



Jean Lévy
jlevy@ch-belair.fr

EN DÉBAT

La réduction des risques se positionne, en matière de santé publique, aux côtés du soin et de la prévention. Il s'agit d'une approche d'accompagnement centrée sur la diminution des conséquences néfastes d'un usage de substances psychoactives – l'alcool dans cet article – plutôt que sur l'élimination de cet usage.

Penser réduction des risques liés à l'alcool plutôt qu'abstinence ?

L'exercice médical en France repose sur deux piliers : l'un, prépondérant, consiste à soulager, soigner et, si possible, guérir des troubles ou des maladies ; le deuxième est la prévention associant le repérage précoce à l'éducation thérapeutique (visant à limiter les facteurs de risque), et souvent considérée comme un parent pauvre de la médecine (voir encadré sur le RPIB).

Ce qui pourrait constituer un troisième pilier, la réduction des risques (RDR) – jamais abordée en faculté de médecine et très peu en formation médicale continue – fait figure de concept flou pour les praticiens, qui ont tendance à la méconnaître ou à l'assimiler à une prévention secondaire. Cette confusion est entretenue par certains discours de santé publique pour lesquels la RDR alcool se résumerait à la réduction quantitative des consommations.¹

La définition de la RDR, telle que conceptualisée par ses pionniers dans les années 1990 et reconnue par les autorités de santé** en 2004 pour les usages de drogues et en 2016 pour l'alcool, est la suivante : « La RDR est une approche d'accompagnement centrée sur la diminution des conséquences néfastes d'un usage de substances psychoactives plutôt que sur l'élimination de cet usage. Elle vise à aider les personnes à développer des moyens de réduire les effets négatifs liés à leurs pratiques d'usage, et donc à traverser la phase de consommation avec un minimum d'atteintes physiques, psychiques et sociales, afin de préserver et d'améliorer leurs chances d'une possible sortie ultérieure dans le respect de leurs choix. »²

Aucun préalable à un engagement dans des soins addictologiques ni aucun objectif prédéfini de réduction ou d'arrêt des consommations ne sont imposés, mais le respect des fonctions psychosociales des usages de substances pour la personne ainsi que de ses droits et libertés, notamment celle qui consiste à choisir pour elle-même ce qui lui semble le plus adapté, est assuré.

Jean Lévy

Médecin généraliste et addictologue, Charleville-Mézières (Ardennes) et coordonnateur de Modus Bibendi*, collectif des acteurs et actrices de la RDR Alcool

jlevy@ch-belair.fr

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

* Modus Bibendi regroupe depuis 2017 des bénévoles engagés dans la promotion d'une même idée de la réduction des risques alcool. D'horizons différents et avec des compétences diverses (médecine, travail social, droit, recherche, journalisme, sciences humaines), ils plaident pour un meilleur accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool, pour la fin des atteintes aux droits, aux soins et à la dignité dont elles sont trop souvent victimes, et pour la reconnaissance de leurs choix, de leurs

Compatibilité de la réduction des risques avec la pratique médicale

L'exercice des soins médicaux, fondé sur une approche prescriptive, voire directive, se référant à des « normes » – sanitaires mais aussi sociales ou morales, particulièrement ancrées dans les représentations en matière d'usage d'alcool – a des objectifs de santé publique visant une amélioration de l'espérance de vie par réduction de la morbi-mortalité.

Une autre logique en RDR alcool

En RDR alcool, plusieurs prérequis s'imposent :³
– s'affranchir des « normes » d'usage (« bon usage » versus « mésusage » ; « pas plus de deux verres par jour et pas tous les jours » ; « boire moins, c'est mieux » ; « ne pas boire seul » ; « ne pas boire le matin »...), en s'intéressant aux fonctions utiles des usages de la personne, auxquelles elle serait – ou non – susceptible de pouvoir renoncer ;
– interroger la manière de boire et ses conséquences (positives comme négatives) plus que les quantités consommées ;
– sortir du dogme de l'abstinence et du sevrage – toujours dominant dans le système de soins – pour privilégier la sécurisation des consommations et du contexte de vie de la personne ;
– ne pas choisir les solutions pour la personne mais l'aider à les trouver en fonction de sa propre expertise et d'une juste évaluation des bénéfices, risques et dommages.

Il s'agit donc de prendre soin de la personne pour une amélioration – ou une moindre dégradation – de sa qualité de vie et pour son mieux-être, éléments constitutifs de sa santé selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé.

La qualité de vie étant définie comme la perception subjective, singulière et dynamique que se fait une personne de ses conditions d'existence actuelles mises en perspective avec ses conditions de vie antérieures et celles auxquelles elle aspire. Cette notion peut intégrer

LIMITES DU REPÉRAGE PRÉCOCE ET INTERVENTION BRÈVE (RPIB)

Présenté par les institutions sanitaires comme ayant fait ses preuves et faisant figure de *gold standard*, le repérage précoce et intervention brève (RPIB) en alcoologie, auquel ont été formés depuis plus de quinze ans de nombreux professionnels de premier recours, notamment les médecins généralistes, a deux mérites principaux :

- inciter à parler d'alcool comme d'une question normale, sans tabou, aussi facilement que d'autres facteurs de risque, ou d'autres questions comme la sexualité ; soit de manière systématique, soit en saisissant l'occasion (repérage opportuniste) comme des motifs de consultation banals (par exemple : fatigue, troubles digestifs, hypertension artérielle...) mais aussi des événements de vie comme perte du permis, conflits conjugaux, absences répétées au travail... ;
- faire gagner des années précieuses aux personnes usagères à risque, pour qui actuellement le délai entre le début des risques et la première consultation relative aux usages d'alcool est d'environ vingt ans.

Mais le RPIB comporte des limites qui le rendent peu efficace dans l'approche RDR alcool (comme le souligne l'argumentaire du groupe de travail 2023 de la Haute Autorité de santé) :⁴

- l'évaluation presque exclusivement quantitative ne permet pas d'apprécier l'importance pour la personne des bénéfices et des fonctions de ses alcoolisations, de pouvoir en parler en donnant du sens à ses usages, et de savoir dans quelle mesure elle serait prête, ou pas, à y renoncer en tout ou partie ;
- l'objectif prédéfini d'une réduction des consommations vers laquelle le professionnel est censé guider la personne accompagnée revient à en faire un nouveau dogme, pas plus pertinent que celui de l'abstinence délégitimé par la pratique.

ou se différencier de la notion de santé entendue comme adoption de bons comportements définis par un savoir expert afin de préserver son « capital santé » (alimentation, sommeil, consommations, pratique physique...). Cette évaluation de la qualité de vie « acceptable » peut amener la personne à faire le choix de continuer à consommer de l'alcool y compris si cela nuit à sa santé. De même, l'individu peut estimer que sa qualité de vie est tout à fait « appréciable » au vu de la situation antérieure, là où les soignants voient un état inquiétant nécessitant soins et changements de comportements impératifs.⁴

Complémentarité entre approche sanitaire et RDR

Malgré ces différences entre l'approche sanitaire et l'approche RDR, de nombreux facteurs les rendent compatibles et complémentaires en médecine générale :⁵

compétences et de leur autonomie.
www.modus-bibendi.org

** Création des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ; reconnaissance de la RDR alcool par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

— l'inadaptation d'une offre de soins « haut seuil » en alcoologie entraîne un non-recours massif aux soins (90 % des personnes usagères d'alcool à risque ne fréquentent aucun dispositif spécialisé), un sentiment d'échec récurrent des patients comme des soignants et un retard diagnostique de l'ordre de vingt ans en moyenne ;

- au-delà des recommandations sanitaires et des bonnes intentions, il existe une incapacité ou un refus pour la majorité des patients de renoncer à l'alcool ;
- l'empathie – naturelle chez la plupart des soignants – est nécessaire pour accompagner les personnes concernées en s'efforçant de comprendre leurs choix et leur point de vue ;
- le pragmatisme consiste à s'adapter à ce que le patient est capable d'accepter, comme cela est déjà pratiqué en matière de suivi de diabète ; cela permet une meilleure alliance thérapeutique et donne davantage de satisfactions aux soignants comme aux patients ;
- la connaissance globale de la personne est un des avantages des médecins généralistes (famille, situation socioprofessionnelle, habitus, antécédents, environnement) ; ces éléments influencent et donnent du sens aux usages d'alcool ;
- le contexte réglementaire évolue vers une meilleure prise en compte du droit à l'information du patient et du respect de ses droits, libertés, choix et autonomie.

Conditions pour intégrer la RDR dans l'exercice médical

La pratique médicale peut donc intégrer l'approche RDR en matière d'accompagnement des usages d'alcool, sous plusieurs réserves :⁶⁻⁸

- déconstruire les représentations sur les personnes concernées, y compris celles qu'elles s'appliquent à elles-mêmes (« pas fiables », « sans volonté »...) et certains discours qui présentent comme des priorités le sevrage ou la réduction quantitative des consommations ;
- ne pas considérer les patients en difficulté avec leurs usages d'alcool comme des « malades » mais comme des personnes en recherche de solutions (l'alcool pouvant en être une) pour affronter la réalité et/ou gérer leurs émotions ;
- travailler en réseau transdisciplinaire avec les partenaires utiles à la personne concernée (travailleurs sociaux, infirmiers, psychologues, auxiliaires de vie, mandataires, médecins spécialistes...).

Que dire et que proposer aux patients ?

En médecine générale, on peut résumer comme suit les étapes de l'accompagnement en RDR alcool :¹⁰

- libérer la parole des patients, notamment sur les bénéfices et fonctions de leurs usages d'alcool (sans minimiser les dommages potentiels) ; il s'agit de l'étape essentielle ; pour cela, il convient souvent de les aider à

RÉDUIRE LES RISQUES LIÉS À L'ALCOOL

EN DÉBAT

surmonter la honte ou l'autocensure en leur montrant que les professionnels de santé peuvent comprendre que l'alcool ne leur fait pas que du mal mais aussi du bien ;

– accompagner et sécuriser les personnes, leurs consommations (éviter le manque – neurotoxique pour les personnes dépendantes – autant que les suralcoolisations subies et à risques ; s'hydrater, grignoter en buvant...) et leurs conditions d'existence (réduire la précarité) ;

– informer sur les effets bio-psychosociaux et les risques liés à l'alcool ;

– évaluer les bénéfices, risques et dommages, dont les pathologies induites ;

– négocier les objectifs et stratégies de RDR ; respecter les choix des patients même s'ils sont contraires à l'avis des professionnels ;

– travailler sur la manière de boire (ou pas) ; un outil pour agir sur la qualité de vie, l'abstinence étant une

option parmi d'autres, à savoir le maintien, la réorganisation ou la diminution des consommations ;

– *primum non nocere* constitue la responsabilité majeure des médecins ; il s'agit non seulement d'être particulièrement vigilant à la balance bénéfices/risques pour les quelques prescriptions à risque d'interaction avec l'alcool – en particulier les benzodiazépines – mais aussi d'éviter d'orienter les personnes dépendantes vers des sevrages qui ne seraient pas motivés ou sécurisés, la répétition des épisodes de sevrage majorant le risque cognitif^{5,10}

– tenir compte des polyconsommations, qui peuvent augmenter certains risques¹⁰ ;

– associer les proches ;

– orienter si nécessaire et en fonction de la demande des patients vers le secteur spécialisé ;

– mesurer régulièrement l'impact sur la qualité de vie et réajuster. En matière de réduction des risques, une moindre dégradation de la situation de la personne est déjà un résultat appréciable. ●

« Avant de guérir quelqu'un, demandez-lui s'il est prêt à abandonner les choses qui le rendent malade »

Hippocrate

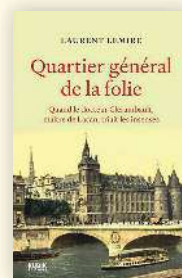
RÉFÉRENCES

1. Benslimane M. Réduction des risques liés à l'alcool ou réduction de la consommation ? Le Flyer, 2021.
2. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et conduites addictives (MILDECA). L'essentiel sur la réduction des risques. <https://urls.fr/zW9dLy>
3. Fieulaine M. Alcool, normes et stigmates, 2007.
4. Morel A, Couteron JP, Chambon J, et al. Aide-mémoire d'addictologie, 2^e édition. Dunod, 2026.
5. Haute Autorité de santé. Groupe de travail 2023. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool (lire l'argumentaire et l'avis du groupe de lecture) <https://urls.fr/C-F4j2>
6. Fieulaine M. Audition publique, initiative de la Fédération française d'addictologie, 2016.
7. Fédération Addiction. Alcool, accompagner autrement, 2019.
8. Alcoolisme : hors l'abstinence, point de salut ? Le Média, 2021 <https://www.youtube.com/watch?v=mkfMk0r1EKs>
9. Fieulaine M, Lévy J. Guide pratique de la RDR alcool : mieux accompagner les personnes usagères d'alcool en médecine générale. Modus Bibendi, 2023. Téléchargeable sur le site www.modus-bibendi.org ou sur celui de la Fédération Addiction <https://urls.fr/gAPF5L> ou de la revue Le Flyer <https://urls.fr/y3LrZL>
10. Loeber S, Duka T, Welzel Marquez, et al. Effects of repeated withdrawal from alcohol on recovery of cognitive impairment under abstinence and rate of relapse. Alcohol Alcohol 2010;45(6):541-7.

PORTRAIT D'UN ORIGINAL PSYCHIATRE

LIVRE

Laurent Lemire est journaliste ; il consacre son dernier ouvrage au Dr Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934), médecin chef de l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police de Paris entre 1920 et 1934. Le rôle de celui qui fut le maître de Lacan était de recevoir « les intoxiqués, les bizarres et les insensés », envoyés par les commissariats de quartier et de conclure en la nécessité, ou non, de les hospitaliser. L'ouvrage est ponctué de certificats d'internement signés de sa main et conservés dans les archives de la préfecture de police de Paris. On découvre un personnage original, ayant la passion des étoffes dont il photographiait la sensualité des plis en milliers de clichés. Le chapitre sur les polémiques entre surréalistes et psychiatres sur le sujet de la folie est tout à fait passionnant : pour les premiers, les fous étaient inspirants et ne devaient surtout pas être mis à l'écart de la société. Le Dr Clérambault se suicide en 1934 sans explication ni signes avant-coureurs, après une vie solitaire. **K. D.**



Quartier général de la folie

Laurent Lemire. Kubik éditions, 2025. 136 p.