



Master 2 Mention Santé Publique
Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé
publique
Promotion : 2021-2022

**Espace de consommation d'alcool à moindre risque : dispositif
innovant des politiques publiques de réduction des risques et des
dommages liés à l'alcool**

Lucie MARQUES

Remerciements

En premier lieu, j'adresse toute ma reconnaissance et mes remerciements à Monsieur Arnaud Campéon, mon directeur de mémoire et responsable du Master 2 pilotage des politiques et actions en santé publique de l'École des Hautes Études en Santé Publique. Ses conseils, sa bienveillance et sa disponibilité m'ont été d'une aide précieuse, à la fois pour la rédaction de ce mémoire, mais aussi pour la réussite de cette dernière année.

Je souhaite remercier le cabinet KPMG, et notamment Jean-Marie Pichavant, qui m'a accordé sa confiance et m'a donné l'opportunité de réaliser mon stage au sein de son équipe.

Je remercie également Charlotte Mévil-Blanche, pour son encadrement quotidien. Un grand merci, non seulement pour son management qui m'a permis de progresser rapidement dans le cadre de ce stage, mais également pour son investissement et ses préconisations, qui ont constitué une réelle richesse pour la construction de ce mémoire.

Merci à l'intégralité des membres de l'équipe ESAH, pour leur encadrement, leur bienveillance et leur disponibilité, qui ont rendu agréable mon environnement de travail. J'adresse particulièrement ma reconnaissance à Lucie et Amélia, pour leur soutien et leurs conseils.

Je souhaite également remercier l'ensemble des professionnels ayant répondu favorablement à mes demandes d'entretien. Je vous remercie pour votre temps, vos conseils et vos encouragements, mais surtout pour vos partages d'expériences et vos apports.

Enfin, merci à mes proches, ma famille et mes amis, de faire preuve à mon égard d'un soutien sans faille à chaque instant. Une attention particulière à Léa Redon, sans qui cette année de Master à l'EHESP aurait été très différente.

Sommaire

Table des matières

Table des figures	7
Introduction	8
Méthodologie	11
I. La consommation d'alcool en France : un problème de santé publique souvent minimisé mais contraignant les pouvoirs publics à l'action	16
A. L'enjeu de santé publique constitué par la consommation d'alcool en France	16
1. Les déterminants liés à la consommation d'alcool en France : des divergences selon le genre, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle	16
2. L'impact sur la santé de la consommation de boissons alcoolisées : d'une faible consommation à un usage régulier, l'inexistence de la « conséquence zéro »	21
3. Campagnes de prévention, politiques fiscales ou lancement d'Appel à projets : une pluralité d'outils de lutte contre la consommation d'alcool	23
B. L'émergence de politiques en faveur d'un nouveau modèle de lutte contre les conduites addictives : la réduction des risques et des dommages	27
1. L'origine socio-historique des politiques de réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives	27
2. La construction des salles de consommation à moindre risque : une implantation parsemée d'embuches	31
II. Le déploiement de dispositifs et programmes novateurs répondant aux nouveaux enjeux de la Réduction des risques et des dommages liés à l'alcool	34
A. La mise en œuvre d'initiatives innovantes en vue de développer les pratiques de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool	34
1. Une diversité de dispositifs étrangers impulsés par des initiatives européennes et nord-américaines	34
2. En l'absence de cadre normatif formel, une mise en place de réponses pragmatiques aux enjeux de RdRDA	37
3. La sensibilisation et la formation des professionnels à la RdRDA : étape incontournable de l'évolution des pratiques	42
B. Le projet ARRIANA : un espace novateur répondant aux enjeux de la Réduction des risques et des dommages	47
1. La mise en place d'ARRIANA : objectifs de l'instauration de cette expérimentation, principes fondateurs et finalité	47
2. L'organisation de cet espace de consommation : l'équipe composant ARRIANA, les modalités de recours et d'intervention	48
3. Le public accueilli : caractéristiques et habitudes de consommation des usagers passant la porte d'ARRIANA	52

C. L'évaluation d'ARRIANA : analyse du niveau d'adéquation d'un tel dispositif aux enjeux de Réduction des risques et des dommages et transférabilité	54
1. Les réponses apportées par l'espace ARRIANA aux besoins et attentes des usagers : d'une sortie de l'isolement à un accompagnement vers le soin	54
2. Marge de progression : les perspectives d'amélioration d'ARRIANA mises en lumière par son évaluation	57
3. Conditions de pérennisation, de modélisation et de transférabilité du dispositif ARRIANA : des principes fondateurs à la multiplication d'initiatives de RdRDA	59
Conclusion	62
Bibliographie	65
Liste des annexes	71

Liste des sigles utilisés

AAP : Appel à Projets

ADDICA : Addictions de Champagne-Ardenne

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

ARRIANA : Accueil de Réduction des Risques Alcool Nord Alsace

ARS : Agence Régionale de Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues

CCAS : Caisse Centrale d'Activités Sociales

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CIRC : Centre International de Recherche contre le Cancer

CLS : Contrat Local de Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DGS : Direction Générale de la Santé

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

HSA : Halte Soins Addictions

IACA : Intégrer et Accompagner les Consommations d'Alcool

ICI : Inclusif, Convivial et Inconditionnel

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INCa : Institut National du Cancer

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IPM : Ivresse Publique et Manifeste

MAP : Managed Alcohol Program

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

OFDT : Observatoire français des drogues et toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRS : Projet Régional de Santé

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAM : Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière

SCMR : Salle de Consommation à Moindre Risque

Score EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

SOLALE : Solutions Alcool Expertises

SPF : Santé Publique France

RDR : Réduction des Risques

RdRD : Réduction des Risques et des Dommages

RdRDA : Réduction des Risques et des Dommages liés à l'Alcool

TCAF : Trouble Causé par l'Alcoolisation Fœtale

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des figures

Figure 1 : Usage régulier et quotidien d'alcool selon l'âge et le genre en France, en 2002, en %	18
Figure 2 : Indicateurs de consommation d'alcool selon l'âge et le genre en France, en 2017	19
Figure 3 : Pourcentage de personnes ayant consommé de l'alcool plus de cinq jours au cours des sept derniers jours, par tranche d'âge en 2017	20
Figure 4 : Schématisation des politiques de RdR liés aux conduites addictives par injection, d'après un échange avec un acteur	29
Figure 5 : Schéma du vécu de la proposition standard d'arrêt de la consommation	43
Figure 6 : Schéma du processus d'accompagnement RdR alcool	44
Figure 7 : Organigramme de l'équipe en mars 2022	49

Introduction

Depuis toujours, le commerce, la production et la distribution d'alcool sont réglementés. Si l'ordre public et la fiscalité en sont des raisons, à partir des années 1960, ce cadre réglementaire est peu à peu influencé par des considérations de santé publique (Marigny, 2009). Pour autant, sous couvert de protection d'une tradition française et d'une défense des productions et terroirs régionaux, les « députés du vin », issus de tous partis, multiplient les amendements lors de chaque débat parlementaire afin de ne pas « porter atteinte à l'économie d'un pays » (Billard, 2009), tout en acceptant de reléguer au plus bas les enjeux de santé publique.

« Le trouble lié à l'usage dangereux d'alcool et de drogues est l'un des problèmes de santé et de société les plus stigmatisés », mentionnait l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En effet, l'abus d'alcool fait fréquemment l'objet d'une **stigmatisation de l'individu**, lui provoquant un sentiment de honte, souvent intériorisé. Le consommateur excessif sera plus ou moins blâmé selon l'ordre social et le contexte culturel. (Suissa, 2020). Parallèlement, une consommation dite « modérée » d'alcool est **socialement mieux acceptée**, voire encouragée. Il est en effet établi que près d'un français sur trois serait « convaincu de l'idée selon laquelle un usage modéré [d'alcool] est, non seulement acceptable, mais peut être bon pour la santé ». (Gillet & Mossé, 2009).

Cette position **polymorphe** de l'alcool et des conséquences de sa consommation est, depuis toujours, entretenue par de nombreux politiciens. Par exemple, tandis que Didier Guillaume, ancien Ministre de l'Agriculture et de l'Alimentation, affirmait, en 2019, que « le vin n'est pas un alcool comme les autres » (Laurent & Parienté, 2019), Jean-François Mattei, pourtant ancien Ministre de la Santé, déclarait que l'OMS elle-même, préconisait « non pas l'absence de consommation d'alcool, mais une consommation faible » (Billard, 2009). François Eisinger, Professeur de Médecine, rappelait pourtant que la France avait « longtemps vécu dans le mythe, peut-être dans l'espoir, que boire un verre de temps en temps était bon pour la santé » (Gillet & Mossé, 2009).

En effet, il est désormais avéré qu'une **consommation d'alcool, même relativement faible, a une influence sur le développement de multiples pathologies** (cancers, maladies du système nerveux, troubles psychiques, maladies cardiovasculaires ou digestives, etc...), ou de **problèmes de santé plus répandus** (fatigue, troubles du sommeil, tension artérielle trop élevée, etc...) (Santé Publique France, 2019).

Alors, **l'action publique oscille** entre son souhait de **garantir la santé publique** et sa volonté de **protéger les intérêts économiques**. Puisque les problématiques liées à l'alcool sont multiples, les

réponses politiques apportées le sont également, et toute intervention pouvant en réduire les conséquences est pertinente (Michel & Morel, 2012).

Parmi les propositions standards de prise en charge, le **paradigme de l'abstinence** comme seul objectif de soins envisageable a longtemps perduré. Mais, progressivement, il a été démontré qu'une majorité des usagers ayant une consommation problématique d'alcool n'était pas nécessairement dépendante, et n'exigeait pas, comme modalité de prise en charge, une abstinence totale (Michel & Morel, 2012).

Alors, les **politiques de réduction des risques et des dommages** (RdRD), qui consistent, s'agissant de l'alcool, à « **réduire l'exposition** [...] en **contrôlant la consommation** » (Michel & Morel, 2012) se multiplient. Le référentiel de santé publique associé au concept de réduction des risques se fonde sur de multiples notions, allant du renoncement à un idéal d'abstinence, en passant par une démarche de proximité – qui consiste à rencontrer et prendre l'utilisateur là où il en est dans son parcours –, et par une exigence de non-jugement moral des pratiques d'usage. Ces politiques de santé publique se veulent participatives, prenant en compte les besoins des individus concernés (Jauffret-Roustide & Chappard, 2012), mais visent également la poursuite d'objectifs plus larges : « la réduction des dommages sociaux engendrés par la production, la publicité, la vente et la consommation d'alcool en tenant compte de manière pragmatique du fait que de nombreux individus ne souhaitent pas, ou que partiellement, modifier leurs comportements vis-à-vis de l'alcool » (Michel & Morel, 2012).

Dans la mise en œuvre de ces politiques de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool, une **pluralité d'acteurs intervient**. Que ce soit à l'initiative d'associations, de structures sociales ou médico-sociales ou encore de professionnels de l'addictologie, les projets et dispositifs innovants répondant aux enjeux et exigences des politiques de RdRD prolifèrent. Le **dispositif ARRIANA** (Accueil de Réduction des Risques Alcool Nord Alsace), **espace de consommation d'alcool à moindre risque**, au sein duquel la **consommation est autorisée et encadrée**, constitue l'une d'entre elles.

Dès lors, il semble pertinent de se demander **en quoi le dispositif ARRIANA, espace de consommation d'alcool à moindre risque, constitue-t-il un dispositif innovant et répondant aux enjeux actuels des politiques de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool ?**

Afin de répondre au mieux à cette question, il apparaît cohérent d'évoquer dans un premier temps, la consommation d'alcool en France, comme un enjeu de santé publique venu contraindre les

pouvoirs publics à l'action (I), et de poursuivre, dans un second temps, en analysant le déploiement de dispositifs et programmes novateurs, venus répondre aux nouveaux enjeux de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (II).

Méthodologie

- **Choix du sujet parmi une multitude de missions**

Particulièrement **intéressée par les thématiques liées aux addictions**, c'est avec une volonté d'axer mon mémoire dans cette direction que j'ai rejoint le cabinet de conseil KPMG, afin d'y réaliser mon stage. J'ai rapidement travaillé sur des types de missions et problématiques très diverses : restructurations d'Ehpad, Contrats et Diagnostics Locaux de Santé (CLS), ou encore développement des Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Néanmoins, comme escompté, j'ai pu prendre part à deux missions principales, en lien avec la thématique des addictions. La première, mandatée par l'ARS Martinique, recouvrait plusieurs champs, puisque KPMG a été choisi, depuis trois ans maintenant, comme structure d'appui s'agissant de la lutte contre les addictions sur le territoire martiniquais. La seconde concernait **l'évaluation du dispositif ARRIANA** (Accueil de Réduction des Risques Alcool Nord Alsace), un espace expérimental de réduction des risques pour les usagers consommateurs d'alcool, mis en place en Alsace. C'est sur ce second sujet que j'ai choisi d'orienter mon mémoire.

Après ce choix et avant d'entamer mes premières recherches et demandes d'entretiens, il a été nécessaire de demander à l'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand-Est, financeur de l'expérimentation ARRIANA, ainsi qu'aux professionnels du dispositif, **l'autorisation de réaliser un mémoire sur ce sujet**. Qu'il s'agisse des acteurs institutionnels, ou des professionnels d'ARRIANA, tous ont répondu positivement à ma demande, et semblaient favorables à ce qu'une étudiante de l'EHESP se saisisse de leur dispositif, persuadés que cela constituerait un moyen de le faire connaître davantage.

- **La revue de littérature**

Progressivement, j'ai pu m'**appropriier les enjeux des politiques de lutte contre les conduites addictives**, et notamment des politiques de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool. De nombreuses **ressources bibliographiques** m'ont été transmises par l'une de mes collègues, spécialiste de la thématique des addictions et des conduites addictives, Charlotte Mévil-Blanche, avec qui j'ai notamment travaillé sur la mission ARRIANA.

En parallèle, j'ai complété ma documentation à l'aide d'une **revue de littérature** composée d'ouvrages et d'articles recensés sur des bases de données telles que Cairn, Sciences Direct ou encore GoogleScholar. Ces temps d'analyse, de recherches et de discussions ont été nécessaires, en amont de

la réalisation d'un plan, afin de saisir l'entièreté des enjeux de la thématique, de me familiariser avec le vocabulaire inhérent à la réduction des risques et des dommages et d'en appréhender toutes les facettes.

- **La réalisation des entretiens**

Après l'**identification de divers acteurs** clefs à interroger, en lien avec mon sujet de mémoire, j'ai adressé aux acteurs identifiés des demandes d'entretien. A nouveau, la majorité des coordonnées de ces derniers m'a été transmise par Charlotte Mévil-Blanche. Suite à cette première prise de contact, j'ai réalisé mes grilles d'entretien (annexe n°1). J'ai choisi d'adopter une **méthode d'entretien semi-directive**, afin de guider mon interlocuteur, sans toutefois entraver son discours et ses éventuelles propositions.

J'ai pu échanger avec divers profils d'acteurs :

- Des acteurs institutionnels : un animateur territorial chargé de prévention et promotion de la santé à l'ARS, une chargée de mission santé à la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) ;
- Des acteurs associatifs : la directrice de l'association Santé ! ;
- Des professionnels du milieu de l'addictologie : le chef de service d'un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), une infirmière au sein d'un espace de consommation à moindre risque, un cadre de santé.

Au total, ce sont quatorze acteurs qui ont été sollicités ; j'ai pu m'entretenir avec sept d'entre eux.

Afin d'assurer un suivi des entretiens réalisés et à venir, j'ai tenu à jour un **calendrier recensant mon avancement** (annexe n°2). Une fois l'intégralité des entretiens effectuée, j'ai réalisé une **grille d'analyse** (annexe n°3), afin de regrouper, par thématiques, les éléments et ressources découlant de ces échanges.

- **La construction du plan**

En parallèle de la réalisation de mes entretiens, et au fil de mes lectures, j'ai pu progressivement élaborer la trame de mon futur plan. Je ne souhaitais pas réaliser un « mémoire d'évaluation », portant uniquement sur l'évaluation du dispositif ARRIANA effectuée dans le cadre de mon stage, mais plutôt me servir de celle-ci afin d'**approfondir le sujet des politiques de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool**.

J'ai alors choisi de diviser mon mémoire en deux parties : une première, portant sur les conséquences, en termes de santé publique, de la consommation d'alcool en France, et une seconde, mettant en lumière des dispositifs innovants de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool.

C'est au sein de cette seconde partie que l'expérimentation ARRIANA sera donc abordée, reprenant notamment l'évaluation réalisée dans le cadre de mon stage ainsi que les diverses préconisations établies visant à faire perdurer un tel espace.

- **La réalisation de l'évaluation : méthodologie adoptée par KPMG pour l'évaluation d'ARRIANA**

L'évaluation du dispositif ARRIANA s'est structurée en trois étapes, allant du mois de décembre 2021 au mois de juin 2022.

Tout d'abord, une **phase de cadrage de la démarche et d'appropriation du contexte** s'est conduite, de décembre 2021 à février 2022. Une réunion de lancement a été réalisée, et l'équipe KPMG en charge de l'évaluation du dispositif a effectué les premiers entretiens de cadrage avec l'ARS Grand-Est, les représentants d'ARRIANA et certains partenaires clefs. Grâce à un recueil de données, une analyse documentaire et une revue de littérature, un premier état des lieux du projet a été élaboré. En parallèle, le protocole d'évaluation a été défini, et a consisté en l'élaboration d'un **référentiel d'évaluation** (annexe n°4), présenté ensuite en comité de suivi et restitué lors du comité de pilotage.

Dans un second temps, une **phase de collecte de données** a été nécessaire. Durant les mois de mars et d'avril 2022, des entretiens qualitatifs avec l'équipe d'ARRIANA et avec les parties prenantes au démarrage du dispositif ont été réalisés. Également, des échanges avec des partenaires clefs du projet ont eu lieu : le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), la police municipale, le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), le Centre Médico-Psychologique (CMP), etc.... En parallèle, des données de suivi ont été recueillies auprès du porteur, afin de mettre en lumière les caractéristiques du public accueilli au sein d'ARRIANA, les différents modes de consommation ainsi que les modalités de recours à un tel dispositif. Au total, trois documents ont été fournis :

- Un tableau de bord des usagers, listant l'ensemble des usagers s'étant rendus à ARRIANA, ainsi que certaines données (âge, sexe, lieu de résidence, etc...) ;
- Un tableau de suivi des consommations journalières par usager, retranscrivant chaque passage par usager et par année, dès lors que ce dernier consommait de l'alcool au sein d'ARRIANA ;

- Un tableau de décompte du passage des usagers et des maraudes, comptabilisant le nombre de passage par mois à ARRIANA, en distinguant les passages avec consommation et les passages sans consommation, ainsi que le nombre de visites réalisées en maraudes par mois.

C'est à cette étape que j'ai pu prendre part à l'évaluation, et mon intervention a consisté en **l'analyse des données transmises**, via l'outil Excel. Des observations non participantes, sur site, ont également eu lieu, et des échanges avec les usagers accueillis à ARRIANA ont été réalisés. Enfin, un rapport d'évaluation intermédiaire a été rédigé – rédaction à laquelle j'ai participé, notamment à travers l'analyse des différents indicateurs mis en avant – et présenté en comité de suivi.

Durant le mois de mai 2022, des ateliers de travail ont été réalisés, permettant par la suite, la formulation de pistes d'amélioration. Le rapport d'évaluation a ensuite été finalisé, et des **préconisations** ont été effectuées. Enfin, le **rapport final a été restitué en comité de pilotage**.

- **Limites et biais méthodologies**

Dans le cadre de l'évaluation du dispositif ARRIANA, certains biais méthodologiques sont à prendre en compte.

D'abord, quelques informations transmises n'étaient renseignées que pour un nombre limité d'usagers, notamment lorsqu'il s'agissait de la situation professionnelle ou encore de l'origine de l'orientation, au sein d'ARRIANA, de certains usagers. Alors, certains **indicateurs doivent être traités avec précaution**.

Ensuite, deux sources d'informations différentes ont été fournies par l'équipe d'ARRIANA concernant la fréquentation de la salle : un tableau comptabilisant le nombre de passages par mois, en distinguant les passages avec consommation, et les passages sans consommation ; et un tableau retranscrivant chaque passage par usager par année, dès que ce dernier consommait de l'alcool. Or, la comparaison des deux fichiers traçant le nombre de passages des usagers ayant consommé met en avant des **incohérences dans le suivi des données**, le nombre de passage n'étant pas identique entre les deux fichiers.

Aussi, certains indicateurs, qu'il aurait été pertinent d'analyser, étaient manquants : la nature du parcours en addictologie, la nature de la problématique addictive et les produits consommés, l'existence ou non d'un lien avec un médecin traitant, etc... Il aurait également été intéressant de

connaître le nombre de passages d'usagers différents par mois, or les données recueillies permettaient seulement de connaître le nombre de passages total.

De plus, j'ai fait le choix, au sein de ce mémoire, de **ne pas aborder** une partie prise en compte lors de l'évaluation du dispositif ARRIANA : le **financement de cette expérimentation**, c'est-à-dire les ressources allouées à l'instauration d'ARRIANA. En effet, je souhaitais, au sein de ce mémoire, rendre compte seulement de la **pertinence d'un tel dispositif pour les usagers ayant une consommation d'alcool problématique**. Il me semble que la dimension « financière » d'ARRIANA, bien qu'importante pour juger de sa reproductibilité, ne vient en aucun cas modifier les apports qu'un tel dispositif génère aux usagers. Autrement dit, je ne souhaitais pas que des **choix d'allocation de ressources** – bien qu'essentielles à son maintien – **viennent impacter le bien-fondé de cette expérimentation**.

Enfin, une partie de mon mémoire repose sur des enquêtes mesurant la consommation d'alcool de la population française. Or, le **recueil de données par enquête se heurte souvent à plusieurs biais** : une sous-déclaration des consommations, un biais de désirabilité sociale et enfin, un biais de mémoire. Ces trois facteurs peuvent conduire à une sous-estimation, plus ou moins importante et aléatoire, de la consommation d'alcool de chacun.

I. **La consommation d'alcool en France : un problème de santé publique souvent minimisé mais contraignant les pouvoirs publics à l'action**

L'impact sanitaire et social de l'alcool en France, notamment parce qu'il constitue un produit licite, est fortement minimisé. Pour autant, la consommation d'alcool représente un réel enjeu de santé publique (A). A cet égard, de nombreuses politiques publiques sont mise en œuvre sur le territoire, et celles qui semblent le mieux pouvoir répondre à cette problématique sont les politiques de réduction des risques et des dommages (RdRD) (B).

A. **L'enjeu de santé publique constitué par la consommation d'alcool en France**

La consommation d'alcool est, dans de nombreux pays, un **problème majeur de santé publique**. Elle touche une large tranche de la population, bien qu'il existe des écarts et des modes de consommation distincts selon le genre, l'âge ou encore la catégorie socioprofessionnelle (I. A. 1). L'impact de toute consommation de boissons alcoolisées sur la santé est avéré (I. A. 2), conduisant dès lors les autorités nationales à légiférer et à mettre en œuvre des politiques publiques de lutte contre la consommation d'alcool (I. A. 3).

1. **Les déterminants liés à la consommation d'alcool en France : des divergences selon le genre, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle**

La consommation d'alcool, **ancrée dans les pratiques culturelles françaises**, constitue un enjeu majeur de santé publique et demeure une **source importante de mortalité et de morbidité**. Malgré une diminution avérée du volume d'alcool consommé, passé de 25 litres pur par personne de plus de 15 ans, par an, en 1960, contre 15 litres en 2001 (Beck et al., 2006), et 11,7 litres en 2017 (Santé Publique France, 2021), le nombre de consommateurs d'alcool en France reste relativement important puisqu'il s'élève à **42,8 millions** (INSERM, 2021b).

En 2017, 86,5% des personnes âgées de 18 à 75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au cours des douze derniers mois, et 54,2% durant les sept derniers jours (Richard et al., 2018). Cette même année, un groupe d'experts mandaté par Santé publique France (SPF) et par l'Institut National du cancer (INCa), en réponse à une saisine de la MILDECA et de la Direction générale de la santé (DGS), a présenté un **nouveau repère de consommation d'alcool**, visant à en limiter les risques pour la santé. Ce repère englobe la quantité et la fréquence de consommation, et comporte **trois dimensions** :

- Ne pas consommer plus de **dix verres standards par semaine**,
- Ne pas consommer plus de **deux verres standards par jour**,

- Avoir des **jours dans la semaine sans consommation**.

(Andler et al., 2018). Aussi, les données récentes d'analyse des niveaux de consommation d'alcool s'appuient sur ce nouveau repère.

En 2017, **23,6% des personnes âgées de 18 à 75 ans dépassaient ce nouveau repère**, toutes dimensions confondues : 19,2% déclaraient avoir bu plus de deux verres d'alcool au moins une fois durant les sept derniers jours, 9,7% déclaraient avoir bu plus de dix verres d'alcool au cours de la semaine précédente, et 7,9% avaient consommé de l'alcool plus de cinq jours sur sept (Andler et al., 2018).

- **Des divergences de consommation selon le genre**

La plupart des études mettant en avant les niveaux de consommation de boissons alcoolisées séparent systématiquement les données des hommes de celles des femmes. Cette distinction est, incontestablement, liée à la **différence de niveau de consommation entre les deux genres** ; différence qui trouve son origine dans le lien particulier unissant alcool et genre. Sidsel Eriksen, professeure à l'Université de Copenhague, a mis en avant, à la fin des années 1990, les caractéristiques de la consommation d'alcool comme une réponse au contexte économique et social du XXème siècle (Beck et al., 2006).

D'une part, la consommation d'alcool était perçue, chez les hommes, comme un **comportement naturel**, familier, **presque obligatoire**, puisqu'elle constituait un **rite de passage incontournable chez les jeunes garçons désireux de devenir des hommes** (Pecqueur et al., 2016). D'autre part, l'urbanisation et l'industrialisation de la société ont engendré, particulièrement chez la classe ouvrière, des épisodes d'ébriétés ; l'une des caractéristiques du travailleur consistait à aller au pub après le travail, et à rejoindre ensuite, saoul, son domicile (Beck et al., 2006). A contrario, et pour contrebalancer cette hausse de la consommation d'alcool, un **devoir de contrôle et de sobriété** a progressivement pesé sur les épaules de la femme. Dès lors, tandis que la consommation d'alcool chez l'homme constituait un symbole de virilité, de masculinité et de vitalité, la sobriété était devenue une expression féminine, synonyme de pureté et de sécurité (Beck et al., 2006). Ainsi, depuis longtemps et encore aujourd'hui, les **hommes consomment**, de manière générale, **plus souvent et de plus grosses quantités d'alcool que les femmes**.

En 2002, par exemple, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) dans une Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes, mettait en avant les usages réguliers¹ et quotidiens d'alcool, selon l'âge et le genre (Figure n°1) (Beck et al., 2006).

Figure 1 : Usage régulier et quotidien d'alcool selon l'âge et le genre en France, en 2002, en %

Consommation		18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-75 ans	Ensemble
Régulière	Femmes	7,9	9,9	18,1	19,6	33,7	19,7
	Hommes	23,5	25,1	37,2	51,0	61,6	42,8
Quotidienne	Femmes	1,2	0,5	7,9	10,9	25,0	10,4
	Hommes	4,5	7,2	16,0	36,7	50,2	25,1

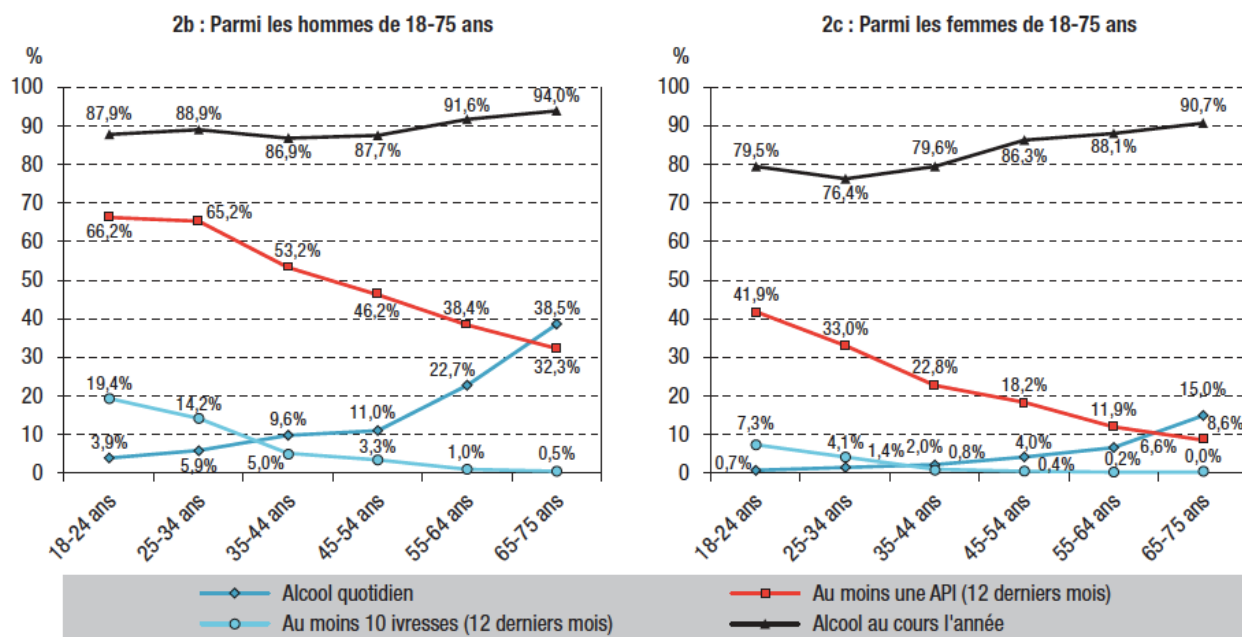
Source : EROPP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) 2002, OFDT (Observatoire français des drogues et toxicomanies).

Qu'il s'agisse d'un usage régulier ou quotidien, et quel que soit la tranche d'âge, la **consommation de boissons alcoolisées** est, en 2002, **plus importante chez les hommes que chez les femmes**. De surcroît, plus la tranche d'âge augmente, plus le sexe-ratio s'intensifie. Ainsi, 23,5% des hommes âgés de 18 à 25 ans ont une consommation régulière d'alcool, contre 7,9% des femmes, soit un écart de 15,6%. Pour la tranche d'âge allant de 45 à 54 ans, l'écart entre le pourcentage d'hommes et de femmes ayant une consommation régulière d'alcool est plus important et s'élève à 31,4%. S'agissant de la consommation quotidienne, l'évolution est similaire : 4,5% des hommes âgés de 18 à 25 ans ont une consommation d'alcool quotidienne, contre 1,2% des femmes, soit un écart de 3,3%, tandis que 36,7% des hommes âgés de 45 à 54 ans ont une consommation régulière d'alcool, contre 10,9% des femmes de la même tranche d'âge, soit un écart s'élevant à 25,8%.

Le constat de 2002 se réitère en 2017, puisque là aussi, l'écart de consommation d'alcool quotidienne entre les hommes et les femmes s'intensifie avec l'âge. La consommation quotidienne des femmes âgées de 18 à 24 ans était de 0,7%, alors qu'elle était de 3,9% pour les hommes de la même tranche d'âge, soit une différence de 3,2%. Pour les femmes âgées de 55 à 64 ans, la consommation quotidienne d'alcool s'élevait à 6,6%, alors qu'elle était de 22,7% pour les hommes de la même tranche d'âge, soit un écart de 16,1% (Figure n°2) (Richard et al., 2018).

¹ Usage de dix consommations et plus par mois (Beck et al., 2006).

Figure 2 : Indicateurs de consommation d'alcool selon l'âge et le genre en France, en 2017



- **Des divergences de consommation selon l'âge**

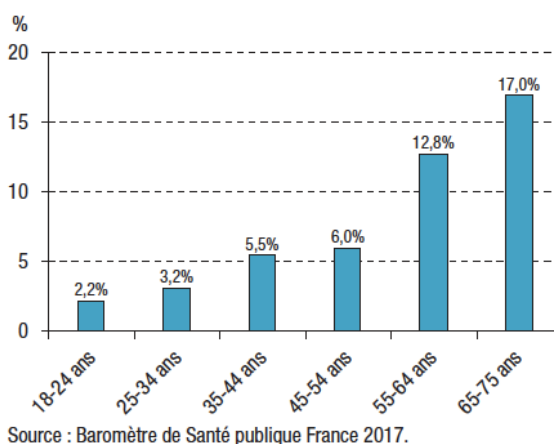
Aussi, si les écarts de consommation d'alcool entre les hommes et les femmes sont anciens et ne s'estompent pas, des **différences de mode et de quantité d'alcool consommés** sont également notables par **tranche d'âge**. En effet, de manière générale, les ivresses sont plus fréquemment observées chez les jeunes, tandis que la consommation d'alcool quotidienne est une caractéristique des personnes plus âgées (*La santé des adolescents à la loupe - Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), 2012*).

L'expérimentation de l'alcool débute généralement, chez les jeunes, un peu avant leur entrée au collège et s'intensifie durant les quatre années suivantes. Ainsi, alors qu'à leur arrivée au collège, 53% des jeunes ont expérimenté l'alcool, ils sont 83% lors de leur entrée en classe de 3^{ème}. De plus, bien que le **collège ne semble pas correspondre à une période marquée par la découverte de l'alcool**, il est une période durant laquelle **l'abus d'alcool augmente considérablement** (*La santé des adolescents à la loupe - Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), 2012*). A cet égard, en 2017, l'enquête ESCAPAD de l'OFDT, recensait 43,9% des

adolescents de 17 ans mentionnant une Alcoolisation Ponctuelle Importante² (API) au cours du dernier mois, et 16,4%, au moins trois (Janssen et al., 2022).

S'agissant de la consommation quotidienne d'alcool, alors qu'elle était, en 2017, de **67 jours de consommation pour les plus jeunes**, elle atteignait les **152 jours pour les plus âgés** (Santé Publique France, 2021). De plus, l'analyse des données via le nouveau repère de consommation de Santé Publique France met en avant une **corrélation importante entre l'âge et le dépassement de l'une des trois dimensions du repère de consommation**. Par exemple, la consommation d'alcool plus de cinq jours au cours des sept derniers jours est très marquée chez les personnes plus âgées. Ainsi, en 2017, 17% des 65-75 ans consommaient de l'alcool plus de cinq jours sur sept, contre 2,2% des 18-24 ans (Figure n°3) (Andler et al., 2018).

Figure 3 : Pourcentage de personnes ayant consommé de l'alcool plus de cinq jours au cours des sept derniers jours, par tranche d'âge en 2017



- **Des divergences de consommation selon la catégorie socioprofessionnelle**

Enfin, s'agissant de la **répartition sociale des habitudes de consommation** de boissons alcoolisées, les différences de niveau de consommation sont significativement disparates selon les catégories socioprofessionnelles, notamment chez les hommes. De manière générale, en France, la **consommation d'alcool masculine est plus importante chez les artisans, les ouvriers et les agriculteurs**, que dans les catégories cadres supérieurs. Par exemple, en 1992, 32% des agriculteurs, 23% des artisans et 19% des ouvriers consommaient plus de cinq verres d'alcool par jour, contre 10% des cadres supérieurs (Brixi & Lang, 2000).

² Terminologie proposée par l'OFDT depuis 2005, comme traduction de « *heavy episodic drinking* » (HED), définie à partir de la question suivante : « Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus de boissons alcoolisées en une seule occasion ? » (Spilka et al., 2012).

Un rapport de l'Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa) met en lumière que **27% des personnes sans-abri seraient dépendantes** à l'alcool. Une personne alcoolodépendante vivant à la rue trouvera dans l'alcool **plusieurs fonctions** : une simplification du quotidien, une aide à rompre l'ennui, mais aussi un antidouleur, en raison de ses effets anesthésiants, sur les plans physiques et psychiques. En outre, au-delà d'une **fonction « plaisir »**, la consommation d'alcool a, pour certaines personnes, notamment en situation de grande précarité, une **fonction « médicamenteuse »** relativement marquée (Benech, 2021).

Toutefois, bien qu'il existe des écarts de consommation d'alcool selon le genre, l'âge ou la catégorie socioprofessionnelle, il convient de ne pas négliger l'impact qu'a sur la santé toute consommation pour tout un chacun.

2. L'impact sur la santé de la consommation de boissons alcoolisées : d'une faible consommation à un usage régulier, l'inexistence de la « conséquence zéro »

La consommation d'alcool constitue la **deuxième cause de mortalité évitable en France**, après le tabac (Santé Publique France, 2021), et la septième cause de perte d'années de vie en bonne santé dans le monde (INSERM, 2021b).

Chaque année, environ **41 000 décès sont attribuables à l'alcool**, soit 15% de la mortalité des adultes de quinze ans et plus, dont 16 000 décès par cancers, 9 900 décès par maladies cardiovasculaires, 6 800 par maladies digestives, 5 400 pour une cause externe (accident ou suicide) et plus de 3 000 pour une autre maladie (maladies mentales, troubles du comportement, etc.) (Santé Publique France, 2021). D'après le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), la consommation de boissons alcoolisées est également la **première cause d'hospitalisation en France**. Enfin, l'alcool se retrouve au sein de 200 items de la Classification internationale des maladies (CIM-10) utilisée dans le PMSI (INSERM, 2021b).

Bien que les effets de l'alcool sur la santé soient souvent liés à la quantité et à la fréquence de consommation, **toute consommation d'alcool expose chacun à de nombreux risques et dommages**, à court, moyen ou à long terme. Certes, la consommation d'alcool affecte, de manière accrue, certains groupements de personnes, particulièrement vulnérables, néanmoins, même une faible consommation peut s'accompagner de nombreuses conséquences.

D'abord, la consommation d'alcool entraîne un **risque majoré d'accident de la voie publique**. En 2003, l'étude Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (SAM) a estimé que 28,8%

des accidents mortels étaient directement attribuables à une conduite sous influence de l'alcool, et que le **nombre annuel de victimes imputables à l'alcool serait de 2 270 tués** (Laumon et al., 2006). En 2019, Santé Publique France considérait que l'alcool était en cause dans près d'**un tiers des accidents mortels**, et que le risque d'être responsable d'un accident de la circulation mortel se trouvait multiplié par huit en cas de consommation d'alcool (Santé Publique France, 2021).

Au-delà des enjeux de sécurité routière, la consommation d'alcool a des impacts avérés sur la santé : cancers, troubles cardiovasculaires, cirrhose, dépendance, etc.

Depuis 1988, l'alcool est un **cancérogène avéré**, classé comme tel par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). Chaque année, il est responsable de 28 000 nouveaux cas de cancers (INSERM & GRAP, 2021) – sur les 352 000 nouveaux cas de cancers atteignant annuellement les adultes de plus de 30 ans –, et constitue la deuxième cause de cancers évitables (Santé Publique France, 2021). Au total, **sept localisations de cancers ont un lien établi avec la consommation d'alcool** : cancers du foie, de l'œsophage, du côlon-rectum, de la bouche, du larynx, du pharynx et du sein. D'après Santé Publique France, 19% des cancers attribuables à la consommation de boissons alcoolisées se développent chez des hommes consommant moins de 40 grammes d'alcool par jour, ainsi que chez des femmes buvant moins de 20 grammes d'alcool par jour (Santé Publique France, 2021).

S'agissant des **troubles cardiovasculaires**, il est avéré que la consommation régulière d'alcool élève la pression artérielle, tout en augmentant le risque d'hypertension. Certes, son effet est « dose-dépendant », néanmoins, le risque d'hypertension artérielle évolue différemment selon le sexe. Pour les femmes, le risque est accru à partir d'une consommation supérieure à 30 grammes par jour, alors que chez les hommes, toute consommation d'alcool quelle qu'elle soit, est associée à une augmentation du risque.

De la même manière, cet effet « dose dépendant » se retrouve entre la consommation d'alcool et la **cirrhose**. La cirrhose, maladie du foie qui détruit progressivement ses cellules hépatiques en les remplaçant par du tissu fibreux, est augmentée significativement par toute consommation (Santé Publique France, 2021).

Aussi, la consommation d'alcool impacte également la **santé mentale**. Allant des **troubles de l'attention ou de la concentration**, en altérant les capacités d'abstraction, l'alcool peut également être à l'origine d'un **syndrome de Korkassof**, une altération massive et irréversible de la mémoire, associée à une tendance à la fabulation afin de compenser cette perte. Ces atteintes cognitives entraînent **divers niveaux de handicap selon la sévérité des troubles** ; alors que certains parviennent à conserver une autonomie, d'autres doivent rejoindre des structures spécialisées (France Assos Santé, 2022).

En lien avec la santé mentale, la consommation d'alcool est associée à un risque de **dépendance**. Pour les hommes, comme pour les femmes, toute consommation supérieure à deux verres d'alcool par jour entraîne un risque de dépendance. Celle-ci impacte toutes les sphères de la vie du consommateur (INSERM & GRAP, 2021). D'abord, son **état de santé se dégrade**. L'alcoolodépendance est particulièrement toxique sur le système nerveux et provoque de nombreux troubles : troubles cognitifs, tels que les démences, crises d'épilepsie, neuropathies ou encore encéphalopathies (Santé Publique France, 2021). De plus, la dépendance peut également altérer les relations humaines, ainsi que la vie professionnelle, puisque, par définition, cette addiction se traduit souvent par une envie compulsive de consommer de l'alcool, associée à une incapacité à accomplir d'autres tâches (INSERM & GRAP, 2021).

Ainsi, puisqu'il est fortement avéré que la consommation de boissons alcoolisées a des conséquences multiples, sociales et sanitaires, et parce qu'il existe aujourd'hui un **large consensus scientifique reconnaissant que toute consommation d'alcool présente un risque pour la santé**, les autorités nationales n'ont plus la possibilité de rester silencieuse face à cette drogue, et les **politiques de lutte contre sa consommation** se multiplient.

3. Campagnes de prévention, politiques fiscales ou lancement d'Appel à projets : une pluralité d'outils de lutte contre la consommation d'alcool

Divers cadres entourent les politiques de lutte contre la consommation d'alcool en France. D'abord, un cadre international, à travers la région Europe de l'OMS, qui s'est dotée d'un « Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 » (World Health Organization, 2022). Ce plan s'adresse aux autorités nationales de la région européenne de l'OMS, chargées des politiques relatives à l'alcool.

S'agissant du cadre national, la **lutte contre la consommation d'alcool en France passe par plusieurs canaux** : politiques de prévention, politiques restrictives, politiques de prise en charge, appels à projets, politiques fiscales, etc...

- **Politiques restrictives**

La Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991, relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme dite **loi Evin**, est d'abord venue **encadrer les publicités pour boissons alcoolisées**. Depuis cette loi, la publicité se doit d'être « essentiellement informative, contenant exclusivement des mentions

autorisées par le texte, afin de présenter toute information objective sur le produit, sa nature, sa composition, son élaboration, sa dénomination, le terroir dont il est extrait afin que le consommateur puisse se livrer à un choix éclairé » (Association Addictions France, 2022). En outre, la **publicité ne doit, en aucun cas, être incitative à la consommation.**

Les politiques de lutte contre la consommation d'alcool passent également par **des actions de restriction de l'offre et de la demande**, ainsi que par une **gestion des prix.**

Les politiques de contrôle de l'offre et de la demande s'avèrent être les principales mesures « coût-efficace » des programmes d'actions publiques. Qu'il s'agisse de la restriction du nombre de débits de boissons alcoolisées (à travers les conditions par lesquelles de nouveaux débits peuvent s'établir sur un territoire donné) ou de la restriction des plages horaires de vente d'alcool (à emporter ou à consommer sur place), ces politiques ont vocation à lutter contre la consommation d'alcool. En France, ce sont les maires et les préfets, par décision unilatérale, qui fixent ces dispositions (INSERM, 2021b). Cependant, **pour être efficaces, ces mesures d'interdiction doivent être respectées.**

En parallèle, des **mécanismes fiscaux** sont également utilisés, consistant en l'**augmentation du prix des boissons alcoolisées**, à travers l'augmentation des taxes et des droits d'accises. A cet égard, l'INSERM a mis en avant une certaine sensibilité des consommateurs aux prix de leurs boissons ; plus ils augmentent, moins ils consomment. Cependant, cela dépend de chaque individu, et il s'avère que les plus gros consommateurs d'alcool répondent à ces augmentations en **substituant les produits selon leurs coûts** (INSERM, 2021b).

- **Campagnes de prévention**

Les **actions de prévention** constituent également un mécanisme de lutte contre la consommation d'alcool fortement utilisé en France.

Dans un premier temps, de nombreuses **campagnes d'information** en direction de publics ciblés et vulnérables sont mises en œuvre. Les campagnes en direction des femmes enceintes ou des jeunes sont les plus répandues. Par exemple, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 prévoyait l'élaboration d'un programme de prise en charge des troubles liés à l'alcoolisation fœtale (TCAF), ou encore le renforcement de la formation au repérage des conduites addictives, dont l'alcool, des professionnels de santé en contact avec les femmes enceintes (INSERM, 2021b).

Cependant, lorsqu'il s'agit de changer les comportements, les campagnes d'informations classiques ont assez peu d'effet ; elles atteignent leur but en termes d'informations, mais n'ont **pas d'efficacité réelle sur la réduction de la consommation.** En revanche, les **avertissements sanitaires**

imposés aux alcooliers sont, par exemple, une « bonne » mesure sur le plan de la santé publique. En effet, ces avertissements sanitaires ne génèrent aucun coût pour l'État, et **distribuent un message efficace sur différentes variables de la persuasion** (mémorisation ou augmentation de la connaissance des risques par exemple) (INSERM, 2021b).

Dans un même objectif, les **campagnes de sensibilisation** ont, elles aussi, un impact positif. Par exemple, le **Dry January**, ou « *janvier sobre* », est une campagne de sensibilisation annuelle, originaire d'Angleterre et **incitant la non-consommation d'alcool durant la totalité du mois de janvier**. A l'inverse des campagnes sur le tabac visant l'arrêt, les campagnes liées à la consommation d'alcool ont davantage comme objectifs de réduire la consommation de boissons alcoolisées immédiatement mais aussi sur le long terme, d'améliorer la qualité de vie, et, finalement, **d'inviter chacun à se questionner sur son rapport à l'alcool**, et *in fine*, sur sa consommation (Dry January, 2022).

- **Lancement d'Appels à projet**

Actuellement, le cadre au sein duquel s'inscrit une majorité des actions de lutte contre la consommation d'alcool est le **Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022**, ayant pour objectif d'impulser et de renforcer une action territoriale coordonnée entre les institutions, les associations et les professionnels face aux conduites addictives, incluant la consommation d'alcool. La MILDECA, structure interministérielle composée de vingt-huit chargés de mission, issus de différents ministères, joue un rôle majeur dans la mise en œuvre de ce Plan. En effet, la MILDECA délègue aux préfets de région des crédits, issus du Fonds de Lutte contre les addictions³, afin de **favoriser le soutien d'actions régionales et départementales s'inscrivant dans la lutte contre les conduites addictives**. Suite à cela, des appels à projet sont lancés, et les collectivités territoriales ou leurs établissements publics, les associations, les organismes privés ou publics sont invités à y répondre (entretien avec un acteur, annexe n°3).

A cet égard, **certains projets déposés par des porteurs** dans le cadre de l'appel à projets « Mobilisation de la société civile » porté par la MILDECA et financés en 2022 **ont pour objectif**, direct ou indirect, la **lutte contre la consommation d'alcool**. C'est par exemple le cas du projet de l'association « SANTÉ ! », visant à l'expérimentation, au déploiement et à la diffusion d'une méthode d'intervention de réduction des risques alcool, dite méthode IACA, ou encore du projet d'Addictions France souhaitant favoriser l'application du volet « alcool » de la loi Evin sur les réseaux sociaux.

³ Le fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives – anciennement fonds de lutte contre le tabac – joue un rôle majeur dans la poursuite et le renforcement des programmes dédiés à la lutte contre les addictions. Il a été créé en 2016, au sein de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CPAM) (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022).

A travers ces appels à projets, la **société civile peut s'engager activement dans la lutte contre les conduites addictives**. Le levier financier constitué par le Fonds de lutte contre les addictions constitue un appui majeur aux politiques publiques de lutte contre la consommation d'alcool (entretien avec un acteur, annexe n°3).

- **Plan Régional de Santé (PRS)**

Enfin, les Agences Régionales de Santé (ARS) à travers la mise en œuvre du **Plan Régional de Santé (PRS)**, peuvent également jouer un rôle dans la prévention et dans la lutte contre les conduites addictives, et notamment dans la lutte contre la consommation d'alcool. Le Projet Régional de Santé constitue un **instrument de pilotage régional des politiques de santé**, et vient définir, en cohérence avec la stratégie nationale de santé, les objectifs de chaque ARS pour les cinq prochaines années. Il est arrêté par le Directeur général de l'ARS, après avis officiel de plusieurs acteurs : le Préfet de région, le Conseil régional, les conseils départementaux, les conseils municipaux, etc... Il est normalement soumis à une large consultation, et élaboré avec le concours de nombreux acteurs de la santé, puisqu'il constituera ensuite le cadre d'actions de ces derniers. En effet, il vient fixer les objectifs pluriannuels des actions menées par les ARS, ainsi que les mesures devant être atteintes sur le territoire (entretien avec un acteur, annexe n°3).

En cohérence avec la politique nationale de santé, de nombreux PRS ont, parmi leurs axes prioritaires, la lutte contre les conduites addictives. C'est par exemple le cas de l'**ARS Grand-Est**, qui a identifié comme **objectif spécifique de « Renforcer la prévention des conduites addictives et améliorer le parcours des personnes en situation d'addiction »**. A cet égard, les objectifs poursuivis ont fait l'objet d'une **feuille de route conjointe entre la MILDECA et l'ARS Grand-Est**, avec, pour enjeu, de répondre notamment à la problématique constituée par la consommation d'alcool sur le territoire (Agence Régionale de Santé Grand-Est, 2020).

Malgré la multiplication des mesures visant à lutter contre la consommation d'alcool et à en limiter les impacts nocifs, les professionnels de l'addictologie s'accordent à considérer les **politiques de réduction des risques et des dommages comme les plus susceptibles de conduire à des améliorations notables** de diminution de la consommation d'alcool.

B. L'émergence de politiques en faveur d'un nouveau modèle de lutte contre les conduites addictives : la réduction des risques et des dommages

En 2004, les politiques de lutte contre les addictions et les conduites addictives connaissent une évolution majeure puisque la **Loi de santé publique apporte un cadre au dispositif de réduction des risques (RdR)**. En réalité, bien que cette loi vienne officiellement inscrire la RdR comme une politique de lutte contre les conduites addictives à part entière, les pratiques de RdR préexistaient déjà et sont apparues notamment avec l'apparition du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) en France (Fédération Addiction, 2015) (I. B. 1). Enfin, en 2016, les premières Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR) – devenue Halte soins addictions (HSA) – ouvrent leurs portes en France : à Paris et à Strasbourg (I. B. 2).

1. L'origine socio-historique des politiques de réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives

En France, l'**intérêt en faveur des stratégies et des politiques de réduction des risques** dans le champ des drogues, illicites et/ou licites, n'est que **très récent**. Jusqu'en 2009, les organes de l'Organisation des Nations Unies (ONU) s'opposaient de façon systématique aux différentes politiques de réduction des risques, considérant leur mise en œuvre comme une forme de « complicité avec la drogue ». En outre, la **RdR en France est au cœur de contradictions**, avec d'une part la **prohibition**, qui donne la priorité à l'ordre public et moral, et d'autre part, la **santé publique**, soucieuse de mettre au premier plan l'accès aux soins et la réduction des risques et des dommages (Chappard et al., 2012).

Jusqu'aux années 1970, les **addictions étaient prises en charge via le spectre de l'addictologie** ; « spécialité qui s'intéresse à la prise en charge des addictions, c'est-à-dire des dépendances physiologiques et psychologiques à une substance, comme l'alcool, le tabac ou les stupéfiants, ou à un comportement comme le jeu ou la boulimie » (Institut National du Cancer, 2022). A cet égard, un acteur interrogé a mentionné qu'« *avant les années 1980, il y avait l'addictologie et la Loi de 1970, très répressive avec les usagers de drogue* ». En effet, la Loi de 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, incrimine pour la première fois en France « l'usage simple de substances classées comme stupéfiants, sans distinction entre les drogues douces et dures, ni même entre l'usage en privé et en public, ou encore l'usage régulier et occasionnel. » (Ben Lakhdar & Tanvé, 2013).

En 1976, Monique Pelletier ministre sous Valérie Giscard d'Estaing, est appelée à réaliser une évaluation sur « l'ensemble des problèmes de la drogue, et la politique menée en France ». Le rapport

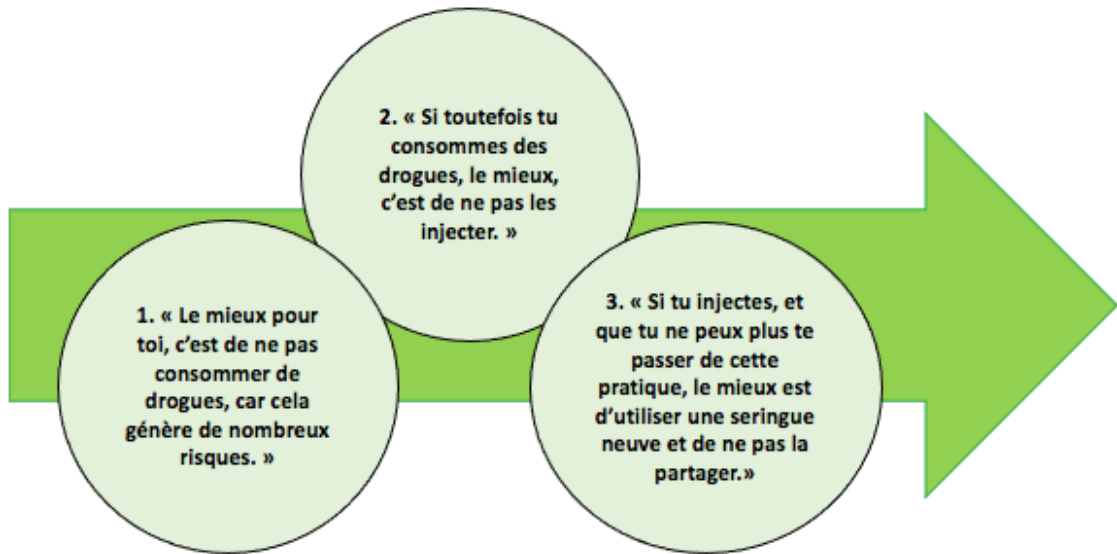
issu de la Commission Pelletier met en avant des « pratiques inadéquates », des « principes contradictoires » et une « législation impropre ». Il est avéré que **la sévérité de la loi n'est en aucun cas justifiée** et que la problématique des drogues est davantage sociale, que sanitaire ou judiciaire (Chappard et al., 2012).

Cependant, aucune modification textuelle n'est adoptée, et la loi conserve sa sévérité. Il faudra attendre les années 1980, et **l'apparition du VIH chez les toxicomanes pour entrevoir des politiques de réduction des risques**. En effet, les **taux de contamination importants** au sein des populations usagères de drogue par voie injectable sont venus **contraindre les pouvoirs publics à la mise en place de politiques de RdR** (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2021).

A cet égard, plusieurs acteurs interrogés affirment que **la naissance des politiques de réduction des risques en France concorde fortement avec l'arrivée du VIH** : *« L'émergence de la RdR est très liée à l'arrivée du SIDA, aux prises de risque par injection. Il y a eu une certaine évolution vers les consommations de stimulants, mais le mode de consommation par injection était un vrai enjeu de transmission, alors les politiques se sont construites là-dessus »* ; *« Puis le VIH apparaît, et 45% des usagers de drogues sont séropositifs. A l'époque, pour pouvoir s'engager dans le soin, il fallait être abstinent, or cette abstinence n'était pas atteignable pour tous. Les usagers se contaminaient de plus en plus en se refileant des seringues. On est donc allé dans la rue, et on leur a expliqué qu'il ne fallait pas se partager les seringues, et, on leur en a fourni. C'est ça, la réduction des risques »* (Figure n°4) (entretien avec un acteur, annexe n°3).

En réalité, alors que le VIH apparaît en France au début des années 1980, il faudra **attendre 1987 pour qu'un décret vienne suspendre les restrictions existantes** s'agissant de la vente de seringues en pharmacie (Chappard et al., 2012). Progressivement, l'État, en lien étroit avec les associations, développe une **politique visant à prévenir les problèmes sanitaires et sociaux liés aux consommations de drogues**. En 1995 et sous l'impulsion d'associations humanitaires, une circulaire vient confirmer le soutien des pouvoirs publics au développement des premiers dispositifs d'accueil de première ligne (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2021).

Figure 4 : Schématisation des politiques de RdR liés aux conduites addictives par injection, d'après un échange avec un acteur



Ainsi, les politiques de RdR ont été **mises en place progressivement** allant de l'autorisation de vente libre de seringues en pharmacie, aux programmes d'échanges de seringues, jusqu'aux traitements de substitution. Néanmoins, ce n'est qu'en 2004, à travers la **Loi de santé publique n°2004-806**, que le **principe même de Réduction des Risques trouvera une place dans la législation**, et ainsi, un cadre légal. Cette loi vient dès lors **définir les objectifs** de la RdR, et **créé un dispositif institutionnel** : les Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). Cependant, par **manque de moyens et de soutien financier**, de nombreux CAARUD disparaissent, et les principes de RdR sont difficilement mis en œuvre (Sénat, 2005).

De plus, durant de nombreuses années, le concept de RdR était restreint aux drogues illicites, de telle sorte à ce que **l'alcool n'en faisait pas partie**. Cependant, en 2016, la Cour des Comptes constate que les **leviers pouvant permettre de véritablement infléchir la consommation d'alcool n'ont pas été mobilisés**, et celle-ci recommande au pouvoir exécutif de « faire de la lutte contre les consommations nocives d'alcool une priorité de l'action publique » (Chambres régionales & territoriales des comptes, 2016).

Cette même année, la **Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016**, de modernisation de notre système de santé, **inscrit les politiques de RdR dans le cadre de la lutte contre les conduites addictives**. Par cette loi, l'usage de produits licites, illicites et les addictions sans produit s'inscrivent dans un cadre légal unique, et la politique n'a plus seulement pour mission la « réduction des risques », mais également celle de « l'ensemble des dommages », devenant ainsi la **Réduction des Risques et des Dommages (RdRD)** (Benech, 2021). L'article L.3411-8 du Code de la santé publique vient désormais

définir la RdRD comme une démarche de santé publique, visant à « prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux » (Article L3411-8, 2016). Le **principe de RdRD est ainsi étendu à l'accompagnement des usagers ayant une consommation problématique d'alcool.**

Cependant, de nombreux professionnels ont pu mettre en avant les subtilités venant différencier la RdR classique, de la RdR alcool. En effet, sous sa forme initiale, la RdR vise principalement à « réduire les risques infectieux lié à l'utilisation de matériel potentiellement contaminé ». Autrement dit, l'enjeu immédiat n'est pas le produit contenu dans la seringue, mais la propreté de celle-ci. Au contraire, avec la RdR alcool, **l'objectif premier est de réduire les dommages engendrés directement par la consommation du produit** (Benech, 2021).

A cet égard, une professionnelle interrogée mentionnait qu'*« entre la RdR historique « drogue » et la RdR alcool, il y a les mêmes valeurs historiques de soutien et d'accompagnement des personnes, mais les déclinaisons très concrètes ne sont pas du tout les mêmes. Quand on parle d'addictions, on parle de quelque chose d'unique, alors qu'il existe « des Réduction des risques » et « des déclinaisons de Réduction des risques » selon le type de produit et le contexte de consommation »* (entretien avec un acteur, annexe n°3).

Dans un même temps, la Loi de 2016 vient reconnaître, officiellement, les démarches d'accompagnement et de soins comme **dénuées d'impératif d'abstinence**. Autrement dit, bien que l'abstinence totale constitue une option légitime et pertinente pour chacun, elle ne représente pas, pour autant, la seule option, et cela même pour les consommateurs d'alcool (HAS, 2019)

A ce propos, un acteur interrogé déclarait que *« pendant longtemps, les addictologues pensaient que seule l'abstinence était possible pour sortir de la consommation d'alcool. Aujourd'hui, certains reconnaissent que le plus important est avant tout de contrôler la consommation. Ce changement de paradigme est primordial pour la RDR »*.

Cependant, une autre personne interrogée évoquait l'écart persistant entre les textes, et leur mise en œuvre, parfois compliquée *« il y a les textes et leur application. Les médecins, notamment, sont encore dans des représentations où les gens devraient simplement arrêter de boire. Il y a encore des médecins qui sont très ancrés dans des pratiques d'abstinence qui existent depuis longtemps. Ce qu'il y a de plus compliqué est de faire évoluer les pratiques et les représentations. De vrais mouvements, avec des jeunes professionnels, sont mis en place, sont impulsés. Mais... beaucoup sont encore confrontés à des murs quand ils souhaitent emmener d'autres choses »* (entretien avec un acteur, annexe n°3).

S'inscrivant dans cette volonté de faire évoluer les pratiques et les représentations, des dispositifs expérimentaux de réduction des risques et des dommages, les **Salles de Consommation à Moindre Risque** (SCMR), consacrées à l'accueil et aux soins des usagers de drogues par injection, ont été ouvertes à Paris et à Strasbourg.

2. La construction des salles de consommation à moindre risque : une implantation parsemée d'embuches

En 2004, la Loi de santé publique créait les CAARUD, des structures au sein desquelles tout usager de drogues est accueilli. Ces structures sont les successeurs des « boutiques », et remplissent diverses missions, conformément à un cahier des charges national : de l'accueil – collectif et individuel –, du soutien aux usagers dans l'accès aux soins et aux droits, de la mise à disposition de matériel de prévention, des actions de médiation sociale, etc... Ils peuvent également délivrer des conseils à certains professionnels non spécialisés. Enfin, parmi leurs missions, les **CAARUD ont l'obligation de mettre en œuvre des politiques de RdRD** (HAS, 2017). A cet égard, un acteur interrogé mentionnait que « *certaines structures se contentaient, pendant longtemps, de mettre à disposition des préservatifs, et considéraient que de cette manière, elles répondaient à leur mission de réduction des risques. Maintenant, elles vont de plus en plus loin. Il faut du temps, ça évolue assez lentement, mais ça évolue, même s'il faudrait bien sûr que ça aille plus vite* » (entretien avec un acteur, annexe n°3).

En France, deux CAARUD (l'un à Paris, l'autre à Strasbourg) ont notamment choisi d'aller plus loin, en mettant en place un **dispositif expérimental d'accueil d'usagers injecteurs de drogues illicites**. En effet, en 2016, soit trente ans après l'ouverture de la première salle à Berne, en Suisse, deux salles de consommation à moindre risque ouvrent en France : ARGOS à Strasbourg, rattaché à un CAARUD et porté par l'association Ithaque ; et la HSA de Paris, également rattachée à un CAARUD et portée par l'association GAIA. Ces deux espaces sont issus des programmes d'échanges de seringues portés par Médecins du Monde (entretien avec un acteur, annexe n°3).

Les objectifs premiers de ces salles sont non seulement d'**améliorer la santé des usagers de drogues**, en leur permettant de réaliser leurs injections au sein d'espaces sécurisés et hygiéniques, mais également de **favoriser la tranquillité des riverains**, en mettant fin aux regroupements d'usagers se droguant dans l'espace public (Jauffret-Roustide, 2016). A ces objectifs s'ajoute une logique sociale : ces espaces peuvent constituer, pour certains usagers, des « lieux de réhabilitation sociale et personnelle » (Jauffret-Roustide, 2016). Autrement dit, grâce à de tels espaces, des personnes qui consomment des drogues dans la rue, dans des conditions d'hygiène et de sécurité insatisfaisantes, peuvent se rendre dans un lieu sécurisé, au sein duquel elles auront la **possibilité de mettre en œuvre**

tous les conseils de RdRD reçus. « *Finalement, l'idée de cette salle de consommation est d'éviter les overdoses, d'améliorer les conditions d'hygiène et de sécurité des personnes qui consomment, et à travers cela, forcément, améliorer leur état de santé en adoptant des stratégies de RdR* » mentionnait un acteur interrogé. De plus, les usagers de la salle sont également employés, ce qui constitue une spécificité des politiques de RdRD ; les usagers pairs représentent une partie importante de la RDR, et accompagnent les professionnels dans leurs pratiques (entretien avec un acteur, annexe n°3).

S'agissant de la salle parisienne, portée par l'association GAIA, deux professionnels interrogés ont mis en avant les nombreux échanges ayant eu lieu entre les acteurs associatifs de la ville de Paris, les différents collectifs de riverains et les voix politiques, dont certaines ont pu affirmer qu'un tel espace n'était « ni utile, ni souhaitable ». Malgré de **vives oppositions**, l'Assemblée Nationale, suite à un changement de gouvernement, a finalement tranché en faveur de l'ouverture de tels dispositifs, en autorisant la possibilité d'ouvrir trois salles de consommation, de façon expérimentale, pour une durée de six ans, soit jusqu'en 2022 (entretien avec un acteur, annexe n°3).

En 2021, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) publie les résultats de l'évaluation scientifique de ces structures, évaluation demandée par la MILDECA. Ce rapport met en avant des « **effets positifs sur la santé** », « un rapport coût-efficacité des SCMR acceptable pour la société », et enfin, « une absence de détérioration de la tranquillité publique directement attribuable aux SCMR ». Ainsi, les éléments issus de cette évaluation ont mis en avant un **apport réel de ces salles au sein des politiques de RdRD** (INSERM, 2021).

En ce sens, récemment, l'expérimentation de tels espaces a été prolongée jusqu'en 2025 avec, cette fois, la **possibilité d'ouvrir d'autres salles et cela sans nombre limité**. Cependant, alors qu'une nouvelle HSA devait ouvrir ses portes à Lille, celle-ci, suite à de vifs débats politiques, a été **contrainte d'annuler son ouverture**. Le ministère de l'intérieur s'y est effectivement opposé, affirmant que « la drogue ne doit pas être accompagnée mais combattue » (entretien avec un acteur, annexe n°3). Pourtant, l'intégralité des professionnels du secteur s'accordent à reconnaître qu'afin de « combattre la drogue » de manière efficace, il faut **accompagner ses usagers**, afin d'aboutir, au mieux, à une **prise en charge**, et, au pire, à une **consommation sécurisée et hygiénique**.

Alors, malgré une autorisation légale d'ouverture et de fonctionnement, ces **dispositifs se heurtent systématiquement à des oppositions politiques**, motivées par des intérêts autres que sanitaires ou sociaux.

S'agissant du fonctionnement des Haltes soins addictions, elles s'adressent, de façon prioritaire, aux usagers de drogues par injection, les plus précaires. Ainsi, elles ne sont, en aucun cas,

des espaces de consommation de toutes drogues, et, à cet égard, la **consommation d'alcool y est interdite**.

Lors de l'ouverture de Quai 9, SCMR implantée à Genève, la consommation d'alcool était autorisée. Cependant, l'alcool étant un dépressif de la famille des opiacés, sa consommation, par un public consommant déjà, dans la salle, des opiacés, peut favoriser les risques d'overdose et la surconsommation. Six ans après son ouverture, Quai 9 a finalement interdit la consommation d'alcool en son sein. Toutefois, les professionnels se sont aperçus que **cet interdit contraignait les usagers à surconsommer avant d'entrer dans la salle**, dans le but de finir leur boisson puisqu'ils ne pouvaient l'apporter. Afin de remédier à cette consommation rapide en amont, qui ne mettait pas fin aux risques d'overdose ou de surconsommation, la **salle parisienne a mis en place des casiers**, où les usagers ont la possibilité de déposer leurs bouteilles d'alcool (entretien avec un acteur, annexe n°3). A ce propos, une professionnelle interrogée mettait en avant que *« les usagers sont davantage dans une gestion de la consommation : le temps où ils sont dans la salle, il leur ait demandé de ne pas consommer d'alcool, mais ils ne sont pas obligés de tout finir avant afin de ne rien avoir sur eux, puisqu'ils peuvent récupérer leur boisson en partant. Ça fait un temps de pause dans la consommation d'alcool, et ça ne les oblige pas à surconsommer à un moment T. C'est quelque chose qui fonctionne bien et qui a été accepté par les usagers. D'ailleurs, beaucoup oublièrent leur alcool le soir en partant »*.

Cet interdit de consommer des boissons alcoolisées est une règle que l'on retrouve également dans les établissements médico-sociaux (CAARUD, CSAPA, etc.), mais qui, toutefois, peut susciter des interrogations puisque l'alcool est un produit licite, que l'on peut acheter légalement et n'importe où. Poser cet interdit a-t-il du sens ? Souvent, les **questions de consommation d'alcool sont mises de côté**, puisque les autres consommations sont considérées comme « plus à risque ». En effet, ces consommateurs vont être à risque au niveau légal, et l'objectif premier sera de leur fournir un espace de protection face à la justice. Ainsi, ces **drogues prennent plus de place que les boissons alcoolisées** (entretien avec un acteur, annexe n°3).

Alors, sur le modèle, plus ou moins éloigné, de ces salles, les services hospitaliers d'Haguenau et Wissembourg, en partenariat avec l'association Ithaque, ont mis en place une structure de Réduction des risques en Alcoologie : ARRIANA.

En matière de réduction des risques alcool et en l'absence de cadre formel, de nombreuses actions, interventions, expérimentations ont été mises en œuvre par une diversité d'acteurs. L'espace ARRIANA constitue l'une d'entre elles, mais d'autres **initiatives ont vu le jour et sont venues répondre à certains enjeux des politiques de réduction des risques et des dommages** liés à la consommation d'alcool.

II. Le déploiement de dispositifs et programmes novateurs répondant aux nouveaux enjeux de la Réduction des risques et des dommages liés à l'alcool

En matière de réduction des risques et des dommages liés à la consommation d'alcool, des projets innovants sont déployés, souvent de façon expérimentale, et soutenus par les pouvoirs publics (A). A cet égard, l'espace ARRIANA constitue un dispositif novateur d'accueil d'usagers consommateurs d'alcool (B), dont l'évaluation est venue mettre en lumière les bénéfices, les limites et les pistes d'amélioration (C).

A. La mise en œuvre d'initiatives innovantes en vue de développer les pratiques de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool

De nombreux programmes de réduction des risques liés à la consommation d'alcool ont vu le jour à l'étranger, impulsés notamment par des initiatives européennes ou nord-américaines (II. A. 1). En France, des dispositifs de RdRDA sont également déployés, et même s'ils demeurent encore insuffisants, les acteurs s'investissant dans ces politiques et proposant des projets se multiplient (II. A. 2). En parallèle, la sensibilisation et la formation des professionnels se poursuivent, constituant une étape incontournable de l'évolution des pratiques (II. A. 3).

1. Une diversité de dispositifs étrangers impulsés par des initiatives européennes et nord-américaines

Certains pays européens et nord-américains ont expérimenté des dispositifs répondant aux enjeux nouveaux de réduction des risques et des dommages liés à la consommation d'alcool.

- **Des initiatives européennes**

Qu'il s'agisse d'un projet de soutien à destination de l'entourage de personnes en difficulté avec l'alcool, de programmes de consommation contrôlée ou encore d'espaces de consommation d'alcool, l'Allemagne a expérimenté divers dispositifs.

Par exemple, un **programme de consommation contrôlée** a été déployé en Allemagne. Il s'agit d'un programme ambulatoire dénommé « *Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AKT)* », et instauré au sein de plusieurs institutions du pays. Ce programme repose sur l'**organisation de rencontres**, en groupes, animées par des consultants formés à cet effet. Différents thèmes sont abordés, permettant à chacun de **développer des méthodes afin de reprendre le contrôle sur leur consommation**. De nombreux centres d'hébergement pour personnes en situation de précarité ont

recours à ce programme (Benech, 2021). Un site internet, accessible à tous, détaille ce programme et propose un autotest d'alcoolémie, permettant à chacun d'évaluer sa consommation d'alcool. Il recense également les adresses des différents formateurs, ainsi que les dates des prochaines séances de « groupes AKT » (Körkel, 2022).

Les quelques évaluations des programmes de consommation contrôlée ont permis de mettre en avant le **possible retour à la consommation contrôlée d'alcool** pour certains consommateurs alcoolo-dépendants, **affaiblissant le dogme de l'abstinence stricte**. En effet, les scientifiques américains Linda et Mark Sobell, en 1995, ont mis en avant que « les rétablissements des personnes sévèrement alcoolo-dépendantes requièrent de façon prédominante des traitements orientés vers l'abstinence, et celui des personnes souffrant d'une dépendance peu sévère requièrent des traitements orientés vers la consommation contrôlée ». En outre, le **degré de dépendance du consommateur** a pu être identifié comme un **facteur permettant de prédire la possibilité d'un retour à la consommation contrôlée**. Toutefois, la prédiction en découlant n'est pas infaillible puisque de nombreux **autres facteurs entrent en jeu** : le choix du patient et sa conviction personnelle d'être capable ou non d'adopter une consommation contrôlée, l'intensité de la perte de contrôle, et enfin, des facteurs psycho-sociaux (Gache, s. d.)

En Allemagne à nouveau, ainsi qu'en Suisse, des **espaces de consommation d'alcool** ont vu le jour, ayant pour objectif de **permettre à des personnes en situation de précarité** de disposer d'un espace au sein duquel elles auront la possibilité de **consommer des boissons alcoolisées de façon sécurisée**, en bénéficiant de la **présence de personnels formés** (Benech, 2021).

En 2009, un espace de ce type ouvrait ses portes en Allemagne, à Kiel, à l'initiative de l'association Hempels. « Zum sofa » a pour objectif l'accueil de personnes sans emploi et sans domicile, leur laissant la possibilité d'apporter, au sein de la salle, des boissons alcoolisées, et leur donnant l'opportunité de rencontrer des travailleurs sociaux et d'échanger avec eux sur leurs problématiques (Benech, 2021).

Quatre années plus tard, le dispositif « La Terrasse » ouvrait ses portes à Lausanne, en Suisse, avec un objectif assez similaire à la salle allemande. Là aussi, les usagers avaient la possibilité d'apporter leurs propres boissons, et pouvaient entrer en relation avec des travailleurs sociaux présents dans la salle. Cette structure a été conçue par le biais d'un partenariat entre le CHUV, et la fondation Accueil Bas Seuil (ABS). Les résultats encourageants de ce dispositif ont permis la pérennisation du lieu depuis 2016. Le **dispositif ARRIANA s'est notamment inspiré de ce modèle** pour se développer (Benech, 2021).

- **Des initiatives nord-américaines**

Un autre programme mis en œuvre dans certains pays est la « **gestion d'alcool** » – Managed Alcohol Program (MAP) –, qui consiste à **stabiliser l'état d'une personne alcoolodépendante en lui délivrant régulièrement une dose d'alcool**. Cela permet à l'utilisateur de ne connaître **ni l'état d'ivresse, ni l'état de manque**. C'est ensuite par le biais de ces divers états de stabilité qu'un travail de rétablissement pourra progressivement être mis en place (Benech, 2021). Les MAPs visent divers objectifs : la diminution de l'exposition des usagers consommateurs aux risques d'une consommation dans la rue ou dans des endroits précaires, l'amélioration de l'état de santé des usagers, ainsi que la promotion d'un usage de l'alcool moins risqué, à travers l'éducation à la RdRD et à l'autogestion. Ces MAPs se sont essentiellement développés au Canada, implantés le plus souvent au sein de centres d'hébergement, s'ajoutant ainsi à d'autres services proposés à l'utilisateur (Benech, 2021). Les premières évaluations de ces programmes ont pu mettre en évidence certains points positifs : une diminution des passages aux urgences hospitalières et des interpellations, une amélioration de la qualité de vie des usagers ainsi que de leurs fonctions hépatiques. Actuellement, l'Université de Victoria mène une étude nationale visant à évaluer l'efficacité des MAPs (University of Victoria, s. d.).

D'autres dispositifs ont choisi de s'adresser à un public en particulier, telles que les **femmes enceintes**.

En 2019, un consortium de chercheurs internationaux, membres de l'International Task Force of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry ainsi que de l'International Association for Women's Health, a publié des lignes directrices, rappelant qu'aucun niveau de consommation d'alcool n'était sans risque durant la grossesse, et qu'il **incombait aux femmes de cesser de boire dès le projet de grossesse**, ainsi que tout au long de celle-ci (Benech, 2021).

Au Canada par exemple, depuis 2009, le « Manitoba FASD Network » est un **service coordonnant les travaux d'un ensemble de partenaires mobilisés autour des questions d'alcoolisation fœtale**. Il permet le diagnostic, la prise en charge et la prévention des TCAF. Des coordonnateurs sont organisés en réseau, et sont répartis, par région afin de fournir un soutien et une éducation sur les TCAF à tout demandeur (Professional FASD Assessment and Support, 2022).

Un autre dispositif visant également les femmes enceintes consommatrices d'alcool est déployé aux États-Unis, depuis 2007, par le US Center for Disease Contrôle and prévention. Il s'agit du programme **CHOICES** (Changing High-Risk Alcohol Use and Increasing Contraception Effectiveness Study), basé sur une **approche motivationnelle et à destination des femmes consommatrices d'alcool en âge de procréer** ainsi que de leur entourage. Le programme se donne plusieurs objectifs : la sensibilisation des femmes aux risques engendrés par une alcoolisation fœtale, le renfort de leur

motivation et de leurs compétences ainsi que la mise en place d'une contraception adaptée. Il consiste simplement en une série de rencontres individuelles, avant la grossesse (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Un second programme à destination des femmes enceintes est mis en œuvre aux États Unis : « Healthy Brain for Children ». L'objectif premier de ce dispositif est d'**inciter les adolescentes enceintes à s'abstenir de consommer de l'alcool**. Pour se faire, les participantes reçoivent, en début de programme, un téléphone portable, via lequel elles recevront régulièrement des SMS les invitant à réaliser un test d'alcoolémie. Ce test est effectué grâce à un éthylotest conçu à cet effet, et équipé d'un appareil photo ; lorsque les jeunes femmes soufflent dans l'appareil, une photo est prise et est directement transmise à l'association en charge du programme. Si le résultat du test est négatif, l'adolescente est récompensée sous forme de bons d'achats ; dans le cas contraire, son adulte référent en est informé (Benech, 2021).

De manière générale, il est mis en avant que les programmes de réduction des risques et des dommages reposant sur des méthodes d'incitation matérielle ou encore monétaire, sont plus fréquents et fonctionnent mieux dans les pays Nord-Américains qu'en France (Benech, 2021).

En France, des actions, le plus souvent expérientielles, sont également mises en œuvre à destination d'usagers consommateurs d'alcool, rencontrant des difficultés avec cette consommation, et visant à répondre aux politiques de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool.

2. En l'absence de cadre normatif formel, une mise en place de réponses pragmatiques aux enjeux de RdRDA

Afin de s'adresser au mieux à la pluralité d'usagers consommateurs d'alcool, **diverses initiatives de RdRDA ont été déployées en France**. Ces initiatives sont aussi nombreuses qu'hétérogènes, parfois mises en œuvre directement au sein d'établissements médico-sociaux recevant des usagers, parfois déployées dans des structures externes ; parfois élaborées par des établissements privés, parfois par des associations mais souvent à travers des partenariats.

Qu'il s'agisse de Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), de CAARUD ou encore de CHRS, de nombreuses structures médico-sociales ont développé des programmes de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool à destination de leurs usagers.

- **Des programmes d'éducation thérapeutique**

Pour premier exemple, deux CSAPA de l'association Addictions France, l'un dans le Vaucluse, l'autre à Montpellier, ont mis en œuvre des **programmes d'éducation thérapeutique**.

Le CSAPA Convergence, situé à Avignon, dans le Vaucluse, a mis en place un programme d'éducation thérapeutique nommé « Choizitaconso », en direction de toute personne « s'interrogeant sur sa consommation d'alcool, et souhaitant parvenir à retrouver une maîtrise de celle-ci ». Il vise non seulement les **usagers souhaitant s'engager dans une démarche d'abstinence totale et définitive**, mais également **ceux ne souhaitant pas totalement cesser de consommer** (OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé, 2016b).

Pour cela, le programme Choizitaconso se base sur le **développement des compétences psycho-sociales** des usagers, et entend **permettre aux consommateurs de comprendre les mécanismes déclencheurs** de leurs difficultés, les causes biologiques et les procédés pouvant conduire à une perte de contrôle. Il se donne également pour objectif de mettre en lumière les influences, externes et internes, sur les émotions et le comportement, et de **déterminer les effets et les attentes de chaque usager envers sa consommation**. Ce programme vise aussi l'entourage, avec l'objectif de permettre aux proches du consommateur d'acquérir des compétences en matière d'observation de la consommation (OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé, 2016b).

Pour ce faire, Choizitaconso propose **douze séances collectives**, d'une durée de deux heures. Ces séances se déroulent en groupe de moins d'une dizaine d'usagers, et chacune d'elle traite d'un thème spécifique : les représentations et les croyances, identifier les situations à risque, savoir modifier ses comportements routiniers, savoir communiquer, etc... Lorsque les séances ont été réalisées – sept séances sont obligatoires –, une séance de bilan individuel a lieu avec chaque usager, visant à revenir sur les compétences acquises durant le programme et à élaborer une synthèse du projet de vie (OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé, 2016b).

En outre, ce programme ne se donne pas pour objectif le contrôle de l'utilisateur et de sa consommation, mais vise un **changement dans la relation qu'entretient le consommateur avec sa consommation**.

Dans une même perspective, à Montpellier, un CSAPA de l'Association Addictions France porte le programme « D'ose ta vie », visant, lui aussi, à **permettre aux usagers de retrouver une maîtrise de leur consommation d'alcool**. Ce programme d'éducation thérapeutique se donne pour objectifs l'accompagnement des usagers vers une **compréhension des différents facteurs pouvant influencer leur consommation**, ainsi que la mise en place de nouvelles façons de consommer. Il consiste **en six séances éducatives collectives** d'une durée de deux heures, abordant chacune des thèmes

spécifiques : « alcool : nos représentations » ; « les traitements » ; « les habitudes de vie » ; etc... Là aussi, une séance est destinée à l'entourage, et un entretien d'évaluation final a lieu, avec chaque usager, afin de mettre en lumière l'évolution de la qualité de vie de l'utilisateur et d'identifier les objectifs individuels à atteindre à l'issue du programme (OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé, 2016).

- **Des espaces autorisant la consommation**

Dans certains CAARUD, la **consommation d'alcool est autorisée**. C'est le cas par exemple du CAARUD La Case, à Bordeaux ; du CAARUD Adissa, à Evreux ou encore du CAARUD Yucca, à Bondy, en Seine-Saint-Denis. Au sein de ces structures, les **usagers peuvent apporter leurs boissons alcoolisées** qu'ils déposent dans des placards ou des frigidaires. Lorsqu'ils souhaitent consommer, ils s'adressent aux intervenants et reçoivent leur consommation au sein de gobelets gradués. En parallèle, les professionnels réalisent un **travail d'écoute et d'information**, et des **échanges autour de l'alcool** sont organisés (Benech, 2021).

Un **CHRS parisien**, le CHRS Henri Dunand, a été accompagné durant deux ans par l'association Addictions France, afin de **mettre en place un dispositif de RdRDA** en son sein. Le projet comportait trois volets : l'accompagnement, par l'association, de l'équipe du CHRS vers une réflexion autour de l'alcool, l'accompagnement des résidents, dans leur réflexion par rapport au produit, et enfin, la mise en place de nouveaux modes de fonctionnement venant favoriser la RdRDA.

Par exemple, **l'interdiction de consommer de l'alcool au sein du CHRS a progressivement été levée**, les équipes s'apercevant que cet interdit était contreproductif, puisqu'il conduisait à une **surconsommation des résidents** avant de rejoindre la structure ou encore à des **consommations « en cachette »**. Alors, la décision d'autoriser la consommation d'alcool au sein d'espaces privés a été prise (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2020).

Des accueils de jour mettent également en place des dispositifs de RdRDA, à destination de publics très divers.

C'est le cas par exemple de l'association parisienne « Aux Captifs, la Libération » qui propose un **accueil de jour bas seuil**, recevant, chaque semaine, des personnes vivant à la rue. Au sein de **l'Espace Marcel Olivier**, la **consommation d'alcool est autorisée**, et l'objectif est de **permettre aux usagers de se reposer et d'échanger au sein d'un espace sécurisé**. Des activités de groupe sont proposées aux usagers, qu'il s'agisse de groupes de parole ou de sorties extérieures. Durant les confinements liés à la crise sanitaire, les professionnels de l'association ont procédé à des maraudes

et à des dons de boissons alcoolisées, afin de prévenir ou de gérer des Syndromes de Sevrage Alcoolique (SSA)⁴ (Aux captifs, la libération, 2022).

- **Des initiatives de « distribution d'alcool encadrée »**

En effet, la pandémie de COVID-19 et le confinement en découlant ont grandement **mis en danger les consommateurs d'alcool**, les **forçant à un sevrage** pouvant parfois mettre en jeu leur pronostic vital ou conduire à des risques neurologiques associés au SSA (Alcoolinfoservice, 2022). Une professionnelle interrogée a évoqué l'impact des confinements sur la représentation de l'alcool par certains professionnels : « *pendant le confinement, de nombreux centres d'hébergement ont dû fournir de l'alcool, car des gens n'étaient pas sortis de chez eux depuis des mois. Le risque, quand on se sèvre violemment, c'est la mort. Il y a une réelle dépendance physique à l'alcool, comme envers tous les opiacés d'ailleurs. Ne pas consommer d'alcool quand on est dépendant entraîne de vrais risques cognitifs. Il fallait que les gens aient un minimum de consommation quotidienne... Je crois qu'il y a eu une prise de conscience, pour certains... de se dire que l'alcool devait être considéré au même titre que les opiacés* » (entretien avec un acteur, annexe n°3).

Dans une résidence sociale, Résidéis, située dans les Ardennes, un infirmier libéral a élaboré et mis en œuvre un dispositif visant à « sécuriser les consommations d'alcool des résidents, et prévenir les syndromes de sevrage alcoolique ». Il s'agissait de **stocker des boissons alcoolisées**, et de **les distribuer**, en quantité suffisante, aux résidents de Résidéis consommateurs d'alcool, afin de **prévenir un sevrage contraint**. Ce projet a ensuite bénéficié d'un accompagnement de la part du réseau ADDICA (Addictions de Champagne-Ardenne) (Benech, 2021).

Dans cette même optique de prévention des syndromes de sevrage alcoolique, l'**association Ithaque**, grâce à un contexte partenarial favorable, est également venue en aide aux usagers consommateurs d'alcool dans le besoin. En effet, suite au confinement, les autorités ont décidé de la **réquisition de différents hôtels**, notamment à Strasbourg, **afin d'y loger**, entre autres, **des personnes vivant à la rue** ou ne pouvant accéder à un logement précaire en raison de la pandémie. Parmi ces personnes hébergées se trouvaient des consommateurs alcoolodépendants, se retrouvant dans **l'impossibilité d'aller acheter de l'alcool**.

Alors, l'association Ithaque a mené des interventions au sein de ces hôtels réquisitionnés et au sein de structures d'hébergement, afin de **délivrer à des personnes en situation de dépendance, une**

⁴ Le SSA peut survenir après l'arrêt de toute consommation alcoolique, et varie selon l'importance des quantités quotidiennes ingérées, pouvant conduire à la mort en cas d'absence de prise en charge (Balester-Mouret & Batel, 2004).

quantité d'alcool suffisante pour écarter un risque de SSA (échange avec Ithaque dans le cadre de mon stage chez KPMG). De cette délivrance encadrée d'alcool a découlé plusieurs effets. D'abord, les **prises de risque en temps de pandémie pour la recherche de produits ont diminué**, tout comme les vols de subsistance. De plus, la **quantité d'alcool consommée par les usagers a elle aussi, diminuée** ; ces derniers ne craignant plus de se retrouver dans une situation de manque. Enfin, les discussions et les échanges autour des pratiques de consommation ont été rendu possible, découlant ensuite sur une **sensibilisation aux pratiques de réduction des risques et des dommages** (Di Nino, 2020).

- **Dispositifs à destination d'un public vulnérable**

Certains dispositifs mis en œuvre s'adressent à un public spécifique, tel que les femmes enceintes par exemple. A cet égard, des **maternités et des structures de périnatalité ont pu proposer des accompagnements** aux enjeux de RdRDA.

A Strasbourg par exemple, le réseau maternité et addictions propose aux femmes enceintes usagères de substances psychoactives, dont l'alcool, de **participer à des groupes de parole**. Des temps d'échanges avec des professionnels sont également proposés.

Dans la même logique, le Centre Ressources Addictions & Grossesse (CRAG) de Nouvelle Aquitaine, porté par l'association COREADD (Coordination Régionale Addictions), s'est donné pour objectif la réduction de l'incidence des consommations de substances psychoactives par les femmes enceintes. Le CRAG vise également l'**amélioration du repérage par les professionnels**, et propose, à cet égard, des formations à leur rencontre (Benech, 2021).

Cependant, en l'absence de cadre normatif formel, ces actions constituent souvent des **réponses pragmatiques**, des dispositifs *ad hoc*, mis en place sur un territoire donné à un moment donné. De plus, ce **vide normatif conduit parfois des acteurs liés à l'industrie des boissons alcoolisées, à s'approprier le concept de RdRDA**, à des fins bénéficiant à leurs intérêts.

Pour exemple, le groupe SOS et ses partenaires (dont la Fondation Kronenbourg et le groupe Pernord Ricard), porte un **projet d'ouverture de « 1 000 cafés dans 1 000 communes »** ; (Groupe SOS, 2021) cafés comportant des débits de boissons, qui, selon eux, **relèvent d'une « démarche de réduction des risques en alcool**, en accompagnant vers une consommation consciente et raisonnée » (Benech, 2021). La brochure présentant leur initiative vient préciser que « les futur.e.s salarié.e.s des cafés seront en effet formés aux méthodes innovantes de réduction des risques et des dommages liés aux consommations d'alcool [...] » (Groupe SOS, s. d.), en **n'évoquant cependant aucun élément de cette formation**. L'utilisation du terme de « Réduction des risques et des dommages liés à l'alcool » par un acteur économique vendant des boissons alcoolisées questionne, puisque ce terme fait

référence à une politique de santé publique, mise en œuvre à travers des pratiques professionnelles appelant un haut niveau d'expériences (Benech, 2021).

Au-delà des programmes et initiatives de réductions des risques et des dommages liés à l'alcool, à destination d'usagers consommateurs d'alcool, de **nombreux projets de RdRDA sont à destination des professionnels**. En effet, la réduction de risques, de par l'entrée spécifique dont elle est issue et du fait de son existence relativement récente, appelle encore à des **besoins de formation** afin de se diffuser au mieux au sein des pratiques professionnelles, et devenir, enfin, une culture commune et partagée par l'ensemble des professionnels.

3. La sensibilisation et la formation des professionnels à la RdRDA : étape incontournable de l'évolution des pratiques

« Des associations délivrent des formations professionnelles à la Réduction des risques, mais aucune formation universitaire n'existe. Souvent, les professionnels employés dans des structures mettant en œuvre des actions de RdRD apprennent sur le tas ; ce fut mon cas, j'ai appris en pratiquant. Néanmoins, maintenant, de plus en plus, avant de pouvoir intervenir auprès d'usagers, les professionnels bénéficient de formation assez complète » déclarait un acteur interrogé (entretien avec un acteur, annexe n°3).

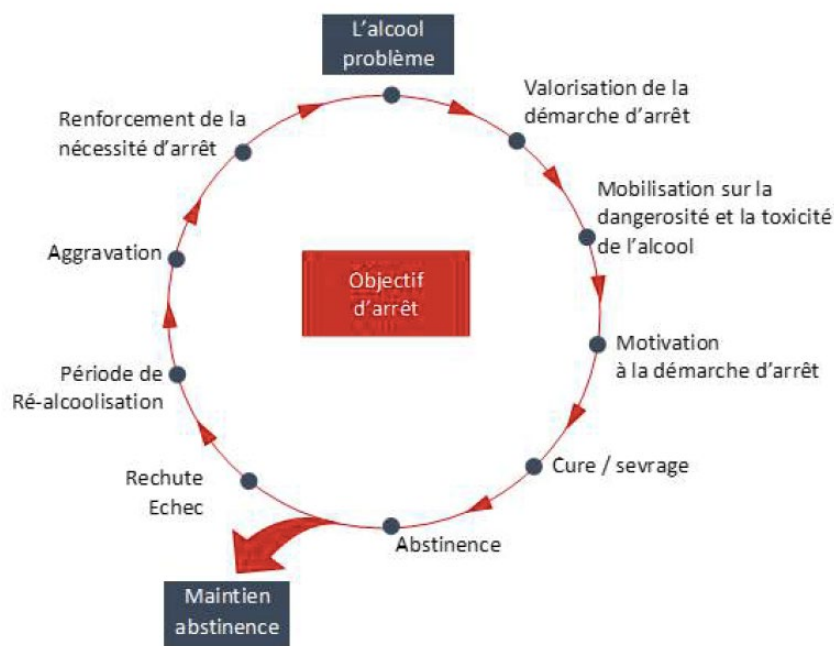
Ainsi, la formation des professionnels à la Réduction des risques et des dommages, et notamment à la RdRD liés à l'alcool, constitue une **première étape incontournable pour une inclusion de ces méthodes** d'accompagnement dans les pratiques professionnelles.

A cet égard, **l'association marseillaise Santé !** a mis en œuvre une modélisation d'intervention RdR Alcool, et a créé une série d'outils dédiés à **faciliter la diffusion et l'intégration d'une approche RdR Alcool dans les pratiques professionnelles**. Hélène Blanc, directrice de l'association et chargée du pilotage du projet de modélisation expliquait que *« l'idée est d'outiller les professionnels qui travaillent, par exemple, dans le milieu de l'AHI, afin qu'ils puissent avoir des modalités leur permettant de ne pas exclure des personnes consommatrices d'alcool, mais plutôt d'instaurer un accueil adapté à ce public »* (entretien avec Hélène Blanc, directrice de l'association Santé !, annexe n°3)

La création d'une telle modélisation s'est d'abord appuyée sur un constat : **de nombreuses personnes, consommatrices d'alcool, n'étaient pas prises en compte par l'offre de soins existante**. De ce constat de manque ont découlé de nombreuses interrogations : *« comment envisager le soutien aux personnes en situation de consommation d'alcool comme une aide à la gestion des pratiques plutôt qu'un accompagnement au « nécessaire » et « définitif » arrêt ? »* ; *« comment repenser et*

adapter les positionnements des professionnels conduisant tant de personnes à préférer se passer d'aide et de soins ? » ; « quels messages spécifiques et quelles actions mener pour améliorer la situation des personnes compte tenu de leur situation de consommation ? » ; « comment les personnes consommatrices d'alcool peuvent percevoir, s'approprier et s'engager vers de nouvelles propositions d'amélioration ? » (Santé !, 2016). Cette modélisation a été élaboré selon **une logique de « faire avec »**, en partant de constats réalistes. L'approche standard vise à agir sur les consommations d'alcool de la personne, afin d'améliorer la situation globale. L'approche RdR Alcool souhaite, quant à elle, **agir sur la situation globale afin de pouvoir reprendre en main la consommation d'alcool**. Proposer un accompagnement centré sur la réduction des risques ne se limite donc pas à un objectif de réduction du nombre d'unité d'alcool consommée (Santé !, 2022a).

Figure 5 : Schéma du vécu de la proposition standard d'arrêt de la consommation (Santé !, 2016)



L'association Santé ! a donc modélisé deux méthodes : la **méthode IACA** (Intégrer et Accompagner les Consommations d'Alcool), **s'adressant principalement aux professionnels de l'accompagnement**, et la **méthode ICI** (Inconditionnel, Convivial, Inclusif), qui **visent davantage les dispositifs d'accueil** (CHRS, etc...) afin qu'ils puissent adapter leurs modalités de fonctionnement aux personnes consommatrices d'alcool, en tenant compte de leurs besoins spécifiques.

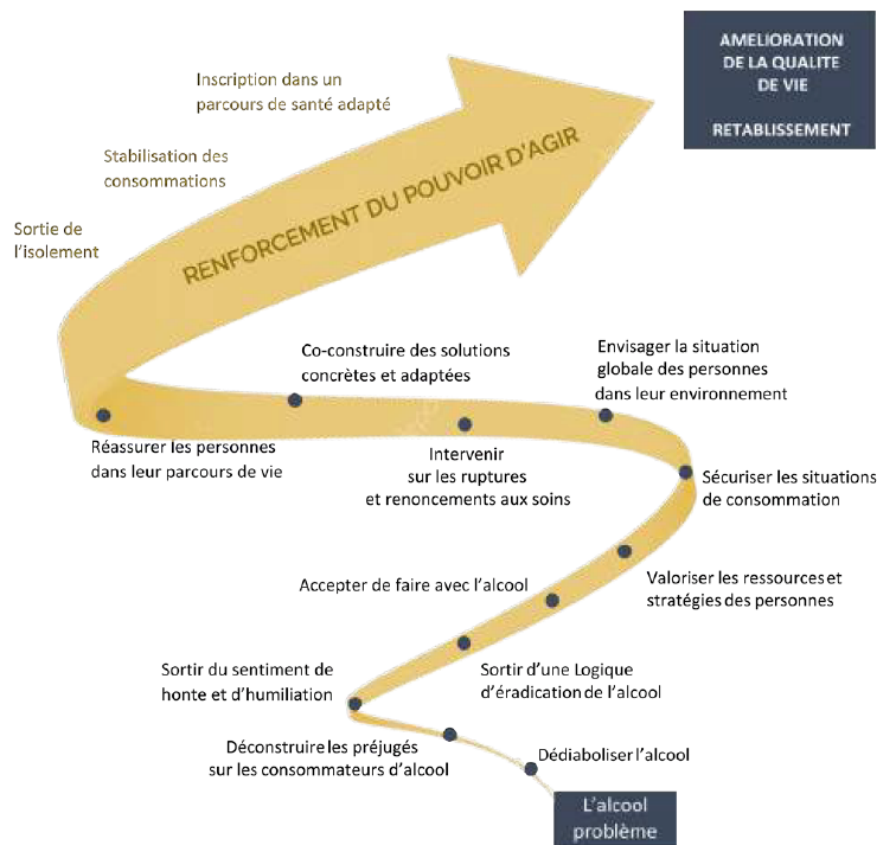
La méthode IACA est « *une proposition faite aux professionnels qui accompagnent des personnes consommatrices d'alcool, pour avoir des outils et des processus d'accompagnement de ces personnes, notamment sur le réengagement dans le parcours de soins, car on s'aperçoit que les personnes consommatrices d'alcool ont souvent des retards de soins, voire des ruptures de soins,*

souffrent de non-recours aux soins » expliquait Madame Blanc (entretien avec Hélène Blanc, directrice de l'association Santé !, annexe n°3). Cette méthode se découpe en quatre phases d'accompagnement :

- Une **phase d'accueil et d'alliance**, qui doit construire l'adhésion au processus, avec pour objectifs de libérer la parole et de lever le sentiment de honte ;
- Une **phase de sécurisation** qui implique d'agir sur les urgences vitales et sur les besoins primaires, et de travailler sur les situations qui renforcent les consommations ;
- Une **phase de stabilisation** durant laquelle la personne accompagnée va construire un équilibre de vie et construire des stratégies de consommation satisfaisante ;
- Enfin, une **phase d'amélioration**, dans laquelle le professionnel va renforcer le pouvoir d'agir, et vérifier la pérennité du changement (Santé !, 2022a).

S'agissant de la méthode ICI, elle consiste à **organiser et appréhender la question de l'alcool et des règles de consommation au sein d'un service**. L'objectif, à terme, pour les établissements, est de **ne plus exclure les personnes consommatrices d'alcool** et de favoriser, pour elles, un accès à l'ensemble des dispositifs (entretien avec Hélène Blanc, directrice de l'association Santé !, annexe n°3).

Figure 6 : Schéma du processus d'accompagnement RdR Alcool (Santé !, 2016)



L'association Santé ! a également déployé une **plateforme internet**, la [plateforme SOLALE](#) (Solutions Alcool Expertises), de **ressources professionnelles en Réduction des Risques Alcool** (Santé !, 2022b). Cette plateforme est à destination des professionnels concernés par la mise en œuvre d'une approche RdR Alcool. Elle recense par exemple, un glossaire des principaux termes de la RdR alcool, détaille les différentes étapes d'accompagnement de la méthode IACA ou encore, résume, en une fiche action, la coordination des parcours (annexe n°5). Les professionnels peuvent donc s'instruire sur la RdR Alcool par le biais de cette plateforme, mais peuvent également bénéficier de **formations aux méthodes IACA et ICI**.

Pour bénéficier de ces formations, il est possible de s'inscrire directement sur le site internet de l'association, ou de [cliquer ici](#). Au-delà de ces formations générales, accessibles à tous les professionnels, certaines structures ont parfois obtenu des financements pour mettre en place des politiques de RdR Alcool ; elles font alors appel à l'association Santé ! afin de les accompagner dans cette démarche. Santé ! est également sollicité pour effectuer de **l'analyse des pratiques**, et est, désormais, relativement connus sur le territoire marseillais (entretien avec Hélène Blanc, directrice de l'association Santé !, annexe n°3).

Santé ! n'est pas l'unique association soucieuse de former les professionnels à la RdRDA et à ses enjeux.

Fédération Addiction par exemple, délivre aux professionnels de diverses structures, des **formations à l'animation de l'adaptation française du programme québécois Alcochoix+**. Ce programme canadien, mis en œuvre depuis 2003, a pour objectif d'**aider les personnes en difficulté avec l'alcool à retrouver une gestion contrôlée** de leur consommation. Un accompagnement, une méthodologie et des outils ont été créés, à destination des usagers. Fédération Addiction, depuis 2015, travaille à **l'adaptation de ce programme dans le contexte français**. Plusieurs expérimentations ont été déployées, au sein de différents départements français, afin de former les professionnels à la mise en œuvre de ce programme au sein de leurs structures, pour leurs usagers. Depuis 2020, un projet de déploiement national de ce programme est en cours. En 2021, une soixantaine de professionnels français ont été formés au programme Alcochoix+, pour un total de 24 structures (Benech, 2021).

Les associations ne sont pas les seules structures conscientes des difficultés rencontrées par les professionnels face aux conduites addictives et aux politiques de réduction des risques et des dommages.

Pour exemple, lors de l'AAP lancé par l'ARS Bourgogne Franche-Comté dans le cadre du Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives en 2021, un **projet visant à l'acculturation à l'addictologie des professionnels de l'hébergement a été financé**. En effet, le CSAPA

Soléa, de l'association ADDSEA, constatant que de **nombreux professionnels du secteur de l'hébergement rencontraient des difficultés avec certains publics accompagnés** et étaient soucieux de **faire évoluer leurs pratiques** afin de travailler pour et avec les usagers, ont mis en place un **programme d'accompagnement, de sensibilisation et d'acculturation en addictologie** à destination de ces professionnels (ARS Bourgogne-Franche-Comté, 2022).

Pour ce faire, le CSAPA s'est inspiré d'un guide, élaboré par Fédération Addiction et par la FNARS (Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale), incitant au **travail de collaboration** entre les secteurs de l'hébergement et ceux de l'addictologie. Ainsi, les structures d'hébergement, dont l'addictologie n'est pas le premier champ de compétence mais auquel les professionnels sont très régulièrement confrontés, pourront être outillées et mieux faire face aux difficultés parfois rencontrées sur le terrain. L'objectif premier de ce programme est de permettre aux professionnels de pouvoir **prendre en compte la problématique addictive au même titre que l'ensemble des autres problématiques**, dans le cadre de l'accompagnement global proposé aux usagers. Pour cela, une multitude d'autres objectifs sont à atteindre : corriger le défaut de posture de certains professionnels, empêchant d'aborder le sujet de la consommation ou des pratiques des usagers ; aider les professionnels à se détacher d'une crainte d'inciter les comportements addictifs dans les espaces collectifs en autorisant les consommations ; faire évoluer les représentations et les pratiques des professionnels afin d'inscrire la réduction des risques et des dommages dans les méthodes de prise en charge des usagers.

Cette acculturation passera par des **rencontres régulières** entre professionnels des secteurs de l'hébergement et de l'addictologie, par des travaux de groupe fréquents et par la mise en place d'ateliers thématiques. Parmi ces thématiques, la question de la consommation d'alcool et de la réduction des risques associée à celle-ci est envisagée.

Malgré la diversité de dispositifs existants, **certaines publics**, avec une consommation d'alcool problématique, en **demeurent exclus et restent particulièrement difficile à atteindre par les structures** existantes telles que les CAARUD ou les CSAPA. Le dispositif ARRIANA, conscient que le nonaccès à de nombreux soins est une problématique souvent renforcée par les conduites addictives, a souhaité mettre en place un **dispositif d'« aller-vers »**, afin d'atteindre notamment ces usagers en situation d'exclusion.

B. Le projet ARRIANA : un espace novateur répondant aux enjeux de la Réduction des risques et des dommages

L'expérimentation ARRIANA, mise en œuvre sur la commune d'Haguenau, en Alsace, est venue répondre à une problématique territoriale de consommation d'alcool. Alors que les principes intrinsèques à son instauration répondent aux enjeux de la Réduction des risques liés à l'alcool (A), son organisation et ses principes de fonctionnement sont novateurs sur le territoire (B), et le public rejoignant ce dispositif est majoritairement précaire, éloigné de toute offre de soin existante (C).

1. La mise en place d'ARRIANA : objectifs de l'instauration de cette expérimentation, principes fondateurs et finalité

La **région Grand-Est**, au sein de laquelle l'expérimentation du dispositif ARRIANA a été déployée, est **sujette à des indicateurs de dommages socio-sanitaires liés à l'alcool relativement défavorables**, par rapport à la moyenne nationale. En effet, en 2015, l'accidentalité avec présence d'alcool était de presque 30% supérieure au niveau national et le taux d'ivresses publiques manifestes (IPM) était de 40% supérieur à la moyenne nationale. S'agissant du Taux standardisé de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool, il était pour les femmes, au-dessus de 3,9% du niveau national, et supérieur de 4,3% pour les hommes (OFDT, 2017)

Au-delà de ces indicateurs défavorables, une **multitude de besoins** ont pu être identifiés, notamment par l'ARS Grand-Est, sur le territoire. D'abord, le **maillage territorial en matière de RdRD était incomplet** au sein du département, avec l'existence d'un **unique CAARUD**, localisé à Strasbourg et porté par l'association Ithaque. Ensuite, de nombreux partenaires sociaux tels que le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou encore le CHRS du Toit Haguenovien ont mis en lumière **l'incapacité de nombreux usagers à se saisir de l'offre de soins et de RdRD existante en addictologie**. Enfin, certaines pratiques de consommation d'alcool, ayant d'abord des conséquences sur la santé des usagers (importantes quantités d'alcool consommées en peu de temps), ont pu également conduire à des nuisances dans l'espace public (nuisances sonores, comportements agressifs voire violents, regroupement d'usagers, etc...) (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

Ainsi, c'est dans ce contexte que le projet ARRIANA s'est inséré, apportant une **nouvelle réponse à la problématique de la consommation d'alcool**, en se concentrant sur **l'autorisation** et l'encadrement des pratiques de consommation d'alcool. De nombreux facteurs (forte stigmatisation associée à la consommation d'alcool, exigence d'abstinence de certaines structures, propositions de prise en charge ne correspondant pas aux besoins et attentes, etc...) limitent ou empêchent le recours aux soins de certains usagers. A cet égard, un cadre de santé ayant participé aux réflexions de

lancement de l'expérimentation ARRIANA a soulevé que « *beaucoup ne consultent plus du tout, pour plusieurs raisons : accès aux soins difficile, méconnaissance des dispositifs, mauvais accueil ayant eu lieu dans des dispositifs ; tout cela fait que maintenant, soit ils ne veulent plus, soit ils ne peuvent plus, soit ils ne savent pas comment se faire soigner* » (entretien avec un acteur, annexe n°3).

L'approche globale proposée par l'équipe ARRIANA, accompagnée de professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux vise à **limiter les dommages liés à une consommation problématique d'alcool**, et entend **accompagner**, progressivement, **les usagers vers le droit commun et la socialisation**. Une infirmière exerçant au sein de l'espace a affirmé que « *Grâce à ARRIANA, l'estime de soi est valorisée puisque les usagers se rendent compte qu'ils arrivent à réduire leur consommation. Plus il y a de la frustration, des restrictions, plus la rechute sera violente* » (entretien avec un acteur, annexe n°3). Ainsi, bien qu'ARRIANA ne vise pas, en premier lieu, l'abstinence, ce dispositif de RdRD peut favoriser, progressivement, **l'émergence de la motivation d'un usager pour faire le choix de consommer différemment**, voire le choix de s'engager dans une démarche allant jusqu'à l'abstinence.

Au-delà de cet objectif d'émergence, de la part des usagers, d'une demande de soin autour des problématiques liées à la consommation d'alcool ou d'autres produits psychoactifs, ARRIANA se donne de nombreux autres objectifs : aller à la rencontre de ces usagers de substances psychoactives, éloignés des dispositifs de RdRD et des soins ; leur permettre de pouvoir échanger, reconstruire des liens sociaux, mais aussi s'informer ; réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage d'alcool et d'autres substances ; mettre en œuvre un accompagnement social, afin de les aider à sortir tant de la précarité que de l'isolement ; les conduire à redevenir acteur de leur parcours de vie et s'inscrire progressivement dans un processus de gestion de consommation et de RdRD (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

Alors, après de nombreuses réflexions, impulsées par l'ARS Grand-Est et par les acteurs de terrain, portant sur la nécessité de développer les pratiques de réduction des risques et des dommages liées à l'alcool sur le territoire Nord alsacien, le projet ARRIANA a vu le jour, et constitue la **première structure de ce type ouverte en France depuis février 2017**.

2. L'organisation de cet espace de consommation : l'équipe composant ARRIANA, les modalités de recours et d'intervention

La **pluridisciplinarité de l'équipe** et des intervenants au sein de la structure constitue une composante essentielle d'ARRIANA, en raison de la variété des problématiques sociales et de santé

rencontrées par les usagers. Cette **diversité constitue une force du dispositif**. L'équipe intervenant au sein d'ARRIANA est donc composée de divers profils : une **IDE** (Infirmier Diplômé d'État), une **éducatrice spécialisée**, une **aide-soignante**, un **médecin en addictologie** et des **cadres de santé**. Un **médecin coordonnateur** intervient également. Les ressources humaines du dispositif sont rattachées à deux structures différentes, le CSAPA d'Haguenau et celui de Wissembourg, du fait d'une volonté initiale de faire travailler ensemble ces partenaires (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

Figure 7 : Organigramme de l'équipe en mars 2022 (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).



S'agissant de la formation aux pratiques de RdRD, l'équipe d'ARRIANA a bénéficié, d'après un cadre de santé interrogé, d'une formation, mais a surtout « **appris sur le tas** » : « *il a été décidé qu'à tour de rôle, l'ensemble des intervenants des CSAPA devait passer à ARRIANA, pour que cette RdDR modifie le regard de tous sur la pratique. Ils ont eu une formation, et ont appris sur le tas. Entrer dans un échange avec d'autres professionnels est aussi très formateur* ».

L'infirmière intervenant au sein d'ARRIANA considère avoir appris « *sur le terrain, avec la pratique. C'est un nouveau dispositif, unique en France. Il faut venir avec sa mallette personnelle, sans aucun jugement et rester à l'écoute. Bien sûr, une certaine formation reste nécessaire, pour repérer* ».

certaines risques comme le risque d'un sevrage trop brutal par exemple » (entretien avec un acteur, annexe n°3).

Le fonctionnement de l'espace a été réfléchi avec l'ensemble des partenaires. D'abord, il a été nécessaire de trouver un local. Un cadre de santé interrogé, et ayant participé aux réflexions de lancement du dispositif a soulevé la difficulté de cette tâche, liée à une certaine **frilosité politique face à ARRIANA**. La municipalité par exemple, mettait en avant la présence d'une école aux alentours. *« Finalement, un foyer paroissial a accepté de nous prêter un local, avec une volonté d'être en phase avec les besoins des gens »*. Le fait qu'ARRIANA soit situé en dehors des sites des CSAPA – ou de tout autre lieu associé au soin – a permis, pour beaucoup d'utilisateurs, de s'y rendre plus facilement, en ne se sentant pas jugés.

L'installation du lieu et son aménagement ont ensuite été réalisés avec la mobilisation d'utilisateurs volontaires : *« nous avions la prétention de ne pas seulement préparer un local et ouvrir les portes. Nous voulions demander aux usagers comment ils imaginaient cet espace. Alors ils ont fait eux-mêmes de nombreux travaux : du décapage du sol, des ateliers de peinture, un réaménagement, etc... »* (entretien avec un acteur, annexe n°3).

S'agissant des horaires d'ouverture, elles ont été modifiées au cours de l'expérimentation. Au départ, ARRIANA était ouvert les lundis de 15h à 18h, les mercredis, de 13h à 16h et les vendredis de 15h à 18h. **Afin de répondre à la fréquentation croissante et à la demande des usagers, la salle ouvre désormais tous les jours de la semaine**, de 14h à 17h, sauf le mercredi, où elle est ouverte de 11h à 16h (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

Il n'existe **aucun protocole formalisant le fonctionnement et le parcours d'un usager** au sein de la salle, mais des **modalités d'organisation du dispositif ont été décrites**. Lorsqu'un usager se rend dans l'espace ARRIANA pour la première fois, le fonctionnement et le règlement de la salle doivent lui être expliqués. Puis, à chacune de ses venues, l'utilisateur doit déclarer l'alcool apporté – la quantité et le type d'alcool –, et le confier aux intervenantes, qui le conservent derrière un comptoir. Pour chacune de ses consommations, l'utilisateur est invité à demander à l'accueillante sa boisson. Il consomme ensuite dans un gobelet gradué, mis à disposition au sein de la salle. Les intervenantes doivent retranscrire les quantités consommées ainsi que les horaires de consommation au sein d'une fiche journalière. Une particularité de cet espace est que les utilisateurs ont la possibilité de s'échanger de l'alcool : ils peuvent en donner et en recevoir (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

En parallèle de cette consommation, de nombreux conseils sont prodigués aux utilisateurs vis-à-vis de celle-ci. Si, par exemple, la consommation d'un utilisateur est excessive, l'équipe peut lui demander

de stopper cette dernière, et l'inviter à consommer une boisson sans alcool, à participer à des activités ou à se reposer. La consommation d'alcool doit cesser trente minutes avant la fermeture de la salle, et si l'usager n'a pas consommé l'intégralité de la boisson apportée, il repart avec. Les **règles de fonctionnement sont en majorité concentrées autour de l'encadrement de la consommation d'alcool** (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

Des **soins infirmiers et médicaux** peuvent également être prodigués, et des **entretiens individuels**, avec l'éducatrice spécialisée, sont parfois réalisés. Il n'existe aucun « accompagnement type » proposé aux usagers ; **chaque accompagnement est individualisé** selon les demandes et les besoins de chacun.

Un cadre de santé interrogé a mis en avant, qu'au départ, « *la tentation était de faire des ateliers, des activités, des sorties (jardinage, lecture, etc.)* » mais qu'en réalité, « *la volonté était de « simuler la vraie vie »*. Il n'y a rien à faire, alors, « *que fait-on au lieu de boire ?* ». L'objectif était vraiment l'échange, la rencontre, composer ensemble ce qui se passe, et, ce n'était pas toujours confortable. Finalement, on pousse la porte, et on peut ressortir 3 minutes après, ou 3 heures après, sans faire aucune activité. ». Cependant, parfois, les **usagers ont pu être eux-mêmes demandeurs d'activité** : « *dans ces cas-là, ils organisent eux-mêmes l'activité. Pour faire du bowling par exemple, on les a laissé chercher les horaires du bus, les tarifs, puis s'organiser. S'ils sont demandeurs, on les responsabilise* » a rapporté l'infirmière d'ARRIANA. « *Avant, ARRIANA proposait des repas thérapeutiques, et là aussi, c'était aux usagers du budgétiser, de faire les courses, de respecter la chaîne du froid, etc...* » (entretien avec un acteur, annexe n°3). Les usagers rencontrés dans le cadre de l'évaluation de ce dispositif ont tous indiqué se sentir seuls et isolés, et ont déclaré venir à ARRIANA en partie pour **rompre cette solitude et créer du lien**, partager des moments conviviaux. ARRIANA s'inscrit alors comme un **espace de convivialité, permettant la socialisation de personnes isolées**. A cet égard, il convient de noter que **certains usagers se rendent à ARRIANA et ne consomment pas** (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

Certains sont dans le déni de leur consommation d'alcool, et **ne souhaitent pas consommer devant des professionnels**. Un cadre de santé interrogé a soulevé qu'au début « *il y avait une certaine gêne à consommer devant nous, une retenue un peu fausse, liée à notre rôle de soignant* ». D'autres sont abstinents : soit, dès le départ, soit qui ont pu fréquenter la salle à une période où ils consommaient, puis qui ont continué à la fréquenter lorsqu'ils ont cessé de consommer. Ainsi, les **profils accueillis au sein d'ARRIANA sont divers**, et la consommation d'alcool ne constitue pas un critère d'inclusion au sein de ce lieu (entretien avec un acteur, annexe n°3).

3. Le public accueilli : caractéristiques et habitudes de consommation des usagers passant la porte d'ARRIANA

De l'ouverture du dispositif en 2017 à janvier 2022, au total, **137 usagers ont été accompagnés** au sein du dispositif ARRIANA. En 2018, le dispositif a accueilli 41 nouveaux consommateurs. Les deux années suivantes sont marquées par un déclin, avec 26 nouveaux usagers en 2019 et seulement 8 en 2020 – chiffre attribuable à la crise sanitaire, ayant entraîné la fermeture de la salle. En 2021, la fréquentation s'accroît de nouveau, avec l'arrivée de 28 nouveaux usagers (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

Malgré un manque d'informations pour certains d'entre eux, quelques caractéristiques dominantes se dégagent de la file active : une majorité d'**hommes** (82%), **sans emploi** (38%) et âgés de **plus de 40 ans** (37%) (annexe n°6) (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

L'ensemble des usagers rencontré dans le cadre de l'évaluation a mis en avant un **sentiment d'isolement et de solitude important**. La majorité des usagers ayant intégré le dispositif ARRIANA est célibataire (42%). La seconde situation familiale la plus représentée est celle des personnes divorcées. S'agissant de leur situation professionnelle, la plupart des usagers ayant rejoint le dispositif est sans emploi (75% en 2020 et en 2021 par exemple). Les personnes accueillies **cumulent ainsi plusieurs facteurs de vulnérabilité sociale et économique**, et sont, pour la plupart, en situation de grande précarité et en demande d'un accompagnement social. La majorité des usagers reçus au sein du dispositif ARRIANA a un score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé)⁵ précarité supérieur ou égal à 60 (86 usagers sur 137). Au total, de 2017 à 2022, 9% des usagers avaient un score EPICES précarité compris en 0 et 19, soit seulement 2 usagers sur 137 (annexe n°6) (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

La question de l'hébergement est également un enjeu fort dans le parcours des personnes : **l'absence de situation stable engendre un risque accru de s'enliser dans les conduites addictives**. En majorité, les usagers accueillis sont locataires ou résident au CHRS. Les intervenantes d'ARRIANA ont pu mettre en avant la **problématique de l'hébergement et de l'accès à un logement comme l'un des freins principaux dans l'accompagnement des usagers**. A cet égard, plusieurs usagers rencontrés ont indiqué avoir reçu un soutien décisif de l'équipe dans la recherche d'un hébergement, voire d'un logement (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

⁵ Le score EPICES est une mesure individuelle de la précarité, calculé à partir de onze questions binaires, allant de 0, situation la plus favorable et absence de précarité, à 100, correspondant à la précarité maximum (Labbé et al., 2007).

Un cadre de santé interrogé a d'ailleurs rapporté que deux usagers avaient choisi de vivre en colocation, après s'être rencontrés à ARRIANA : *« il y a du soutien entre les pairs. Ils arrivent, grâce à ce vivre ensemble, à ne pas être dans la loi de la rue, dans l'injuste, à se crier dessus. Ils découvrent en eux des compétences sociales de la vie collective, découvrent le fait de ne pas être jugé, de ne pas avoir à faire semblant d'être abstinent, mais de reconnaître qu'ils ont des difficultés, et ne pas s'entendre dire « revenez quand vous aurez décidé d'arrêter », mais « qu'est-ce qu'on peut faire ». C'est assez primaire finalement, ne pas oublier les gens, c'est déjà énorme »* (entretien avec un acteur, annexe n°3).

Pour plus de 90% des usagers, le premier type d'alcool consommé est la bière. Certains usagers, dans une moindre proportion, consomment parfois du spiritueux ou du vin. S'agissant de la **quantité d'alcool apportée** en moyenne par usager sur une année, celle-ci a **diminué**. Elle s'élevait, en 2017, à 156,1 cl, et était de 100 cl en 2021 (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

Entre 2017 et 2021, le temps moyen passé à la salle par les usagers a progressé. En 2017, il était d'1h09 et il a atteint 4h en 2018. Les années suivantes, le **temps moyen passé par les usagers dans la salle était environ de 2h30**, soit presque la totalité du temps d'ouverture. Majoritairement, les usagers consomment entre une et deux fois par passage ; une consommation correspondant à une canette de bière ou un verre de vin et de spiritueux. D'année en année, la **proportion d'usagers ne consommant qu'une seule fois durant leur passage s'accroît**, passant de 33% en 2017 à 55% en 2021. Toutefois, la part d'usagers consommant deux fois par passage a également augmenté, passant de 31% en 2017, à 36% en 2021, mais dans des proportions moindres. En parallèle, le nombre d'usagers ayant consommé plus de trois fois lors de leur passage à ARRIANA ne cesse de décroître, et cela malgré un temps passé dans la salle relativement similaire d'une année à l'autre. En effet, de 2017 à 2020, les usagers consommant de l'alcool trois fois par passage correspondaient à environ 23% des usagers. En 2021, ces derniers n'étaient plus que 7% (annexe n°6) (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

En outre, l'ensemble de ces données semblent mettre en avant un **effet limitatif sur la quantité d'alcool consommée par les usagers lorsqu'ils se trouvent à ARRIANA**.

S'agissant du temps écoulé entre l'arrivée d'un usager et sa première consommation, il se passe en moyenne moins d'un quart d'heure (entre 12 et 13 minutes). Le temps écoulé entre la première et la seconde consommation a progressé sur les deux premières années d'ouverture de la salle : de 41 minutes en 2017, il a augmenté les années suivantes pour atteindre 1h dès l'année 2019 (annexe n°6) (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

L'espacement des consommations fait partie des techniques de RdRD appliquées au sein d'ARRIANA.

C. L'évaluation d'ARRIANA : analyse du niveau d'adéquation d'un tel dispositif aux enjeux de Réduction des risques et des dommages et transférabilité

L'évaluation de l'expérimentation ARRIANA a mis en lumière les **bienfaits d'un tel dispositif pour les usagers ayant une consommation d'alcool problématique**. Qu'il s'agisse d'une sortie de l'isolement, d'une reconstruction des liens sociaux, ou encore d'un accompagnement vers le soin, ARRIANA a apporté des réponses à des usagers souvent laissés pour compte (A). Bien que ce dispositif comporte une **marge d'amélioration** (B), les **principes venus fonder son instauration constituent des éléments socles**, nécessaires à la multiplication d'initiatives de RdRDA (C).

1. Les réponses apportées par l'espace ARRIANA aux besoins et attentes des usagers : d'une sortie de l'isolement à un accompagnement vers le soin

Comme l'a rappelé un cadre de santé interrogé, *« il n'y avait pas d'objectifs à atteindre, la priorité était d'assumer la casquette de soignant et rien d'autre. L'idée était de leur redonner une place, de couper l'herbe sous le pied de la fonction de l'alcool, qui permet de mettre dans une bulle, de ne pas voir la réalité, d'émousser des émotions que je peux vivre pour qu'elles ne me renversent pas. L'objectif n'était pas de leur dire « venez quand vous voulez arrêter, on va vous aider », mais « venez pour que vous puissiez arrêter ». Bien sûr, la question de « résultats » visibles pour les usagers était centrale, tout le monde nous la posait, et c'était le tournant auquel tout le monde nous attendait. Ils nous disaient « si laisser les gens boire, ça les aidait, ça se saurait, là vous leur ouvrez les portes, c'est tout juste si vous ne les servez pas. C'est n'importe quoi d'ouvrir un bistrot pour les gens qui veulent arrêter de boire ». Mais en réalité, on a bien remarqué une **nouvelle capacité à vivre ensemble** pour les usagers d'ARRIANA, à parler de soi ; là où avant, l'alcool faisait paravent »* (entretien avec un acteur, annexe n°3).

Malgré cette absence d'objectifs clairement définis, le dispositif ARRIANA a pu apporter, à de multiples usagers ayant une consommation d'alcool problématique, une **réponse à un besoin**. De nombreux usagers rencontrés dans le cadre de l'évaluation du dispositif ont pu mettre en avant qu'être présent, au sein de la salle, leur **permettaient de modérer leurs consommations**, voire de **réduire la quantité d'alcool consommée durant le temps passé à ARRIANA**. Comme évoqué précédemment, ce dispositif constitue, pour ces usagers, un espace leur permettant de rompre la

solitude, de ne plus penser seulement à leur consommation et de ne plus boire dans la rue (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

Aussi, ARRIANA transmet un apprentissage important en termes d'inclusion : **forcer les usagers à se retrouver dans une situation de non-consommation les oblige à réorganiser leurs consommations**, les met souvent en difficulté et les contraint, peut-être, à surconsommer après, ou à être en manque. Ce qui mobilise les gens n'est pas forcément la nécessité de consommer, mais plutôt la **possibilité de pouvoir consommer en cas de besoin** (entretien avec un acteur, annexe n°3). **ARRIANA n'exige rien en termes d'abstinence, contrairement à d'autres structures, condamnant parfois les usagers à ne pas venir.**

Naturellement, certaines améliorations ont pu être observées. Une intervenante au sein d'ARRIANA a par exemple noté **quelques changements de comportements** : *« un de nos usagers venait, au départ, avec six ou douze canettes, et pouvait parfois toutes les boire en un après-midi. Maintenant, il consomme deux canettes par après-midi. Il vivait à la rue et un logement lui a été trouvé ; il bénéficie également d'un suivi social et médical »* ; *« un de nos usagers ne prenait pas soin de lui, était un peu négligé, et puis, progressivement, il a commencé à s'habiller convenablement, à se raser, il s'est coupé les ongles. Il est devenu présentable, c'est une étape clef dans l'accompagnement vers un parcours de soins et vers une socialisation »* (entretien avec un acteur, annexe n°3).

Cette expérimentation a également conduit à une émergence, de la part des usagers, de quelques **demandes de soins**. La création d'un lien de confiance entre l'utilisateur et les intervenantes d'ARRIANA a progressivement permis d'aborder certaines problématiques, et a **convaincu de nombreux usagers de se saisir de l'accompagnement offert**. En plus des orientations proposées, l'équipe a parfois pu **accompagner physiquement certains usagers aux rendez-vous** en découlant. Les usagers rencontrés dans le cadre de l'évaluation ont par ailleurs souligné ce point, le considérant comme un soutien important et affirmant que sans cet accompagnement physique, ils ne se rendraient probablement pas à certains rendez-vous (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

La diversité des actions réalisées par l'IDE depuis l'ouverture d'ARRIANA met par ailleurs en avant la **multiplicité des besoins de soins rencontrés par les usagers**. Qu'il s'agisse d'accompagnement vers une Réduction des risques et des dommages (évaluations cliniques au fil de la permanence pour savoir s'il faut stopper ou autoriser la poursuite des consommations, entretiens individuels à la demande des usagers, distribution d'outils de RdRD (préservatifs, steribox, etc...)), de prise de tension, de réalisation de pansements, de première lecture et d'interprétation de bilan sanguin, ou encore

d'accompagnement infirmier, le dispositif ARRIANA semble **favoriser l'émergence d'une demande de soins et l'inscription de l'utilisateur au sein d'un parcours de soins en addictologie coordonné**. Les intervenantes ont également été amenées à réaliser de la prévention, de l'accompagnement à la santé sexuelle (relais vers le planning familial, en pharmacie, etc...) ou encore de l'éducation thérapeutique (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

A propos d'ARRIANA, des professionnels de l'addictologie interrogés ont pu mettre en avant qu'un tel espace **permettait de casser les tabous** : *« l'alcool est une drogue légale, et est celle qui a, aujourd'hui, le plus d'impact en France en termes de santé publique... Mais puisque c'est légal, accepté socialement et disponible partout, c'est plus compliqué. Les consommateurs eux-mêmes n'identifient pas l'alcool comme un problème. Les usagers que l'on rencontre sont souvent poly-consommateur, consomment de l'alcool, mais ne considèrent jamais cette consommation comme problématique. Pourtant, l'addiction à l'alcool est souvent la plus difficile à combattre. Beaucoup d'utilisateurs font des sevrages et remplacent leur consommation d'opiacés par une consommation massive d'alcool ; il faut alors pouvoir travailler avec ces personnes, car elles sont également dépendantes. Ces lieux d'accueil de type ARRIANA sont intéressants car ils permettent un échange direct avec les consommateurs. Une fois qu'ils rendent dans cet espace, le problème est posé sur la table et on peut en parler »*.

*« Il me semble **nécessaire de regarder l'alcool au même titre que les autres produits**, c'est une réalité qu'il faut intégrer. ARRIANA, à ce titre, permet de décaler son regard, de proposer une approche qui ne soit pas morale, dans l'abstinence seulement. ARRIANA vient considérer les personnes dont la consommation est une partie de leur vie. C'est intéressant de multiplier ce type d'initiatives, et au-delà de ça, de savoir demander aux usagers de quoi ils ont besoin. C'est là où on pêche souvent, partir des besoins des personnes. **Beaucoup de choses sont projetées, mais ne répondent pas à ce que les personnes souhaitent et attendent** »* (entretien avec un acteur, annexe n°3).

De la même manière, de nombreux partenaires interrogés dans le cadre de l'évaluation du dispositif ont pu souligner la plus-value d'ARRIANA, la **singularité d'un tel dispositif ainsi que sa complémentarité avec l'existant**. La mise en place d'un tel lieu d'accueil, en plus des structures existantes où le cadre institutionnel est plus fortement représenté, apparaît bénéfique pour les usagers et permet de déclencher, ensuite, des accompagnements (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

Malgré les nombreux apports du dispositif ARRIANA, son évaluation a pu mettre en avant certaines **pistes de réajustements**. Qu'il s'agisse d'**améliorations techniques**, comme les horaires d'ouverture ou un meilleur encadrement des professionnels intervenants au sein du dispositif, ou de

réflexions plus théoriques, comme une sensibilisation plus approfondie à la RdRD de certains partenaires du territoire, le dispositif ARRIANA dispose d'une marge d'amélioration.

2. Marge de progression : les perspectives d'amélioration d'ARRIANA mises en lumière par son évaluation

Le dispositif ARRIANA constitue un modèle de fonctionnement innovant en matière de Réduction des risques et des dommages, construit à partir d'une observation partenariale des besoins d'un territoire. Néanmoins, de **nombreuses pistes d'amélioration, mises en évidence par l'évaluation du dispositif, permettraient à ARRIANA de devenir, potentiellement, un modèle reproductible.**

Dans un premier temps, une marge de progression liée au fonctionnement d'ARRIANA a pu être établie. S'agissant des **horaires et des jours d'ouverture**, leur **extension est questionnée**. L'évaluation réalisée par KPMG préconise de réaliser une enquête, auprès de l'ensemble des usagers, afin de recueillir leurs avis au mieux. A cet égard, un cadre de santé interrogé a indiqué que « *avec plus de moyens et pour répondre à l'intégralité des besoins des usagers, il faudrait peut-être modifier quelques points... Ouvrir plus en soirée, ou même proposer un accueil seulement pour les femmes et pas mixte* » (entretien avec un acteur, annexe n°3).

S'agissant de **l'accueil des femmes** et de leur faible représentation dans la file active, l'évaluation effectuée préconise de penser un fonctionnement spécifique à ce public, – des plages horaires ou des jours déterminés par exemple – afin de **mettre en œuvre des conditions d'accueil favorables à la création d'un lien durable.**

Un **réaménagement du local** a également été préconisé. La configuration des locaux a été pensée avec les usagers, et l'espace de consommation semble de taille appropriée, par rapport au nombre d'usagers généralement accueillis. Cependant, il n'y a **aucun espace permettant de recevoir individuellement les consommateurs**, ni même d'espace dédié aux professionnels. Un réaménagement de l'espace adjacent à l'espace de consommation semble nécessaire afin de pouvoir disposer d'un bureau d'entretien, d'un espace pouvant être utilisé pour réaliser des activités collectives ou bien pour se reposer, d'un espace réservé au personnel (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022). Une infirmière intervenant à ARRIANA a également mis en avant que « *le local n'est peut-être pas très adapté : il faudrait une douche, une machine à laver, voire même un sèche-linge en hiver* ». Ainsi, un nouvel aménagement des locaux permettrait d'optimiser l'espace disponible, aujourd'hui non exploité de façon adéquate (entretien avec un acteur, annexe n°3).

S'agissant du fonctionnement interne d'ARRIANA, de nombreuses pistes de réflexions ont été élaborées. D'abord, il apparaît opportun d'établir un **encadrement plus précis** au sein du dispositif. Afin d'accompagner au mieux les intervenantes, et pallier le fait qu'ARRIANA soit portée par deux structures comportant plusieurs encadrants, il semble nécessaire **de renforcer la coordination entre les fonctions encadrantes et l'équipe intervenante**, en systématisant une réunion mensuelle par exemple (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

Dans cette même logique, et afin de gagner en efficience, il serait opportun de permettre aux équipes d'avoir des **temps dédiés de réflexion et de capitalisation**, sur les différents acquis de RdRD liés à l'alcool développés au sein d'ARRIANA, et d'instaurer une **formalisation par écrit de l'ensemble de ces pratiques**. De plus, il serait pertinent d'instaurer un **système de suivi et de retranscription des données** (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

A cet égard, un cadre de santé interrogé a mis en avant que, « *lors de l'ouverture d'ARRIANA, on a peut-être été un peu idéaliste, on n'a peut-être pas réfléchi au fait qu'il fallait de l'administratif, qu'il ne fallait pas seulement faire du bénévolat mais inscrire cela dans un projet, avec des outils de suivi. L'accueil ne permettait pas de faire un travail de réseau suffisant, d'aller dans des congrès, de parler d'ARRIANA et de faire connaître cet espace* » (entretien avec un acteur, annexe n°3).

En effet, des **préconisations liées au réseau partenarial gravitant autour du dispositif ont été formulées lors de l'évaluation**. Afin d'augmenter et de diversifier la file active, un **réel travail de réseau partenarial est à poursuivre et à étoffer**. Les procédures de collaboration entre les professionnels orienteurs et entre l'équipe ARRIANA ne sont pas formalisées, et dans une perspective d'aller à la rencontre de nouveaux usagers, de telles procédures doivent être instaurées. Les **partenaires orienteurs doivent nécessairement être diversifiés** ; non seulement les **partenaires sociaux** afin de repérer des personnes en dehors des parcours de soins, mais également les **partenaires médicaux et paramédicaux** non spécialisés en addictologie. Au près de ces derniers, bien qu'un travail de sensibilisation aux questions de RdRD ait été mené, il ressort de l'évaluation que ce **travail d'acculturation doit être poursuivi et amplifié**. Afin d'assurer une diffusion des pratiques de RdRD au sein d'autres structures, il est nécessaire d'accompagner les partenaires d'ARRIANA dans l'appréhension et la compréhension de telles pratiques (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

Les réflexions menées durant l'évaluation avec l'équipe d'ARRIANA, les partenaires ainsi que les usagers ont permis d'identifier les forces et facteurs de réussite de cette expérimentation, mais également certains points de vigilance et quelques freins à anticiper dans la mise en œuvre d'un tel dispositif. Le **modèle de fonctionnement d'ARRIANA est fructueux et des expérimentations similaires**

doivent être encouragées selon les contextes territoriaux. Assurément, le développement de la Réduction des risques et des dommages liés à l'alcool, essence même du dispositif, peut prendre diverses formes.

3. Conditions de pérennisation, de modélisation et de transférabilité du dispositif ARRIANA : des principes fondateurs à la multiplication d'initiatives de RdRDA

Les différents échanges et analyses réalisés durant l'évaluation ont permis de saisir « l'essence » du dispositif ARRIANA, ainsi que les principes clefs le constituant.

Les **pratiques de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool** ainsi que **l'autorisation de la consommation** constituent le principe fondateur du dispositif. Cette **acceptation de la consommation**, soumise à certaines règles assorties de conseils pour « mieux boire », est un élément clé à conserver, favorisant l'adhésion de nombreux usagers, permettant de déstigmatiser les conduites addictives et de créer un lien avec les consommateurs.

L'accueil, le **non-jugement** ainsi que la **bienveillance de l'équipe**, découlant des principes de RdRD, constituent des facteurs clefs évoqués non seulement par les usagers mais également par les partenaires. **L'accueil inconditionnel proposé par ARRIANA augmente les chances d'adhésion** des usagers, et les **possibilités de les accompagner dans leurs parcours**, du fait du lien de confiance qui s'instaure. Les usagers ont par exemple indiqué se sentir « moins jugés » qu'au CSAPA, avec une parole plus libérée. Les partenaires ont quant à eux souligné le lien fort tissé entre ARRIANA et les usagers, lien précieux pour obtenir des informations nécessaires à leur accompagnement vers le droit commun. La **convivialité** du projet ARRIANA permet aux usagers de se rendre plus facilement au sein de cet espace, de s'y sentir bien et de nouer des liens. Ils sont, pour la plupart, isolés socialement ; la conception d'ARRIANA, permettant de simplement venir et de discuter, fait de cet endroit un lieu de socialisation.

La **pluridisciplinarité de l'équipe** intervenante constitue également un facteur essentiel de la réussite d'un tel projet, afin d'accompagner au mieux les usagers dans leur parcours, au-delà de les accueillir au sein d'un espace. Les usagers cumulant diverses problématiques d'ordre social, économique, parfois judiciaire et médical, des compétences éducatives, sociales et paramédicales sont nécessaires.

Enfin, afin de repérer des consommateurs, mais également afin de pouvoir les accompagner et les orienter, un **travail en réseau avec une variété de partenaires** est primordial : des **partenaires sociaux**, pour repérer des usagers en dehors d'un parcours de soins, et pour les accompagner dans leurs démarches ; des **partenaires spécialisés en addictologie**, afin d'accompagner progressivement

les consommateurs le souhaitant vers du soin ; et des **partenaires sanitaires**, pour accompagner les usagers dans la prise en charge de leurs problématiques somatiques, psychologiques voire psychiatriques (rapport d'évaluation du dispositif ARRIANA, KPMG, 2022).

Au-delà de ces principes fondateurs, qui semblent intrinsèques à toute initiative de RdRDA, quelques éléments du dispositif ARRIANA mériteraient, en vue d'une pérennisation, d'être questionnés ou approfondis.

D'abord, une **prise de recul sur les spécificités liées à la RdRD alcool** est nécessaire. Après cinq années d'expérimentation, un effort de capitalisation mais aussi de réflexion sur les outils utilisés ou ceux pouvant être créés, sur les pratiques de RdRD alcool mériterait d'être lancé, impliquant non seulement l'équipe d'ARRIANA, mais également des experts extérieurs et les usagers.

La **question de l'aller vers** les usagers mériterait également d'être posée. Actuellement, il semblerait que les usagers découvrent ARRIANA par leurs pairs, ou par des partenaires. L'aller vers est une modalité encore peu développée dans le cadre de cette expérimentation, mais gagnerait à être accentué afin de toucher de nouveaux usagers ; usagers en dehors des sillages des structures médico-sociales et sanitaires.

Enfin, il est nécessaire, pour toute expérimentation, de penser dès le départ un **système de recueil et de suivi des données**, à la fois efficace et exhaustif.

Ainsi, s'il est certes délicat, à partir d'une seule expérimentation, de définir un modèle unique d'espaces supervisés de consommation, il ressort de l'évaluation d'ARRIANA que **de nombreux éléments du dispositif constituent des éléments essentiels**, à retrouver au sein de toute initiative de RdRD alcool.

A propos de la diversité des modèles de RdRD pouvant exister, une professionnelle interrogée a affirmé que *« les choses s'inventent en ce moment, mais il y a une grande difficulté à évaluer et à rendre compte des expérimentations. Souvent un dispositif est mis en œuvre, dans un cercle assez fermé, et dans des conditions particulières, donc on est parfois en très grande peine d'être en capacité de démontrer la transférabilité d'une initiative, ou la pertinence d'un dispositif. Souvent, **on ne peut que rendre compte d'une expérience**. Dans les pratiques de RdRD alcool, c'est encore un peu compliqué pour l'instant ; on se situe toujours dans une logique de pionnier, on essaie de donner des billes, des éléments de décryptage de l'approche RdRD alcool, afin que chacun s'en saisisse. En ce moment, les dispositifs de santé publique sont en train d'observer et de faire le ménage entre ce qui est repérant pour les professionnels et ce qui ne l'est pas, car **il existe une multitude de programmes de RdRD alcool**,*

tous différents, mais tous issus d'une logique Réduction des risques » (entretien avec un acteur, annexe n°3).

Finalement, la multiplication d'initiatives innovantes, afin de diffuser une culture de la RdRDA et de toucher une diversité d'utilisateurs, constitue une étape incontournable d'avancée des pratiques ; **plus les propositions de RdRD alcool seront diverses, plus une complémentarité de réflexion sera mise en œuvre et plus chaque consommateur trouvera celle qui lui correspond le mieux**, celle qui répond le mieux à ses attentes et besoins. L'expérimentation ARRIANA constitue, en ce sens, un dispositif innovant, certes imparfait, mais venant comprendre et répondre aux besoins de certains utilisateurs.

Conclusion

Les différentes perceptions de l'alcool en France placent un grand nombre de consommateurs dans une position ambiguë. Dans un premier temps, en plus d'être un **produit de consommation courante largement accessible**, l'alcool est souvent perçu comme un **objet culturel**, chaleureux, rempli d'histoire, de significations et favorisant le lien social (Dany et al., 2015). Toutefois, dès lors que sa consommation dépasse un certain seuil et est considérée comme trop importante, l'alcool se transforme en **produit socialement néfaste**, plaçant le consommateur – devenu alcoolique – dans une situation de **stigmatisation permanente**.

Pour autant, toute consommation d'alcool, excessive ou non, a des **impacts avérés sur la santé de chacun**. Qu'il s'agisse de multiples cancers (cancers du foie, de l'œsophage, de la bouche, etc...), de troubles cardiovasculaires, de cirrhose ou de maladies mentales, la consommation de boissons alcoolisées présente un risque pour la santé. Elle constitue, en France, la deuxième cause de mortalité évitable, et est responsable chaque année d'environ 41 000 décès. Les autorités publiques, se saisissant du problème et en vue de lutter contre toute consommation problématique, sont venues, progressivement, **poser un cadre à la consommation d'alcool**. Allant des politiques de prévention, aux politiques restrictives, fiscales ou politiques de prise en charge, les boissons alcoolisées et leur consommation ont fait l'objet de nombreuses réglementations.

Parmi elles, les **politiques de réduction des risques et des dommages**, apparues en France avec l'arrivée du VIH, constituent une évolution majeure. Débutant par l'autorisation de vente libre de seringues en pharmacie, en passant par la mise en circulation de traitements de substitutions et allant jusqu'à l'ouverture d'espaces de consommation à moindre risque, les pratiques de RdR se sont multipliées. Ce n'est toutefois qu'en 2004 que le principe même de Réduction des risques trouve sa place au sein des textes législatifs. Néanmoins, durant de nombreuses années, le **concept de RdR était restreint aux drogues illicites**, de telle sorte à ce que les usagers ayant une consommation problématique d'alcool ne pouvaient, légalement, bénéficier des principes de Réduction des risques. Finalement, la Loi de modernisation de notre système de santé, de 2016, est venu inscrire l'usage de produits licites – dont l'alcool –, de produits illicites, et les addictions sans produit, dans un cadre légal unique ; celui de la Réduction des risques et des dommages.

Pour rappel, ce mémoire visait à **analyser la pertinence d'ARRIANA**, un espace de consommation d'alcool à moindre risque.

En effet, en matière de réduction des risques et des dommages liés à la consommation d'alcool, une diversité de projets innovants, souvent expérimentaux, est déployée. Qu'il s'agisse de

programmes de consommation contrôlée, de dispositif de gestion d'alcool ou d'éducation thérapeutique, de nombreux acteurs se sont investis dans le champ de la lutte contre les consommations d'alcool problématiques. Le dispositif ARRIANA s'est alors inséré dans ce contexte, proposant une **réponse nouvelle à la problématique de la consommation d'alcool** dans la région Grand-Est, en se concentrant sur **l'autorisation et l'encadrement des pratiques de consommation d'alcool**. L'approche globale proposée par ARRIANA vise donc à limiter les dommages liés à une consommation problématique d'alcool, et entend accompagner, progressivement, les usagers vers le droit commun, les soins et la socialisation.

L'évaluation d'ARRIANA a pu mettre en avant la **multitude de bienfaits** engendrée par cet espace : une **modération voire une diminution de la quantité d'alcool consommée** par certains usagers, une **sortie de l'isolement**, une **reconstruction des liens sociaux**, **l'émergence de demandes de soins**, l'inscription de certains usagers dans un **parcours de soins coordonné**, etc... Au-delà de ces avantages individuels, bénéficiant à chaque usager, cette expérimentation délivre un enseignement majeur : forcer les usagers à se retrouver dans une situation de non-consommation les oblige à réorganiser leurs consommations, les met en difficulté et les contraint, souvent, à surconsommer après, ou à, simplement, ne pas se rendre dans les structures. En effet, une **obligation d'abstinence conduit à l'éviction de certains publics, devenant particulièrement difficile à atteindre** par les structures sanitaires, sociales et médico-sociales, et s'enfermant dans une spirale isolante, d'exclusion et de nonaccès aux soins. Toutefois, comme toute expérimentation, ARRIANA dispose d'une marge d'amélioration, liée à son fonctionnement interne ou à son réseau partenarial, mais constitue une réponse apportée aux usagers ayant une consommation problématique d'alcool « *ne souhaitant pas ou ne pouvant pas arrêter de consommer, mais ne voulant pas non plus continuer de cette manière* » (entretien avec un acteur, annexe n°3).

Désormais, l'enjeu sera **d'insérer ces types de dispositifs**, ces autorisations de consommation d'alcool encadrées, **au sein des offres et des structures existantes**. Le défi continu des politiques de Réduction des risques et des dommages réside dans l'insertion de ces pratiques dans les circuits classiques d'accompagnement, notamment afin de faire face, au mieux, aux nouveaux profils d'usagers multi-consommateurs. A cet égard, une professionnelle interrogée mentionnait que « *tout le système aujourd'hui est orienté pour prendre en charge un usager dépendant aux opiacés, or, cela fait des années que beaucoup d'usagers consommateurs de stimulants nécessitent un accompagnement. On n'est plus du tout sur un profil mono-produit, mais sur un profil multi-consommateur, incluant des stimulants mais également l'alcool. L'enjeu est de faire évoluer toute cette prise en charge dédiée aux consommateurs d'opiacés, vers une prise en charge différente, pour*

les consommateurs de stimulants. C'est une vraie question qui se pose pour les accueils de jour, répondre aux besoins de public qui évoluent. La consommation de drogue ne reste jamais figée » (entretien avec un acteur, annexe n°3). Ainsi, tout l'enjeu est désormais d'**outiller les professionnels** et de **faire évoluer leurs pratiques**, afin que celles-ci répondent, au mieux, aux problématiques de multi-consommation, intégrant non seulement les drogues illicites, mais également la consommation d'alcool.

Bibliographie

Articles

Andler, R., Cogordan, C., Deschamps, V., Escalon, H., & Nguyen-Thanh, V. (2018). *Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : Résultats du baromètre de Santé Publique France.*

Balester-Mouret, S., & Batel, P. (2004). *Prise en charge du syndrome de sevrage alcoolique en milieu hospitalier—Management of alcohol withdrawal syndrome.*

Di Nino, F. (2020). Ithaque face à la crise sanitaire. Objectif : Maintien des accueils ! *Psychotropes*, volume 26, p.41-50.

Fédération Addiction. (2015). *Renforcer la Réduction des Risques (RdR) liés à la consommation de substances psychoactives.*

Gache, P. (s. d.). *Evaluation des programmes de consommation contrôlée.*

Gillet, C., & Mossé, P. (2009). Tous responsables. *Après-demain*, volume n°10, (p5-6).

Jauffret-Roustide, M. (2016). Les salles de consommation à moindre risque. Apprendre à vivre avec les drogues, (p.115-123).

Labbé, É., Moulin, J. J., Guéguen, R., Sass, C., Chatain, C., & Gerbaud, L. (2007). Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. *La Revue de l'Ires*, (p.3-49).

Laumon, B., Gadegbeku, B., Martin, J.-L., & Biecheler, M.-B. (2006). *Alcool et insécurité routière : Quelques enseignements de l'étude nationale SAM, France, 2001-2003.*

Laurent, S., & Parienté, J. (2019). Le vin est « un alcool comme un autre », n'en déplaise au ministre de l'agriculture. *Le Monde.*

Marigny, P. (2009). Un secteur économique à part entière. *Après-demain*, N ° 10, (p7-9).

University of Victoria. (s. d.). *Inside a Managed Alcohol Program.*

Ouvrages

Beck, F., Legleye, S., & De Peretti, G. (2006). L'alcool donne-t-il un genre ? *Travail, genre et sociétés*, volume n°15, (p141-160).

Ben Lakhdar, C., & Tanvé, M. (2013). Évaluation économique de la loi du 31 décembre 1970 réprimant l'usage et le trafic de stupéfiants. *Psychotropes*, volume n°19, (p27-48).

Billard, M. (2009). Les "députés du vin" : Le parti où jamais une voix ne manque ! *Après-demain*, volume n°10, (p26-28).

Brix, O., & Lang, T. (2000). 25. Comportements. In *Les inégalités sociales de santé* (p. 391-402). La Découverte.

Chappard, P., Couteron, J.-P., & Morel, A. (2012). 1. Origines et histoire de la réduction des risques. In *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie* (p. 8-18).

Dany, L., Gaussoit, L., & Lo Monaco, G. (2015). L'alcool : Un objet au cœur du social. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Numéro 107*, (p299-302).

Jauffret-Roustide, M., & Chappard, P. (2012). 3. Concepts et fondements de la réduction des risques. In *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie* (p. 38-46)

Michel, L., & Morel, A. (2012). 12. Alcool et réduction des risques. In *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie* (p. 186-195).

Pecqueur, C., Moreau, C., & Droniou, G. (2016). Identités de genre et consommation d'alcool. L'évolution des pratiques festives juvéniles à travers les générations. *Agora débats/jeunesses*, (p.39-53).

Suissa, J. A. (2020). Alcoolisme et stigmatisation : Repères sociohistoriques et importance des liens sociaux. *Écrire le social*, (p.64-71).

Rapports – Etudes

Agence Régionale de Santé Grand-Est. (2020). *Lutte contre les addictions en Grand Est : Signature d'une feuille de route régionale entre la MILDeCA et l'ARS.*

Benech, G. (2021). *La réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA) —Historique, pratiques, analyse et propositions.*

Groupe SOS. (s. d.). *1 000 cafés.*

HAS. (2017). *La Réduction des Risques et des Dommages dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).* [Recommandation de bonne pratique].

HAS. (2019). *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)* [Recommandation de bonne pratique].

INSERM. (2021a). *L'évaluation scientifique confirme l'intérêt des salles de consommation à moindre risque (SCMR).*

INSERM. (2021b). *Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool.*

INSERM & GRAP. (2021). *Alcool & Santé · Inserm, La science pour la santé.*

Janssen, E., Le Nézet, O., Brissot, A., Martinez, M., Philippon, A., Eroukmanoff, V., & Spilka, S. (2022). *ESCAPAD, 20 ans d'observation des usages à l'adolescence.*

La santé des adolescents à la loupe—Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), 2010 (p. 24). (2012).

OFDT. (2017). *Addictions en Grand-Est : Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale.*

Richard, J.-B., Andler, R., Cogordan, C., Spilka, S., & Nguyen-Thanh, V. (2018). *La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017*.

SANTÉ ! (2016). *Rapport De Modélisation RdR Alcool*.

Santé Publique France. (2021). *Alcool*.

Santé Publique France. (2019). *Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ?* Santé Publique France.

Sitographie

Alcoolinfoservice. (2022). *Traitement de l'alcoolisme : Sevrage alcoolique*. <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/traitement-alcoolisme/sevrage-alcoolique>

Association Addictions France. (2022). *Loi Evin et réseaux sociaux*. <https://addictions-france.org/presentation/respect-loi-evin/loi-evin-et-reseaux-sociaux/>

ARS Bourgogne-Franche-Comté. (2022). *Fonds de lutte contre les addictions : Retour sur l'appel à projets 2021*. <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/fonds-de-lutte-contre-les-addictions-retour-sur-appel-projets-2021>

Aux captifs, la libération. (2022). *L'espace Marcel Olivier : L'accompagnement à prendre soin de soi*. <https://www.captifs.fr/precarite-exclusion/addictions-et-accompagnement/lespace-marcel-olivier/>

Chambres régionales & territoriales des comptes. (2016). *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool | Cour des comptes*. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-politiques-de-lutte-contre-les-consommations-nocives-dalcool>

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *CHOICES as a Program to Prevent Alcohol-Exposed Pregnancies*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/choices-program-prevent-alcohol-exposed-pregnancies.html>

Dry January. (2022). *Dry January | Le défi de janvier ! Dry January* <https://dryjanuary.fr/>

France Assos Santé. (2022, janvier 28). *Korsakoff : Un syndrome méconnu lié à l'alcoolodépendance.*
France Assos Santé.

<https://www.france-assos-sante.org/2022/01/28/korsakoff-un-syndrome-meconnu-lie-a-lalcoolo-dependance/>

Groupe SOS. (2021). *Le concept—1000 Cafés—Réinventons les cafés villages.*

<https://www.1000cafes.org/le-concept/>

Institut National du Cancer. (2022). *Institut National du Cancer.*

<https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/A/addictologie>

Körkel, J. (2022). *Kontrolliertes Trinken—Alkohol (Selbst) Bestimmt.*

<https://www.kontrolliertes-trinken.de/>

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2020). *Expérimentation d'une démarche de Réduction des Risques liés à l'Alcool.*

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/ile-de-france/article/experimentation-d-une-demarche-de-reduction-des-risques-lies-a-l-alcool>

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2021). *La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues.*

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues>

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022). *Fonds de lutte contre les addictions — Ministère de la Santé et de la Prévention.*

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/fonds-de-lutte-contre-les-addictions>

OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé. (2016a). *Education Thérapeutique—Addiction—Programme « D'OSE TA VIE ».*

<https://www.oscarsante.org/occitanie/action/detail/7449>

OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé. (2016b). *Programme d'éducation thérapeutique — Choizitaconso*. <https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/6227>

Professional FASD Assessment and Support. (2022). *Manitoba FASD Network*. Manitoba FASD Network.
<https://fasdmanitoba.com/>

SANTÉ ! (2022a). *Ingénierie sociale et RdR Alcool*. SANTÉ !
<https://www.sante-alcool.fr/ingenierie-sociale-et-rdr-alcool>

SANTÉ ! (2022b). *SOLALE | plateforme RdR Alcool*. plateforme SOLALE.
<https://www.plateforme-solale.fr>

Sénat. (2005). *Missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques—Sénat*.
<https://www.senat.fr/questions/base/2005/qSEQ051120291.html>

World Health Organization. (2022). *Alcohol use*. World Health Organization.
<https://www.who.int/europe/health-topics/alcohol>

Textes législatifs et réglementaires

Article L3411-8, Code de la santé publique (2016).

Liste des annexes

Annexe n°1 : Grilles d'entretien

Interlocuteur : José Matos, chef de service au CAARUD

Date : 20/07/2022

Contextualisation de la raison de cet entretien + remercier pour le temps accordé.

Présentation de l'interlocuteur	Pourriez-vous vous présenter et me préciser vos fonctions au sein de la salle de consommation à moindre risque ?
Les politiques de RdRD	<p>Quels sont selon vous les enjeux actuels autour des politiques de RdRD ? Certains champs sont-ils moins couverts que d'autres ?</p> <p>Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 a mis en avant les politiques de RdRD + la loi de 2016 reconnaît officiellement les démarches d'accompagnement et de soins dénués d'impératif d'abstinence → avez-vous perçu des évolutions suite à ce changement réglementaire ?</p>
La SCMR devenue HSA	<p>Avez-vous participé aux réflexions de lancement de la SCMR ? Quelles étaient les motivations de mise en place d'un tel espace ?</p> <p>Avez-vous bénéficié de formations/sensibilisation aux politiques de RdRD ? Et qu'en est-il pour les autres employés de la salle ?</p>
Autres accompagnements	Proposez-vous d'autres accompagnements aux usagers (entretiens individuels, sensibilisation à l'accès aux soins, etc.) ?
Évolution de la HSA	Auriez-vous en tête des inconvénients/ points à changer/améliorer au sein de la HSA ?
Autres dispositifs de RdRD	<p>Avez-vous connaissance de l'existence d'autres dispositifs, d'expérimentations mis en œuvre et répondant aux principes de RdRD ?</p> <p>Connaissez-vous l'expérimentation ARRIANA ? Que pensez-vous d'un tel dispositif appliqué à la consommation problématique d'alcool ?</p>

Interlocuteur : Richard Lortz, cadre de santé ayant participé à l'élaboration d'ARRIANA

Date : 11/07/2022

Contextualisation de la raison de cet entretien + remercier pour le temps accordé.

Situation/présentation de l'interlocuteur	<p>Quelle est votre profession ?</p> <p>Avez-vous participé aux réflexions de lancement de l'expérimentation ARRIANA ?</p> <p>Pour quelle(s) raison(s) avez-vous souhaitez mettre en place un tel dispositif ?</p>
L'expérimentation ARRIANA	<p>Pourriez-vous me parler de votre mission et de votre rôle au sein du dispositif ?</p> <p>Comment s'est déroulée l'insertion d'ARRIANA au sein de la commune (voisinage, ordre public, etc.) ?</p>
ARRIANA et les usagers	<p>Quelles sont les modalités d'intégration du dispositif ? Avez-vous déjà refusé un usager ?</p> <p>D'après vous, quels sont les bénéfices apportés par ARRIANA aux usagers ? Notez-vous des résultats visibles pour certains usagers ?</p>
Focus RDR	<p>De quelle manière avez-vous/les employés d'ARRIANA été sensibilisé à la RdRD ? Vous sentez-vous suffisamment outillé ?</p>
D'autres accompagnements ?	<p>Proposez-vous des activités collectives ? Êtes-vous en lien avec des partenaires extérieurs ?</p>
Perspectives	<p>D'après vous, quels sont les points positifs et les points négatifs de cette expérimentation, des choses à modifier ?</p>
Enjeux RdRD	<p>Les enjeux actuels des politiques de RdRD ? Certains champs sont-ils moins couverts que d'autres ?</p>

Interlocutrice : Corinne Drougard, chargée de mission santé à la MILDECA

Date : mardi 28 juin

Contextualisation de la raison de cet entretien + remercier pour le temps accordé.

Présentation de l'interlocutrice	Quelle est votre profession (missions, rôle) au sein de la MILDECA ?
Les enjeux de la lutte contre les addictions	<p>Quel est le rôle de la MILDECA quant à la problématique de la lutte contre les addictions et les conduites addictives ? Comment intervenez-vous ?</p> <p>De quelle manière la MILDECA peut-elle agir/agit-elle afin d'impulser l'inscription des politiques de RdRD au sein des politiques de lutte contre les conduites addictives ?</p>
Les politiques de RdRD	<p>Quels sont selon vous les enjeux actuels autour des politiques de RdRD ? Certains champs sont-ils moins couverts que d'autres ? La RdRD alcool moins développée ?</p> <p>Considérez-vous que les politiques de RdRD ont constituées un apport dans les politiques publiques de lutte contre les addictions et conduites addictives ?</p> <p>Depuis que le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 a mis en avant les politiques de RdRD</p> <ul style="list-style-type: none">- Avez-vous perçu des évolutions suite à ce changement réglementaire ?- Y a-t-il eu des évolutions, par exemple lors des réponses aux AAP ?
Les dispositifs de RDR	<p>Avez-vous connaissance de l'existence de dispositifs, d'expérimentations mis en œuvre et répondant aux principes de RdRD ?</p> <p>Considérez-vous que ces dispositifs constituent un apport majeur/réel dans la lutte contre les addictions et conduites addictives ? Certains dispositifs devraient-ils être multipliés/renforcés/dupliqués (HSA par ex. ?) ?</p> <p>S'agissant des dispositifs de RdRD alcool/politiques RdRD alcool, ils sont moins développés que pour d'autres produits → comment rattraper ce retard ?</p>
Perspectives	Des actions sont-elles envisagées afin d'inscrire davantage les politiques de RdRD dans le champ de la santé publique ?

Annexe n°2 : Tableau de suivi

Nom	Fonction	Contact	Mail envoyé le	Grille d'entretien	Relance ?	Entretien prévu le
Nicolas Prisse	Président de la MILDECA	Adresse mail pro	14/06/2022	FAIT	Relancé le 22/06	28/06/22 à 14h par téléphone avec Corinne Drougard
Arnaud Gatinet	Doctorant EHESP ayant participé à des recherches sur la RDR alcool	Adresse mail ehesp	13/06/2022	A FAIRE	Relancé le 22/06	
José Matos	Chef du CAARUD - GAIA	Adresse mail pro	14/06/2022	FAIT	Relancé le 22/06	20/07/2022 à 9h30
Elisabeth Avril	Directrice de la salle GAIA	Adresse mail pro	14/06/2022	FAIT	Relancée le 22/06	Entretien réalisé avec José Matos
Gautier Waeckerle	Directeur salle de conso Strasbourg + a un projet RDR Alcool	Adresse mail pro	15/06/2022	A FAIRE	Relancé le 04/07	
Olivier Laurent	ARS Grand Est	Adresse mail pro	16/06/2022	FAIT		10/08/22 à 10h par visio
Lidiana Munerol	ARS Grand Est	Adresse mail pro	16/06/2022	FAIT		Entretien réalisé avec Olivier Laurent
Richard Lortz	ARRIANA	Adresse mail pro	16/06/2022	FAIT	Relancée le 22/06	11/07/2022 à 17h30 par téléphone
Dr Valérie Jeanroy	ARRIANA	Adresse mail pro	16/06/2022	FAIT	Relancée le 22/06	Entretien réalisé avec Richard Lortz
Dr Nicolas Geng	ARRIANA	Adresse mail pro	16/06/2022	FAIT	Relancé le 22/06	Entretien réalisé avec Richard Lortz
Amanda Gerwig	ARRIANA	Adresse mail pro	16/06/2022	FAIT	Relancée le 22/06	Entretien réalisé avec Richard Lortz
Cathy Bleterrer	infirmière ARRIANA	Adresse mail pro	16/06/2022	FAIT	Relancée le 22/06	13/07/2022 par téléphone
Céline Debaulieu	Ancienne chef de la SCMR de Paris	Numéro de tel	06/07/2022	FAIT	Pas besoin	11/07/2022 à 14h par téléphone
Hélène Blanc	Ingénierie sociale Marseille	Demande de rdv rempli sur le site en ligne	16/06/2022	FAIT	Pas besoin	22/06/22 à 14h par téléphone

Annexe n°3 : Grille d'analyse

Cette grille d'analyse a été allégée, et de nombreuses données recueillies durant les entretiens ont été supprimées, par souci de confidentialité et afin de ne pas alourdir davantage la grille.

	ACTEURS INTERROGES						
THEMATIQUES	Corinne Drougard – MILDECA	José Matos - SCMR Paris	Hélène Blanc - Santé !	Céline Debaulieu - professionnelle de l'addictologie	Olivier Laurent - ARS Grand Est	Cathy Bleterrer - ARRIANA	Richard Lortz – ARRIANA
Présentation	Chargée de mission santé à la MILDECA, principalement sur tabac/alcool	Chef de service au CAARUD de Gaia. Le CAARUD est porteur de la SCMR (devenue HSA), dont il a œuvré pour l'implantation	Directrice de l'association Santé ! ayant mis en œuvre un projet de modélisation RdR alcool	Ancienne coordinatrice de la SCMR parisienne A participé a de nombreuses missions (missions de prévention, programmes d'échanges de seringues, Médecins du Monde) Désormais, intervient sur un projet pour les femmes usagères de drogues au Nigéria, Kenya et Ukraine + délivre des formations en RdR	Référant addiction au niveau départemental du Bas-Rhin	Infirmière en médecine, intervient au sein d'ARRIANA	Cadre de santé, infirmier de formation, travaille depuis 20 ans dans l'addicto A œuvré en faveur de l'implantation d'ARRIANA, a participé aux réflexions de lancement du dispositif
Enjeux de la lutte contre les conduites addictives	A travers le Fonds de lutte contre les addictions, MILDECA finance de nombreux projets			Pas très outillé aujourd'hui pour répondre aux nouveaux enjeux de multi-consommation, il y a une évolution	Il est nécessaire de retenir et d'impulser des projets, de mettre en place des commissions de coordination en		

				permanente des consommateurs et des stimulants consommés	addictologie, afin qu'une multitude de dispositifs puisse être partagée sur le territoire		
Les politiques de Réduction des risques	L'enjeu, encore aujourd'hui, est de faire connaître et diffuser la RdRD. Ce sont des approches inscrites dans la loi, il faut encore former les différents acteurs à une meilleure compréhension	3 dimensions aux politiques de RdRD : 1. Le mieux pour toi, c'est de ne pas consommer de drogues, car ça génère plein de risques 2. Si toutefois tu consommes des drogues, le mieux c'est de ne pas les injecter 3. Si tu injectes et que tu ne peux plus te passer de cette pratique, le mieux c'est d'utiliser une seringue neuve et de ne pas la partager	La RdR vient d'une entrée très spécifique : la lutte contre l'épidémie de SIDA et la mobilisation des acteurs pour trouver des solutions adaptées	Ces pratiques sont encore jeunes et dans un climat assez répressif			
Les politiques de Réduction des	La RdR alcool est encore aujourd'hui très mal connu, car le concept vient historiquement de l'épidémie de VIH.		Depuis 2016, la loi permet d'étendre à tous les produits une approche RdR	Il faut encore décloisonner les politiques En France, l'alcool est culturel. En 1998, lorsque le rapport Roques est	La culture de la RdR, y compris en alcool, est largement partagée		Il y a différentes RdR selon les produits qui ne facilitent pas les choses, mais il y a également un éroussement de

risques liés à l'alcool				sorti et a placé l'alcool au même niveau que les autres drogues, le lobbying de l'alcool s'est révolté			l'alcool, une publicité sur l'alcool, des hommes politiques affirmant que le vin n'est pas de l'alcool. Le message transmis est ambigu et les moyens ne sont pas donnés
Freins/difficultés de mise en œuvre de la RdRDA	Faible connaissance encore aujourd'hui C'est toujours difficile de savoir si la prévention est au service de la RdR, ou si la RdR est au service de la prévention (exemple : RdR Alcool à destination des étudiants pour réduire les API)	Pendant longtemps, les addictologues pensaient que seule l'abstinence était possible --> aujourd'hui, changement de paradigme et certains reconnaissent que le plus important est avant tout de contrôler la consommation	L'enjeu est désormais de s'outiller et de se former, afin d'inscrire une telle proposition dans l'offre de soins actuelle	Il y a les textes et leur application, les médecins notamment sont encore souvent ancrés dans des pratiques d'abstinence qui existent depuis longtemps Les consommations d'alcool sont mises de côté car les autres sont "plus à risque"	Les outils ne sont pas suffisamment déployés Il y a une difficulté fondamentale liée aux oppositions entre le métier de soignant et la logique de RdR. Encore des réticences de certains pro quant au fait de maintenir les personnes dans une zone de confort		La notion de RdR n'est pas encore suffisamment conjugquée, il y a encore beaucoup à faire notamment en direction des médecins traitants
Formation des professionnels		Des associations délivrent des formations professionnelles à la RdR, mais aucune formation universitaire n'existe.	Certains ont conscience qu'il faut désormais se caler aux nouvelles orientations de santé publique, rendant presque impératif une	Dans les cures, certains commencent à être tolérants avec quelques consommations acceptées, mais d'autres appliquent	Encore difficile pour certains pro qui ont été pendant longtemps dans une logique d'abstinence	Beaucoup de pro apprennent directement sur le terrain, avec la pratique, même si un certain bagage	Il faut que les professionnels puissent parler à leurs patients, sans seulement leur dire "il faut arrêter de boire à cause de votre foie",

et évolution des pratiques		Beaucoup apprennent sur le tas	évolution, mais d'autres ont encore du mal avec ce changement de logique	toujours la règle du "tu as consommé une fois tu es viré"		est souvent nécessaire	mais plutôt commencer par "écoutez, il faudrait peut-être diminuer, arrêter l'alcool fort, ne plus boire après 17h, peut-être pas en semaine, etc."
SCMR		A la fois un objectif de santé publique + une volonté de contribuer à la tranquillité publique dans les quartiers		Projet en discussion depuis 2012, qui a fait face à de nombreuses difficultés pour être mis en place			
ARRIANA : implantation, caractéristiques, apports, profil usager, difficultés, modélisation, perspectives,		Les lieux d'accueil de type ARRIANA sont intéressants puisqu'ils permettent d'échanger avec les usagers, de recueillir leurs besoins et attentes	Ce n'est pas le chemin qu'on a emprunté, mais le fait qu'il y ait cette proposition et qu'elle corresponde à certains consommateurs est pertinent	Il est nécessaire de regarder l'alcool au même titre que les autres produits, c'est une réalité qu'il faut intégrer. Cet espace permet de construire et de retrouver du lien social, de rompre l'isolement des personnes	Points positifs pour les usagers et la conduite vers le soin, mais dispositif spécifique au territoire d'Haguenau Situation délicate en termes de montage juridique	ARRIANA permet un retour de l'estime de soi, les usagers apprennent à se valoriser, à vivre ensemble Il faudrait peut-être réaménager le local, repenser les horaires C'est un dispositif spécifique à un territoire, et sa mise en œuvre dépend	La mise en œuvre de ce dispositif est partie d'une question "que fait-on des gens qui ne veulent pas arrêter, mais qui ne veulent pas continuer de cette manière?"

						beaucoup de ce que "les hautes têtes" pensent de l'addiction	
Autres dispositifs de RdRD(A)		Programme d'héroïne médicalisée en Suisse Substitution injectable dans certains pays	Méthode IACA et méthode ICI Mes choix par FA Alcochoix	Délivrance d'alcool pendant les confinements			En termes de sécurité routière, la RdR sur le cannabis est très présente, et l'alcool reste souvent en arrière
Autre			Plateforme Solale Ingénierie sociale				

Annexe n°4 : Référentiel d'évaluation

1. Niveau d'adéquation du dispositif en réponse aux besoins/plus-value

	Déclinaison des questions évaluatives	Critère de jugement/ hypothèses	Indicateurs	Modalités de recueil
Efficacité	Dans quelle mesure le dispositif permet-il d'accompagner les usagers dans une démarche de RdRd voire dans un processus de réduction de leur consommation d'alcool?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les usagers respectent et appliquent les mesures de RdRd proposées dans l'espace de consommation 2) L'équipe met à disposition du matériel de RdRD et accompagne la distribution de conseils 3) Les usagers intègrent les mesures de RdRd dans leurs pratiques de consommation et identifient des bénéfices (pour eux-mêmes, pour l'entourage...). Ils réduisent les risques liés à leur consommation, dans la salle et en dehors. 4) Les usagers accompagnés réduisent progressivement leur consommation d'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> •Nombre de personnes acceptant de s'inscrire dans un processus de réduction des risques et des dommages •Nombre d'usagers ayant bénéficié d'une distribution de matériel de RDRD par le biais du dispositif ARRIANA et volume de matériel distribué •Avis des usagers sur l'impact du dispositif sur leurs pratiques et habitudes de consommation •Evolution du niveau et des modalités de consommation d'alcool dans la salle et en dehors / évolution des scores d'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport / données d'activité - Entretiens avec l'équipe
Efficacité	Le dispositif permet-il un accompagnement social des usagers pour les aider à rompre leur isolement social et à sortir de la précarité ?	<ol style="list-style-type: none"> 1) ARRIANA permet aux personnes de favoriser leur autonomie et de sortir de l'isolement social 2) Les interventions proposées dans le cadre du dispositif favorisent un accès aux droits et/ou aux dispositifs de droit commun de lutte contre la précarité et les exclusions 3) Les usagers participent et adhèrent aux activités collectives proposées par l'équipe. Celles-ci permettent de toucher l'ensemble des usagers de la salle, notamment les usagers en situation d'isolement social. 	<ul style="list-style-type: none"> •Nombre d'usagers ayant bénéficié d'entretien avec l'éducatrice et/ou orientés vers des partenaires et caractérisation des démarches sociales entreprises •Nombre d'usagers ayant accédé à des ressources nouvelles / pour lesquels une amélioration du niveau de vie est observée •Participation des usagers aux activités et projet Arriana (ateliers, propositions de sortie...) •Fréquentation des activités proposées : déjeuner, sorties,... •Profil des usagers bénéficiant des activités collectives / usagers fréquentant la salle •Resocialisation en dehors d'ARRIANA •Evolution des scores Epices 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens bénéficiaires - Entretiens partenaires

	Déclinaison des questions évaluatives	Critère de jugement/ hypothèses	Indicateurs	Modalités de recueil
Efficacité	Dans quelle mesure le dispositif permet-il d'accompagner les usagers dans une démarche de RdRd voire dans un processus de réduction de leur consommation d'alcool?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les usagers respectent et appliquent les mesures de RdRd proposées dans l'espace de consommation 2) L'équipe met à disposition du matériel de RdRD et accompagne la distribution de conseils 3) Les usagers intègrent les mesures de RdRd dans leurs pratiques de consommation et identifient des bénéfices (pour eux-mêmes, pour l'entourage...). Ils réduisent les risques liés à leur consommation, dans la salle et en dehors. 4) Les usagers accompagnés réduisent progressivement leur consommation d'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> •Nombre de personnes acceptant de s'inscrire dans un processus de réduction des risques et des dommages •Nombre d'usagers ayant bénéficié d'une distribution de matériel de RDRD par le biais du dispositif ARRIANA et volume de matériel distribué •Avis des usagers sur l'impact du dispositif sur leurs pratiques et habitudes de consommation •Evolution du niveau et des modalités de consommation d'alcool dans la salle et en dehors / évolution des scores d'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport / données d'activité - Entretiens avec l'équipe
Efficacité	Le dispositif permet-il un accompagnement social des usagers pour les aider à rompre leur isolement social et à sortir de la précarité ?	<ol style="list-style-type: none"> 1) ARRIANA permet aux personnes de favoriser leur autonomie et de sortir de l'isolement social 2) Les interventions proposées dans le cadre du dispositif favorisent un accès aux droits et/ou aux dispositifs de droit commun de lutte contre la précarité et les exclusions 3) Les usagers participent et adhèrent aux activités collectives proposées par l'équipe. Celles-ci permettent de toucher l'ensemble des usagers de la salle, notamment les usagers en situation d'isolement social. 	<ul style="list-style-type: none"> •Nombre d'usagers ayant bénéficié d'entretien avec l'éducatrice et/ou orientés vers des partenaires et caractérisation des démarches sociales entreprises •Nombre d'usagers ayant accédé à des ressources nouvelles / pour lesquels une amélioration du niveau de vie est observée •Participation des usagers aux activités et projet Arriana (ateliers, propositions de sortie...) •Fréquentation des activités proposées : déjeuner, sorties,... •Profil des usagers bénéficiant des activités collectives / usagers fréquentant la salle •Resocialisation en dehors d'ARRIANA •Evolution des scores Epices 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens bénéficiaires - Entretiens partenaires

	Déclinaison des questions évaluatives	Critère de jugement/ hypothèses	Indicateurs	Modalités de recueil
Efficacité	<p>Le dispositif favorise-t-il l'émergence d'une demande de soins et l'inscription dans un parcours de soins en addictologie coordonné ? Quels sont les principaux leviers et à l'inverse les principaux freins rencontrés pour accompagner les usagers dans leur parcours de soins ?</p>	<p>1) L'équipe a mis en place des procédures et des outils pour accompagner les usagers vers les soins et les autonomiser dans leur parcours (<i>évaluation somatique et psychologique des besoins, bilan de santé, accompagnement vers le soin, accès aux droits santé...</i>)</p> <p>2) L'équipe a formalisé un processus de collaboration et de communication avec les médecins et les partenaires de santé de terrain (téléphone, messagerie sécurisée, application, réunion de synthèse...). Elle peut, avec l'accord de l'utilisateur, prendre l'attache du médecin traitant</p> <p>3) Les usagers qui ont formulé une demande de soins ont été accompagnés vers une offre de soins de droit commun</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Nombre et % d'utilisateurs présentant une problématique somatique / psychologique / psychiatrique •Nombre et % d'utilisateurs ayant bénéficié d'un accès au dépistage (notamment nombre de TROD réalisé et nombre de personnes ayant eu accès au Fibroscan) •Nombre et % d'utilisateurs ayant bénéficié d'une consultation médicale dans le cadre de la fréquentation du lieu d'accueil (petits soins, consultation par un addictologue du CSAPA...) •Nombre et % d'utilisateurs orientés vers un partenaire du soin •Nombre et % d'utilisateurs orientés vers un partenaire du social / ouverture de droits •Nombre et % d'utilisateurs pour lesquels une prise de contact avec le médecin traitant a été réalisée / recherche de médecin traitant •Modalités de collaboration structurées avec les partenaires du soin 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport / données d'activité - Entretiens avec l'équipe - Entretiens bénéficiaires - Entretiens partenaires

2. Organisation et fonctionnement d'ARRiANA

7

		Critère de jugement/ hypothèses	Indicateurs	Modalités de recueil
Cohérence interne - analyse des RH dédiées et de l'organisation de l'équipe	Dans quelle mesure l'équipe d'ARRiANA et son organisation permettent-elles un accompagnement pluridisciplinaire adapté aux besoins des personnes ? Dans quelle mesure permettent-elles d'atteindre les objectifs du dispositif ?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Le rôle et les missions de chacun des membre de l'équipe sont définis et complémentaires 2) Les interventions des membres de l'équipe sont coordonnées. Des temps de concertation et d'analyse de la pratique sont mis en place. 3) L'équipe d'ARRiANA et son organisation permettent d'assurer un accompagnement pluridisciplinaire et individualisé des usagers, que ce soit sur le volet "social" ou le volet "soins". 4) L'équipe d'ARRiANA et son organisation permettent de soutenir la personne pour l'accompagner dans sa démarche vers le soin 5) Chaque accompagnement de l'utilisateur fait l'objet d'un recueil d'information et d'un temps d'analyse 	<ul style="list-style-type: none"> •Composition de l'équipe d'ARRiANA, Qualifications, formations et expérience des membres de l'équipe •Modalités d'intervention et outils de coordination (entretiens individuels; synthèses; interventions du médecin, cohérences entre les fiches de poste et les besoins...) •Existence de temps de concertation / de coordination entre les intervenants et les partenaires •Existence de fiches de poste claires et suivies •Missions de chacun des intervenants et adéquation avec leur profil •Pertinence de l'organigramme •Modalités d'intervention partenariales éventuelles pour répondre aux missions • Temps dédié au recueil et au suivi de l'accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Données d'activité - Analyse des documents relatif au projet et à son fonctionnement (protocoles, conventions de partenariats, logigrammes...) - Entretiens avec l'équipe - Entretiens partenaires - Entretiens bénéficiaires
Cohérence interne - Analyse des moyens logistiques	Les moyens logistiques dédiés au fonctionnement d'ARRiANA sont-ils cohérents avec les objectifs du dispositif?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Les locaux et le matériel dédiés au dispositif sont adaptés aux activités. 2) Le bénéfice d'un local distinct - détaché - de tout autre lieu d'accueil (médico-social /social / sanitaire) favorise l'atteinte des objectifs du dispositif. 	<ul style="list-style-type: none"> •Organisation du lieu (respect de la confidentialité) •Matériel disponible au sein de la salle (notamment matériel de RdRD) •Moyens matériels dédiés au fonctionnement •Localisation du lieu / contexte local 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens avec l'équipe - Entretiens bénéficiaires - Entretiens partenaires - Documents relatifs au fonctionnement du lieu Observation non participante
Cohérence externe - Analyse des partenariats / coopérations	Dans quelle mesure le projet s'inscrit-il en cohérence avec le travail mené par les partenaires?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Le projet Arriana est complémentaire avec les autres dispositifs sur le territoire. Il n'est pas redondant avec l'offre existante. 2) Des partenariats ont été noués avec les acteurs du territoire pour compléter l'offre d'Arriana et remplir ses missions. Notamment, les partenaires ont été sensibilisés à la question de la RDRD Alcool 	<ul style="list-style-type: none"> •Implication des partenaires dans la définition du projet •Adéquation de la stratégie partenariale avec les objectifs d'ARRiANA •Implication des partenaires dans la mise en œuvre des missions d'ARRiANA •Modalités et fréquence des temps de présentation du dispositif au partenaires •Caractère original / singulier du projet par rapport à l'existant 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien partenaires - Analyse documentaire (documents projet, conventions de partenariat...) - Entretiens bénéficiaires

Critère évaluatif	Déclinaison des questions évaluatives	Critère de jugement/ hypothèses	Indicateurs	Modalités de recueil
Effcience	Les ressources dédiées au dispositif sont-elles mobilisées de manière optimale?	<p>1) L'enveloppe financière dédiée et son fléchage initial ont permis de répondre aux objectifs fixés. L'allocation / la réallocation des ressources dédiées ont permis un développement efficace du dispositif.</p> <p>2) Le niveau et les modalités d'organisation des ressources (notamment humaines) dédiées sont définies, suivies et adaptées</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Part des frais de fonctionnement sur le budget total et évolution versus part de la masse salariale sur le budget total - réallocations / réajustements opérés en cours de déploiement •Etude des charges de travail de l'équipe : temps dédié aux interventions extérieures et aux partenariats par les membres de l'équipe versus temps administratif versus temps de présence auprès des usagers versus temps de coordination interne •Ratio nombre d'usagers de la file active / Nb d'ETP et évolution •Outils de pilotage budgétaire / pilotage de l'activité 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire : conventions de financement, bilans financiers, rapport d'activité - Remontée d'information de la part du porteur - Entretiens de cadrage

	Déclinaison des questions évaluatives	Critère de jugement/ hypothèses	Indicateurs	Modalités de recueil
Reproductibilité/modélisation	Sous quelles conditions le dispositif peut-il être modélisé et dupliqué dans d'autres territoires?	<p>1) Dans le cadre de l'action « ARRiANA », les parties-prenantes ont réussi à capitaliser les bonnes pratiques pour construire des interventions duplicables</p> <p>2) Les compétences et les ressources nécessaires et pertinentes pour garantir le déploiement du dispositif sont identifiées et mises en place.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Analyse des points forts et des points faibles du projet •Existence d'outils formalisés pouvant être transférés •Identification des conditions de réussite du modèle de fonctionnement de l'action (compétences nécessaires, moyens à mobiliser, portage hospitalier / associatif...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Remontée d'informations de la part du porteur - Entretiens bénéficiaires - Entretiens partenaires - Atelier de travail pour la formulation de préconisations



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 séquencée 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.
- Accompagner la personne à trouver un nouvel équilibre de vie et de consommation.

Action d'accueil / alliance

→ Construire l'adhésion au processus

1

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 :

- Informer 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.

Action d'évaluation / analyse des besoins

→ Photo « ici et maintenant »

2

Dans cette phase, l'objectif est de recueillir suffisamment d'informations RDRA 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.

Action de sécurisation

→ Maintenir le lien

3

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.

Action de stabilisation / amélioration

→ Trouver un équilibre de vie et de consommation satisfaisant

4

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

réalisation  santé !

Retrouvez tous nos outils et fiches pratiques
sur plateforme-solale.org

LES DIFFERENTES ETAPES DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche outil Mémo : Les actions à mener

Action d'accueil / alliance

POSTURES

accueil
proximité
convivialité

- 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

POSTURES

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

POSTURES

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 enrayé les **risques vitaux, les ruptures et non recours**
- j'ai géré des **situations de crise**
- j'ai enrayé les **pics de consommations**
- j'ai assuré un **accès au droit commun**

Action de stabilisation / amélioration

POSTURES

guide
aiguillage
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 conso**
- j'ai proposé le **bon soignant, au bon moment**.
- j'ai **coordonné le parcours**
- j'ai renforcé les **habiletés psychosociales**



GLOSSAIRE RDR ALCOOL

Fiche outil Terminologie utilisée dans la Méthode IACA

IACA : [méthode d'intervention] Intégrer et Accompagner les Consommations d'Alcool. Méthode destinée à guider l'intervenant dans l'accompagnement RdR Alcool et à construire un parcours de soins RdR Alcool.

A besoins spécifiques (d'accompagnement) : En référence aux besoins des personnes consommatrices d'alcool nécessitant des protocoles d'accompagnement adaptés à leurs usages.

Accompagnement modulable : Ce n'est plus la personne qui s'adapte au fonctionnement du service mais le professionnel qui s'adapte à la situation de la personne. La fréquence et l'intensité de l'intervention varient et s'ajustent en fonction des besoins spécifiques.

Accueil inconditionnel : principe garantissant à toute personne rencontrant des difficultés, l'accessibilité aux services et aux accompagnements répondant à ses besoins. La personne est accueillie telle qu'elle se présente, avec la réalité de ses consommations.

Aller-vers : Levier de lutte contre le non-recours aux services. Démarche qui intègre dans les pratiques les situations de non-demande en choisissant une démarche proactive pour entrer en relation avec les personnes éloignées des propositions d'accompagnement.

Approche globale : approche holistique de la personne et de ses besoins. Prise en compte des déterminants sociaux qui influencent l'état de santé et les pratiques de consommation de la personne ou qui y sont associés.

Approche RdR Alcool : Déclinaison, pour l'alcool, du paradigme de « réduction des risques et des dommages » intégrant notamment la reconnaissance de l'usage et des comportements à risques.

Changement - Conversion RdR Alcool : Logique de conduite du changement appliquée à la RdR Alcool. Nécessité d'évolution des organisations, des pratiques et des postures pour intégrer l'approche RdR Alcool et tenir compte des besoins spécifiques des personnes consommatrices d'alcool.

Continuum de soins : Ensemble des propositions ou des prises en charge facilitant la construction du parcours de soins, permettant de structurer une réponse individualisée aux besoins d'accompagnement de la personne. Approche permettant de lutter contre les ruptures ou renoncements aux soins.

Faire avec Alcool : Composer avec la situation telle qu'elle est. Ne pas conditionner l'action à un arrêt ou à un changement préalable de consommation.

Hors les murs : Levier complémentaire à « l'aller-vers ». Organisation permettant de s'adresser aux personnes qui ne viennent pas ou plus dans les dispositifs d'accompagnement de droit commun.

Inclusif/inclusion : intégrer les personnes consommatrices d'alcool en mettant fin à leur exclusion.

Intervenant de proximité : intervenant en capacité d'adapter et moduler ses stratégies d'intervention en fonction des caractéristiques propres à chaque personne, là où elles se trouvent, en s'appuyant sur les ressources du territoire accessibles par la personne.

Parcours de soins : Organisation d'une prise en charge globale et continue des personnes au plus proche de leur lieu de vie, avec une attention particulière portée à leurs choix. Cela nécessite une action coordonnée des acteurs du champs sanitaire, médico-social et social. C'est faire en sorte qu'une population reçoive les « bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment ».

Pragmatisme : doctrine qui prend pour critère de vérité le fait de fonctionner réellement, de réussir pratiquement. Attitude de quelqu'un qui s'adapte à toute situation, qui est orienté vers l'action pratique.

Professionnalisation, évolution des pratiques professionnelles : En référence aux objectifs attendus dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé (2016) et du plan de mobilisation contre les addictions (2018-2022)

Pratique orientée Rétablissement : Processus non médical à ne pas confondre avec la guérison qui se donne pour objectif l'amélioration de la qualité de vie de la personne et l'augmentation de son pouvoir d'agir. L'idée majeure de cette approche est de ne pas assigner une personne à une pathologie. C'est une pratique de l'aller mieux, résultative, qui doit obtenir des résultats concrets dans la vie réelle. C'est donc dans la vie ordinaire que le rétablissement va pouvoir se mesurer. Cette pratique postule également la transformation des relations entre personnes concernées et soignants vers plus de réciprocité.

Pratique sociale conviviale : synonyme de disposition à la bonne humeur, la convivialité porte une attention au bien-être des invités.

RdR Alcool : Réduction des risques liés à l'Alcool ou Réduction des risques et des dommages liés à l'alcool.

Responsabilité du suivi : l'intervenant s'engage auprès de la personne et est garant de la continuité du suivi.



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-psycho-sociaux spécifiques et singuliers.
- Structurer le parcours, en garantir le recours et la continuité.



Le parcours RdR Alcool :

Adapter 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.
- Informer sur les conditions de recours aux partenaires pour faciliter l'orientation.
- Outiller et conseiller la personne pour qu'elle puisse « défendre » son projet RdR Alcool.
- Informer 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.

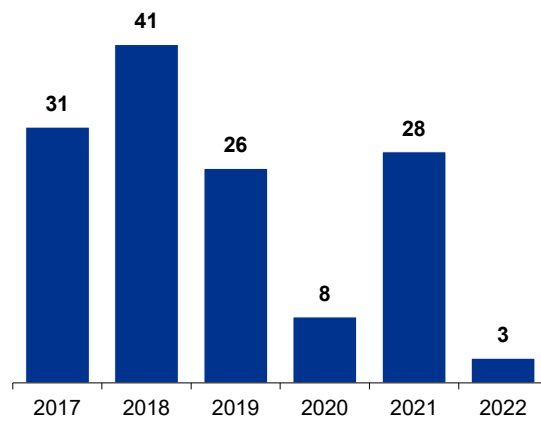
Suivi et ajustement permanent du parcours avec les personnes

- 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.
- Evaluation de la pertinence des propositions et leur appropriation par la personne.

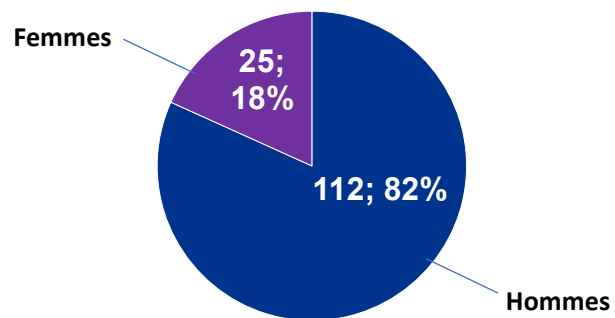


Annexe n°6 : indicateurs analysant l'activité d'ARRIANA

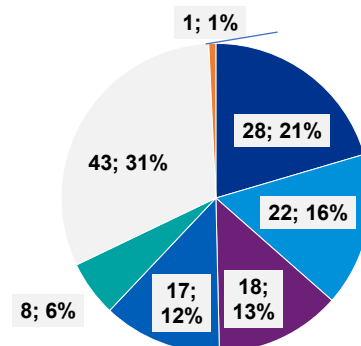
Nombre de nouveaux usagers par année
(consommateurs et non consommateurs)



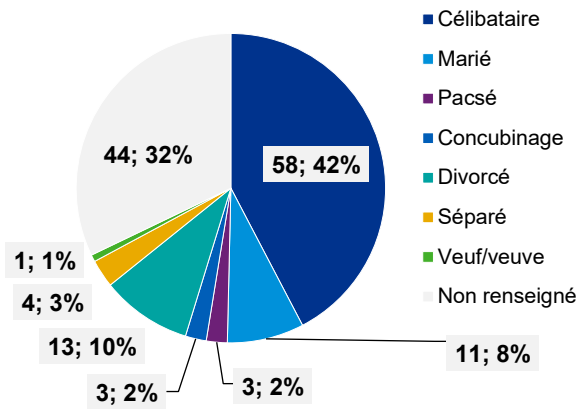
Répartition des usagers selon leur genre



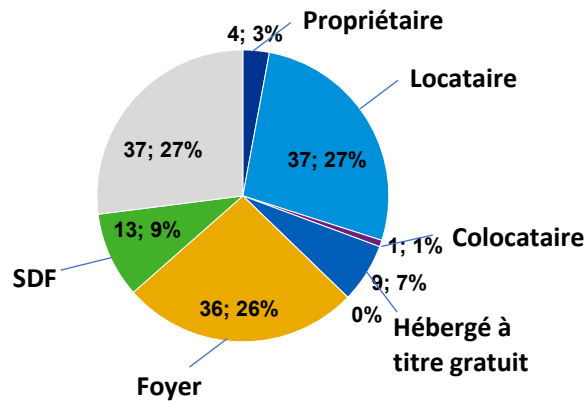
Répartition des usagers selon leur âge



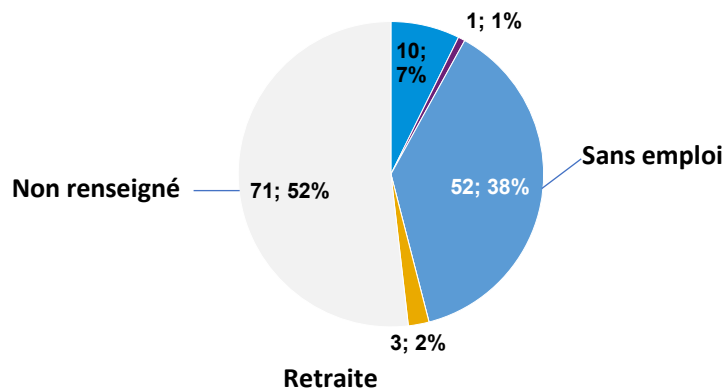
Répartition des usagers selon leur situation familiale



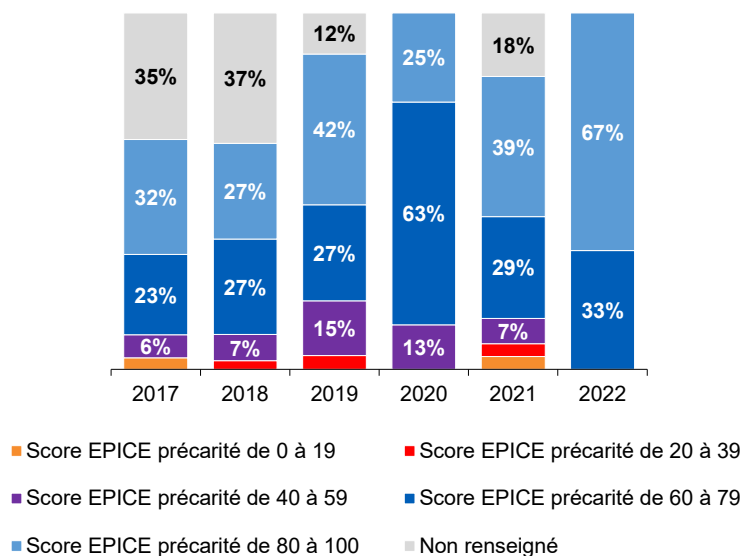
Répartition des usagers selon leur situation de logement



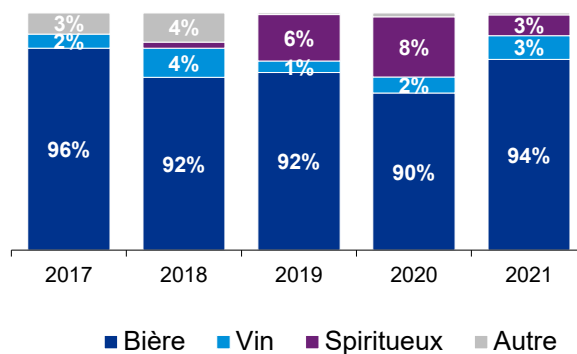
Répartition des usagers selon leur situation professionnelle



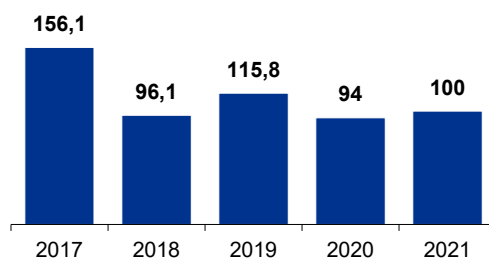
Répartition des usagers par année en fonction du score EPICES



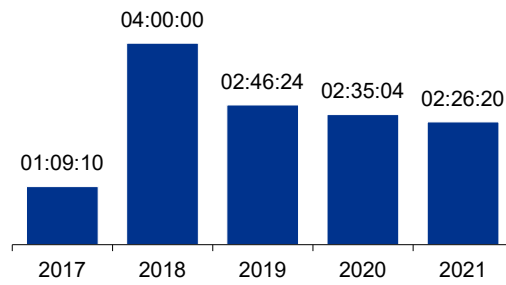
Répartition des types d'alcools apportés par an



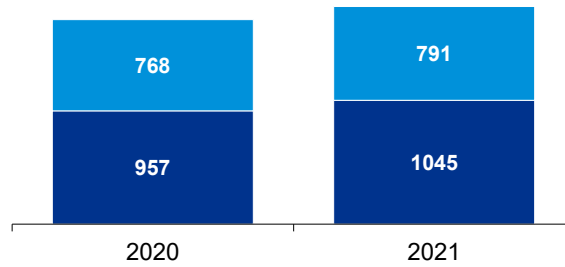
Moyenne de la quantité d'alcool apportée (en cl)



Temps moyen passé par les usagers dans la salle par an

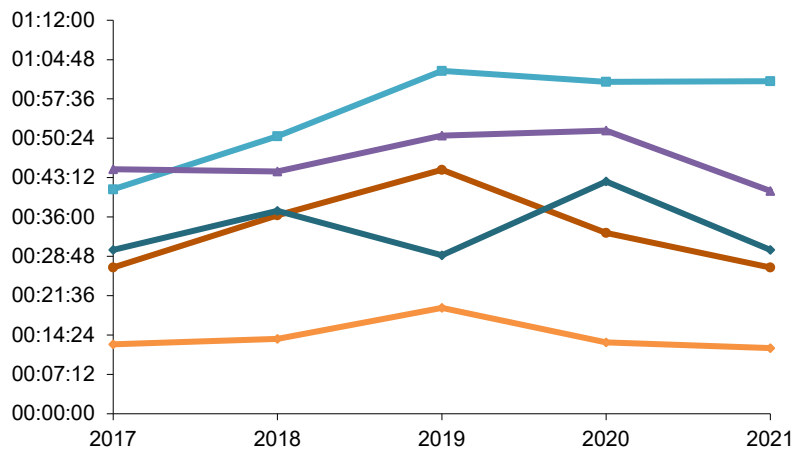


Répartition des passages avec et sans consommation



■ Passages avec consommation ■ Passages sans consommation

Temps moyen entre chaque consommation par année



— Temps avant la première consommation
 — Temps moyen entre la 1ère et la 2e consommation
 — Temps moyen entre la 2e et la 3e consommation
 — Temps moyen entre la 3e et la 4e consommation
 — Temps moyen entre la 4e et la 5e consommation

MARQUES	LUCIE	19/09/2022
MASTER 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
« Espace de consommation d'alcool à moindre risque : dispositif innovant des politiques publiques de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool »		
Promotion 2021 – 2022		
<p>Résumé :</p> <p>Alors que toute consommation de boissons alcoolisées, excessive ou non, a des impacts avérés sur la santé des individus, les différentes perceptions de l'alcool en France placent encore un grand nombre de consommateurs dans une position ambiguë. Les autorités publiques, se saisissant du problème et en vue de lutter contre toute consommation problématique, sont venues, progressivement, encadrer la consommation d'alcool. Parmi la multitude de politiques publiques déployées, les politiques de Réduction des risques et des dommages liés à la consommation d'alcool constituent une évolution majeure dans la prise en charge des conduites addictives.</p> <p>A cet égard, ARRIANA, un espace de consommation d'alcool à moindre risque, s'est inséré dans le paysage de la région Grand-Est, apportant une réponse nouvelle à la problématique de la consommation d'alcool. Ce dispositif innovant se concentre sur l'autorisation et l'encadrement des pratiques de consommation d'alcool, et entend accompagner, progressivement, les consommateurs vers le droit commun, les soins et la socialisation.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Réduction des risques et des dommages liés à l'alcool – ARRIANA – consommation problématique d'alcool – addictions – conduites addictives – expérimentation – accompagnement</p>		
<p><i>L'école des Hautes Etudes en Santé publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		