



Synthèse documentaire

Accueil avec Alcool dans les structures d'Hébergement

Septembre 2023

Contexte

L'ARS Grand Est souhaite disposer d'un point sur la délivrance d'alcool, qu'elle soit programmée ou dite d'urgence, dans le cadre de deux projets de développement des associations SOS Hépatites Champagne-Ardenne et Ithaque en Alsace.

A ce stade, il est important de noter que la DGS est défavorable à la délivrance d'alcool dans les structures d'hébergement. Toutefois les projets se multiplient dans toute la Région Grand Est, ce qui nécessite une approche commune.

Dans ce contexte, GEA propose de réaliser, dans un premier temps, une synthèse des expériences de Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) alcool au sein des structures d'hébergement afin d'éclairer l'ARS Grand Est sur cette problématique.

L'accueil bistrotier, déjà évalué, ne sera pas évoqué dans ce document.

Plusieurs questions se posent aux structures d'hébergement dans le cadre de leur réflexion sur le sujet :

- Est-ce raisonnable de permettre une consommation alcool aux personnes ayant déjà un mésusage ?
- Que dit la réglementation ?
- Quelles conséquences pour la structure et le résident ?

Résumé des points clefs

Pendant longtemps les centres d'hébergement ont interdit les consommations de produits licites et illicites dans leurs locaux. Ces interdits ne vont pas sans poser de problèmes et des actions de RdRD se mettent peu à peu en œuvre. ***Les expériences de révision de l'approche concernant la consommation d'alcool dans les structures d'hébergement, menées en concertation avec les résidents et les équipes dans un cadre sécurisant pour les salariés (formations aux addictions et à la RdRD ; présence suffisante de professionnels paramédicaux la nuit) permettent une amélioration des conditions d'accueil et une meilleure inclusion des résidents.***

L'introduction de la consommation d'alcool dans les structures d'hébergement relève d'une démarche qui doit s'inscrire dans le projet d'établissement avec des moyens humains et financiers dédiés afin de permettre l'acculturation et la formation du personnel.

Par ailleurs, l'évaluation de la situation doit être régulière (suivi des incidents – comparaison avant /après) afin de favoriser l'adhésion des équipes et l'inscription de cette évolution dans la durée.

Les situations repérées en France montrent que :

- Les expériences consistant en la mise à disposition d'alcool en centre d'hébergement datent de plusieurs années. Elles se trouvent surtout en Ile de France et dans les métropoles. Toutefois toutes ne font pas l'objet de publication accessible.
- Ces expériences ont été menées après les observations faites par le personnel qui a repéré que les résidents consommaient de façon massive avant d'entrer dans l'hébergement pour ne pas subir le manque. Or cette situation a pour inconvénient de faire face à une suralcoolisation dans un délai très court propice aux troubles comportementaux, aux violences et aux accidents (coma éthylique notamment).
- L'exclusion des résidents qui consomment de l'alcool n'est pas propice à leur réinsertion durable. C'est un paradoxe vécu au sein des établissements qui pose un problème éthique et qui interpelle sur leurs finalités et leurs valeurs.
- Plusieurs situations sont repérables au sein des établissements qui ont mené des expérimentations :
 - Méthode IACA : Intégrer et Accompagner les Consommations d'Alcool. La consommation d'alcool est autorisée et des boissons alcoolisées sont mises à disposition si nécessaire pour éviter les états de manque ;
 - La consommation de type « bistrotier » : l'alcool est déposé dans un endroit spécifique et l'utilisateur demande à le récupérer sous contrôle du personnel. La consommation est individuelle afin de respecter les personnes non consommatrices ;
 - L'accompagnement des consommations par une équipe mobile de RdRD au sein des établissements ;
 - La consommation autorisée uniquement dans les chambres sous contrôle régulier du personnel.

Il est important de noter que plusieurs établissements qui ont souhaité lancer une réflexion de suppression de l'interdit ont été confrontés à des résistances importantes de la part du personnel. Ces résistances semblent très liées au contexte de l'établissement (cohabitation avec des familles et enfants par exemple ; pression au sein du couple ou entre résidents notamment en cas de chambre double). Les craintes de coma éthylique et de décès la nuit sont aussi citées pour questionner la levée de l'interdit.

Permettre la consommation d'alcool dans les centres d'hébergement devient envisageable à condition de mener un accompagnement des équipes et d'intégrer le projet dans la durée. La réglementation en lien avec les recommandations de l'HAS n'est pas un obstacle.

LES PISTES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA RDRD ALCOOL DANS UNE STRUCTURE D'HEBERGEMENT

Les expériences relevées dans la bibliographie principale permettent d'identifier des étapes indispensables pour la réussite du projet :

- Créer et/ou aider au développement d'espaces permettant une sécurisation des consommations (accueils de jour, hébergement).
- Assurer la formation à la problématique des usagers d'alcool à la rue des acteurs impliqués (soignants, travailleurs sociaux...). Renouveler régulièrement ces formations pour que les nouveaux professionnels puissent en bénéficier et pour actualiser les connaissances des professionnels déjà formés.
- Mettre en place une équipe spécialisée en addictologie et ayant une connaissance de la grande précarité pour expérimenter de nouvelles pratiques et les évaluer.
- Protocoliser des outils de gestion des alcoolisations.
- Favoriser la mise en place de parcours d'aide et de soins impliquant tous les acteurs pour que les usagers d'alcool à la rue cessent d'être exclus.
- Développer une approche de réduction des risques et des dommages en addictologie qui s'attache à définir des modalités d'intervention destinées à proposer formellement des projets d'accompagnement et de soins non seulement aux publics très marginalisés, mais à toutes les personnes précaires ou non, qui ne veulent pas modifier leurs consommations ou ne le peuvent pas.

Bases de cette approche :

- Refus de tout jugement de valeur ou de référence à la morale ;
- Reconnaissance du libre choix de la personne, prise « là où elle en est » ;
- Principes et valeurs de la promotion de la santé : respect de la personne, renforcement des compétences et des capacités d'agir (empowerment) ;
- Participation des usagers à l'ensemble de la démarche, dans l'idée du « rien pour nous sans nous » avec le recours aux savoirs expérientiels des usagers ;
- Principes d'aller-vers, d'accueil inconditionnel et de rétablissement, propres au secteur de l'intervention sociale ;
- Souci de répondre aux besoins les plus urgents (hébergement, logement, ressources...) de l'utilisateur, sans condition d'abstinence, selon la logique du « Un chez soi d'abord » ;
- Approche pragmatique et individualisée, consistant à prendre en considération les motivations à consommer de l'utilisateur, et les bénéfices de cette consommation, de manière à l'inviter à identifier les stratégies qui lui conviendront, fondées sur une balance entre les bénéfices et les dommages ;

- Approche ne se focalisant pas sur le produit alcool, mais bel et bien centrée sur la réduction des risques (à court, moyen ou long termes) et des dommages (pouvant être sanitaires ou psychosociaux, et affecter aussi bien l'utilisateur que son environnement ou la société) ;
- Libre choix laissé à l'utilisateur, correctement informé et conseillé, de définir l'objectif qui lui convient parmi l'ensemble des options qui s'offrent à lui, celles-ci se déclinant de manière graduée le long d'un continuum allant de la simple « mise à l'abri » sans modification de la consommation jusqu'au sevrage, en passant par l'aménagement des consommations ou la consommation contrôlée¹. Parmi les solutions permettant à l'utilisateur de faire un choix éclairé, il y a les solutions qui proposent un gîte et un couvert comme « Un toit d'abord ». Il est en effet difficile pour un usager de faire preuve de libre choix par rapport à sa consommation lorsqu'il est à la rue. La mise en sécurité de l'utilisateur pourra laisser de la place à la réflexion concernant ses consommations.

Il est proposé aux structures qui souhaitent aller plus loin de commencer par prendre connaissance des annexes avant de se lancer dans une démarche RDRD alcool.

Sommaire

1. **L'Alcool : une substance psychoactive culturellement appréciée et dont les troubles de l'usage freinent l'inclusion sociale**
2. **RdRD en addictologie : notions et principes**
 - 2.a La RdRD Alcool Pourquoi ?
 - 2.b La RdRD Alcool Comment ?
3. **La RdRD alcool dans les structures d'hébergement**
 - 3.a Exemples

Conclusion

Annexes

Outils pour aller plus loin (Solal)

1. L'Alcool : une substance psychoactive culturellement appréciée et dont les troubles de l'usage freinent l'inclusion sociale

Bien qu'en France la consommation d'alcool soit licite et appréciée dans un cadre de socialité, les conséquences des troubles de l'usage sont un réel problème de santé publique et d'inclusion économique et sociale. L'alcool est une molécule cancérigène et toxique pour de nombreux organes dont la toxicité est relayée en partie par son métabolite, l'acétaldéhyde. Les effets de l'alcool sur la santé dépendent de la quantité et de la durée des consommations ainsi que de leur profil (épisodique, régulière, chronique). La consommation d'alcool est responsable d'une morbi-mortalité importante et constitue l'un des principaux facteurs responsables de la perte d'années de vie en bonne santé. Le risque de morbi-mortalité lié à l'alcool est plus élevé chez les femmes comparativement aux hommes².

La problématique de l'accueil des personnes dépendantes à l'alcool sans chez eux n'est pas nouvelle. En 2009, le rapport des docteurs Vincent Girard, Pascale Estecahandy et Pierre Chauvin sur « la santé des personnes sans chez soi » dressait déjà le portrait de la situation. Les auteurs expliquent que de nombreuses personnes sans chez soi refusent un hébergement ou un logement en raison, notamment, de l'interdiction de boire de l'alcool, car ce produit est essentiel à leur survie. La question de la consommation d'alcool est importante car, d'une part, l'alcool est utilisé comme somnifère, et d'autre part un sevrage trop brutal risque d'entraîner un delirium tremens, une crise d'épilepsie lourde de conséquences, voire un décès. Alors qu'environ 50% des personnes sans abri consomment régulièrement de l'alcool, pratiquement aucun foyer ne proposait à cette époque de traitement préventif du delirium tremens, ni d'approche par la réduction des risques et des dommages. Les personnes ayant déjà expérimenté un delirium tremens suite à des sevrages trop rapides arrivent parfois dans les foyers très fortement intoxiquées, afin de « tenir la nuit » sans alcool. De fait, dormir dans la rue restait à cette époque une meilleure solution que les foyers pour de nombreux itinérants. Extrait tiré du rapport de V. Girard (2010)³.

Plus de dix ans plus tard, la situation persiste. En effet, des difficultés de prise en charge des populations consommatrices et dépendantes à l'alcool sont régulièrement évoquées au sein des structures d'accueil. Les professionnels peinent à répondre à ces questions, par méconnaissance, représentations erronées, sentiment de ne pas être légitimes pour intervenir, crainte de ce que pourraient générer des comportements addictifs dans un collectif.

Il a été constaté que les représentations associées à la consommation de produits peuvent induire, chez les professionnels, des comportements renforçant la stigmatisation.

Les publics présentant des conduites addictives sont perçus comme relativement volatils et difficiles à mobiliser (temporalité différente de celle des institutions, mobilité dans l'espace public, etc.).

Des obstacles structurels sont aussi identifiés : le décalage entre l'offre et la demande en matière d'hébergement et d'insertion entraîne une sélection des personnes, excluant encore plus celles souffrant de problématiques addictives. Le turn-over des équipes, l'incompatibilité des disponibilités de chacun ; l'insuffisance de coordination ; une formation insuffisante sur ce sujet, la faible appropriation du projet de sa propre structure et des missions des autres acteurs ; des objectifs d'insertion et de résultats qui créent une sélection et une concurrence entre les publics : tout cela aboutit à ce que les personnes en situation d'addiction ne soient pas un public prioritaire pour l'accès au logement, à l'hébergement ou à l'emploi⁴.

Il est donc évident que pour les personnes désocialisées consommant des substances psychoactives, l'accès à un hébergement est problématique. À l'insuffisance du nombre de places disponibles s'ajoutent les contraintes, réelles ou supposées, liées à l'accueil de ces publics perçus comme ayant des problématiques plus complexes. Les professionnels peuvent craindre de regrouper les consommateurs réguliers ou ponctuels avec les autres personnes accueillies, des conflits, appréhendant leur possible influence sur celles-ci et sur le respect des règles de l'établissement.

De nombreuses structures conditionnent l'admission et le maintien en leur sein à une obligation d'abstinence. Une partie des consommateurs de substances psychoactives se retrouve donc doublement exclue, du fait de leurs problématiques addictives et de leur difficulté à accéder aux dispositifs d'hébergement et d'inclusion sociale⁴.

Ces situations interrogent le respect du principe d'inconditionnalité de l'accueil par les dispositifs médicosociaux⁵.

Est-ce que la RdRD alcool peut apporter une solution ? Rappelons tout d'abord ce qu'est la RdRD.

2. RdRD en addictologie : notions et principes

Les études récentes montrent que toute consommation d'alcool est à risque pour la santé et qu'il n'y a pas d'effet protecteur contrairement à ce qui a été mis en avant pendant longtemps. La dépendance à l'alcool nécessite des soins au long cours visant à prévenir les risques de rechute. Pour les sujets qui y sont prêts, le sevrage thérapeutique de l'alcool permet de débiter un processus d'arrêt de l'usage complet et durable. Cependant, environ la moitié des patients dépendants ne souhaite pas arrêter totalement l'usage de l'alcool. Il apparaît alors comme prioritaire de faciliter leur entrée dans les soins, avec des objectifs thérapeutiques pragmatiques en fonction de ce que le sujet est prêt à accepter en proposant une réduction de l'usage plutôt que l'arrêt.

La réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA) est la déclinaison, pour le produit spécifique qu'est l'alcool, du paradigme de la « réduction des risques et des dommages (RdRD) ».

La RdRD reconnaît l'existence d'usages et de comportements à risques et, plutôt que d'interdire ou de contraindre, s'attache à transmettre aux personnes et aux populations les informations, les ressources et les aides qui leur permettront d'exercer au mieux leur pouvoir d'agir et ainsi limiter les conséquences négatives résultant des usages de substances psychoactives⁵. La prévention des risques et réduction des dommages s'inscrit dans le concept global de promotion de la santé⁶.

Le concept de réduction des risques et des dommages (RdRD) désigne de manière générale, l'ensemble des lois, des programmes et des pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique de la consommation de drogues (...) par les personnes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas cesser de consommer⁷. La RdRD a comme objectif prioritaire de réduire les risques médico-psychosociaux, de prévenir les dommages et d'éviter l'aggravation des usages. Qu'il soit licite ou illicite, un produit se consomme avant tout parce qu'il procure des bénéfices : plaisir, soulagement, socialité. La RdRD respecte ces motivations et vise à aider chacun à mieux gérer sa consommation pour en minimiser les dommages.

Fondée sur une approche pragmatique, dans un souci de respect et de dignité des personnes, la RdRD intervient le plus précocement possible dans la trajectoire des usagers actifs et agit au plus près des usages et des pratiques à risques. La RdRD est un axe de l'accompagnement des usagers. Elle adapte son approche à l'environnement dans lequel elle se développe (milieu festif, rue, ambulatoire et

résidentiel, dispositifs d'hébergement, etc.) et implique l'ensemble des acteurs des champs social, médico-social, de la ville et de l'hôpital. La RdRD interroge les postures et pratiques de l'ensemble des acteurs de la santé quant à leur capacité à adapter leur offre de soins et d'accueil aux publics accueillis⁴.

Le mandat éthique qui lui est confié engage le devoir de bienveillance⁸ pour les personnes en situation de vulnérabilité et répond aux valeurs de pragmatisme et d'humanisme, qui :

- hiérarchisent les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés aux conduites addictives selon des critères explicites ;

- se fondent sur des preuves scientifiques et des techniques et outils d'intervention évalués ;

- permettent la mise en place de réponses adaptées et graduées pour chaque personne en fonction de sa demande⁹.

- revendiquent le pouvoir d'agir des personnes et invoquent leur capacité à modifier leurs pratiques à risque et à agir en faveur de leur propre santé et qualité de vie¹⁰.

Elle prend ainsi en compte et s'adapte à la trajectoire de la personne et à ses conditions d'existence¹⁰.

Trois groupes de facteurs de risque sont à prendre en compte par chacun (usager comme professionnel) pour intervenir en RdRD selon ses compétences et ses ressources :

- Le contexte de vie,
- Les modalités de consommation et pratiques : quantité, rythme, type de produits et consommations associées y compris médicamenteuses, durée d'exposition (nombre d'années de consommation ou de pratiques),
- Les facteurs de vulnérabilité individuelle (somatiques, psychologiques, sociaux, etc.).

La prévention des risques et la réduction des dommages se fondent sur des objectifs pragmatiques co-construits avec l'usager partant du constat que les pratiques addictives n'exposent pas tous les sujets aux mêmes dommages. Pour chacun des dommages repérés, il conviendra de rechercher les moyens qui en diminueront la fréquence et la gravité, dans la perspective d'une offre graduée et adaptée à la singularité de chaque individu⁶.

Prévenir les risques et réduire les dommages causés par le comportement à risque, ce n'est pas s'attaquer à ce qui motive la consommation, mais d'en maîtriser, autant que faire se peut, les effets nuisibles. Il ne s'agit pas de stopper la consommation mais d'éviter les complications, et de le faire en impliquant l'usager lui-même.

2.a. La RDRD Alcool Pourquoi ?

La réduction des risques telle qu'elle s'est développée en toxicomanie dans les années 1990 en France, au-delà de la seule question de la réduction des risques infectieux qui n'est pas exactement transposable aux risques « alcool », a d'abord eu pour effet de changer le regard « expert » sur les usages, de créer du lien entre les dispositifs de soins et des publics qui n'y avaient jusqu'alors pas accès et qui se trouvaient être les plus menacés. Il a pour cela fallu un changement de paradigme dans la conception qu'avaient les soignants de leurs missions et une redéfinition des objectifs poursuivis par le projet de soins : c'est cette dimension qu'il convient de formaliser pour l'appliquer à la question des usages d'alcool générateurs de dommages¹¹.

Le concept de prévention des risques et réduction des dommages invite à travailler sur les pratiques d'alcoolisation en y intégrant les bénéfices de l'usage, les risques consentis, les dommages identifiés,

les modalités de la consommation et les modifications envisageables et surtout les ressources et les compétences de l'usager⁶. La RdRD 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.

« La zone de confort », notion essentielle de la RdRD alcool, désigne l'état d'imprégnation alcoolique (*qui peut s'exprimer par le taux d'alcoolémie mais aussi par l'atteinte et le maintien d'effets psychoactifs ou antalgiques recherchés*) propre à chaque individu et qui lui permet de ne souffrir ni d'un manque ni d'un excès d'alcool et de mener à bien, autant que possible, son quotidien et son existence. Cette « zone de confort » est le produit de la carrière d'usage de la personne autant que des circonstances présentes de consommation, elle est la manifestation d'une organisation singulière des usages dictée aussi bien par l'existence d'une dépendance « subie » que par la capacité de gestion du rapport à l'alcool développée par l'usager.

La RdRD alcool 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. Elle 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 déclinable 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 présente¹². En accueillant avec alcool, en autorisant les personnes à consommer ou simplement à se présenter alcoolisées et en organisant cette possibilité, on crée les conditions pour que cet usage se fasse dans le contexte sécurisant d'un lieu qui aide, qui soigne et qui protège et qui avant tout respecte l'importance parfois vitale de « boire »¹³.

En permettant ainsi que les personnes consomment ou se trouvent alcoolisées dans un espace sécurisé plutôt que dans un environnement menaçant, anxiogène, en offrant du « dedans » inclusif plutôt que du « dehors » aggravant l'exclusion, en contrant donc les effets délétères de la prohibition en vigueur, on met à l'abri la personne, on lui offre un temps de pause et on la restaure dans son droit d'usager d'alcool¹⁴. Si l'on cesse d'imposer aux personnes usagères chroniques de stopper ou de réduire fortement leurs consommations usuelles, on peut prévenir les risques de surconsommations qui ne manqueront pas de précéder ou de suivre ces temps d'abstinence forcée. Ainsi, l'on permet à la personne de se maintenir dans sa « Zone de confort »¹³.

L'intérêt d'aborder un accompagnement alcool autrement que via l'objectif unique du sevrage est aussi de permettre à l'usager de changer de regard sur lui-même. La personne qui accède aux soins 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 provocation¹⁴.

La RdRD alcool a pour première fonction de ré inclure toutes celles et ceux qui, soit du fait de leurs pratiques d'usage, soit parce qu'ils ne se retrouvent pas dans les dispositifs dédiés existants, ne bénéficient d'aucune aide et assistance dans la gestion de leur consommation d'alcool et de ses effets.

Adopter cette posture, la faire entendre et la rendre « légitime » est bien moins évident qu'il n'y paraît tant elle se heurte aux discours habituels, historiquement, culturellement et scientifiquement légitimés au point d'avoir été pleinement intégrés et reproduits y compris par celles et ceux qui en subissent les conséquences. Cet acte fondateur, consistant à briser les logiques d'exclusion et de stigmatisation, c'est ce que l'on appellera par commodité « accueillir avec alcool ».

L'accueil avec alcool impose de s'intéresser aux pratiques, aux logiques d'usage et de comprendre les manières de boire des personnes que l'on reçoit, ceci afin de penser et d'organiser l'accueil en question pour adapter l'offre de services à la réalité vécue par les bénéficiaires.

Il ne s'agit donc pas de substituer à la prohibition (de la consommation, de l'ébriété) en vigueur dans les dispositifs une sorte de « laissez-faire » induisant potentiellement sélection, souffrances et exclusions mais bien d'organiser les conditions de cet accueil pour à la fois remplir ses missions (de soins, d'hébergement, d'accompagnement social...), maîtriser les conséquences des usages et ainsi pratiquer réellement une réduction des risques et dommages induits par les usages.

L'accueil avec alcool, c'est permettre une consommation (ou une récupération à la suite d'une alcoolisation) apaisée, dans des conditions dignes et dans un cadre empathique et non-jugeant. C'est aussi proposer un nouveau modèle d'alcoolisation qui ne soit plus celui de la rue où il faut boire vite, beaucoup, en insécurité et dans l'urgence. Sanctuariser les usages, leur assurer protection, c'est proposer d'autres manières de boire : assis, avec des boissons non alcoolisées, dans des verres, avec quelque chose à manger, en échangeant avec des professionnels prêts à vous recevoir et à vous entendre, dans un collectif sécurisant, c'est réduire les risques d'alcoolisations problématiques.

2.b. La RdRD Alcool Comment ?

Il apparaît, dans l'expérience des structures porteuses de la démarche RdRD 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 tous¹⁴. Il y a des dispositions à respecter dans l'accueil avec alcool. La première consiste à permettre à l'utilisateur de s'installer confortablement et à se réserver du temps pour cette consommation et donc à ne pas se cacher pour consommer. Se cacher réduit fortement l'estime de soi et augmente la culpabilité, ce qui est très pénalisant et contraire à l'attente de l'utilisateur.

La deuxième consiste à ce que l'utilisateur consomme dans un verre, plutôt joli et jamais à la bouteille. Cette disposition est en lien direct avec la première car l'une comme l'autre entraîne une consommation rapide, qui pénalise l'utilisateur et qui va favoriser la perte de contrôle. Par ailleurs cette modalité de consommation est fortement inesthétique et souvent avilissante, ce qui est là aussi contraire à l'attente de l'utilisateur et qui ne lui permet pas d'apprécier les quantités ingérées.

La troisième disposition consiste à consommer doucement et à petites gorgées, de ce fait il faut légitimer cette pratique par une information sur l'évolution de l'alcoolémie.

En effet la clinique nous apprend que les personnes dépendantes boivent vite et perdent le contrôle de leur consommation rapidement. Or nombreux sont ceux qui disent qu'ils n'en avaient pas l'intention au départ.

C'est un problème récurrent dans les lieux d'hébergement où les règlements interdisent la consommation sur place et obligent les hébergés à consommer vite pendant le temps réservé aux sorties ou avant de rentrer pour la nuit.

Les effets spécifiques de l'alcool se manifestent à partir d'un seuil situé entre 0,30 g et 0,50 g d'alcoolémie selon les individus, le maximum de l'alcoolémie à jeun étant atteint en 1/2 heure après l'ingestion. L'usage répété des boissons alcoolisées élève ce seuil, ce qui fait dire à certains qu'ils « tiennent » bien. Le problème se pose quand ce seuil est atteint rapidement par une consommation qui sera excessive par rapport aux attentes compte tenu de la vitesse d'absorption dans la circulation sanguine. Lorsque l'on prend le temps d'expliquer le verre standard, l'évolution de l'alcoolémie et la perte de contrôle, les usagers dévoilent leurs propres constatations et comprennent ce qui leur arrive. Ils sont alors mieux équipés pour faire leur propre expérience et constatent qu'ils peuvent avoir plusieurs manières de consommer parmi lesquelles ils peuvent faire un choix qui devient « éclairé ». Enfin, dans le cas où l'utilisateur pense à consommer un autre verre, il doit être invité à reprendre la procédure à l'origine et à intercaler un verre de boisson non alcoolisé entre les deux autres afin de permettre d'une part à son alcoolémie de se réduire puisqu'elle baisse lentement et d'autre part de s'hydrater et d'améliorer ses perceptions gustatives mais aussi de se donner un temps de réflexion avant de poursuivre la consommation¹¹. Les usagers d'alcool à la rue développent des compétences propres de gestion des alcoolisations qui répondent aux nécessités et contraintes ; parmi ces compétences : la capacité à moduler leurs consommations au gré des activités, des obligations, du danger ou des menaces pouvant particulièrement survenir en certains lieux de la vie dans la rue. Il convient de faire l'analyse fine des modes d'usages, des aspects bénéfiques qui doivent être préservés et des complications qui doivent être évitées : ces savoirs et savoir-faire non reconnus sont un outil essentiel pour élaborer un projet de soins opérationnel⁶.

Intervenir sur le contexte d'usage plutôt que sur l'usage lui-même, c'est déjà prendre soin : en fonction d'une analyse pragmatique et compréhensive de ce qui est envisageable pour l'utilisateur dans la situation qui est la sienne, il convient de fixer des objectifs atteignables qui peuvent porter sur les niveaux d'usage mais aussi, sans réduire nécessairement ceux-ci, sur les modalités de consommations, sur les types d'alcool consommés, les moments ou les lieux de consommation. Lorsqu'il n'est pas envisageable de réduire un usage problématique, il convient alors qu'il soit le moins dommageable possible : si un usager boit énormément, il vaut mieux qu'il le fasse dedans que dehors, accompagné plutôt qu'isolé, en ayant accès à des besoins primaires (hygiène, alimentation...) qu'il n'est souvent plus en capacité de satisfaire lui-même.

Accepter qu'une personne ait consommé, c'est avoir la capacité de gérer des situations difficiles impliquant des alcoolisations massives : prévenir les crises, assurer une protection, réassurer la personne et tout d'abord avoir une attitude non-stigmatisante qui contribue à créer un climat d'agressivité. C'est aussi savoir gérer des comportements agressifs voire violents grâce à des formations dédiées régulières.

Puisque les usages existent et sont souvent massifs, il devient nécessaire de développer des modalités « d'accueil avec alcool » au sein du dispositif d'accueil et d'hébergement, ainsi que cela se pratique dans certains pays et de proposer un soutien par les professionnels de l'addictologie à ce type d'accueil en définissant une gestion des usages en institution.

Ces pratiques permettent de restaurer le lien rompu entre une offre d'aide et de soin par trop exigeante et des publics qui s'en sentent exclus ou qui refusent d'y avoir recours. Renouer le lien, c'est là aussi déjà soigner et c'est la condition essentielle pour favoriser l'émergence d'une demande d'aide librement formulée et non contrainte¹¹.

Il importe de lever l'interdiction de consommer des boissons alcoolisées de façon claire et dans le même temps d'affirmer l'absence d'obligation de consommer ces mêmes boissons. La grande majorité des usagers reçus sont englués dans ces deux extrêmes ce qui a pour conséquence une culpabilisation gênante et douloureuse et un sentiment d'impuissance et d'inefficacité personnelle préjudiciables à la construction d'un soin¹¹. Ce faisant, on offre aux usagers en situation de grande détresse (sociale, économique, sanitaire, psychique, affective...) et surexposés de ce fait aux risques et dommages occasionnés par l'usage excessif d'alcool, un espace dont le droit d'accès n'est pas soumis à la sobriété ou à l'abstinence pas plus qu'à une démarche de soins, on contribue au développement, à l'épanouissement et à l'émancipation des individus au niveau personnel et dans leur environnement, puisqu'ils se voient reçus et admis tels qu'ils sont.

On prévient également les situations pouvant porter préjudice à l'intégrité physique et/ou psychique des individus et l'on contribue ainsi à la réduction des risques et dommages psychiques, physiques et sociaux. On concourt enfin à l'émergence de l'acteur, sujet individuel ou collectif, capable d'agir sur sa propre situation (sanitaire et sociale), son avenir et sur son environnement de façon indépendante et sans contrainte en permettant aux individus l'accès aux ressources, services, structures et possibilités existantes dont ils ont besoin¹³.

C'est très souvent la sous-alcoolisation qui induit la suralcoolisation alors que toute l'attention tend à se focaliser sur la seconde, qui n'est donc pourtant généralement que la conséquence de la première. Il revient aux professionnels, à la fois pour le bien dudit usager, mais aussi pour mener leurs missions et préserver la bonne marche de leurs dispositifs de favoriser le maintien de la « zone de confort », qui constitue un préalable impératif à l'élaboration de tout lien, de toute relation, de tout projet de changement.

En accueillant les personnes avec leurs usages, on limite les sous-alcoolisations impératives et donc les suralcoolisations qu'elles génèrent.

De plus, cet accueil avec alcool est un préalable indispensable à toute perspective de dialogue et de relation d'aide autour des difficultés induites par l'usage. Un lieu qui proscrie l'usage oblige celui qui le fréquente à affirmer qu'il ne boit pas, ou qu'il va arrêter, ou qu'il n'a aucun problème. Et la discussion par avance est biaisée, centrée sur la capacité à s'abstenir de boire qu'imposent nos dispositifs, tout comme un lieu qui réprovoque l'état alcoolisé impose de nier celui-ci quand on est en capacité de le faire.

Mais si en accueillant avec l'alcool on agit en direction de l'utilisateur, on offre également un cadre qui permet la stabilisation de pratiques d'usages et des échanges rendus souvent chaotiques par les conditions du boire dans la rue mais aussi par l'alternance imposée d'états de sous-alcoolisations et de suralcoolisations dès lors que la personne sollicite les dispositifs d'aide quels qu'ils soient¹³.

La RdRD alcool s'adresse 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 RdRD : « 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 »².

La RdRD 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.

3. La RdRD alcool dans les structures d'hébergement

Les publics en situation de précarité sont particulièrement touchés par les pratiques addictives. En général, les centres d'hébergement qui les accueillent ont mis en place une interdiction de consommation d'alcool ou d'autres substances. Cette situation est toutefois en évolution : une dynamique de réduction des risques émergents peu à peu dans les établissements¹⁵.

Selon la FNARS et la Fédération Addiction, consommer de l'alcool ne doit pas être un frein à l'accès au dispositif d'hébergement⁴.

Chaque structure d'hébergement, en fonction de ses contraintes et ressources, doit pouvoir mettre en place des actions de réduction des risques diffusées aussi bien au niveau institutionnel qu'entre les professionnels. Accompagner en réduction des risques, c'est proposer une approche combinant des exigences adaptées à la situation de chaque personne et au seuil de tolérance de la structure (ce que la structure peut accepter au regard de son règlement et de son fonctionnement)⁴.

Dans ses recommandations pour les ESSMS, l'HAS rappelle que la consommation d'alcool n'est pas interdite et qu'il est nécessaire de privilégier une approche RdRD en lien avec les équipes et les résidents¹. Accueillir et accompagner une personne consommant des substances psychoactives dans les structures d'hébergement peut être une tâche complexe mais pas nécessairement une source de difficultés. Cela implique d'adapter le cadre institutionnel (règlement de fonctionnement) et de faire en sorte que l'accompagnement proposé en structure d'hébergement s'inscrive dans une visée de réduction des risques après une formation des équipes⁴.

L'une des premières difficultés rencontrées par les usagers a trait à l'obligation d'abstinence qu'imposent certaines structures d'hébergement. Elle peut être due à une confusion sur la notion d'obligation de soins, souvent entendue à tort comme « l'obligation d'être guéri », (abstinent). Le soin étant ainsi défini comme condition à l'hébergement, le contrat de séjour peut être pensé comme un contrat d'abstinence. Mais cette obligation d'abstinence résulte aussi de plusieurs contraintes.

La première est d'avoir à gérer d'éventuels comportements délétères liés à l'usage d'alcool. En deuxième lieu, c'est la complexité d'accueillir, au sein d'un collectif, des personnes abstinentes et des consommateurs ponctuels et réguliers ou des consommateurs à faible risque et des personnes consommant beaucoup. Or la réduction de la consommation et le sevrage peuvent être pertinents pour parvenir à la réduction de certains dommages, mais tous les usagers n'y sont pas immédiatement prêts et la prévention des risques et réduction des dommages ne se limite pas au seul objectif de réduction de la consommation. De fait, l'abstinence ne devrait plus être un prérequis à l'admission en structures d'hébergement. En effet, elle entretient le déni institutionnel, les difficultés d'échanges avec les personnes, encourage les consommations à l'extérieur, les ruptures d'accompagnement et contribue à la stigmatisation des personnes⁴.

Proposer une pratique de prévention des risques et de réduction des dommages par le biais de la gestion d'une consommation contrôlée permettraient, en première approche, à un plus grand nombre de personnes de recourir aux soins et de s'y engager. Cela consisterait à offrir la possibilité d'une consommation contrôlée dans l'établissement : cette démarche pourrait être travaillée en partenariat étroit entre CSAPA et CHRS. Concrètement, cela permettrait d'offrir la possibilité pour le résident de stocker son alcool dans une consigne spécifique, la possibilité de consommer à toute heure dans les locaux (lieu précis à définir par chaque structure : chambre, local dédié ...), la proposition systématique de consommer avec un verre⁶.

Autre pratique, la délivrance encadrée d'alcool (consommation sous contrôle d'un professionnel de santé pour maintenir la zone de confort de l'utilisateur), qui s'adresse à un public précis, très éloigné des dispositifs de soins et d'accès aux droits, présentant des troubles sévères de l'usage d'alcool reconnus comme étant un frein majeur dans leur accès aux soins et aux droits. La délivrance encadrée d'alcool pourra être enclenchée à la suite du repérage d'un risque particulièrement aigu chez une personne accompagnée. Les modalités de cette délivrance doivent être formalisées avec la personne accompagnée et limitée dans l'espace et dans le temps en fonction de l'évaluation des besoins de la personne et de la disponibilité des professionnels¹¹.

Parmi les dispositifs les plus avancés en matière de réduction des risques et des dommages alcool (RdRDa), les dispositifs de co-gestion (consommation sous contrôle d'un professionnel en collaboration avec l'utilisateur dans un lieu dédié) sont aussi ceux qui mobilisent le plus de temps, d'énergie et de professionnels dans les structures. Ils permettent d'avoir un réel dispositif de régulation des consommations au niveau institutionnel. Les actions de co-gestion se démarquent par leur régularité (plusieurs fois par jour à heure régulière), mais aussi, dans la mesure du possible, par un espace dédié dans la structure permettant le développement d'outils de RdRD de façon quotidienne (sécurisation des boissons et des usages, utilisation de verres, consommation régulée dans le respect des règles, lien avec les professionnels). L'objectif est de limiter à la fois les risques liés aux alcoolisations massives à l'extérieur de la structure (chutes par exemple) et les risques potentiellement mortels liés aux sevrages brutaux. Le lien avec un service d'addictologie ou une équipe mobile d'addictologie spécialisée est fortement conseillé dans la construction d'un dispositif de co-gestion. Enfin, il est nécessaire de souligner l'importance de formaliser les modalités du dispositif de co-gestion (via la rédaction d'une charte relative au bon déroulement des temps de co-gestion par exemple)⁶.

C'est en permettant une rencontre quotidienne avec les professionnels, une prise en compte de la réalité de l'usage d'alcool des personnes et en assurant un accès à une quantité d'alcool suffisante pour parer au manque et à l'urgence de la consommation, que le lien nécessaire à la mise en œuvre des démarches permettant l'accès aux droits et aux soins des personnes se crée.

Néanmoins, ce changement de pratiques fait émerger des questions qui doivent être prises en compte⁴:

- Comment garantir à la fois un cadre préservant la demande de protection de certaines personnes abstinentes et le fait que certaines continuent de consommer ?
- Comment prendre en compte les interactions et les possibles influences pouvant avoir lieu au sein d'un groupe mêlant abstinents et consommateurs ?

En l'absence de repères clairs et partagés et d'autant plus compte tenu des représentations liées à cette thématique, les professionnels se sentent souvent démunis pour trouver un équilibre entre droits des personnes et devoir de protection, auxquels s'ajoute l'enjeu de la vie en collectivité.

Dans ce contexte, avant d'organiser des actions de prévention, de repérage et d'accompagnement des conduites addictives, les ESSMS doivent s'attacher à mettre en place un cadre d'accompagnement protecteur :

- En co-élaborant avec les personnes accueillies des règles claires et adaptées, qui s'appuient sur le cadre juridique ;
- En proposant un environnement favorisant le bien-être et la sécurité.

Dans la rédaction du règlement de fonctionnement il faudra veiller à rappeler le cadre législatif et réglementaire sur les aspects suivants :

- La consommation de substances psychoactives licites (tabac, alcool), en décrivant les règles déclinées en interne (lieux et occasions visés : espaces fumeurs, repas, moments festifs...),
- L'interdiction de consommation et de détention de substances psychoactives illicites, en précisant les actions prévues en cas de découverte (remise aux autorités sans mention de leur provenance),
- L'interdiction des comportements allant à l'encontre des règles de la vie collective (respect des rythmes de vie collectifs, comportement civil à l'égard des autres personnes accompagnées et des professionnels, respect des biens et équipements collectifs...);
- La prise en compte des situations des personnes consommatrices et non consommatrices ;
- L'explication du sens des règles posées (en se référant au législatif et réglementaire, à la nécessité de respecter les règles de la vie collective...);
- les dispositions prévues en cas de non-respect des règles posées, en encourageant la responsabilité des personnes et en prévoyant des sanctions individualisées, proportionnées et graduées en fonction des dommages causés par les consommations (nuisances, dégradations, violence, trafic...). Ce sont les comportements posant problème qui doivent être sanctionnés et non la consommation/l'usage en elle-même/lui-même.

Les démarches de RdRD alcool, lorsqu'elles sont bien organisées, ont l'intérêt de favoriser le maintien dans les dispositifs d'hébergement et donc d'augmenter les chances d'inclusion sociale.

3.a. La RdRD alcool dans les structures d'hébergement - exemples

L'objectif de l'Espace Marcel Olivier (EMO) lors de sa création en 2016 était de pouvoir soutenir les personnes hébergées dans des logements ou des structures adaptées qui, finalement, se retrouvaient souvent isolées. Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) ont constitué une source d'inspiration en ce qu'ils permettent, dans le secteur de la psychiatrie, un recouvrement de l'estime de soi et le développement de la capacité d'agir des personnes, dans un lieu non médicalisé, où l'on se sent « chez soi ». L'évolution vers la réduction des risques alcool oriente l'équipe vers un accueil avec alcool avec des consommations d'alcool autorisées dans les locaux. Selon les termes du chef de projet, l'activité se rapprocherait ainsi de celle d'un CAARUD-Alcool. Il s'agit de mettre en œuvre l'approche de réduction des risques en permettant les consommations d'alcool sur place et de les utiliser comme support à la relation. Le changement d'approche induit un changement des représentations : les personnes sans domicile ne sont plus qualifiées « alcool dépendantes » mais de personnes sans chez soi « ayant des usages d'alcool ». Ce changement de représentations initie une conversion de l'approche des professionnels. C'est ainsi que, progressivement, le projet a évolué d'une prise en charge de l'alcool visant l'abstinence vers une prise en compte de la personne là où elle en est avec ses consommations d'alcool. L'équipe a été formée et soutenue dans cette démarche ; la mise en

œuvre a rencontré un certain nombre de freins liés aux craintes (violences notamment). Toutefois, le programme de l'association a repoussé les limites normatives de l'accompagnement médico-social en affrontant la « peur sécuritaire, qui pousse à l'intolérance aux anomalies, car elles sont prises comme signe de dangerosité et de risque »¹⁶.

Le projet au sein du CHRS Georges DUNAND est issu du partenariat conventionné depuis 2010 entre l'ANPAA 75 et Emmaüs Solidarité qui prévoit chaque année : formations, échanges de pratiques et ateliers auprès des publics⁷. Cette expérimentation a été rendue possible grâce à :

- ◇ des questionnements communs (Emmaüs Solidarité et Anpaa 75) ;
- ◇ un portage institutionnel fort de la direction et de la Mission santé d'Emmaüs Solidarité ;
- ◇ un appui financier et opérationnel de la mairie de Paris (Mission Métropolitaine de Prévention des Conduites à Risques).

L'objectif recherché était de réduire l'ensemble des risques et des dommages, individuels et collectifs, liés aux consommations d'alcool en définissant de nouveaux modes de fonctionnement et de gestion de cette question.

L'expérience a eu lieu en plusieurs étapes (cf. annexes pour aller plus loin) :

- Diagnostic (résidents et professionnels) ;
- Formation RdRD alcool ;
- Animation ateliers santé auprès des résidents ;
- Co-construction du changement, observation de l'expérience ;
- Supervision de l'équipe et capitalisation du projet ;
- Evaluation des impacts.

Une observation quotidienne de la place de l'alcool dans la structure a été réalisée pendant 2 mois avec l'ancien règlement puis avec le nouveau. Une communication d'autorisation provisoire de consommer dans les parties privatives a été réalisée auprès des résidents et des professionnels.

Des critères d'observation et d'évaluation ont été définis collectivement :

- ◇ sécurité (violences verbales et physiques) ;
- ◇ nuisances sonores la nuit ;
- ◇ propreté des parties communes et aux environs de la structure ;
- ◇ incidents (chutes, retards, absences, etc.) ;
- ◇ participation à la vie collective ;
- ◇ verbalisation de la problématique alcool.

Les résultats de cette évaluation montrent : un sentiment de sécurité accru, une diminution des nuisances, l'amélioration de la propreté des parties communes, la diminution des incidents, un apaisement du climat collectif, une plus grande facilité de tous à parler d'alcool, des pratiques de consommation qui s'inscrivent désormais dans une démarche de RdRD, une amélioration de l'accès aux soins, une volonté partagée de maintenir l'autorisation encadrée.

Conclusion

Les expériences d'accueil avec alcool sont menées dans un cadre sécurisé avec la concertation des résidents et des équipes. Elles permettent ainsi une amélioration des conditions d'accueil et une meilleure inclusion pour les résidents concernés.

Plusieurs établissements qui ont souhaité lancer une réflexion de suppression de l'interdit ont été confrontés à des résistances importantes de la part de leur personnel. Mais ces résistances semblent très liées au contexte de l'établissement, d'où l'importance de mener un projet en concertation et appuyé par des formations.

L'introduction de la consommation d'alcool dans les structures d'hébergement relève d'une démarche collective qui doit s'inscrire dans le projet d'établissement accompagné de moyens humains et financiers afin de permettre l'acculturation du personnel et l'adhésion des résidents aux nouvelles règles de conduite.

Par ailleurs, l'évaluation de l'expérience doit être régulière (suivi des incidents – comparaison avant /après) pour permettre l'inscription de cette évolution dans la durée au sein d'un établissement.

SOLALE
Solutions Expertises

méthode IACA
Intégration Accompagnée la Consommation d'Alcool

LES 4 PHASES DE LA MÉTHODE IACA

Fiche outil Le processus d'intervention

La méthode IACA a été structurée autour de repères applicables et déclinables sur le terrain. Elle est séquentielle en 4 phases qui détaillent les différentes actions à mettre en œuvre pour conduire le processus d'accompagnement.

Objectifs

- Engager un dialogue libéré des stéréotypes à l'œuvre grâce à un discours spécifique.
- Évaluer finement la situation de la personne.
- Réduire les risques autour des consommations et équilibrer la vie quotidienne.

1 Action d'accueil / alliance → Construire l'adhésion au processus

Dans cette phase, l'objectif est de libérer la parole et déconstruire les représentations pour lever le sentiment de honte, de culpabilité et d'échec et créer les conditions de l'alliance.

Actions :

- Informeur sur l'approche RDR Alcool et présenter la méthode IACA.
- Trouver les mots et arguments appropriés en utilisant un discours résolument positif.
- Mettre en confiance.
- Rendre lisible cette offre de soin et informer sur la co-construction du parcours.

2 Action d'évaluation → Photo « ici et maintenant »

Dans cette phase, l'objectif est de recueillir suffisamment d'informations RORA puis de les traiter spécifiquement de manière à établir un plan d'action adapté.

Actions :

- Identifier les ruptures, les risques et les besoins spécifiques.
- Identifier les ressources mobilisables chez la personne et dans son environnement.

3 Action de sécurisation → Maintenir le lien

Dans cette phase, l'objectif est d'agir sur les urgences vitales, les ruptures et les risques pris ou encourus et d'engager des actions qui permettent de pallier les ruptures de soins et aux situations qui renforcent les consommations.

Actions :

- Identifier les pics de consommation : manque / sur et sous alcoolisation.
- S'assurer de la satisfaction des besoins primaires.
- Éviter les mises en danger et l'aggravation des situations.
- Rechercher avec la personne des solutions concrètes et adaptées pour réduire les risques dans une approche pragmatique.

4 Action de stabilisation / amélioration → Trouver un équilibre de vie et de consommation satisfaisant

Dans cette phase, l'objectif est de vérifier la pérennité du parcours de santé et d'accompagner la gestion des consommations.

Actions :

- Coordonner le parcours de santé.
- Faire des propositions d'amélioration et accompagner la personne à faire des tentatives pour trouver un équilibre de consommation plus satisfaisant.
- Accompagner la personne dans ses nouvelles pratiques de consommation.

Plateforme Digitale de ressources professionnelles en Réduction des Risques Alcool

reducosolale.org

Retrouvez tous nos outils et fiches pratiques sur [plateforme-solale.org](https://www.plateforme-solale.org)

SOLALE
Solutions Alcool Expertises

méthode IACA
Intégration Accompagnée la Consommation d'Alcool

LES DIFFERENTES ETAPES DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche outil Mémo : Les actions à mener

Action d'accueil / alliance **objectifs** : accueil, proximité, confiance

- J'ai informé sur l'approche RDR-A. J'ai parlé autrement d'alcool.
- J'ai argumenté et adapté mon discours.
- Je me suis assuré(e) de la compréhension de l'approche.
- J'ai cherché l'adhésion à la proposition RDR Alcool.
- J'ai porté l'espoir.
- J'ai déconstruit les représentations.
- Je suis intervenu(e) pour lever le sentiment de honte et de fatalité.

Action d'évaluation / analyse des besoins **objectifs** : observation, analyse

- J'ai évalué la situation globale.
- J'ai identifié les besoins spécifiques.
- J'ai repéré les risques pris et/ou encourus.
- J'ai mis à jour les ruptures et les non-recours.
- J'ai identifié les ressources mobilisables.

Action de sécurisation **objectifs** : réactivité, disponibilité, réassurance, non-abandon

- J'ai fait à la place de / J'ai été au service de / je me suis assuré(e) de la satisfaction des besoins primaires.
- J'ai envoyé les risques vitaux, les ruptures et non recours.
- J'ai géré des situations de crise.
- J'ai envoyé les pics de consommations.
- J'ai assuré un accès au droit commun.

Action de stabilisation / amélioration **objectifs** : guide, appui, projection

- J'ai fait des propositions adaptées pour trouver un équilibre de vie satisfaisant.
- J'ai accompagné la personne à expérimenter et tester des nouvelles pratiques de consommation.
- J'ai fait des propositions pour faire exister un nouvel équilibre de consommation.
- J'ai proposé le bon soignant, au bon moment.
- J'ai coordonné le parcours.
- J'ai renforcé les habiletés psychosociales.

Plateforme Digitale de ressources professionnelles en Réduction des Risques Alcool

reducosolale.org

Retrouvez tous nos outils et fiches pratiques sur [plateforme-solale.org](https://www.plateforme-solale.org)

LA COORDINATION DE PARCOURS RDR ALCOOL

Fiche outil Conduire des parcours sur mesure.

Objectifs pour la personne

- Recevoir les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment.
- Lutter contre les ruptures, le non-recours au soin, les retards de soin.
- Bénéficier de réponses adaptées à leurs besoins spécifiques.

Objectifs pour l'intervenant

- Accompagner des personnes aux parcours de santé complexes dans une logique de rétablissement.
- Accompagner des personnes avec des besoins bio-psychosociaux spécifiques et singuliers.
- Structurer le parcours, en garantissant le recours et la continuité.



Le parcours RDR Alcool :
Adapté à la personne et à ses objectifs personnels.
En adéquation avec les réalités vécues.
Partir de l'environnement des personnes : lieu de vie - Mobilité - Ressources du territoire de proximité - Souhait personnel - Types de soignants recherchés, etc.

Actions de l'intervenant RDR Alcool

Information et conseil aux personnes

- Expliquer et rendre lisible le système de santé : les spécificités des propositions et des dispositifs.
- Renseigner les personnes sur les offres d'aides existantes et sur leurs choix possibles.
- Informar sur les conditions de recours aux partenaires pour faciliter l'orientation.
- Outiller et conseiller la personne pour quelle puisse « défendre » son projet RDR Alcool.
- Informar les partenaires intervenants auprès de la personne sur les spécificités de l'approche RDR Alcool.

Co-construction du parcours avec la personne concernée

- Elaborer avec la personne des pistes de solutions pour construire un parcours de soin adapté.
- Accompagner et/ou mettre en œuvre les choix de la personne.

- Coordonner le parcours choisi par la personne par la recherche de relais adaptés et création de passerelles avec les dispositifs repérés.
- Organiser les collaborations avec les partenaires.
- Assurer la liaison avec les prestataires de soin.
- Participer au suivi et au maintien du lien.

Suivi et ajustement permanent du parcours avec les personnes

- Vigilance sur l'évolution du projet de la personne et sur l'adéquation des propositions engagées.
- Ajustement avec les partenaires pour rendre fluide les articulations entre professionnels.
- Veille sur les orientations et recherche de feedback. Suivi des orientations et des parcours.
- Évaluation de la pertinence des propositions et leur appropriation par la personne.



PARLER D'ALCOOL AUTREMENT C'EST DÉJÀ RÉDUIRE LES RISQUES

Changer de mots pour ne plus stigmatiser

TERMES ET NOTIONS FREQUEMMENT UTILISEES	TERMES ET NOTIONS A RETENIR DANS UNE APPROCHE RDR ALCOOL
Alcoolisme Le terme "alcoolisme" est trop chargé de représentations négatives voire parfois péjoratives. Utiliser pour décrire sa perte de contrôle, son incapacité à répondre aux attentes des professionnels ou de l'entourage.	Personne consommant de l'alcool Permet de sortir de l'étiquette "d'addictologie" dans laquelle enferme la personne. Permet de rendre plus visible la notion d'abus ou de dépendance.
Grand besoin d'aide et de soutien Dépistage idéal difficile à atteindre et souvent porteur de déboires, qui renforce le sentiment d'échec et de fatalité. Notion qui focalise l'ensemble des difficultés vécues par la personne sur la consommation d'alcool.	Réaliser son projet Objectif modulable et évolutif qui permet d'imaginer des marges de progression, une diversité de solutions d'amélioration, permet d'insister sur d'autres aspects que la consommation d'alcool.
Prendre Renvoie à une approche qui se penche sur les manques et les déficits, un état de leia de ce qu'il ne va pas.	Soutien Approche qui renvoie à ce qui peut être envisagé, qui regarde les ressources mobilisables chez les personnes.
Compter ses consommations ? Focus ciblé sur les quantités et doses d'alcool. Indicateur qui à lui seul ne suffit pas à évaluer les situations vécues. Renforce le sentiment d'absence de contrôle chez la personne.	Construire son parcours ? Focus sur les pratiques et contextes de consommations pour identifier les risques. Permet d'engager et d'ouvrir l'échange, de diversifier les objectifs d'amélioration, renforce le sentiment de maîtrise et de stratégie mise en place par la personne.
Être au courant de son niveau de consommation Renvoie l'idée que le "produit alcool" a pris le dessus sur tous les aspects de la vie de la personne qui n'est plus en mesure de faire des choix pertinents pour elle.	Être en confiance Renvoie à une place centrale à la personne : savoir reconnaître, renvoie à sa capacité d'évaluer et d'adapter sa consommation pour retrouver les marges d'amélioration.
Être en mesure Renvoie au sentiment de fatalité, de spirale d'échec, à l'idée qu'une fois encore la personne n'a pas choisi.	Être autonome / libre Idée forte de l'approche RDR Alcool pour redonner la force, l'énergie, évaluer à son rythme et débiter les résultats.



Plateforme Digitale de Ressources Professionnelles en Réduction des Risques Alcool

1/2

PRÉSENTER L'APPROCHE RDR ALCOOL AUX PERSONNES

Fiche outil Rendre lisible l'offre RDR Alcool pour favoriser un choix éclairé

Objectifs

- Libérer la parole sur les consommations d'alcool
- Mettre à l'aise et en confiance
- Créer les conditions de l'adhésion

Définir l'approche RDR Alcool

« Le principe de la Réduction des Risques implique de faire avec vos consommations d'alcool dans la réalité de votre quotidien en s'adaptant à vos besoins spécifiques. L'objectif de cette pratique d'accompagnement est de limiter les atteintes sur un plan physique, psychique et social.»

Pour illustrer
« La première intention n'est pas le sevrage et l'abstinence mais plutôt la reprise en main de vos consommations et l'amélioration de votre qualité de vie.»

« Avant d'être un problème, le recours à l'alcool est une stratégie, une solution que vous avez trouvée à un moment donné. On pourrait le comparer à une béquille qui vous permet de tenir debout en attendant que votre jambe soit guérie.»

Expliquer que l'approche RDR Alcool s'attache à déconstruire les représentations.

« Le regard de la société sur les consommateurs d'alcool est très stigmatisant et excluant, ce qui entraîne un sentiment de honte, de culpabilité et d'échec susceptibles de renforcer vos consommations.»

Pour illustrer
« Vous avez pris l'habitude de vous cacher et de faire vos consommations pour vous protéger du regard des autres. C'est une stratégie logique que vous avez eu raison de mettre en place. La première étape sera de vous réconcilier avec vos consommations et de ne plus vous en vouloir d'avoir recours à l'alcool pour le moment.»

« Ici, il n'y a pas de jugement, vous pouvez parler librement. Pour vous accompagner au mieux, nous allons avoir besoin de connaître

précisément les situations que vous vivez et la réalité de vos consommations.»

Expliquer que l'approche RDR Alcool observe les pratiques et les contextes de consommation

« Cette approche ne s'attache pas au COMBIEN mais au COMMENT vous consommez. La consommation d'alcool est une pratique qui s'inscrit dans votre quotidien. C'est donc en fonction de votre quotidien que nous trouverons ensemble les solutions les plus adaptées, même si vous n'arrêtez pas vos consommations.»

Pour illustrer
« Nous allons agir sur votre situation globale. En travaillant ensemble sur les aspects de votre vie qui vous fragilisent comme les difficultés professionnelles ou relationnelles, l'isolement, le stress, les souffrances psychiques... vous devez constater des impacts positifs sur vos consommations.»

« Il n'y a pas de fatalité, vous pouvez reprendre en main vos consommations et améliorer votre qualité de vie.»

« Cette approche ne se focalise pas sur la dangerosité du produit, la peur n'est pas un moteur de changement.»

« Vous ne buvez pas pour vous faire du mal. Nous analyserons plutôt quels sont les effets que vous recherchez dans le recours à l'alcool.»

Conclusion de l'entretien

« Est-ce que cette proposition d'accompagnement semble correspondre à vos attentes ?
Souhaitez-vous vous engager dans ce processus ?



ACCUEILLIR AVEC ALCOOL ET CRÉER LES CONDITIONS DE L'ALLIANCE

Fiche outil 3 Principes : Inconditionnalité, Convivialité, Inclusion

Cette première phase est la porte d'entrée de l'accompagnement IACA, la première indication d'une attention portée au bien-être de la personne. Soigner l'accueil et la rencontre pour l'adapter aux besoins des personnes en difficultés avec leur consommation d'alcool est un impératif pour favoriser leur inclusion et leur permettre d'accéder aux services.

Objectifs

- Lutter contre le non-recours aux dispositifs de soin et d'accompagnement
- Favoriser l'accès au service
- S'adapter aux besoins spécifiques des personnes en difficultés avec leur consommation d'alcool
- Lutter contre la stigmatisation, le sentiment de honte et de fatalité
- Aller chercher les incidences des représentations sociales sur le vécu des personnes.

Favoriser une proximité relationnelle

Faciliter la rencontre, tisser les premiers liens pour engager la relation et créer les conditions de l'alliance.

Actions

- Signifier à la personne qu'elle est la bienvenue comme elle est, en prenant en compte sa consommation d'alcool.
- Compétences associées : avoir une attitude chaleureuse, conviviale, bienveillante.

- Observer les besoins des personnes en matière de prise de contact.
- Compétences associées : être attentif, compréhensif, empathique.

- Adapter le discours RDR Alcool en fonction de ses appréhensions.
- Compétences associées : être à l'écoute, compréhensif, être habile pour créer l'alliance, porter l'espoir.

Effets recherchés : Mettre à l'aise et en confiance, créer un espace relationnel rassurant, libérer la parole, donner envie de venir, de rester, de revenir.

Un lieu d'accueil adapté pour mettre à l'aise et en confiance

Optimiser l'expérience vécue dans le lieu (sonore, olfactive, visuelle...) en créant une ambiance chaleureuse.

Actions

- Offrir un cadre agréable via une architecture étudiée (couleurs, mobilier, lumière...)
- Rendre visibles sur les murs les principes RDR A (donner l'indication qu'il est possible de faire avec l'alcool)
- Diffuser des messages positifs (signalétique, affiches...)
- Veiller à l'ordre et à la propreté des lieux

Effets recherchés : Sentiment de bien-être, d'apaisement, de confort, de sécurité.



Bibliographie

- ¹ HAS, (2019). Recommandation de bonnes pratiques : La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). [Lien](#)
- ² MARQUES, C., QUATREMER, G., ANDLER, R., et NGUYEN-THANH, V. (2020). Prévention de l'alcool : Repères de consommation pour limiter les risques pour la santé. La santé en action n°452 (p. 40-41).
- ³ GIRARD, V. (2010). La santé des personnes sans chez soi. [La sante des personnes sans chez soi | vie-publique.fr](#)
- ⁴ Fédération addiction – FNARS. (2015). Addictions et lutte contre les exclusions - travailler ensemble. [Lien](#)
- ⁵ BENECH, G. (2021). La réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA) : historique, pratiques, analyse et propositions. Actions Addictions (p. 30). [Lien](#)
- ⁶ Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. (2012). RDR Alcool Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool. Commission des Pratiques Professionnelles. [Lien](#)
- ⁷ EMMAÛS Solidarité, ANPAA75, mission métropolitaine de prévention des conduites à risques. (2017). Expérimentation d'une démarche de Réduction des Risques Alcool : De l'interdiction de l'alcool au sein d'un CHRS à une autorisation encadrée. [Lien](#)
- ⁸ VALLANCE, K., STOCKWELL, T., PAULY, B., CHOW, C., GRAY, E., KRYLOWATY, B., PERKIN, K., et ZHAO, J. (2016). Do managed alcohol programs change patterns of alcohol consumption and reduce related harm ? A pilot study. Harm Reduct Journal, 13. [Lien](#)
- ⁹ KPMG. (2022). Rapport d'évaluation du dispositif d'Accueil de Réduction des Risques Alcool Nord Alsace (ARRIANA).
- ¹⁰ PAULY, B., BROWN, M., EVANS, J., GRAY, E., SCHIFF, R., IVSINS, A., KRYLOWATY, B., VALLANCE, K., et STOCKWELL, T. (2019). There is a place: impacts of managed alcohol programs for people experiencing severe alcohol dependence and homelessness. Harm Reduct Journal, 16. [Lien](#)
- ¹¹ HAS. (2022). Recommandation : Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS. Secteur de l'inclusion sociale. Mise à jour 2023. [Lien](#)
- ¹² Modus Bibendi. (2019). Charte de la Réduction des Risques Alcool. [Lien](#)
- ¹³ FIEULAINE, M. (2012). Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ? Alcoologie et Addictologie, 39 (4), 364-372. [Lien](#)
- ¹⁴ Fédération addiction. (2019). Alcool, intervenir autrement. [Lien](#)
- ¹⁵ Fédération Addictions. (2023). Réduction des risques en hébergement, un état des lieux (p. 27). [Lien](#)
- ¹⁶ Fondation MNH. L'association « Aux Captifs, la libération » accompagne les personnes en grande précarité et en difficulté avec l'alcool, selon le principe de la Réduction des Risques. [Lien](#)

Bibliographie complémentaire

- a. Inserm. (2021). Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. *Collection Expertise collective*. Montrouge : EDP Sciences. (p 49, 80, 86). [Lien](#)
- b. PIC D. (2015). Syndrome de sevrage alcoolique et délirium trémens. chap.59.
- c. FIEULAINÉ, M. (2017). Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ? Usages d'alcool : norme, domination, stigmates. *Alcoologie et Addictologie*, 39 (4) (p. 364-372). [Lien](#)
- d. FIEULAINÉ M., et LEVY J. (2023). Mieux accompagner les personnes usagères d'alcool en médecine générale. Guide pratique de la réduction des risques liés à l'alcool (RDRA). [Lien](#)
- e. MARCELIN, V. (2022). Un centre de distribution d'alcool pour sans-abri à Montréal.
- f. BECK, S. (2020). Je bois donc je suis. Pratiques réflexives en recherche et intervention sociale autour des usages d'alcool et du sans-abrisme. *Sciences & Actions Sociales*, vol. 13, no. 1, 2020, pp. 199-217.
- g. ANESM. (2016). Lettre de cadrage : projet de programme portant sur : la prévention des conduites addictives et réduction des risques et des dommages liés aux addictions.
- h. HAS. (2022). Note de cadrage : Fiche points clés – Comment repérer et accompagner les consommations d'alcool ?
- i. Société Française d'Alcoologie. (2023). Recommandation de bonne pratique : Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie et Addictologie*. [Lien](#)
- j. RISTAU, J., MEHTANI, N., GOMEZ, S., NANCE, M., KELLER, C.S., EVLAND, J., et SMITH-BERNARDIN S. (2021). Successful implementation of managed alcohol programs in the San Francisco Bay Area during the COVID-19 crisis, *Substance Abuse*, DOI: 10.1080/08897077.2021.1892012.
- k. Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques (2000). Guide sur les réductions des risques alcool (RdRA) en centre d'hébergement. [Lien](#)
- l. Fédération Addiction et Fédération des acteurs de la solidarité (2017). L'accueil inconditionnel au défi des consommations. Synthèse et Perspectives. [Lien](#)
- m. PAULY, B.B., VALLANCE, K., WETTLAUFR, A., CHOW, C., BROWN, R., EVANS, J., et al. (2018). Community managed alcohol programs in Canada: Overview of key dimensions and implementation. *Drug Alcohol Revue*, 37, Suppl 1:S132-9.
- n. MUCKLE, W. (2012). Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *Cochrane Library*.

Exemples de programme/accueil en RdRD Alcool

- Accueil «bistrotier». <https://www.fondationabs.ch/la-terrasse.html>
- <https://www.paqc.org/fr/programme-gestion-alcool/>
- <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/projects/map/index.php>
- Determining the Features of Managed Alcohol Programs <https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/determining-the-features-of-managed-alcohol-programs.pdf?sfvrsn=2>