

**MIEUX ACCOMPAGNER
LES PERSONNES
USAGÈRES D'ALCOOL
EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

**GUIDE PRATIQUE
DE LA RÉDUCTION
DES RISQUES ALCOOL (RDRA)**



**MODUS
BIBENDI** COLLECTIF
DES ACTEURS
DE LA RDR ALCOOL

Avant-propos

Les médecins généralistes en première ligne pour accompagner les personnes usagères d'alcool*

Un.e consultant.e adulte sur cinq en médecine générale a un usage d'alcool à risques, avec ou sans dommages induits, avec ou sans dépendance.

La consommation d'alcool concerne la plupart des Français.es. Celle-ci est motivée par la recherche des effets psycho-actifs du produit, des fonctions psycho-sociales et des bénéfices (goût, plaisir, rituel...) qu'il leur procure. Certain.e.s (entre 20 et 30 %) s'exposent à des risques plus ou moins importants, ou subissent les dégâts collatéraux des alcoolisations : répercussions comportementales, psychiques, socioprofessionnelles, relationnelles, familiales ou sur leur santé, à l'origine d'une dégradation de leur qualité de vie, de souffrances et parfois d'exclusion sociale qui pourraient être évitées.

L'offre de soins repose trop souvent sur le préalable du sevrage (souvent non désiré et source de détérioration cognitive en cas de dépendance physique, surtout s'il est répété) et sur un objectif d'abstinence, auquel peu de personnes concernées sont prêtes à adhérer. Seules 5 à 10 % d'entre elles s'adressent au dispositif de soins spécialisé et n'y parviennent en moyenne qu'après 20 ans d'usage à risques et fréquemment avec des dommages psychiques, somatiques ou sociaux déjà importants. Pour les 90 % restant, les médecins généralistes sont en première ligne.

La Réduction des Risques (RDR) est une approche alternative à ce préalable. 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.

Elle est tout à fait adaptée à la pratique de la médecine générale qui repose sur les mêmes piliers : pragmatisme, empathie, proximité et connaissance globale du patient.

Avertissement

Avant de vous plonger dans ce guide, nous vous invitons à lire la notice qui en précise le contexte et les principes.

Chacune des étapes d'intervention proposées peut être réalisée sans induire la mise en œuvre de toutes les autres.

Ce guide est accompagné d'un livret pédagogique (incluant des vignettes cliniques) qui vous permettra d'aller plus loin.

Notice et livret sont consultables sur le site www.modus-bibendi.org



L'usage d'alcool à risque ou nocif concerne **1 patient.e sur 5** en médecine générale mais n'est abordé en consultation que **moins de 1 fois sur 100.**



Libérer la parole des patients

S'il n'y avait qu'une étape à retenir, ce serait celle-ci.

Le problème est récurrent, en médecine générale comme ailleurs : praticiens et patients évitent autant que possible d'aborder le sujet de l'alcool : sujet complexe, représentations péjoratives, injonction à modifier les pratiques de consommations s'il y a problème.

Tout concourt à éviter d'en parler, jusqu'à ce que la situation soit vraiment grave.

Aborder le sujet systématiquement, et "naturellement" comme l'on peut évoquer l'usage de tabac ou les pratiques alimentaires c'est déjà réduire les risques

Créer un contexte favorable en s'adressant à sa patientèle avant de s'adresser à la personne ; signaler par de **l'information accessible en salle d'attente** que, dans notre cabinet, on est sensible à ces questions et qu'on les aborde différemment des discours "usuels" ; c'est le bruit de fond et l'information minimale (affiches, flyers).*

Établir ou consolider une relation de confiance par une écoute empathique, sans jugement, c'est

permettre aux personnes, qu'elles veuillent ou non changer leurs pratiques, d'en parler quand même et de réfléchir aux éventuelles adaptations nécessaires. L'alcool doit être abordé comme un facteur de risque parmi d'autres ; en parler devrait être simple puisque l'usage d'alcool est une "pratique sociale normative" partagée par une large majorité (y compris chez la plupart des médecins...).

Il est nécessaire de tenir compte de la honte, de la peur d'être jugé, de la faible estime de soi ou de la culpabilité ; elles sont présentes chez la plupart des personnes en difficulté avec leur usage d'alcool, avec ou sans dépendance, et 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" (ou "avouer" !) induit de devoir ensuite modifier ou arrêter leurs consommations.

En pratique

Pour libérer cette parole, il est très important, avec chaque personne, d'**identifier les fonctions positives**, les bénéfiques qui justifient toute alcoolisation, qui donnent du sens aux consommations, qui les rendent satisfaisantes, nécessaires, voire indispensables pour elle ; il faut donc l'encourager à en parler. Quelles que soient les souffrances ou difficultés induites par l'usage d'alcool, elles ne sont que les effets indésirables mais parfois nécessaires à l'obtention de ces bénéfiques.

- **Les effets recherchés** (et/ou obtenus) sont multiples : euphorisant, désinhibant, anxiolytique, excitant, dopant, antalgique, hypnotique, amnésiant, anesthésiant, antidépresseur...
- **Mais aussi** 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"... ou, tout simplement, s'intégrer socialement et s'auto-riser un peu de fantaisie et d'insouciance.

Attention, ces fonctions et bénéfiques sont "dose-dépendants" : leur obtention est garantie par un niveau d'alcoolémie spécifique : un effet anxiolytique par exemple nécessitant chez une personne une alcoolémie à 3 grammes ne pourra être obtenu si la personne s'astreint à n'être qu'à 1 gramme. L'encouragement à réduire les consommations par le médecin peut donc induire la perte de fonctions essentielles.

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 bénéfiques 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,

* Toutes les astérisques renvoient au Livret au **Pédagogique**



Parmi les **40 000** personnes qui décèdent chaque année du fait de leur consommation d'alcool, **50 %** ne sont pas dépendantes.



vos 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 ? ...

Accompagner/sécuriser les personnes et leurs consommations* = le préalable

Avant d'envisager un quelconque changement dans les modes de consommations, la priorité est de les sécuriser par un certain nombre de précautions d'usage.

Adapter le mode d'accompagnement aux pratiques et au rythme des patients (et non l'inverse).

En pratique

- Donner les rendez-vous de consultation à des horaires adaptés aux réalités d'usages (ce qui nécessite de les connaître).*
- Parce que certaines personnes s'imposent de ne pas boire pour venir en consultation ou se privent d'y aller si elles ont bu et se mettent ainsi en souffrance, pouvoir accueillir les personnes alcoolisées (ce qui ne signifie pas ivres) plutôt qu'en état de sous-alcoolisation ou de manque et les informer de cette possibilité.
- Les aider à éviter l'usage de la conduite automobile ou les trajets longs pour les personnes avec difficultés motrices : favoriser l'accompagnement par un tiers, VAD, téléconsultation, prescriptions de transports si ALD...

Remplacer le préalable classique (implicite ou explicite) de la non-consommation pour consulter par celui explicite de la sécurisation des consommations.

* Toutes les astérisques renvoient au Livret Pédagogique

En pratique

- Rechercher une **"zone de confort"** : ni trop ni trop peu (alcoolémie nécessaire et suffisante pour se sentir "bien", variable d'un patient à l'autre) ni trop vite (une montée lente permet une meilleure adaptation cérébrale) ; parfois, cela impose d'augmenter les consommations pour éviter le manque.
- Éviter le "yoyo" : 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, cette souffrance étant d'abord psychique bien avant de prendre la forme visible par des signes cliniques type sueurs, tremblements...).
- **Informé sur la nocivité potentielle des interdits et restrictions** (familiaux ou institutionnels) qui entraînent des alcoolisations cachées, rapides et massives, et favorisent justement le "yoyo".
- Plutôt que boire forcément moins, si possible **boire autrement** : hydratation (limite l'impact neurologique, la "gueule de bois" et la fatigue) ; alimentation (l'alcool étant soluble dans la graisse, la montée de l'alcoolémie sera plus lente), imprégnation diffuse plutôt que rapide (meilleure répartition des consommations sur la journée)...
- Repérer, pour les limiter ou les adapter, les **circonstances** où les alcoolisations peuvent poser le plus de problèmes : conduite automobile, travail, garde d'enfants...
- Orienter si possible, quand les alcoolisations solitaires posent problème, vers des **lieux de consommations à moindre risques**, où la consommation est accompagnée et sécurisée : avec des proches bienveillants, au bar, en accueil "bistrotier"...*
- **Éviter la iatrogénie** (cf plus bas).
- Tenir compte des **poly-consommations** (cf plus bas).
- **Chercher à agir d'abord sur les conditions d'existence** et sur l'environnement qui impactent les consommations notamment en **cas de précarité** : accès aux droits, à un logement décent, aux soins, à des liens sociaux...

Informé sur les risques médico-psycho-sociaux liés à l'alcool

- **Risques pour la santé** : accidents, fatigue (sommeil perturbé) voire épuisement, vieillissement accéléré, pathologies digestives, neurotoxiques ou neuro-dégénératives, psychiques (troubles de l'humeur), cardiovasculaires, métaboliques, états de manque...

ATTENTION : la perception et l'évaluation des risques appartient à la personne : elle est subjective et peut souvent être différente de celle du soignant. Les risques et dommages lui seront d'autant plus acceptables ou supportables qu'elle sera attachée à préserver bénéfices et fonctions des alcoolisations.

**CE QUI TUE DANS L'ALCOOL
C'EST D'ABORD**

LE SILENCE

**EN PARLER C'EST UN MOYEN
DE MIEUX VIVRE AVEC... OU SANS**



Évaluer, diagnostiquer

Une juste évaluation doit recenser :

- Les **risques**, théoriques, et dont la notion pour le patient est subjective, et les **dommages**, eux bien concrets, qui doivent être diagnostiqués pour une pleine information du patient, **en identifiant ceux qui lui posent le plus de problèmes et ceux qui lui paraîtraient acceptables**.
- Mais aussi les **bénéfices des alcoolisations**, en les classant par ordre d'importance pour le patient : **certains peuvent s'avérer secondaires, d'autres apparaître comme très utiles, voire existentiels**.

Un **choix éclairé** de la personne nécessite une identification claire des effets positifs de ses manières de boire, ainsi que des risques et des éventuelles répercussions pathologiques ou psychosociales de son usage d'alcool. Il faut donc aider la personne à évaluer pour elle-même ou elle se situe dans ses consommations.

ATTENTION : il peut être difficile de faire énoncer par les patient.e.s ces effets positifs quand le regard social et les discours ambiants renvoient toujours la personne à la dimension "problématique" de ses pratiques. Cette difficulté est accrue si la personne est en détresse ou en crise lorsqu'on aborde le sujet car elle aura d'autant plus tendance à tenir un discours "convenu" ou contraint par le contexte.

En pratique

Évaluer avec l'intéressé.e la liste des **bénéfices** ressentis, **risques** potentiels et **dommages** subis de son usage d'alcool, et lui demander d'évaluer ceux qui revêtent le plus d'importance pour lui ou elle. Distinguer son évaluation de la nôtre qui peut l'aider 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.

Évaluation des bénéfices, risques et des dommages induits, priorisation des risques réductibles	
Évaluation des bénéfices : — Perçus par l'utilisateur.e — Perçus par le/la professionnel.le	Évaluation des risques et dommages : — Perçus par l'utilisateur.e — Perçus par le/la professionnel.le
Priorisation des risques et des dommages à réduire : — Pour l'utilisateur.e — Pour le/la professionnel.le	Moyens à engager : — Compétences de l'utilisateur.e — Incidences sur bénéfices — Tierces ressources mobilisables — Modification des consommations — Timing résultats attendus

* Toutes les astérisques renvoient au Livret Pédagogique

Négocier les objectifs et stratégies de RDR

Les objectifs et stratégies de RDR seront le fruit d'une négociation entre le patient ou la patiente et nous, soignant.e.s et accompagnant.e.s, incluant, si possible, son entourage, prenant en compte **sa qualité de vie, son bien-être et sa santé** au sens global du terme (définition OMS). Le rôle du médecin consiste à informer, à clarifier, et à interroger ce que la personne perçoit ou non comme problématique ou comme indispensable pour aboutir à un compromis.

En pratique

Les choix de la personne, qu'il conviendra de respecter y compris s'ils s'opposent à notre vision de ce qui serait bon pour elle, doivent être le fruit d'une juste analyse des **risques et dommages qu'elle souhaite prioritairement supprimer ou limiter** (ex : pancréatite, troubles du sommeil, conduite sous alcool, reproches ou inquiétude de la famille...), et des **bénéfices auxquels elle ne peut ou ne veut pas renoncer** (ex : effet de soulagement psychique dans certaines situations, convivialité, soupape du week-end...).

Travailler sur les consommations : un outil pour agir sur la qualité de vie

Il convient de proposer aux patient.e.s différents choix possibles en leur affirmant que, quelque soit le leur, on leur garantit le maintien de notre suivi, dans la limite de nos moyens et compétences.

Ces options (ci-dessous) ne sont pas des finalités mais des moyens pour les aider à améliorer leur qualité de vie. Le but n'est donc pas, a priori, qu'ils ou elles boivent moins ou arrêtent mais se sentent mieux ou moins mal, ce qui ensuite permet d'avancer et de définir de nouveaux objectifs.

En pratique

- Le maintien du mode d'alcoolisation
- Le réaménagement (rythme, horaires, jours, vitesse de consommation...)
- Agir sur les contextes et environnements de consommation (où, avec qui...)
- La diminution
- L'augmentation
- L'arrêt

L'option choisie intégrant, à des degrés divers, la sécurisation, la réduction des risques et dommages ainsi que l'amélioration de la qualité de vie. L'abstinence et la réduction des consommations n'étant alors que des options parmi d'autres.



L'entrée dans les soins n'a lieu en moyenne qu'au bout de **20 ans !**



Un choix éclairé, même en cas d'alcoolopathie ou de comorbidité sévère

Dans ces situations (cirrhose, neuropathie, cardiomyopathie...) la tendance habituelle des soignants et accompagnants est d'enjoindre, voire de contraindre, la personne à l'abstinence dans un objectif d'amélioration du pronostic alors que c'est toujours à elle de faire les choix qui lui semblent les plus adaptés, quitte à accepter consciemment une issue fatale si elle ne souhaite pas (ou ne peut pas) renoncer aux bénéfices et fonctions de l'alcool.

Primum non nocere = responsabilité première des prescripteurs

Chez les usager.e.s d'alcool à risques, la notion de balance bénéfices/risques des traitements est particulièrement importante et doit intégrer les interactions entre alcool et médicaments. D'une manière générale il nous faut limiter les médications car les patient.e.s concerné.e.s sont souvent déjà surmédiqué.e.s (y compris par des traitements initiés lors de précédents sevrages et renouvelés malgré la reprise des alcoolisations). Les personnes souffrants d'atteintes avec symptômes générant douleurs ou inconforts tendent à déjà utiliser l'alcool à des fins anxiolytiques, antalgiques ou anesthésiantes.

En pratique

- **Plutôt que conseiller l'abstinence** si l'on prescrit un médicament aux interactions à risques avec l'alcool, **préférer l'abstention thérapeutique** chez quelqu'un qui ne peut ou ne veut pas renoncer à l'alcool.
- **Précautions d'emploi des médicaments** : les psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques, opioïdes...) qui potentialisent les risques sédatifs, cognitifs et accidentogènes ; les molécules potentiellement hépatotoxiques ; les anticoagulants (risque majoré en cas de chute, notamment d'hématome cérébral).

* Toutes les astérisques renvoient au Livret Pédagogique

– **Place des addictolytiques** : ne sont éventuellement utiles que si l'option choisie est la réduction quantitative ou l'arrêt des consommations, mais attention aux interactions ou aux effets secondaires.

- **Baclofène** : majoration du risque sédatif, notamment en phase de titration, surtout en association avec benzos et/ou alcool ; tenir compte des contre-indications, précautions d'emploi et effets indésirables fréquents ; risque de syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal.

- **Nalméfène®** (Selincro®) et **Naltrexone®** (Revia®) : attention à la contre-indication avec les TSO (Buprénorphine et Méthadone) et autres opioïdes car entraînent un syndrome de manque intense aux opiacés par effet antagoniste (+ effets indésirables nombreux).

- Pour rappel, le **Diazepam** (ou autres benzodiazépines) n'est pas un addictolytique et n'a d'indication que dans les sevrages.

– **Sevrages*** : tout sevrage est potentiellement source de souffrance cérébrale et psychique ; ne pas les proposer si le choix de l'abstinence n'est pas clairement exprimé et savoir les différer si les conditions ne sont pas sécurisantes ; si le sevrage est indiqué, éviter les complications en respectant les modalités recommandées par le consensus (benzos, vit B1, hydratation, surveillance clinique). Un sevrage peut être aussi motivé par le besoin d'une pause quand la personne est épuisée, à bout ou en grande détresse, sans présager d'une abstinence ensuite.

ATTENTION : les demandes initiales de sevrage doivent être questionnées : outre que souvent cette exigence est portée par un tiers (famille, soignants, employeurs...) quand les personnes nous disent "je veux arrêter de boire" elles pensent souvent en fait "je veux arrêter de souffrir des conséquences négatives de mes consommations (tout en préservant les bénéfices que j'y trouve)".



Seules **5 %** des personnes concernées dans les CSAPA !





Renoncer aux bénéfices de l'alcool est inenvisageable pour une majorité de personnes.



Tenir compte des polyconsommations*

Les mono-consommations étant l'exception, **il est nécessaire de prendre en compte les consommations associées à l'alcool pour adapter les stratégies de RDR**. Les polyconsommations s'organisent aussi pour répondre à la recherche d'effets, fonctions et bénéfices qu'il convient de comprendre et d'intégrer.

Ces fonctions 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).

- **Tabac** : plus de 80 % de fumeurs chez les "buveurs excessifs" ; c'est cette consommation qui aura le plus d'impact sur la santé des patients, mais pas forcément sur leur qualité de vie ; l'alcool est un cofacteur des cancers des voies aéro-digestives supérieures liés au tabagisme.
- **Benzodiazépines** : en deuxième position, sur prescription mais aussi en mésusage avec des risques d'interactions sédatives (sommolence, chutes, troubles cognitifs...).
- **Cannabis** : très souvent associé, d'autant plus chez les jeunes ; l'effet désinhibant de l'un peut favoriser la consommation de l'autre.
- **Opiacés** : association moins fréquente mais avec des risques non négligeables d'overdoses avec alcool et benzodiazépines (surtout en cas d'insuffisance respiratoire) ; interaction notable de l'alcool sur le métabolisme de la méthadone = majoration du pic sérique (surdose relative) puis accélération de l'élimination (manque avant la prise suivante).

* Toutes les astérisques renvoient au Livret Pédagogique

- **Cocaïne/crack** : l'alcool y est souvent associé en usage festif ; il est fréquemment utilisé, comme d'autres sédatifs, pour contrer les effets anxio-dépressifs aigus de la "descente"

En pratique

- Il convient d'identifier les produits ou les associations de produits les plus problématiques. Suivant les cas, choisir de 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 posent le plus, dans la limite des capacités de la personne de choisir d'y renoncer en tout ou partie.
- Il faut être vigilant à bien tenir compte de ces réalités de poly-usages car modifier les consommations d'alcool par exemple mais aussi initier des médications ou substitutions peuvent impacter fortement les autres consommations.

Associer les proches

Avec, bien sûr, l'accord de l'intéressé.e, et quand c'est possible, il est important d'associer les proches (amis, conjoint, enfants, parents) à la démarche d'évaluation et de négociation des éventuelles adaptations.

Leur expliquer l'intérêt de l'approche RDR, de respecter les choix de leur proche, notamment de ne pas imposer les soins ou un interdit de l'alcool.

Les inciter à trouver des intervenants susceptibles de les aider à être aidants (CSAPA, médiation familiale, psychologues, mais aussi Alcool-Info-Service au 0 980 980 930).



Quels bénéfices conserver, quels risques réduire ou éviter ?



**N'ÉCOUTE PAS TON MÉDECIN,
FAIS COMME LUI**

BOIS DU VIN

**Parce que la consommation d'alcool
concerne tout le monde,
parlons-en ensemble
sans contraintes**



Orienter si nécessaire

Dans la plupart des situations, nos compétences de médecins généralistes sont suffisantes pour accompagner une démarche de RDRA. Quand un accompagnement transdisciplinaire médico-psycho-social est nécessaire, savoir orienter vers des partenaires qui partagent l'approche RDRA en gardant le lien et en travaillant en réseau : travailleurs sociaux, psychologue, addictologue, psychiatre, hépato-gastro...

Le travail de juste évaluation et de priorisation des bénéfices, risques et dommages liés aux pratiques permet de repérer les compétences à mobiliser.

Mais **ne pas orienter vers des soins qui imposeraient le sevrage** (comme une cure ou postcure, mais aussi certains soins somatiques) tant que ce n'est pas le choix clair de la personne. Autant que possible, **négozier avec nos partenaires le respect de son choix** et de son besoin de consommer (ex : lors d'une hospitalisation en médecine ou chirurgie, ou pour une consultation avec un spécialiste).

Évaluation : mesurer régulièrement l'impact sur la qualité de vie et réajuster

À chaque étape, il convient de réévaluer bénéfices, risques et dommages des alcoolisations, ainsi que l'impact sur la qualité de vie de la personne.

Les indicateurs d'évolution de la situation sont objectifs et subjectifs : état général, appétit, poids, sommeil, qualité du lien social, humeur, moral, nombre de passage aux urgences ou de séjours hospitaliers...

Les risques et dommages repérés et priorités ont-ils été prévenus, réduits ou stabilisés ? En RDR l'absence d'aggravation de la situation peut être considérée comme un résultat acceptable.

Temporalité courte (à 2/3 mois max voire entre 2 consultations), réajustements fréquents si nécessaire.



Objectif d'abstinence
(ou de réduction
des alcoolisations) =
trop souvent échec ou
renoncement aux soins.



* Toutes les
astérisques
renvoient
au *Livret
Pédagogique*

En guise de conclusion

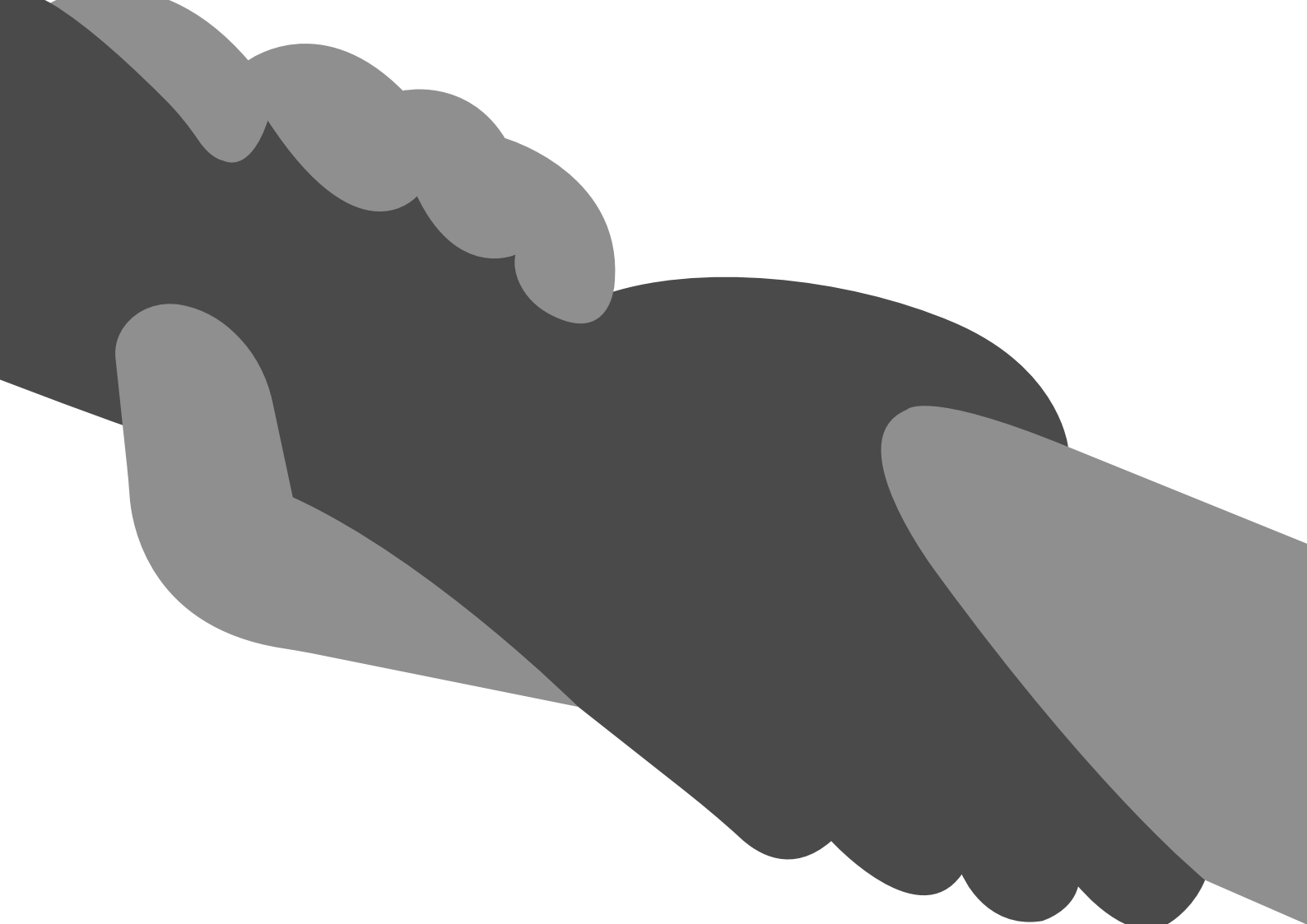
Pour les quelques 20 % de personnes rencontrées chaque jour dont l'usage d'alcool peut induire des difficultés ou des souffrances, nous pouvons, grâce à l'écoute, le pragmatisme et **l'adaptation à leurs besoins et capacités**, leur permettre de limiter les répercussions négatives auxquelles elles s'exposent et leur éviter d'attendre de nombreuses années et des pertes parfois lourdes avant de faire évoluer leurs manières de boire **vers une sécurisation et une meilleure qualité de vie.**

“

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

HIPPOCRATE

”



Créé en 2017, Modus Bibendi réunit des personnes engagées dans la promotion et la mise en œuvre 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.

GUIDE RÉALISÉ POUR MODUS BIBENDI PAR

MATTHIEU FIEULAINÉ

PICOLOGUE, ACCOMPAGNEMENTS/FORMATIONS EN RDR ALCOOL
COORDONNATEUR DE MODUS BIBENDI

ET **JEAN LÉVY**

MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET ADDICTOLOGUE



MODUS
BIBENDI COLLECTIF
DES ACTEURS
DE LA RDR ALCOOL

contact@modus-bibendi.org
www.modus-bibendi.org