

Mieux accompagner les usage.re.s d'alcool

La Réduction des Risques liés à l'alcool

Journée de rencontre des CSAPA et CAARUD



Grand Est Addictions
11 mai 2022 - Strasbourg





**Cette présentation a été conçue par
Jean LEVY (08), médecin généraliste addictologue,
coanimateur du collectif Modus Bibendi**

**sur la base des travaux et outils de formation élaborés par
Matthieu FIEULAINÉ (13), psychologue,
coordonnateur du collectif Modus Bibendi**

matthieu.fieulaine@manieres-de-boire.fr

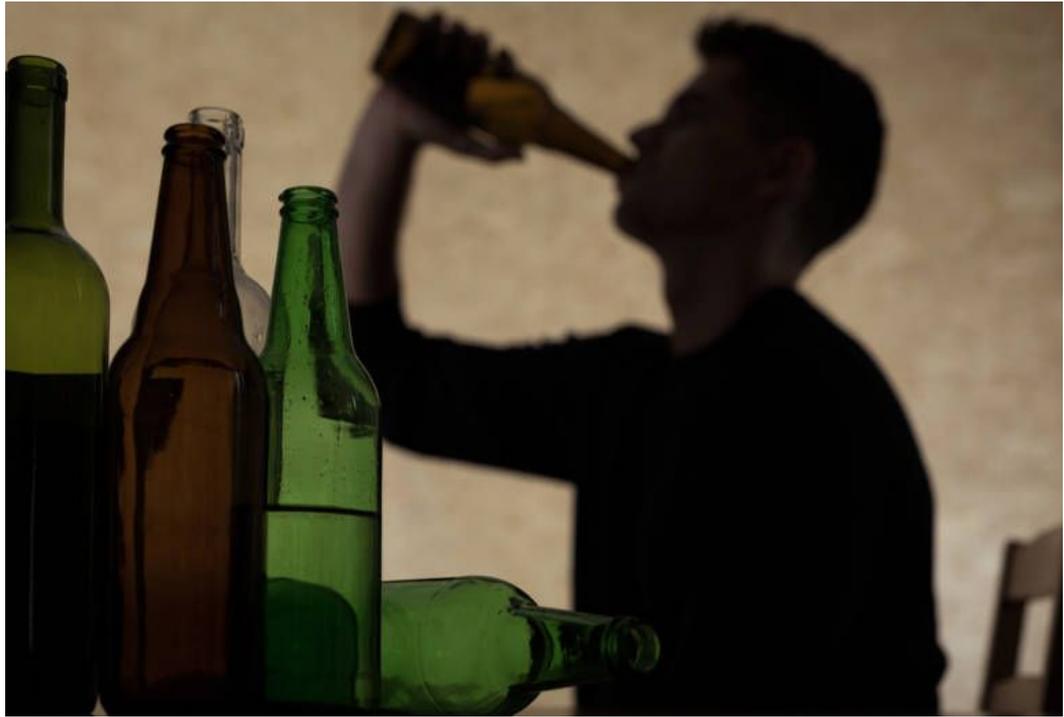
TOUT CE QUE VOUS AVEZ TOUJOURS VOULU SAVOIR SUR LA RDR ALCOOL SANS JAMAIS OSER LE DEMANDER...

(Mais en 30 minutes au lieu de 4 jours ...)



Plan

- Introduction
 - ➔ Modus Bibendi
 - ➔ Une approche récente et méconnue
- Constats et enjeux à l'origine de la RDR alcool
 - ➔ L'alcool dans la société
 - ➔ Facteurs de majoration des risques évitables
 - ➔ Une offre de soins et d'accompagnement sélective
- La RDR alcool : origine, principes et pratiques
 - ➔ De la RDR historique à la RDR alcool
 - ➔ Définition et principes
 - ➔ RDRA en pratique (cf atelier)
- Conclusions
 - ➔ Pragmatisme et changement de paradigme
 - ➔ Un parcours de changement pour les professionnels



INTRODUCTION



Qu'est-ce que Modus Bibendi ?



collectif
des acteurs
de la RDR Alcool

Créé en 2017, Modus Bibendi réunit des personnes engagées dans la promotion et la mise en oeuvre d'une même idée de la RDR Alcool

Issus d'horizons différents et avec des compétences diverses (médecine, travail social, droit, recherche, journalisme, sciences humaines, etc.), ses membres 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 pleine reconnaissance de leurs choix, de leurs compétences et de leur autonomie

- Faire du plaidoyer auprès du grand public, des pouvoirs publics et des professionnels
- Soutenir, défendre et représenter les personnes usagères d'alcool, leurs choix, droits et points de vue
- Développer des connaissances en matière d'approches innovantes, les transmettre et les mettre à la disposition de tous
- Développer des services destinés aux usagers en contribuant à créer des dispositifs d'accueil et de soins
- Accompagner et former les professionnels de tous secteurs pour les aider à agir en RDR pour les usagers

Une approche récente et méconnue

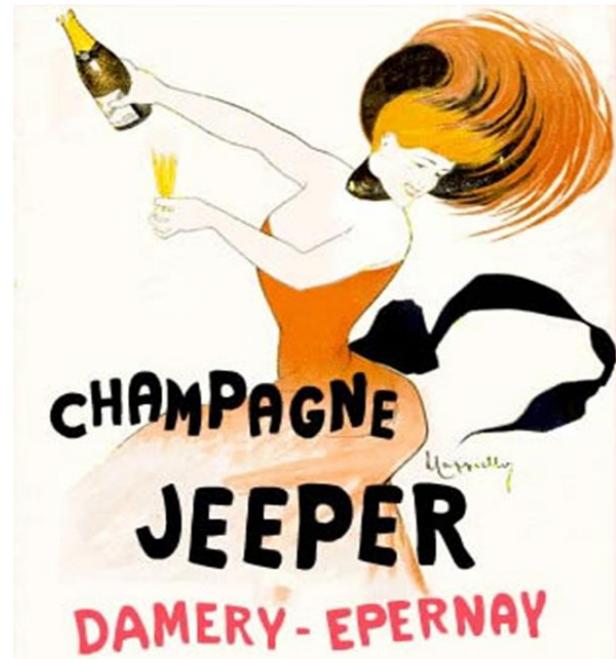
- La Réduction des Risques liés à l'alcool (RdRA) : approche innovante et pragmatique d'accompagnement des usagers d'alcool qui gagne du terrain depuis une dizaine d'années
- Elle vient bousculer (souvent) nos représentations et (toujours) nos pratiques ; elle nous engage à faire un « pas de côté » pour changer notre regard
- Elle est alternative mais aussi complémentaire et compatible avec les approches traditionnelles du soin en alcoologie
- Tout le monde s'en réclame plus ou moins dans le milieu de l'addictologie , mais il persiste beaucoup de flou ou de malentendus autour de cette notion qui fait débat
- Avant de présenter les principes et objectifs de la RdRA, il est indispensable d'aborder les représentations sur les usages d'alcool et les pratiques d'accompagnement dominantes



À l'origine de l'approche RDR alcool

USAGES D'ALCOOL : CONSTATS ET ENJEUX





Aspects quantitatifs, représentations, fonctions, répercussions...

L'ALCOOL DANS LA SOCIÉTÉ



Epidémiologie « express »

87% des Français consomment de l'alcool

10% quotidiennement et 1/3 chaque semaine

10% consomment 58% du volume total

13% des décès ; 41000 décès prématurés/an dont **50% non-dépendants**

-20 ans d'espérance de vie dans les usages à risques chroniques

LA SURCONSOMMATION CONCERNE 15% DES 15-75 ANS

7 millions de Français //OMS (9 millions //Santé Publique France) :

2 millions de consommateurs à risque ;

→ **3 millions de surconsommateurs avec dommages ;**

→ **2 millions de dépendants**

→ La plupart ne sont pas prêts à renoncer aux effets psychoactifs de l'alcool

Pour + de 90% de ces 5 millions d'utilisateurs : aucun accompagnement

= partie immergée de l'iceberg

Aspects sociétaux et représentations

- **Injonctions contradictoires et hypocrisie** : pression sociale à consommer de l'alcool en de multiples occasions (y résister n'est pas toujours facile et considéré comme hors normes) ; à l'inverse, injonction sociale à s'abstenir ou à revenir à la « norme » quand l'usage devient nocif pour la santé, l'entourage ou la société (quand le bon vivant devient l'ivrogne)
- « Normes » d'usage valorisées / « Mésusages » prohibés

➔ Boire selon la norme, c'est vivre en société

➔ Boire autrement, c'est s'en exclure

Quand l'usage devient problème

- C'est d'abord **le regard social** (qu'il émane des institutions familiale, médicale, professionnelle, relationnelle...) qui **fait passer de l'usage au « mésusage »**
- La société et ses composantes décrètent le moment où l'usage pose problème à l'usager, mais aussi et surtout à elle-même, et qui **met au ban le buveur disqualifié**
- C'est un processus pathogène de rejet « hors humanité », donc de **mise à mort symbolique**
- Cela se traduit par trois attitudes sociétales majoritaires : **la négation** (l'ignorance), **le rejet** ou la **pitié**, auxquelles s'ajoutent la compassion

Fonctions multiples = « couteau suisse »

- Toute consommation d'alcool est motivée par la **recherche de bénéfices**, d'un bien-être ou mieux-être
- Les **effets recherchés** (mais pas toujours obtenus) sont multiples et en partie subjectifs : euphorisant, désinhibant, anxiolytique, excitant, dopant, antalgique, hypnotique, amnésiant, anesthésiant, réchauffant...
- Les **fonctions psychosociales** : s'intégrer socialement et s'autoriser un peu de détente, de fantaisie ou d'insouciance ; s'extraire de la réalité pour soulager des souffrances, surmonter des obstacles, supporter ou oublier une existence monotone ou pénible, « gommer le passé », combler l'ennui, le vide ou la solitude, « voyager »...
- Ce sont **ces effets et fonctions** qui font la **promotion de l'usage** d'alcool et son succès chez les humains depuis des millénaires

Dommmages médico-psycho-sociaux

Dommmages et souffrances liées aux alcoolisations

= **effets indésirables**, dégâts collatéraux des bénéfices recherchés

Les **répercussions psycho-sociales** sont les **premières** à apparaître mais sont trop peu repérées avant que les **dommmages médicaux, tardifs**, ne surviennent (d'où l'importance d'un repérage précoce)

- Troubles relationnels; précarisation ; problèmes judiciaires...
- Sevrages à risques, souffrance du manque
- Pathologies neuro, cardio, psychiatriques, digestives ; cancers ; accidents ; suicides...

Alcoolisations chroniques : 2 conséquences imposent d'ajuster nos pratiques:

- La consommation chronique d'alcool provoque un **EPUISEMENT GENERALISE** (physiologique, psychique, cognitif)
- Elle induit également un **VIEILLISSEMENT PRECOCE GENERALISE** (physique, psychique)

D'où la fréquence des déficits cognitifs et des pertes d'autonomie

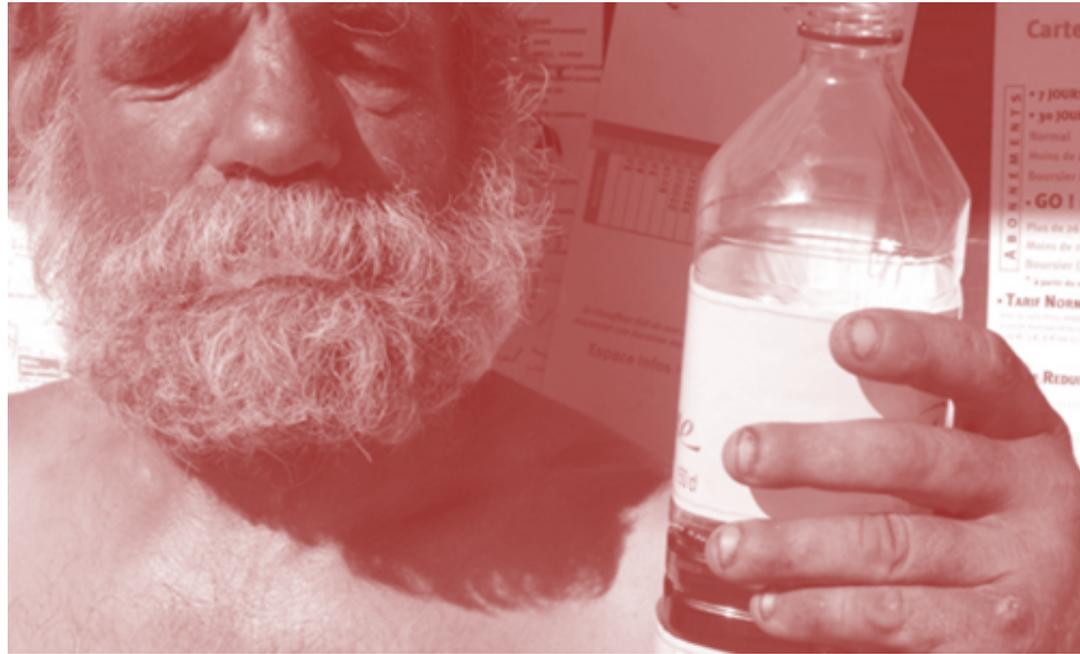
2 modèles dominants normatifs coexistent

Modèle moral

- Art de vivre, convivialité, modération, usage viril, marqueur d'événements = valorisés
- Visions péjoratives de certains usages (modalités, publics) : usage solitaire, matinal, de rue ; femmes, jeunes, pauvres,...
- Ivrogne, pochtron, poivrot, alcoolo...
- Répression de l'ivresse publique
- Prohibition de consommations de rue

Modèle sanitaire

- Usage simple / Mésusages
- Repères de consommation : OMS = 21 verres (♂) ou 14 verres (♀) par semaine dont 1 jour sans alcool et <5VS/occasion ; SPF = 10 verres par semaine dont 2 jours sans alcool
- Intoxication → désintoxication
- Trouble de l'usage d'alcool = maladie → traitements
- Solution = retour à la « norme » ou abstinence si dépendance



MDR...

FACTEURS DE MAJORATION DES RISQUES ÉVITABLES



Exclusion sociale et discriminations

- Les fréquentes situations de stigmatisation, d'atteinte à la dignité, d'exclusion des dispositifs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux et de non réponse aux besoins ou aux demandes de ces personnes, aggravent les risques et les dommages qu'elles encourent ou subissent
- Le principe de l'accueil « inconditionnel » est mis à mal ; trop de personnes sont traitées comme des patients ou des usagers de seconde zone
- **Souffrances spécifiques aux mécanismes d'exclusion :**
 - ➔ **La honte** ≠ culpabilité (soluble dans l'alcool !)
 - ➔ **La désespérance** (≠ de la dépression)
 - ➔ **L'inhibition affectivo-cognitive** : ne penser à rien pour éviter les pensées mortifères , pour ne pas souffrir
 - ➔ **La violence symbolique** : les personnes s'appliquent à elles-mêmes le jugement sociétal négatif

Confiscation de la parole et autocensure

- Contrairement aux UD, les usagers d'alcool n'ont pas d'expression collective (sauf les abstinentes : AA, Croix-Bleue...) ; les professionnels « experts » ont tendance à parler en leur nom
- A titre individuel, la honte, la culpabilité, l'exclusion, l'isolement, la contrainte et les interdits sont des freins à la libération de la parole des usagers, d'autant plus qu'ils ont conscience d'être « hors normes », dépendants ou non
- C'est ce qui fonde le déni (individuel et collectif) et maintient les personnes concernées à distance des soins

Mesures prohibitives et restrictives

- **Les mesures d'interdit de l'alcool** peuvent être le fait de la puissance publique (arrêtés municipaux ou préfectoraux), des institutions médico-sociales (préalable pour être accueilli) ou de l'entourage des usagers à risques ou dépendants (parfois des usagers eux-mêmes)
- Elle restreignent leur temps et leur espace disponibles pour consommer et **induisent des phases de sous-alcoolisations alternant avec des suralcoolisations cachées, rapides et massives**
- Elles rendent aussi difficiles l'expression des usagers sur la réalité de leurs consommations, une juste évaluation, une prévention efficace ainsi qu'un accès à des conseils et à un accompagnement adaptés



Patrogénie des sevrages contraints, subis et répétés

Il est nécessaire de déconstruire l'idée selon laquelle tout sevrage d'alcool serait une expérience utile (cf tabac)

- Le sevrage contraint, comme préalable à de nombreuses démarches de soins ou prises en charge sociale, non seulement ne respecte pas le libre choix et la dignité des personnes (voire la légalité), mais il est **source de souffrance neurologique** à l'origine, surtout s'il est répété trop souvent, de **détérioration cognitive**
- De nombreux usagers font le choix de se tenir à distance des prises en charge sanitaires ou médico-sociales mais d'autres, pour pouvoir en bénéficier, sont amenés à subir des **sevrages non désirés, voire des états de manque sans assistance médicale**
- Chaque sevrage, même médicalisé, entraîne un **vieillissement cérébral accéléré** et majore le risque cognitif

Autres facteurs iatrogènes : responsabilité médicale (liste non limitative : cf atelier)

- Psychotropes sédatifs (BZD...): somnolence, confusion, chutes, troubles cognitifs...
- Neuroleptiques : prise de poids et troubles métaboliques = majoration des risques hépatiques, de diabète et cardiovasculaires
- Médicaments à risque hépatotoxique
- Anti-agrégants et anticoagulants : 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 autres psychotropes + risque de syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal
 - ➔ 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 (par effet antagoniste sur les récepteurs morphiniques)
- ...



De nombreuses personnes laissées au bord du chemin

UNE OFFRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT SÉLECTIVE

Une offre « haut seuil »

- Le dogme de l'abstinence et le préalable du sevrage sont encore dominants
- L'arrêt ou la baisse des alcoolisations est censé permettre aux personnes de « penser leur usage d'alcool », comme s'ils étaient incapables de le faire sans changer leur mode d'usage
- Plus d'exigences vis-à-vis des usagers d'alcool que des usagers de drogues pour lesquels la RDR dans le maintien de leurs consommations est largement admise

Bénéfices des alcoolisations : souvent ignorés

- Les questions « combien ? » et « pourquoi ? » occupent une place majeure dans l'abord des usages, alors que celles qui permettent le mieux de les comprendre et de les évaluer sont « comment ? », « **pour (obtenir) quoi ?** », « quelles conséquences ? »
- Il est indispensable d'**identifier les fonctions utiles de l'alcool**, voire existentielles pour certaines personnes, **au risque de disqualifier les bénéficiaires en ne reconnaissant aucun sens à leurs pratiques**

A l'usager de s'adapter

- Faute d'affirmer que l'abstinence n'est pas un préalable, pas plus que la réduction des consommations, mais un moyen parmi d'autres d'un changement favorable, **l'offre de soins et d'accompagnement classique n'accueille que ceux qui sont prêts à s'adapter**, ne serait-ce que formellement, à de tels objectifs
- On demande à l'usager de s'adapter à l'offre de soins ou d'accompagnement plutôt que l'inverse ; il va logiquement exprimer la demande qui permet le mieux d'être pris en charge (ou y renoncer)
- **La demande** « aidez moi à arrêter...l'alcool » doit souvent être décodée : « ...de souffrir de l'alcool », ou « ...de faire souffrir mes proches »...
- Patients souvent considérés comme « pas prêts », « sans demande », « touristes », « contemplatifs », ...

Défaut de recours aux soins et retard clinique

- **Tout projet de changement est potentiellement déséquilibrant** et donc générateur de souffrances pour la personne usagère
- On laisse de côté un grand nombre d'usagers en souffrance pour qui les options de l'arrêt ou de la réduction des consommations ne sont pas envisageables
- Seuls **5% d'entre eux fréquentent les structures spécialisées en addictologie** (vs la majorité des usagers d'héroïne), dont 20% sous contrainte judiciaire
- Ils n'y arrivent bien souvent qu'à un stade avancé des dommages, avec un **retard diagnostique d'environ 20 ans en moyenne**
- Beaucoup de sentiments d'échec et de ruptures de soins

RDR : souvent une option par défaut

- Une offre de RDR alcool en général tardive, en dernier recours, et timide, le plus souvent centrée sur l'objectif de réduction des consommations
- Des programmes d'accompagnement des consommations sont proposés à des patients après de multiples échecs de projets abstinentiels, mais plus rarement à de nouveaux patients



Origine, principes et pratiques

LA RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS À L'ALCOOL



De la RDR « historique » à la RDR alcool

- Une demande des usagers de drogues (imposée aux professionnels dans les années 80-90) pour survivre (SIDA) et ne plus souffrir
- Une pratique d'accompagnement dont la validité n'est plus à prouver : résultats positifs en terme de réduction de la morbi-mortalité, d'amélioration de la qualité de vie et d'insertion sociale ainsi que d'accès aux soins → extension progressive aux autres addictions
- RDR des usages d'alcool : une demande des professionnels, conscients des limites de leur action, pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des usagers ; intentions, balbutiements et expérimentations
- L'approche RDR dans l'accompagnement des usagers d'alcool, sans contrainte au changement, peine encore à s'imposer, malgré le passage de l'alcoologie à l'addictologie

Une définition

- Cette définition permet de s'affranchir du modèle sanitaire comme du modèle moral en faisant notre les principes du *Compassionate pragmatism*
- *La Réduction des Risques (RDR) est une approche d'accompagnement centrée sur la diminution des conséquences néfastes d'un usage de substances psycho-actives 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 de 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*

Principes majeurs (cf charte MB)

- Accueil « inconditionnel » = **aucun préalable** à un engagement dans les soins ni à un objectif de changement prédéfini
- La RdRA se fonde sur le choix, les compétences, l'expérience et l'expertise de la personne usagère = **empowerment**
- **Respect des choix de la personne**, y compris s'ils sont contraires à ceux des accompagnants
- Partir des fonctions et des conséquences des alcoolisations et non des quantités et des causes
- **Accompagnement et sécurisation** des consommations
- La **qualité de vie** comme fil conducteur : amélioration ou moindre dégradation
- Toute diminution des risques et dommages induits, voire une simple stabilisation, peut être vue comme un résultat valable

Une porte d'entrée de première intention

- La RDRA n'a pas vocation à être une offre par défaut mais une approche de première intention dans l'accompagnement
- Pour tous les types d'usage : à risques ou nocif, avec ou sans dépendance
- À tous les stades du parcours de l'utilisateur
- Vers toutes les options (dont celles de l'abstinence ou de la réduction)
- Amélioration de la santé selon la définition OMS
- Compatibilité et complémentarité avec l'offre de soins et les outils utilisés en addictologie (approche motivationnelle, thérapies brèves...)

Ce que n'est pas la RDRA

Il faut également s'accorder sur ce que n'est pas une pratique de RDR en matière d'usages d'alcool

- RDRA ≠ quantification des consommations
- RDRA ≠ simple réduction des consommations*
- RDRA ≠ refus d'un projet d'abstinence*
- RDRA ≠ incitation à boire
- RDRA ≠ banalisation ou minimisation des risques et souffrances liés aux excès d'alcool
- RDRA ≠ lois et programmes de prévention (ex : prévention routière, taxation des boissons, DJ, RPIB...)

* = options parmi d'autres

RDRA ≠ réduction des consommations

- Syllogisme : la consommation d'alcool est à risque ; réduire la consommation réduit les risques ; donc, réduction de consommations = stratégie de RdR... (M. Benslimane dans le Flyer)
- Résumer la RdR à la « RdC » est une approximation et un appauvrissement du concept (« RdR washing »)
- C'est malheureusement le cas dans le rapport du Fonds Actions Addictions (01/2021), dans celui de l'INSERM (06/2021) et dans la note de la MILDECA (09/2021)

Santé publique vs RdRA :

2 approches différentes mais compatibles

Approche sanitaire/prévention

- Espérance de vie
- Normes d'usage
- Objectifs statistiques
- Evaluation quantitative
- Priorité = sevrage ou modération
- Choix dirigé/suggéré
- Expertise des soignants
- « Cure »
- RDR par défaut après échecs dans le soin

Approche RdRA

- Qualité de vie
- Fonctions des usages
- Objectifs individualisés
- Evaluation qualitative
- Priorité = sécurisation (usagers et consos)
- Choix éclairé/libre
- Expertise de l'utilisateur
- « Care »
- Porte d'entrée vers toutes les options de soins

La RDR alcool en pratique (atelier)

- Libérer la parole ; les fonctions des alcoolisations
- Accueillir avec alcool
- Partir des conséquences (bénéfices, risques et dommages) et non des quantités consommées ou du degré de dépendance
- Préalable = sécurisation ; zone de confort ;
- Informer sur les risques /diagnostiquer les répercussions
- Evaluer et hiérarchiser les conséquences /Négocier les éventuels changements
- Quels bénéfices conserver ou laisser? quels risques et dommages accepter ou éviter?
- Agir sur les consommations : maintien, réorganisation, réduction ou abstinence (voire majoration)
- Primum non nocere
- Tenir compte des poly-consommations
- Associer les proches et les partenaires à la démarche RDR
- Réévaluer /réajuster



Quelles perspectives ?

CONCLUSIONS



Pragmatisme et changement de paradigme

- Prendre la personne où elle est, sans a priori ni préalable, à son rythme
- Élargir l'offre de soins et d'accompagnement
- Limiter les dégâts ; ni sauveurs ni « guérisseurs » ; éviter d'être dans le « tout ou rien »
- Viser une amélioration ou une moindre dégradation de la qualité de vie
- Une possible étape vers des soins plus élaborés et une rupture avec l'alcool

Un parcours de changement pour les professionnels

- Prochaska ne concerne pas que les patients !
- Réflexion et prise de conscience collectives nécessaires
- Savoir-faire : formations
- Faire savoir : une offre d'accompagnement à promouvoir auprès des usagers et de leurs proches (« bruit de fond »)
- Echanges de pratiques
- Programmes ETP ?

À méditer...

- « En terme de problématique collective et communautaire, (...) la politique de réduction des risques dans son ensemble condui(sen)t les villes et leurs habitants à réapprendre à vivre avec les toxicomanes, êtres qui avaient été exclus dans l'invisibilité » Annie Mino – 1995
- « On doit avant tout, si l'on veut véritablement conduire quelqu'un à un lieu précis, faire attention à le rencontrer là où il se trouve, et commencer là. Ceci est le secret de tout art qui vise à aider son prochain » Soren Kierkegaard
- « J'ai retiré plus de choses de l'alcool que l'alcool ne m'en a retirées » Winston Churchill
- « Avant de guérir quelqu'un, demandez-lui s'il est prêt à abandonner les choses qui le rendent malade » Hippocrate

CHARTRE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES ALCOOL

Considérant la réalité des consommations d'alcool autorisées voire valorisées par nos sociétés, ainsi que leurs conséquences sur la santé et la vie sociale des personnes et des populations.

Considérant le droit de toute personne à définir pour elle-même ses besoins et ses souhaits en matière de qualité de vie et de santé.

Considérant que nul ne peut se voir privé d'une aide ou d'un soin en raison de ses choix de mode de vie et de consommations, sa situation sociale, administrative, financière, sa culture ou sa religion,

Qu'à contrario, nul ne peut se voir imposer par la contrainte, hors du strict cadre de la loi, aucune forme de soin, d'aide et d'accompagnement qu'il n'aurait pas choisie.

Considérant qu'une relation d'aide et de soin ne saurait constituer un droit ni un pouvoir à décider à la place des personnes qui en bénéficient.

Que toute entrave à ces principes produit de la maltraitance, car elle constitue une atteinte à la liberté des personnes qui en sont victimes ainsi qu'à leur dignité entendue comme capacité à décider pour soi.

Considérant la liberté de chacune et chacun à consommer ou non les boissons alcoolisées de son choix, dans le respect de la liberté et de l'intégrité d'autrui.

Considérant enfin que chaque usage est singulier, qu'il s'inscrit dans une logique qui remplit des fonctions et qui escompte des bénéfices et qu'il n'existe donc pas de « bonnes » ou de « mauvaises » manières de boire.

Nous dénonçons

- **Toute discrimination, exclusion ou déni de droit au prétexte de consommations d'alcool**, toute attitude qui génère ou aggrave les effets négatifs des consommations d'alcool : stigmatisation, culpabilisation, refus de soins, refus d'hébergement, injonction, chantage, non-accès aux services...
- **Tout rapport de domination**, tout discours, toute norme ou pratique obligeant la personne à dissimuler ses consommations ou ses difficultés et de ce fait à se priver de l'aide et du soin auxquels elle pourrait prétendre.
- **Toute entrave au pouvoir de décision** des personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool.

Nous considérons pour toute personne, en difficulté (ou non) avec ses consommations (ou avec celles d'autrui)

- **Qu'elle doit pouvoir bénéficier d'une information objective**, complète, pertinente et personnalisée au regard de ses pratiques de consommation.
- **Qu'elle doit pouvoir accéder, lorsqu'elle le souhaite, à un accompagnement à la réduction des risques** et dommages liés à ses consommations, aussi bien dans le maintien, dans la régulation, dans la diminution, ou bien dans l'arrêt de ses consommations, sans exclure aucune de ces quatre propositions.
- **Que le choix parmi ces propositions non hiérarchisables n'appartient qu'à elle**, et qu'il doit être rigoureusement éclairé.

CHARTRE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES ALCOOL

Nous définissons ainsi les principes de la Réduction des Risques Alcool

- La Réduction des Risques Alcool se fonde en premier lieu sur **le choix, les compétences, l'expérience et l'expertise de la personne usagère**.
- Elle s'attache à **sécuriser les consommations** sans contraindre au changement.
- Elle soutient les personnes dans la recherche et la préservation de leur « zone de confort » en accompagnant leurs parcours d'usage, avec pour objectif premier **d'agir positivement sur leur qualité de vie**.
- Elle œuvre à la **juste évaluation des bénéfices, risques et dommages** associés à leurs pratiques de consommations, en priorisant les risques et dommages qu'il convient de réduire ou prévenir, y compris en préservant les bénéfices dont la personne ne saurait se priver.

- La Réduction des Risques Alcool n'est **ni quantification ni tolérance des consommations**. Elle ne peut être réduite à la « réduction des consommations d'alcool ».
- Elle s'adresse à toute personne dont la vie est **impactée par l'alcool**, à tous les types d'usage et à tous les âges de la vie. Elle ne saurait être une option par défaut destinée uniquement aux personnes ne pouvant se conformer aux exigences thérapeutiques normatives.
- Elle est une **approche transversale** découlant aussi bien en prévention qu'en pratiques cliniques, dans le champ professionnel spécialisé comme dans tout espace social où la question de l'alcool est présente.

Charte rédigée par Modus Bibendi, Collectif des Acteurs de la RDR Alcool.  **MODUS BIBENDI**

J'adhère à ces énoncés, je m'engage à les promouvoir et à les mettre en œuvre dans le respect des droits fondamentaux des personnes ainsi que dans la limite du cadre légal en vigueur et/ou de mes obligations professionnelles.

Fait à le

Nom, Prénom

Profession, objet social

Email

Signature¹

1- Pour la signature de cette charte j'accepte de voir mon nom cité comme adhérent, sur l'ensemble des engagements de la charte.

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

contact@modus-bibendi.org