risques n'est pas seulement une alternative au sevrage, elle ne l'exclut pas. Au contraire, elle le rend plus pertinent donc plus efficace, en le plaçant dans un accompagnement thérapeutique adapté, en lui donnant un autre sens que celui d'une prescription thérapeutique unique et commune à tous, en l'intégrant dans un projet individualisé. Ce projet individualisé vise à trouver le bon niveau d'usage qui assure à la personne suivie une qualité de vie optimale, selon ses propres conditions et critères, évolutifs en fonction de l'avancée de son parcours.

La RdR est souvent perçue comme une antithèse au sevrage, c'est sans doute parce qu'elle suppose impérativement, d'adopter collectivement le principe du respect des usages et la sanctuarisation d'un objectif de soin : viser l'équilibre entre effets bénéfiques et effets négatifs de chaque consommation.

Perspectives

Suite au travail d'expérimentation sur la RDR alcool, des professionnels de tous secteurs et des usagers ont constitué un collectif agissant pour le plaidoyer, la reconnaissance et le développement de cette approche. Matthieu Fieulaine en assure la coordination. Ce collectif est en lien avec la Fédération Addiction, pour assurer une cohérence et une convergence des actions notamment sur l'appui aux professionnels et pour renforcer les actions de plaidoyer. Plusieurs acteurs qui le composent sont membres du réseau de la fédération. Ces liens sont formalisés par la signature d'une convention cadre de partenariat en lien avec la charte du collectif énonçant les valeurs de la RDR alcool, telle que sa mise en œuvre vous est présentée dans ce document.

- Les outils de cette démarche sont disponibles sur www.federationaddiction.fr
- Pour aller plus loin, une formation sur 4 jours **Alcool - intervenir autrement** a été créée.

Pour vous y inscrire, rendez-vous sur www.federationaddiction.fr, rubrique Formations !

Parution : Mars 2019