

# LA RDR ALCOOL : MISE EN ŒUVRE ATELIER

Journée de rencontre des CSAPA et CAARUD  
Grand Est Addictions  
11 mai 2022 - Strasbourg





**Cet atelier a été conçu par  
Jean LEVY (08000), médecin généraliste addictologue,  
coanimateur du collectif Modus Bibendi**

**sur la base des travaux et outils de formation élaborés par  
Matthieu FIEULAINÉ (13000), psychologue,  
coordonnateur du collectif Modus Bibendi**



En pratique, on fait comment ?

## **RDRA – APPLICATIONS**



# Libérer la parole des usagers

« Ce qui tue dans l'alcool ce sont d'abord nos silences »

- L'addiction à l'alcool n'est pas une « maladie » mais synonyme de « mal à vivre » et de « **mal à dire** » qui nécessite de créer les conditions pour restaurer **une parole souvent confisquée ou auto-censurée**
- Créer un contexte favorable, un « **bruit de fond** » : signaler par de l'information accessible en salle d'attente que, dans notre structure, on est sensible à ces questions et qu'on l'aborde différemment des discours « usuels » ; information minimale (affiches, flyers)
- **Tenir compte de la honte, de la peur d'être jugé, de la faible estime de soi ou de la culpabilité** ; elles sont le fruit du regard social et des discriminations que subissent ces personnes perçues comme « alcooliques ». Cela les pousse à taire leurs difficultés, d'autant plus quand les « admettre » induirait de devoir modifier ou arrêter leurs consommations
- **L'utilisateur est expert de ses propres pratiques** : pour peu qu'on lui en offre les conditions et les moyens, il est capable de les nommer, les évaluer, d'en mesurer les bienfaits comme les méfaits, de faire des choix et de formuler ou pas une demande d'aide qui corresponde à la fois à ses besoins et à ses capacités de changement. A son rythme
- Aborder cette question de l'alcool sans tabou, comme un élément de normalité sociale dans laquelle peut s'inclure le professionnel lui-même, doit **autoriser les personnes ne voulant ou ne pouvant pas changer leurs pratiques à en parler quand même** (et à parler notamment des **bénéfices** des alcoolisations)

# Comment poser la question ?

- À la question « combien » (buvez-vous ?), qui a finalement peu d'intérêt et fausse le travail en induisant l'évolution quantitative comme objectif, il vaut mieux préférer « comment », « pour (obtenir)quoi » et « avec quelles conséquences » (positives et négatives) pour permettre au patient et au médecin de mieux comprendre les bénéfices des alcoolisations à mettre en perspective avec les risques et dommages.
- Les questions peuvent être :
  - ➔ *Quelles sont les satisfactions que vous procure l'alcool ? Quels effets de l'alcool vous semblent agréables ou nécessaires ? Comment vous sentez-vous sous alcool ? A quoi diriez-vous que l'alcool vous sert ?*
  - ➔ *Quelles sont d'après vous les conséquences de vos consommations d'alcool, sur votre moral, votre forme physique, votre sommeil, vos relations aux autres, votre vie sociale ou professionnelle, votre bien-être ou votre qualité de vie... ?*
  - ➔ *Et d'après vos proches ?*
  - ➔ *A quels moments de la journée ou de la semaine ressentez-vous le besoin ou l'envie de consommer le plus ?...*

EXEMPLE D'EXERCICE : POUR QUELS EFFETS  
BÉNÉFIQUES CONSOMME-T-ON DE L'ALCOOL?

???

# Identifier les bénéfices

- Toute consommation d'alcool est motivée par la **recherche de bénéfices**, d'un bien-être ou mieux-être,
- Ce sont ses **effets et fonctions** qui donnent du sens aux consommations
- Spontanément, les usager.e.s peinent à les identifier et à en parler tant le projecteur est mis essentiellement sur les risques et dommages
- Il est indispensable pour la personne de les nommer pour être en capacité d'y renoncer en tout ou partie (ou pas)
- Attention : ces fonctions et bénéfices sont « **dose-dépendants** » ; l'encouragement à réduire les consommations peut donc induire la perte de fonctions essentielles (ex: anxiolyse à 2-3g d'alcoolémie mais pas à 1g)

# Adapter l'offre d'accompagnement aux usages - Accueillir avec alcool

- Il s'agit pour les professionnels et les structures de l'accompagnement médico-psycho-social de **s'adapter aux usages d'alcool (et non l'inverse** comme c'est le cas le plus souvent), pour l'**accompagnement des consommations** et leur sécurisation, et de le faire savoir
- Adapter les horaires de RDV, les lieux, les conditions de transport ou d'accompagnement, VAD...
- Pour un « accueil inconditionnel », il est nécessaire que se développent des **lieux d'accueil, de soins et d'hébergement avec possibilité de consommer de l'alcool** afin d'éviter les sevrages contraints, les états de manque et les renoncements aux soins

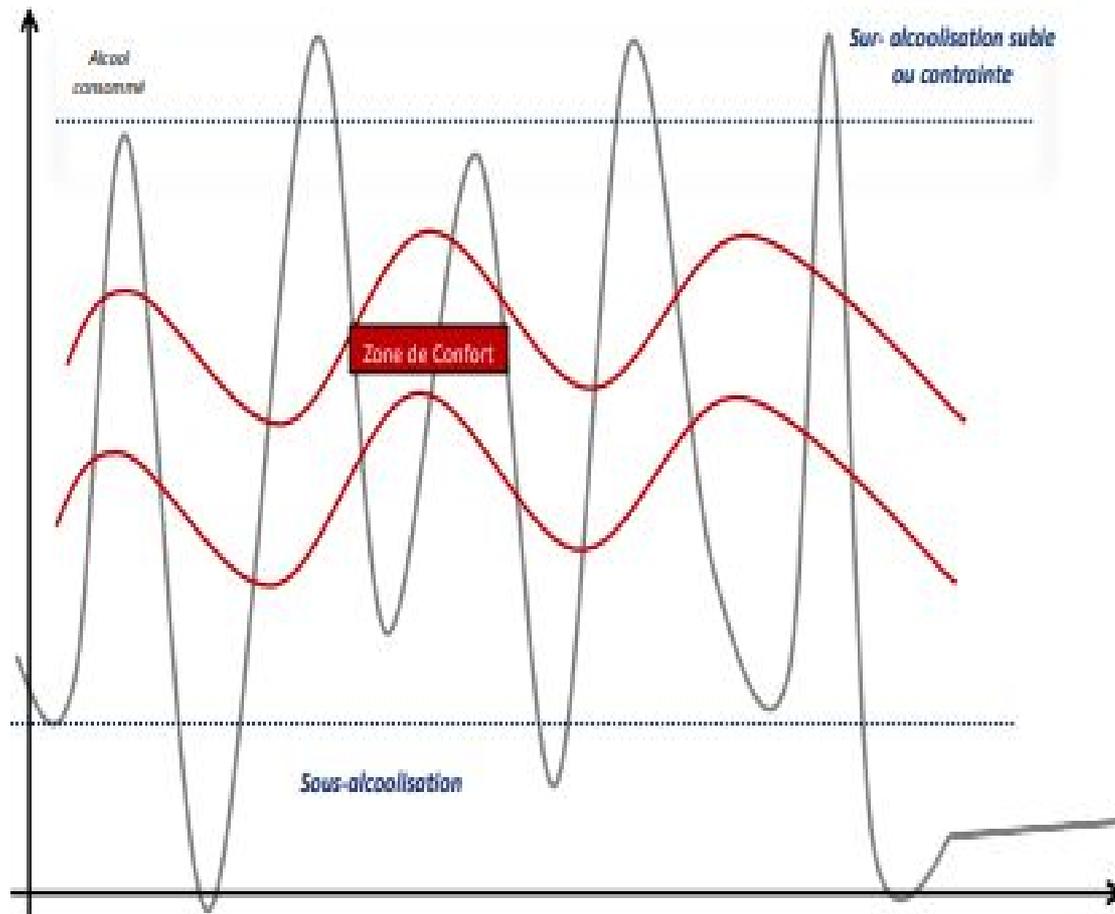
# Sécuriser les alcoolisations = le préalable

- Encore trop souvent, **le préalable à une prise en soins en alcoologie reste le sevrage**, censé placer la personne en situation de réfléchir à ses choix et projets, comme si l'usage d'alcool l'en rendait incapable
- **L'approche RDR propose de remplacer ce préalable par celui d'une sécurisation des consommations**

# Sécurisation = en pratique

- « **Zone de confort** » : ni trop, ni trop peu, ni trop vite (parfois, cela impose d'augmenter les consommations pour éviter le manque)
- Mieux répartir les consommations pour **éviter une alternance de sur-alcoolisations** (dépassant l'effet psycho-actif recherché et source de mal être ou de troubles du comportement non désirés) **et de sous-alcoolisations** (entraînant une souffrance liée au manque)
- **Informé sur le rôle nocif des interdits** (familiaux ou institutionnels) qui entraînent des alcoolisations cachées, rapides et massives, et favorisent justement le « yoyo »
- Si possible, **boire autrement** : hydratation (limite l'impact neurologique, la « gueule de bois » et la fatigue) ; alimentation (alcool soluble dans la graisse → montée de l'alcoolémie plus lente et adaptation neuronale plus simple) ; imprégnation diffuse plutôt que rapide (meilleure répartition des consommations sur la journée)...
- Repérer, pour les limiter, les **circonstances** où les alcoolisations peuvent poser le plus de problèmes : conduite automobile, travail, garde d'enfants...
- Choisir des **lieux de consommations à moindre risque** quand les alcoolisations solitaires posent problème : consommation accompagnée et sécurisée = avec des proches bienveillants, au bar, accueil « bistrotier » (« HSA »)...
- **Éviter la iatrogénie** : Primum non nocere
- Tenir compte des **polyconsommations**
- En cas de **précarité** : **améliorer les conditions d'existence**

LA ZONE DE CONFORT = alcoolémie nécessaire et suffisante pour se sentir « bien », variable d'une personne à l'autre et d'une circonstance à l'autre



# Zone de confort : un équilibre délicat

- Le niveau d'alcoolisation nécessaire et suffisant pour un certain bien-être (ou mieux-être) ou pour l'effet psychoactif recherché dépend de la tolérance de l'utilisateur qui est le plus à même de l'identifier
- Une fois atteinte, le maintien dans la ZDC dépend en partie de la cinétique de l'alcool ; adapter le rythme et la fréquence des consommations à l'élimination de l'alcool pourrait suffire pour des usages festifs ou conviviaux « tranquilles » (conso moyenne maxi de 1 à 2 unité/heure) ou pour éviter le manque, mais...
- ...Attention : cela n'est pas valable pour les personnes, dépendantes ou non, pour qui le maintien de l'effet psychoactif désiré nécessite des montées successives de l'alcoolémie ; à elles de trouver instinctivement, en fonction de leur expérience, le bon niveau d'alcoolisation
- À part, si besoin, la première consommation de la journée ou de l'occasion, éviter de boire trop vite ; s'hydrater et s'alimenter (lipides)
- À adapter sur la durée d'une occasion festive ou, pour les usagers dépendants physiquement, sur l'ensemble de chaque journée
- Pour celles et ceux qui sont contraints à des sous-alcoolisations, avec nécessité de compenser par des pics d'alcoolisation, la stabilisation dans une ZDC est souvent illusoire...

# Primum non nocere

- Chez les usagers d'alcool à risques, la notion de balance bénéfiques/risques des traitements est particulièrement importante ; l'abstention thérapeutique est souvent préférable à des interactions hasardeuses
- Proscrire les sevrages non motivés, contraints ou répétitifs
- Psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, myorelaxants) : potentialisation réciproque du risque sédatif avec l'alcool ; somnolence, confusion, chutes, troubles cognitifs...
- Neuroleptiques : favorisent également la prise de poids et les troubles métaboliques = majoration des risques hépatiques, de diabète et cardiovasculaires
- Médicaments à risque hépatotoxique chez les patients présentant une hépatite alcoolique chronique : paracétamol, certains antidépresseurs, antiépileptiques, antibiotiques...
- Anti-agrégants et anticoagulants : risque majoré d'hémorragie lors de chutes, notamment cérébrale en cas de TC
- Les « addictolytiques » :
  - ➔ le Baclofène favorise somnolence et chutes en association avec l'alcool et/ou benzodiazépines, opioïdes, neuroleptiques + risque de syndrome de sevrage
  - ➔ Le Nalméfène et le Naltrexone interagissent avec les opiacés, notamment Méthadone et Buprénorphine avec lesquels ils sont contre-indiqués sous peine d'induire un état de manque intense (effet antagoniste morphinique)

# Polyconsommations

- Les fonctions des polyconsommations peuvent être :
  - optimiser ou équilibrer les effets (ex : amplifier la montée ou potentialiser les effets) ;
  - contrôler les effets négatifs (ex : atténuer une forte montée ou gérer la descente) ;
  - une solution de rechange (ex : gérer la pénurie)...
- Identifier les produits ou les associations de produits les plus problématiques (ex. : risque d'OD avec OH + BZD + opiacés)
- Suivant les cas, privilégier la consommation d'un des produits, celui qui pose le moins de problème, permettra de se passer ou de réduire l'(les)autre(s) qui en pose(nt) le plus
- Modifier les consommations mais aussi initier des médications ou substitutions peuvent impacter fortement les autres consommations

# Permettre l'accès aux droits, au logement, aux soins

En situation de précarité, le préalable à toute motivation au changement = satisfaire les besoins fondamentaux (**pyramide de Maslow**) sans contraindre à une modification/réduction des consommations :

- Logement,
- Alimentation,
- Soins, lien social
- Insertion, ...
- Si besoin : mesure de protection ; MDPH ; IDE à domicile...



# Information / Evaluation

- Informer : les accompagnants ont pour rôle d'informer sur les risques et de diagnostiquer les dommages des usages d'alcool
- Evaluation et hiérarchisation des bénéfices :
  - ceux auxquels la personne peut/veut renoncer
  - ceux qu'elle entend conserver
- Des risques, dont ceux qu'elle souhaite ne plus prendre et ceux qu'elle juge acceptables
- Et des dommages, dont ceux qu'elle ne veut plus subir et ceux qui lui semblent supportables
- Distinguer l'évaluation du patient de la vôtre qui peut aider le patient à repérer ou nommer des conséquences positives ou négatives pas forcément perçues par lui (attention à ne pas « induire »). Intégrer éventuellement l'évaluation des proches
- ATTENTION : La perception et l'évaluation des risques appartient au patient : elle est subjective et peut souvent être différente de celle du soignant. Les risques et dommages seront d'autant plus acceptables ou supportables par le patient qu'il sera attaché à préserver bénéfices et fonctions des alcoolisations

# Choix éclairé

**Après une information complète et une juste évaluation**, la personne peut choisir en connaissance de cause

- **Maintien** des consommations
- **Réorganisation** qualitative
- **Réduction** quantitative
- **Arrêt** des consommations

Ces choix ne sont **pas des objectifs mais des moyens** d'aller vers les objectifs de l'utilisateur

= **viser la qualité de vie la plus favorable possible** en fonction des ressources, des besoins et des désirs de la personne

Ils sont le fruit d'une **négociation entre l'utilisateur et ses accompagnants**

# Etude de situation en RDRA

## Evaluation des bénéfices risques et dommages induits, priorisation des risques réductibles

### Evaluation des bénéfices:

- Perçus par l'utilisateur
- Perçus par le professionnel

### Evaluation des risques et dommages

- Perçus par l'utilisateur
- Perçus par le professionnel

### Priorisation des risques à réduire:

- Pour l'utilisateur
- Pour le professionnel

### Moyens à engager:

- compétences de l'utilisateur
- incidences sur bénéfices

Tierces ressources mobilisables

Modif des consos

Timing résultats attendus

MERCI POUR  
VOTRE  
ATTENTION



## POUR EN SAVOIR PLUS :

« Alcool : intervenir autrement »  
Fédération Addiction ( document de 2019)

<https://www.federationaddiction.fr/alcool-intervenir-autrement-parution-du-8-pages/>

« Alcoolisme : hors l'abstinence, point de salut? »  
sur Le Media (2021)

<https://www.youtube.com/watch?v=mkfMkOr1EKs>

Si vous souhaitez recevoir la Charte, des publications,  
des infos sur les formations ou les accompagnements  
sur site...

➔ écrivez-nous

[jlevy@ch-belair.fr](mailto:jlevy@ch-belair.fr)

[contact@modus-bibendi.org](mailto:contact@modus-bibendi.org)