



**Master 2 Promotion de la santé et
prévention Promotion : 2022-2023**

**MODALITES D'ACCUEIL
ET D'ACCOMPAGNEMENT
DES PERSONNES
CONSOMMATRICES
D'ALCOOL.**

Fatoumata Goulo BALDE
Sous la direction de Madame
Judith Martin Fernandez

Table des matières

I.	Introduction	1
I.1	Contextualisation	1
I.2	La prise en charge des personnes consommatrices d'alcool en France	3
I.3	État des savoirs autour de la réduction des risques et dommages liés à l'alcool	4
I.3.1	Elaboration d'une politique commune de lutte contre les conduites addictives et la naissance d'un nouveau paradigme dans le champ de l'alcool	4
I.3.2	Définition de la RdR Alcool	6
I.4	Exemple de pratiques de RDRDA en France	7
II.	Le stage	10
II.1	Contexte professionnel de l'étude	10
II.1.1	Le cadre institutionnel	10
II.1.2	Présentation du contexte dans lequel s'inscrit le stage	11
II.1.3	Les projets VITAE et ECIAE	11
II.2	Problématique visée par le mémoire	12
II.3	Missions attribuées durant le stage	13
II.4	Retour réflexif, difficultés et limites de l'étude	14
III.	Méthodologie	16
III.1	Etat des connaissances	16
III.2	Sélection des participants	16
III.3	Méthode de recherche choisie	17
III.4	L'enquête par questionnaire	17
III.5	Les entretiens	18
IV.	Résultats	20
V.	Résultats de l'enquête par questionnaire	20
V.1	Acteurs contactés et répondants	20
V.2	Acteurs répondant au questionnaire	21
V.3	Constitution des équipes et nombre d'ETP	22
V.4	File active de l'année 2021	22
V.5	Répartition des enquêtés selon le profil des usagers	24
V.6	Les partenaires	25
V.7	Programmes encadrant l'accompagnement des personnes concernées	25
V.8	Objectif(s) fixé(s) dans le cadre des accompagnements des personnes consommatrices d'alcool²⁶	
V.9	Accompagnement ayant pour objectif la réduction des risques	27
V.10	Définition de la RDRDA	28
V.11	Les leviers et freins dans une perspective d'accompagnement RDRDA	28
V.11.1	Leviers	28
V.11.2	Freins	29
V.12	Accompagnement ayant pour objectif l'abstinence	30
V.13	Accompagnement sans objectif spécifique	30
V.14	Mots représentant la réduction des risques dans le champ des addictions et dans le champ de l'alcool	31
V.15	Formation des professionnels en contact avec les usagers	31
VI.	L'enquête qualitative	32
VI.1	La formation des professionnels recevant les usagers à la RDRDA	33
VI.2	Utilisation de programme d'accompagnement par les intervenants	34
VI.3	Les modalités d'accompagnement dans une perspective de RDRDA	35

VI.4	Définition de la RDRDA.....	35
VI.5	Spécificité de la RDRDA par rapport à la RDRD pour les autres substances	37
VI.6	Usagers accompagnés seulement pour une consommation d'alcool	37
VII.	Analyse mixte	38
VII.1	Formation des professionnels recevant des usagers à la RDRDA	39
VII.2	Programmes encadrant l'accompagnement des usagers	40
VII.3	Définition de la RDRDA.....	41
VII.4	Part de personnes accompagnées dans une perspective de RDRDA	42
VIII.	Discussion	43
IX.	Conclusion.....	46
X.	Bibliographie.....	48

Remerciements

Je remercie tout d'abord Dieu le tout puissant de m'avoir donné la santé et la force de réaliser ce travail.

Je tiens à remercier tout particulièrement ma maitresse de stage Madame Judith Martin Fernandez pour sa disponibilité, son accompagnement et son implication active tout au long de ce travail et surtout, pour toute son attention portée en ma personne.

Je tiens également à remercier Madame Nolwenn Stevens pour ses conseils.

Aussi, merci à Monsieur Léo Donzel Godinot qui m'a aidée à trouver le lieu du stage. Je remercie également toutes les personnes de l'équipe MéRISP pour leur accueil.

Par ailleurs, je remercie mon époux Mohamed Lamine BAH pour son amour et sa bienveillance. Il a en effet su m'aider et m'épauler lorsque cela était nécessaire.

Je tiens à remercier l'ensemble des équipes pédagogique et d'enseignants chercheurs pour la qualité de formation et le suivi et aussi à Monsieur Aymery Constant pour ses conseils et sa disponibilité.

Enfin, je remercie chaleureusement l'ensemble des professionnels qui ont acceptés de me consacrer de leur temps pour répondre à mes questions.

Liste des abréviations

ACT Appartement de Coordination Thérapeutique

ANPAA Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

CSAPA Centre de Soins et d'Accompagnement Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CAARUD Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CHRS Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

ELSA Les équipes de liaison et de soins en addictologie

ETP Education Thérapeutique du Patient

HDJA Hôpital de Jour en Addictologie

IACA Intégrer et Accompagner les Consommateurs d'Alcool

MÉRISP Méthode pour la Recherche Interventionnelle en Santé des Populations

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

OCDE Organisation de Coopération et de Développement Économique

OFDT Observatoire français des drogues et des tendances addictives

PHARes Population Health trAnslational Research

RDRD Réduction des Risques et Dommages

RDRDA Réduction des Risques et Dommages liés à l'Alcool

SANPSY Laboratoire de Psychiatrie Phénoménologie et déterminants des comportements appétitifs, addictologie et psychiatrie

SSR-A Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie

I. Introduction

I.1 Contextualisation

L'alcool est une drogue licite. Tout comme les autres drogues, la molécule d'alcool a la capacité d'entraîner une dépendance (1), mais contrairement aux autres drogues, cette boisson bénéficie encore d'une image et de représentations très positives (2).

A l'échelle mondiale, l'alcool est la substance psychoactive la plus couramment consommée et l'Europe reste le continent où l'on consomme le plus d'alcool par habitant (3). Malgré une baisse observée ces cinquante dernières années, la France reste un des pays les plus consommateurs d'Europe et donc du monde(4). Une enquête de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) réalisée en 2020 montre les niveaux de consommation chez les personnes de 15 ans ou plus dans une cinquantaine de pays. Parmi ces pays, la France se retrouve parmi les pays les plus grands consommateurs d'alcool avec 10,4 litres d'alcool pur par personne par an (ex-aequo avec la Hongrie) (5).

En France, l'alcool reste aussi le produit psychoactif le plus répandu dans la population. La consommation d'alcool occupe une place culturelle et sociale très particulière dans la société française. La France est célèbre pour sa production d'alcool (vin, champagne, etc.). Par conséquent, la consommation d'alcool est plutôt courante, facile, et est considérée comme "normale" (6). Le caractère ordinaire, et même socialement valorisé, de la consommation d'alcool fait que la plupart des français refusent d'identifier l'alcool comme une drogue (1). Or, la molécule d'alcool remplit tous les critères utilisés pour identifier une drogue (effet sur le cerveau, modification des sens et de la capacité de l'individu à se contrôler, et capacité addictive) (1,7,8)

On compte actuellement 42,8 millions de consommateurs aux modes de consommation très variés (9). En 2016, 47 millions de Français (parmi les 11-75 ans) déclaraient avoir déjà consommé une boisson alcoolisée au cours de leur vie et, en 2017, 87% des 18-75 ans avaient bu de l'alcool au moins une fois dans l'année; 21% déclaraient avoir connu une ivresse au cours de l'année, 10% étaient des consommateurs quotidiens et 5% buvaient six verres ou plus chaque semaine en une seule occasion (10). Pourtant, la consommation d'alcool peut causer de grands dommages sanitaires et sociaux (11). Parmi les consommateurs d'alcool, les sujets avec addiction présentent un risque accru de dommages sociaux (12,13), une mortalité plus

importante avec une espérance de vie de 9 à 20 ans plus courte que celle de la population générale (14) (15). Actuellement, l'alcool représente la deuxième cause de mortalité évitable en France après le tabagisme (11) (on dénombre près 49 000 morts par an).

Une consommation élevée d'alcool est un facteur de risque considérable pour les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux, la cirrhose et représente la deuxième cause de cancers dits évitables (parmi les 352.000 nouveaux cas de cancer survenant chaque année chez les adultes de plus de 30 ans, 28.000 cas sont attribuables à l'alcool, soit environ 8%) (13,16,17). Face aux autres drogues, l'alcool a la particularité de causer de graves dommages non seulement au consommateur lui-même, mais aussi à son entourage, c'est le cas des accidents de la route, de violences interpersonnelles en tant que victime ou auteur, de rapports sexuels non désirés et non protégés, d'homicides (18,19). En outre, l'alcool provoque par rapport aux autres substances psychoactives (comme le tabac, la cocaïne, le cannabis...) beaucoup de suicides et de troubles mentaux (18,19). Les maladies et les dommages qu'il provoque coûtent cher à la société (20).

La réduction des maladies liées à la consommation de l'alcool et des autres conséquences associées permettrait une réduction significative des coûts du système de soins d'une part mais aussi celui social d'autre part. Selon une étude réalisée en 2015 par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), le coût social de l'alcool uniquement était estimé à 120 milliards d'euros en 2010 (20). En ce qui concerne les hospitalisations liées à la consommation excessive d'alcool, le coût était estimé à 2,64 milliard d'euros en 2012 (21). En plus de ces conséquences physiques et psychosociales et des coûts de santé qui en découlent, la consommation d'alcool impose également des coûts sur le plan éducatif. De nombreuses études ont montré que la consommation d'alcool à l'adolescence altère le fonctionnement du système de récompense au niveau du cerveau, ce qui entraîne un risque accru de développer des troubles liés à la consommation d'alcool (22,23). Du point de vue neurobiologique, des études ont montré que les comportements addictifs peuvent avoir des conséquences irréversibles sur le développement du cerveau des jeunes, qui passe par différentes étapes de maturation entre 15 et 25 ans (19,22,24). Ce processus de maturation est altéré par la consommation de substances psychoactives et peut entraîner des troubles cérébraux à long terme. Ainsi, la consommation d'alcool chez les adolescents a des effets neurotoxiques plus importants sur le cerveau des jeunes et peut altérer la mémoire et la capacité d'apprentissage (22,25). De plus la consommation d'alcool entraîne aussi des coûts sur le plan de la justice pénale et de la perte de productivité, ce qui représente une charge économique importante pour la société (26). L'alcool

a été impliqué dans 45 121 accidents corporels de la route en 2020, dont 2 403 accidents mortels. En 2019, 87 900 condamnations ont été prononcées pour conduite en état d'ivresse, sans compter les amendes, procédure par laquelle le procureur propose une mesure intermédiaire entre les poursuites et le classement sans suite (26).

Les conséquences sanitaires et sociales de ces consommations restent ainsi une préoccupation de premier plan en santé publique (22).

I.2 La prise en charge des personnes consommatrices d'alcool en France

La prise en charge classique des addictions liées à l'alcool repose encore en France sur des cures dont l'objectif est l'abstinence. Or, à l'issue de celles-ci, environ 90% des personnes traitées rechutent après 4 ans d'un traitement complet (27). Selon l'OFDT, on estime qu'environ 2 à 3 millions de Français (soit environ 10% de la population des 18-75 ans) répondraient à un usage problématique¹ d'alcool (28,29). On constate qu'il y a moins de 10% de cette population qui sont pris en charge, les 90% restantes se retrouvent seules face à ce trouble bio-médico-psycho-social plus ou moins grave (28,29).

Malgré l'importance, soulignée dans la littérature, d'aider les patients à mieux gérer les épisodes de craving² (dont, entre autre, à l'aide de médicaments ayant prouvés leur efficacité tels que le baclofène, la naltrexone, l'acamprosate et le nalméfène) (31–34) et à mieux identifier et contrôler les stimulus liés à l'usage (35,36), les traitements centrés sur l'évaluation et la régulation des envies des usagers restent peu utilisés par les professionnels et ne sont parfois accessibles qu'après une période de cure et de gestion du sevrage (35,36).

Ce faible taux de prise en charge appelé " treatment gap "³ (37) et le taux élevé d'abandon après une rechute peuvent être expliqué par de nombreux obstacles : la personne ne reconnaît pas sa maladie, ne veut pas entrer en soins, ne souhaite pas prendre de médicaments, a des difficultés

¹ On parle d'usage problématique d'alcool **lorsqu'apparaissent chez le consommateur des problèmes physiques, psychiques ou sociaux qui sont clairement perceptibles** mais qui ne l'empêchent pas de continuer à boire.

² Le craving (de l'anglais: « désir ardent, appétit insatiable ») représente une impulsion vécue sur un instant donné, véhiculant un besoin irrésistible de consommation d'un produit psychoactif et sa recherche compulsive ou encore l'application d'un comportement (30).

³ "Treatment gap" représente le nombre de personnes souffrant d'une affection ou d'une maladie qui ont besoin d'un traitement mais qui ne l'obtiennent pas. Il s'agit d'une mesure sous-utilisée des soins de santé (37).

d'accès aux soins, les traitements eux-mêmes présentant des effets secondaires, des posologies complexes, une efficacité limitée et retardée, un coût élevé, etc.

Par conséquent, face au poids de l'alcool et à la difficulté d'obtenir une efficacité avec des stratégies centrées sur l'abstinence de l'alcool, il devient nécessaire d'imaginer d'autres modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool sans exigence vis-à-vis de l'engagement dans un arrêt des consommations ou dans une démarche de soins ou d'insertion, tout en prenant en compte la complexité de la pathologie et les facteurs psychosociaux qui déterminent son évolution. On retrouve cela dans l'approche de réduction des risques et des dommages (RDRD) soutenue par l'European Medicine Agency, tels que développés dans les programmes comme : ARRIANA, Choizitaconso, les programmes de gestion de l'alcool canadiens (PGA/MAPs), Alcochoix, IACA, ETP Consorepère, centre ressources ETCAF... destinés aux consommateurs d'alcool émergent peu à peu et évolue au regard des besoins des usagers et des pratiques professionnelles.

En quoi consiste concrètement cette démarche de RDRD ? La partie suivante permettra de fournir des points de repère afin de mieux comprendre comment l'approche réduction des risques et dommages (RDRD) s'est déployée au cours de ces dernières années en France et de son évolution dans le champ de l'alcool, ainsi une définition de la RDRA.

I.3 État des savoirs autour de la réduction des risques et dommages liés à l'alcool

I.3.1 Elaboration d'une politique commune de lutte contre les conduites addictives et la naissance d'un nouveau paradigme dans le champ de l'alcool

Dans les années 70, le principal paradigme des autorités publiques comme des acteurs intervenant en toxicomanie était l'abstinence, considérée tout simplement comme la seule solution possible aux problèmes de consommation de drogues (38,39).

Ce paradigme dominant a connu une évolution progressive grâce à la pression des mouvements de patients et des professionnels estimant qu'il n'existe pas de monde sans drogue, que les interdictions n'empêcheraient pas la consommation de drogues et que les usagers de drogues ont besoin de protection et de soutien plutôt que de punition.

La démarche de réduction des risques a vu le jour à la fin des années 80 et a concerné en premier lieu les usages de substances illicites injectées, sniffées et inhalées/fumées (cocaïne, héroïne,

crack...), pour réduire les infections par le VIH et les hépatites. Puis, en 2004 au terme de l'article L3411-8 du code de la santé publique, la France adopte officiellement la politique de RDR (40). La RDR a contribué à faire évoluer la perception de l'usager de drogues. Il était perçu comme irresponsable, dépendant et suicidaire, mais peu à peu, au-delà de sa vulnérabilité, il a été présenté comme un individu responsable, autonome, conservant sa capacité de discernement, capable d'adopter des comportements préventifs et d'agir pour sa propre santé (41).

Cette politique s'est concentrée pendant douze ans (12 ans) exclusivement sur l'usage de drogues illicites, dans le but de réduire les risques d'infection. Avec la loi de santé publique de 2016, une étape importante est franchie avec l'élargissement de la politique à l'ensemble des substances psychoactives, en plaçant sous le même cadre juridique l'usage de drogues licites (alcool, tabac...) et illicites (cocaïne, héroïne...) ainsi que les addictions sans substance (jeux d'argent...) (42). Désormais, la politique a pour mission de réduire à la fois les risques mais aussi les dommages, à savoir les conséquences nocives des conduites addictives. Ainsi, son appellation devient "réduction des risques et des dommages (RDRD)" (43). Cette loi de 2016 reconnaît officiellement le concept de bas seuil ⁴qui n'implique pas de contrainte d'abstinence en ce qui concerne l'alcool (9,42). Ainsi, pour le volet qui concerne l'usage de l'alcool devient RDRDA. De même, les programmes de consommation contrôlée d'alcool se voient également officiellement intégrés dans le champ des politiques publiques, dont ils étaient auparavant écartés. Cette mutation ouvre la porte à de nouvelles pratiques pour les professionnels qui sont désormais chargés de superviser les gestes et les comportements de consommation en vue d'une prévention sanitaire. Le professionnel agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie désormais, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal (43). A l'issue de cet article, celui-ci ne pourra plus être poursuivi en raison de faits survenus dans le cadre de sa mission, à condition que celle-ci ait été effectuée dans le respect des règles juridiques de la RDRD.

⁴ **Le concept de bas seuil** renvoie à la notion anglo-saxonne « step by step » (« marche après marche ») qui propose un accueil des usagers qui ne fait pas de l'élaboration d'un projet cohérent une condition préalable, mais une possibilité ouverte. C'est la prévention de la toxicomanie qui a appliqué en premier cette pratique. Cette pratique a permis de garantir les conditions sanitaires de la prise de produit et d'entrer en relation avec des personnes en grande souffrance qui n'avaient pas forcément contact avec des intervenants sociaux et médicaux, les faisant ainsi sortir de l'anonymat ou de la clandestinité. La même approche est aussi utilisée pour les « sans domicile fixe » qui se voient proposer des lieux d'accueil de jour leur permettant de poser leur sac, de prendre un café, voire de se doucher, sans autre exigence, ni contreparties préalables autres que le respect des lieux et l'absence de violence.

Par ailleurs, la législation reconnaît la nécessité d'offrir des espaces aux usagers de l'alcool pour qu'ils puissent parler librement de leur situation et recevoir un accompagnement, même s'ils ne souhaitent pas ou ne peuvent pas arrêter complètement et définitivement de boire de l'alcool. En inscrivant la consommation d'alcool dans le champ de la RDRD, la loi de 2016 admet que même si l'abstinence totale et définitive est une option légitime et pertinente pour les personnes en difficulté avec l'alcool, elle n'est pas la seule solution (42).

Par conséquent, des pistes de travail sur la réduction des risques et des dommages autour de la consommation d'alcool se sont développées, elles respectent toutes le droit des individus à bénéficier d'une prise en charge, qu'ils soient ou non en demande de soins, et soulignent les effets positifs de la libération de la parole sur les consommations, sur l'entrée en traitement et la construction d'une alliance thérapeutique (41).

I.3.2 Définition de la RdR Alcool

Le terme de réduction des risques et des dommages alcool se rapporte de façon générale à : *« une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes d'un usage de substances psychoactives plutôt que sur l'élimination de cet usage. Elle vise à ce que les personnes elles-mêmes puissent développer des moyens de réduire les effets négatifs liés à leurs pratiques d'usage. Elle a donc pour but de permettre aux personnes usagères de substances psychoactives de traverser et de survivre à la phase de consommation avec un minimum d'atteintes sur les plans physique, psychique et social, afin de préserver et d'améliorer leurs chances d'une sortie ultérieure dans le respect de leurs parcours et de leurs souhaits. »* (44).

Elle est une approche de santé publique visant à garantir les droits humains fondamentaux à savoir : Le respect de la personne humaine et de la dignité humaine en toutes circonstances, l'accès au meilleur état de santé possible (45) et la protection des personnes en situation de vulnérabilité (longtemps stigmatisées) (46,47).

La réduction des risques et des dommages en matière d'alcool repose sur certains principes d'intervention (48–50) :

- Accueillir le consommateur d'une manière inconditionnelle ;
- Faire en sorte que l'alcool ne soit plus un obstacle aux projets de la personne concernée et ne puisse plus être considéré comme une fatalité ;

- Changer les a priori négatifs des soignants sur les addictions afin d'obtenir un changement de posture ;
- S'adapter aux capacités de la personne ;
- S'intéresser à l'environnement de la personne tout autant qu'à sa consommation d'alcool ;
- Reconnaître l'expertise profane de la personne, sa participation active et libre à l'élaboration de réponses de santé, à la mobilisation de ses ressources personnelles et à la lutte contre la marginalisation, l'exclusion et les autres formes de violation des droits dont elle peut faire l'objet.

I.4 Exemple de pratiques de RDRDA en France

Dans cette partie, nous décrivons quelques pratiques de RDRDA en France qui nous ont semblé intéressantes. Elles sont présentées dans le récent rapport de Benech qui, elle-même a eu accès à une partie de ces pratiques. Dans ce catalogue d'actions de RDRDA très informant, on peut voir un nombre important d'interventions s'inspirant de différentes techniques, de différentes modalités et d'actions différentes, s'adressant à une diversité de publics et s'installant dans des lieux variés qui ont vu le jour ces dernières années en France.

Les exemples d'interventions que nous avons choisi de décrire ici seront celles mises en œuvre par des structures spécialisées en addictologie. Ces exemples nous permettront de voir comment peut se traduire ce type d'approche afin de mieux comprendre la démarche de la RDRDA. Ceci ne doit cependant pas faire oublier que la RDRDA peut également être pratiquée par des structures non spécialisées en addictologie, c'est le cas des : CHRS, structures sociales etc.

Ces actions reposent toutes sur la même volonté d'offrir aux personnes en difficulté avec l'alcool une prise en charge adaptée, basée sur les principes et les valeurs de la RDRD. La plupart de ces actions sont soutenues par les pouvoirs publics, notamment via des financements par les Agences Régionales de Santé.

Depuis l'émergence de la RDRDA dans les années 2000 et son adoption par la loi en 2016, les intervenants ont progressivement acquis des compétences de plus en plus précises sur leur pratiques, en lien étroit avec les usagers et les pairs, en mobilisant des techniques et des outils divers (41). En revanche, en l'absence de référentiels de pratiques en RDRDA, ces actions sont

développées sur des bases essentiellement expérientielles par des acteurs menant un travail de proximité et qui imaginent et mettent en œuvre des réponses pragmatiques ad hoc.

Au CAARUD La case de Bordeaux, la consommation d'alcool est autorisée. Un réfrigérateur et une armoire sont à la disposition des usagers pour y ranger leurs bouteilles et canettes. La consommation se fait à l'aide de gobelets gradués. Des repas et des boissons non alcoolisées sont proposés. Les professionnels assurent un travail d'écoute, d'information et de conseil (51).

En Alsace, un espace de consommation d'alcool à moindre risque, intitulé **ARRIANA**, est ouvert tous les mercredis après-midi. Tout consommateur d'alcool peut s'y rendre pour échanger, s'informer, se détendre et nouer des contacts avec des professionnels de la santé et des travailleurs sociaux. Sur place, des soins infirmiers et médicaux peuvent être dispensés. Du matériel de RDR est mis à disposition des usagers. Par contre, les usagers viennent à ARRIANA avec leur propre alcool. Aucun alcool n'est stocké sur le site. Les boissons sont remises à leur arrivée à l'une des accueillant qui note le nom de l'utilisateur, la quantité et le type d'alcool proposé. Un tableau, tenu par l'utilisateur et l'accueillant, permet de suivre la consommation. La personne se sert elle-même. Toutes les boissons, qu'il s'agisse d'alcool ou de boissons non alcoolisées sont consommées dans des gobelets gradués. Une partie importante du travail de l'équipe consiste à renforcer l'estime de soi des usagers et leur sentiment d'auto-efficacité (52).

Par ailleurs, dans plusieurs villes de France, des professionnels de CSAPA et d'autres structures spécialisées ont été formés pour animer l'adaptation française du programme québécois **Alcochoix**. Celui-ci permet d'aider les personnes ayant des problèmes d'alcool à réapprendre à gérer leur consommation d'alcool. Il est toujours proposé à la demande de la personne. Il fournit un accompagnement, une méthodologie et des outils aux usagers. Le programme repose sur trois types d'interventions, le plus souvent combinées : l'intervention motivationnelle, la prévention de la rechute et l'entraînement à l'autocontrôle comportemental (53).

IACA (Intégrer et Accompagner les Consommateurs d'Alcool) est un programme conçu par l'association Santé. Il mobilise des méthodes de travail et crée des outils destinés aux professionnels de terrain pour les aider à intégrer l'approche de la RDRDA dans leurs pratiques. Ce programme vise à lever les freins (stigmatisation, honte, humiliation, culpabilité, sentiment d'échec...) qui isolent et excluent les personnes consommatrices d'alcool et de répondre à l'ensemble de leurs besoins, selon une approche globale (54,55). Pour ce faire, l'accompagnement est global en agissant sur les facteurs qui influent sur la consommation, à

partir des priorités d'amélioration souhaitées par la personne et en proposant des objectifs visant le " bien-être " et le rétablissement. Ce programme a été évalué à Marseille et cette première évaluation montre des résultats prometteurs : En l'espace d'un an, sur les 17 personnes qui ont participées à l'intervention, toutes ont eu un bénéfice social ou de santé, dont 13 ont été associées à une stabilisation (n=4), une réduction (n=7) ou un arrêt (n=2) de la consommation d'alcool (55).

Par ailleurs, l'association santé a ouvert en 2015 un espace d'accueil alcoolisé qui permet d'accueillir les personnes consommant de l'alcool dans un cadre sécurisé où l'alcool est autorisé et sur la base duquel un travail individuel et/ou collectif peut être organisé. Des boissons alcoolisées sont mises à disposition des personnes, si nécessaire, afin d'éviter les symptômes de sevrage et de les aider à réguler leur consommation. De la nourriture et des boissons non alcoolisées sont également proposées. Une attention constante est portée à l'état de la personne afin de pouvoir intervenir rapidement en cas de besoin (repos, collation, accompagnement, appel d'urgence...). Des informations sont mises à disposition. Enfin et surtout, un travail d'accompagnement psychosocial, concernant les besoins de la personne est organisé et réalisé par les professionnels de l'équipe (54).

Le programme d'ETP Limousin (Education Thérapeutique du Patient) quant à lui, vise à rendre les personnes plus autonome en facilitant leur adhésion aux traitements prescrits et en améliorant leur qualité de vie. Le programme s'adresse à toutes les personnes volontaires ayant un trouble lié à leur consommation d'alcool ainsi qu'à leur famille, et répond principalement à deux objectifs qui sont : de développer des compétences d'auto soins en renforçant et en maintenant la motivation du patient et de développer des compétences d'adaptation face aux situations à risque et favoriser les changements dans la vie quotidienne pour prévenir les risques de rechute. Pour ce faire, ETP Conso repère s'organise autour d'activités liées au diagnostic éducatif, à des compétences et des objectifs personnalisés, des séances d'ETP individuelles et/ou collectives, de l'évaluation individuelle y compris du soutien psychosocial, de l'organisation des soins ambulatoires et hospitaliers et de comportements adaptés à la maladie (56).

Le présent document se concentre sur les pratiques de réduction des risques et dommages liés à la consommation de l'alcool avec une attention particulière sur les structures spécialisées en addictologie accueillant des personnes adultes consommatrices d'alcool. La diversité des

pratiques et l'adhésion ou l'acceptation du concept RDRDA par les professionnels.

Nous reviendrons sur les trois derniers programmes : Alcochoix, IACA et ETP Limousin, car c'est dans ce cadre que s'inscrit le travail réalisé durant mon stage. Ce travail ne portera pas sur ECIAE et VITAE, mais plutôt sur les questionnements qui sont apparus pendant de ces deux dernières études.

Ainsi, après avoir contextualisé le sujet, maintenant nous allons présenter le contexte global dans lequel s'inscrit l'étude présentée, dans ce mémoire, notamment le contexte professionnel de mon travail à travers la présentation des missions de stage qui m'ont été attribuées et des projets VITAE et ECIAE. En fin, la méthodologie utilisée pour réaliser cette étude sera développée, avant de restituer, dans une dernière partie descriptive et analytique, les résultats de l'étude.

II. Le stage

Dans cette partie je présenterai dans un premier temps le laboratoire de recherche qui m'a accueilli durant le stage et, dans un second temps, je présenterai le contexte global dans lequel s'inscrit le stage avec la présentation des projets ECIAE et VITAE et enfin, j'aborderai les missions qui m'ont été attribuées.

II.1 Contexte professionnel de l'étude

II.1.1 Le cadre institutionnel

J'ai été accueillie au sein de l'équipe de recherche PHARes (Population Health trAnslational Research) à Bordeaux, intégrant l'Université de Bordeaux, le CHU de Bordeaux, le SSMIP, et le Centre Inserm-UB U1219. L'équipe recherche PHARes vise à agir sur les plus grands risques et menaces pour la santé des populations (en tenant compte des inégalités sociales et environnementales, dont les inégalités d'accès aux soins) afin de réduire l'impact de ces risques en s'appuyant non seulement sur des données probantes, en développant des méthodes innovantes (observationnelles et expérimentales) pour le développement et l'évaluation d'interventions complexes en santé des populations, mais aussi en analysant les processus sociaux et politiques qui sous-tendent la répartition inégale des risques et les inégalités en matière de santé afin d'influencer la prise de décision.

L'équipe de recherche est constituée de salariés travaillant sur cinq axes, qui sont :

- Méthodes de recherche interventionnelle en santé des populations (MÉRISP)

- Déterminants sociaux, dynamiques migratoires, environnement & santé
- Parcours et déterminants de la santé
- Innovations pour la prévention dans le système de santé
- Economie et management des organisations de santé

L'étude présentée dans ce mémoire a été effectuée dans le cadre de mon stage de fin d'études. Elle a été pilotée et coordonnée par l'équipe de recherche « Méthode pour la Recherche Interventionnelle en Santé des Populations » (MÉRISP) entre le 25 mai et le 25 novembre 2022 sous la responsabilité de Mesdames Judith Martin Fernandez et Nolwenn Steven, toutes deux chercheuses. Par ailleurs, nous avons travaillé parallèlement avec l'équipe de recherche SANPSY (Laboratoire de Psychiatrie Phénoménologie et déterminants des comportements appétitifs, addictologie et psychiatrie) de l'Université de Bordeaux.

II.1.2 Présentation du contexte dans lequel s'inscrit le stage

II.1.3 Les projets VITAE et ECIAE

II.1.3.1 VITAE

Le programme IACA (comme décrit un peu plus haut) ayant déjà montré des effets sur la consommation d'alcool dans le centre où il a été testé et au vu de ses résultats promoteurs, l'association Santé a voulu évaluer l'efficacité et les conditions d'efficacité de IACA, à large échelle, à travers la mise en place d'un essai. Pour ce faire, il a paru nécessaire de conduire une étude pilote selon les recommandations internationales en vigueur pour son redéploiement. Ainsi, l'association Santé a confié à l'équipe de recherche MÉRISP, la direction de l'étude pilote afin d'étudier ce redéploiement. C'est dans ce cadre qu'intervient le projet VITAE⁵ visant à évaluer principalement la transférabilité de l'intervention IACA. Pour se faire, une étude descriptive et longitudinale multi-cas a été réalisée sur 12 mois, mobilisant les méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives). Cette étude était nationale et multicentrique. Elle a été réalisée au sein de 10 centres de soins ou de prévention en addictologie (4 en région PACA et 6 en région Nouvelle-Aquitaine).

⁵ VITAE est étude pilote d'évaluation de l'impact et de la transférabilité d'un dispositif d'accompagnement en RDRDA basé sur le rétablissement en santé mentale. Dans ce cadre, l'objectif principal de l'étude VITAE est d'évaluer la transférabilité du programme IACA en terme de résultats c'est-à-dire sa capacité à produire les mêmes effets dans différents contextes. En outre, ses objectifs secondaires sont d'une part, d'évaluer les conditions de transférabilité dont la viabilité de l'intervention, c'est-à-dire sa capacité à être mis en œuvre en vie réelle (pratique, abordable, approprié, évaluable et utile), d'autre part d'évaluer la faisabilité d'un essai multicentrique contrôlé.

Cette étude permettra d'expliquer et de préciser les effets exacts de l'intervention IACA et d'identifier les conditions de ses effets. Elle définira les fonctions clés et leur fonctionnement dans différents contextes ou la manière dont elles pourraient être adaptées dans la forme, établir une ligne directrice pour la diffusion de l'intervention IACA dans d'autres centres.

Ainsi, les résultats de cette étude pourront contribuer à éclairer la décision publique sur la prise en charge des personnes consommatrices d'alcool dans le cadre d'une stratégie de réduction des risques et des dommages. En outre, elle contribuera à préparer un essai à grande échelle et, à terme, à mettre à l'échelle une intervention efficace pour la prise en charge de dizaines de milliers de patients actuellement dans l'impasse thérapeutique. Ce sont donc des enjeux humains et sociaux importants, notamment dans le domaine cancérologique.

II.1.3.2 ECIAE

L'étude ECIAE qu'en à elle, est une évaluation comparative entre trois modalités d'intervention, dont celles des programmes IACA, Alcochoix et ETP Consorepère. Celle-ci est nommé « évaluation croisée des programmes IACA, Alcochoix et ETP conso repère » regroupant ces trois programmes car ce sont les trois déployés en Nouvelle Aquitaine en termes de réduction des risques et des dommages et en partie financé ou appuyé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. C'est ce qui a fait le point commun de ces 3 programmes et donc de leur rassemblement au sein d'une même étude.

Les objectifs de l'étude ECIAE sont de deux types, d'une part évaluer les modalités de fonctionnement de ces 3 programmes, et d'autre part évaluer les conditions de leurs efficacités afin de déterminer les fonctions clés des trois programmes.

Les résultats de cette étude permettront de mieux comprendre les spécificités et la complémentarité de ces trois programmes dans une logique RDRD. En ce sens, ECIAE constitue un outil d'aide à la décision important pour le développement de la RDRDA, qui cherche encore ses contours en France. Le comité d'experts de Santé Publique France a été chargé d'élaborer des recommandations sur ce sujet. Les résultats de cette étude pourront alimenter cette réflexion.

II.2 Problématique visée par le mémoire

Durant ces deux études, de nouveaux questionnements sont apparus. C'est dans ce cadre que

l'équipe de recherche a souhaitée mettre en place une sous-étude. Cette dernière est à l'origine des missions de stage qui m'ont été confiées. A mon arrivée au sein de l'équipe, ces deux études étaient déjà en cours. Cependant, il a été constaté une faible participation des usagers aux programmes de RDRDA, d'où les nouveaux questionnements fondés sur la diversité d'acceptation et les pratiques de RDRDA. Par conséquent, le but de mon travail était de répondre à ces questionnements soulevés par les trois programmes (IACA, Alcochoix, ETP Limousin) afin d'avoir une vision plus large sur les pratiques de RDRDA. Pour se faire, cette sous-étude a été conduite sur 2 volets, un quantitatif par questionnaire et un qualitatif par entretien.

II.3 Missions attribuées durant le stage

Les missions qui m'ont été attribuées sont réparties en deux volets : L'élaboration d'un panorama de structures accueillant des consommateurs d'alcool et la réalisation d'une étude mixte auprès de structures spécialisées en addictologie et accueillant des consommateurs d'alcool adultes. A l'issue de ce travail, la rédaction d'un rapport final sera établie.

Le premier volet concerne l'élaboration du panorama, celui-ci devait porter sur le recensement des structures pouvant accueillir des personnes adultes consommatrices d'alcool.

En ce qui concerne le second volet, la mission qui m'a été confiée et, qui fait l'objet de ce mémoire, est la réalisation d'une étude mixte portant sur les pratiques de Réduction des Risques et Dommages liés à l'Alcool (RDRDA) des structures spécialisées en addictologie recevant des adultes consommateurs d'alcool.

La figure ci-dessous récapitule le déroulement de l'étude dont nous présenterons certains résultats dans ce mémoire.



II.4 Retour réflexif, difficultés et limites de l'étude

J'ai choisi de faire mon stage de fin d'étude dans le milieu de la recherche afin de m'approprier une expérience dans ce domaine. Les missions qui m'ont été confiées, m'ont permis de prendre conscience de ma manière d'agir dans le domaine de la santé publique et d'élargir ma réflexion. J'ai pris appui sur les connaissances acquises durant le Master 2 et les conseils de ma maitresse de stage pour mener à bien ces missions. Ce stage m'a permis de développer mon identité professionnelle de manière évolutive et être autonome dans mes activités. En outre, ce travail m'a demandé beaucoup d'agilité. J'ai développé ma capacité d'adaptation, la patience et l'écoute mais aussi mes connaissances en technique de recherche mixte. Il a aussi confirmé mon intérêt pour poursuivre mes études avec une thèse de doctorat.

Durant la mise en place de cette étude mixte, nous nous sommes confronté à certaines difficultés. Les difficultés découlaient de certains des choix que nous avons fait pour cette étude, notamment la formulation d'une des questions. Après les premiers retours, nous avons constaté que la majeure partie des répondants avaient limité le remplissage du questionnaire à l'une des questions. Cette question était formulée comme suit : « Veuillez cocher les différents types de professionnels présents dans votre structure et nous indiquer pour chacun le nombre d'ETP (Equivalent Temps Plein) correspondant ». Pour une meilleure compréhension, nous l'avons modifié ainsi : « Veuillez cocher les différents types de professionnels présents dans votre structure, et si cela est possible, merci de nous indiquer leur nombre ».

Sur environ 950 structures sollicitées, nous avons trouvé 348 retours au questionnaire. Parmi ces 348 il n'y a eu que 106 réponses complètes, qui sont d'ailleurs très peu par rapport au nombre total de structures sollicitées. Au vu de cette faible représentation, l'étude est loin d'être représentative. Aussi, nous n'avons pas pu contacter tous les organismes souhaités tant pour l'enquête quantitative que pour les entretiens pour la partie qualitative, faute de réponse de leur part et malgré de multiples relances. Cela influence la portée de nos résultats et impose donc une certaine prudence dans notre interprétation.

De plus, cette étude est vue d'un angle des pratiques de RDRDA mises en œuvre par les structures spécialisées en addictologie, et laisse donc de côté certains aspects de la question, notamment les actions mises en œuvre par les structures non spécialisées en addictologie. Par conséquent, une étude plus vaste associant des structures non spécialisées en addictologie recevant des consommateurs d'alcool (comme les CHR, structures sociales etc.) et mettant en

œuvre des pratiques de RDRDA pourrait s'avérer utile pour approfondir les résultats obtenus, les réunir ensemble et accroître leur validité.

Enfin, l'incomplétude des résultats n'a pas rendu facile leur interprétation.

III. Méthodologie

Dans cette partie, nous présenterons la méthodologie. Cette dernière ayant pour objectif d'explicitier la démarche employée pour parvenir à répondre à nos questionnements de l'étude. Par ailleurs, nous veillerons également à justifier ce choix et à en expliciter les raisons.

III.1 Etat des connaissances

Pour répondre à ces questionnements, une recherche documentaire a été menée pour mieux comprendre et cerner le sujet. Cette recherche par mots clés (consommation alcool, pratique professionnelle, réduction risque, structure accueil, alcohol drinking, harm reduction, risk reduction behavior, reducing consumption, mixed methods research) a été effectuée en français et anglais sur les bases de données suivantes : Google scholar, Science Direct, Cairn.info, Pubmed, Medline, mais également à l'aide de documents fournis par ma maitresse de stage. Cette recherche s'est concentrée sur les pratiques de réduction des risques et dommages liés à l'alcool et les études et articles scientifiques déjà publiés sur ce sujet. Nous avons également inclus les rapports épidémiologiques, ainsi que des rapports portant sur les recommandations de bonnes pratiques de RDRDA les plus récentes concernant la consommation d'alcool en France. A l'issue de cette recherche, un panorama sur les structures pouvant accueillir des consommateurs d'alcool a été élaboré à l'aide de la plateforme KUMU (*annexe 1*).

Nous n'avons pas limité notre étude à une région particulière, nous avons choisi de nous situer généralement en France afin d'avoir une diversité de structures intervenant dans le domaine.

III.2 Sélection des participants

En ce qui concerne la sélection des participants, nous avons choisi de cibler en premier lieu, les établissements spécialisés et non spécialisés en addictologie, accueillant toute personne consommatrice d'alcool sans distinction d'âge. Puis, nous avons décidé de nous focaliser sur des structures à la fois spécialisées en addictologie et n'accueillant que des personnes adultes. Nous avons fait ce choix, en raison de la diversité de structures œuvrant dans ce domaine et pouvant accueillir des consommateurs à n'importe quel âge. Par ailleurs, le public concerné par notre problématique est souvent majeur, mais aussi ce sont ces structures qui nous semblaient être les plus à même de répondre à nos interrogations.

III.3 Méthode de recherche choisie

Nous avons choisi de mener une étude mixte car elle nous offre la possibilité de mettre en synergie les forces des deux méthodes (quantitatives et qualitatives).

Le principe des méthodes mixtes consiste à combiner plus ou moins étroitement des méthodes quantitatives et qualitatives afin d'obtenir des résultats qui combineront crédibilité et intérêt (57). Les méthodes mixtes ont également la capacité de permettre l'intégration de plusieurs perspectives et sont ainsi un atout pour l'étude d'interventions et de programmes complexes, notamment dans le domaine de la santé et plus particulièrement de la santé publique (58). Par ailleurs, elles sont présentées de manière à fournir une meilleure compréhension du phénomène étudié que la seule utilisation d'une approche quantitative ou qualitative (59). Dans notre étude, ces méthodes nous permettront de mieux comprendre les résultats quantitatifs et de leur donner plus de sens.

Selon Greene et al., l'une des principales fonctions de base que l'on peut attribuer aux méthodes mixtes est la complémentarité, qui vise à étayer, illustrer ou clarifier les résultats d'une méthode par ceux d'une autre (60).

Dans cette étude, nous avons choisi les méthodes mixtes selon le protocole séquentiel explicatif, « explanatory design », proposée par Creswell et Plano Clark dans la troisième édition de leur livre *Designing and conducting mixed methods research* (61). Ce devis ayant pour objectif d'expliquer des résultats quantitatifs à l'aide de données qualitatives, consistant à utiliser des données quantitatives pour sélectionner les participants de l'étude qualitative (61). Dans ce cadre le recueil et l'analyse des données est séquentiels, l'étude quantitative précède l'étude qualitative (59).

Nos études se sont déroulées comme suit :

III.4 L'enquête par questionnaire

Pour compléter ce travail, nous avons élaboré un questionnaire. Le questionnaire était organisé autour de 33 questions fermées, à choix multiples et quelques-unes ouverte, répartie selon thématiques suivantes :

- Le type de structure,

- La constitution des équipes,
- Les pratiques actuelles d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool,
- Les populations concernées,
- Les outils mobilisés,
- Les besoins
- Les leviers
- Et ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées.

Suite à cela, un questionnaire a été élaboré sur le logiciel Limesurvey (*questionnaire en version Word en annexe 2*). Une première version a été testée puis modifiée assez largement avant d'être validée par les deux équipes de recherche MÉRISP et SANPSY.

Ensuite, il a été envoyé le 09 septembre 2022 aux « Méta-structures⁶ » par mail afin qu'ils relayent le lien du questionnaire aux différentes structures rattachées à leur réseau (*le tableau des méta-structures et du nombre approximatif de structures partenaires en annexe 3*). Nous avons choisi de les contacter en premier car il nous semblait plus à même d'atteindre la majorité de structures possible. Après l'envoi du questionnaire, un délai d'un peu plus de trois semaines était proposé aux professionnels participant pour renseigner le questionnaire. Moins de 10 minutes étaient nécessaires pour remplir le questionnaire. Nous avons fait des relances toutes les semaines aux méta-structures, soit 4 relances par téléphone pour chacune. Nous avons arrêté le questionnaire le 07 octobre 2022.

Ainsi, nous avons eu 348 réponses au total, dont 106 réponses complètes au questionnaire (soit 30,0%), 169 réponses partielles (soit 48,5 %) et 73 n'ayant répondu à aucune question (soit 21,0%). Une description de ces structures sera présentée un peu plus bas.

III.5 Les entretiens

À la suite de cette enquête par questionnaire, 7 entretiens semi-directifs téléphoniques ont été menés entre le 10 et le 21 octobre. Ils ont été conduits auprès de 1 psychologue exerçant en CSAPA, 1 assistante sociale exerçant en CSAPA, 1 médecin exerçant en CSAPA et ELSA, 1 infirmier d'addictologie exerçant en ELSA, 1 cadre de santé au sein du SSR-CSAPA, 1 directeur d'établissement et 1 infirmier exerçant en CAARUD, qui lors de la passation du

⁶ Le terme « **Méta-structure** » représente ici un organisme gestionnaire d'un regroupement de plusieurs structures ou une fédération de structures.

questionnaire quantitatif, avaient déclaré être favorable à un contact pour plus d'éclaircissement.

Chaque entretien avait été préparé en amont avec l'élaboration de guides d'entretien (*annexe 4*), composé de questions ouvertes et adapté à notre interlocuteur. Ces guides d'entretien étaient découpés en plusieurs parties, selon les axes de notre travail et des réponses au questionnaire. La durée des entretiens variait de 08 min à 22 min. Par ailleurs, ils ont été enregistrés avec par la permission des enquêtés au format audio puis retranscrits intégralement (*annexe 5*) afin de faciliter leur analyse. La forme semi-directive nous a semblé la plus adaptée, car le guide d'entretien permet de construire un dialogue centré sur les thématiques que nous souhaitons aborder, tout en laissant l'enquêté une liberté de parole qui favorise l'expression et le dialogue (62).

IV. Résultats

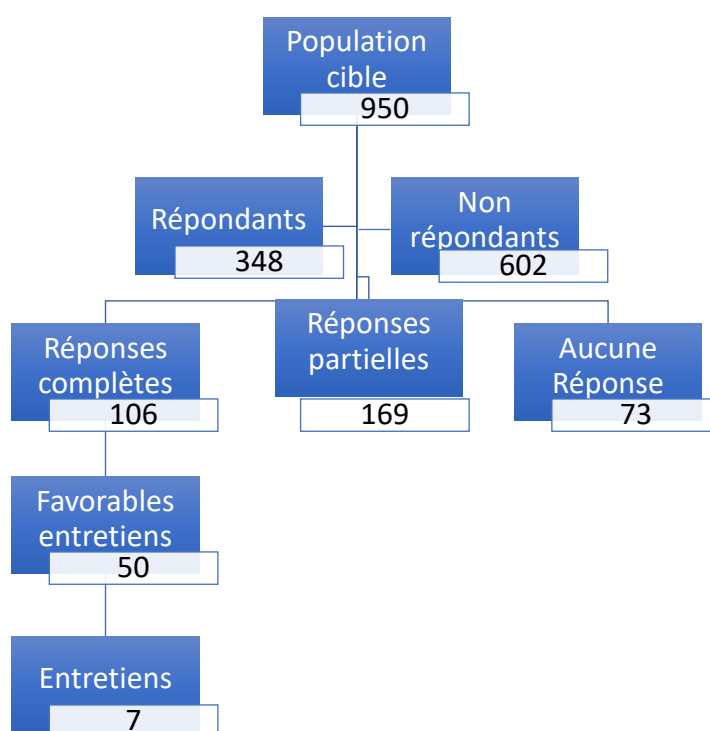
Les données exposées dans cette partie concernent les 348 structures ayant répondu au questionnaire (en partie ou en totalité).

Ces données recueillies à travers cette étude mixte doivent nous permettre de nourrir une nouvelle compréhension des pratiques de réduction des risques et dommage dans le champ de l'alcool. Pour cela, nous livrons dans cette partie une description des données quantitatives recueillies et une analyse qualitative thématique sur la base des entretiens effectués.

V. Résultats de l'enquête par questionnaire

V.1 Acteurs contactés et répondants

Figure 1 : Répartition générale des enquêtés.



Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Au total, environ 950 structures ont été sollicitées. Parmi ces structures, nous avons eu un retour de 348, dont 106 ayant répondu complètement au questionnaire, 169 ayant répondu

partiellement et 73 n'ayant répondu à aucune des questions. A ces 106 ayant répondu complètement au questionnaire, 50 ont accepté d'être contactées pour un entretien. Nous les avons repartis en 3 catégories :

- Structure accompagnant dans une perspective de RDRDA et étant formé à la RDRDA
- Structure accompagnant dans une perspective de RDRDA et n'étant pas formé à la RDRDA
- Structure n'accompagnant pas dans une perspective de RDRDA et n'étant pas formé là-dessus.

La plus grande partie des structures favorables aux entretiens se retrouvait dans la seconde catégorie (38 sur 50), 4 et 8 respectivement dans la première et troisième catégorie.

Nous avons choisi d'interroger des acteurs de chaque catégorie afin de réunir différents points de vue.

Il faut noter que sur les 38 structures favorables aux entretiens de la première catégorie, ne l'ont été que dans la partie quantitative car, une fois contactées pour les entretiens, n'étaient plus disponibles ou ne répondaient pas aux appels. Ce qui nous a donc ramené à un total de 4 sur 38 pour cette catégorie.

Concernant les 2 autres catégories, nous avons obtenu deux (2) et une (1) respectivement pour les structures accompagnant dans une perspective de RDRDA et étant formées à la RDRDA, et les structures n'accompagnant pas dans une perspective de RDRDA et n'étant pas formées à la RDRDA. Nous avons voulu interroger plus d'acteurs dans les différentes catégories, mais nous n'avons pas eu de réponses favorables malgré nos nombreuses relances. Au final, sept entretiens semi-directifs ont été réalisés.

V.2 Acteurs répondant au questionnaire

Les structures les plus représentées dans le remplissage de notre questionnaire étaient des CSAPA (139), suivies des CAARUD (46), ELSA (19) et l'hospitalisation complète en addictologie (18).

Par ailleurs, 77 acteurs ont répondu appartenir à d'autres types structures. Parmi les autres types de structures citées les associations d'entraide (16 sur 77) et les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) (13 SUR 77) étaient les plus représentées.

En outre, les acteurs ayant rempli le questionnaire ont des statuts différents. Les plus représentés étaient des infirmiers (45 acteurs), des éducateurs spécialisés (35 acteurs), des médecins (30 acteurs), ensuite suivent des chefs de service (29 acteurs) et des psychologues (27 acteurs), puis à égalité des directeurs et assistances sociales (20 acteurs). Les moins représentés étaient des pair-aidants (9 acteurs) et accompagnants en RDRDA (3 acteurs).

V.3 Constitution des équipes et nombre d'ETP

Les acteurs ont eu des difficultés à renseigner cet item, au départ, seuls 2 d'entre eux avaient répondu et le reste limitait le remplissage du questionnaire à ce niveau. Nous avons dû modifier le nombre d'ETP en nombre de personnes pour faciliter le remplissage. Ainsi au final, 233 ont pu remplir cet item.

Sur les 233, plus de la moitié des structures ont répondu être constituées d'une équipe pluridisciplinaire. Il en ressort également de notre étude que les médiateurs pairs et bénévoles sont les moins représentés. Seulement 43 et 37 ont déclaré respectivement en avoir au sein de leur équipe.

V.4 File active de l'année 2021

Tableau 1 : file active pour toutes substances psychoactives confondues de l'année 2021 chez les acteurs ayant répondu à cette question (N=201).

Répartition par classe	Nombre de structure	Pourcentage
1-99	44	21,8%
100-199	19	9,4%
200-299	22	10,9%
300-399	15	7,4%
400-499	23	11,4%
500-599	14	6,9%
600-699	11	5,4%
700-799	6	2,9%
800-899	13	6,4%
900-1000	10	4,9%
>1000	24	11,94%

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur les 201 acteurs ayant renseigné cette question, 44 ont eu une file active comprise entre 0 et 99 usagers pour toutes les substances confondues au cours de l'année 2021.

Sur la totalité des structures ayant rempli le questionnaire (348), seulement 7 soit 2,67% ont répondu ne pas accueillir de consommateurs d'alcool au sein de leur établissement.

Tableau 2 : Part de personnes accueillies uniquement pour une consommation d'alcool chez les acteurs ayant répondu à cette question (N=185).

Répartition par classe	Nombre de structure	Pourcentage
1-99	177	95,68%
100-199	6	3,24%
200-299	1	0,54%
400-500	1	0,54%

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur les 185 acteurs ayant répondu à cette question, 95,68% estiment avoir eu une file active comprise entre 1-99 usagers accueillies uniquement pour une consommation d'alcool au cours de l'année 2021.

Tableau 3 : Part de personnes accompagnées dans une démarche de RDRDA chez les acteurs ayant répondu à cette question (N=89).

Répartition par classe	Nombre de structure	Pourcentage
0-99	56	62,92%
100-199	16	17,98%
200-299	5	5,62%
300-399	3	3,37%
400-499	1	1,12%
500-600	6	6,74%
>600	2	2,25%

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur les 89 acteurs ayant renseigné cette question, 56 acteurs estiment avoir accompagné un nombre de personnes compris entre 1 et 99 dans une perspective de RDRDA au cours de l'année 2021. Par ailleurs, la part d'utilisateurs accompagnés dans une démarche de RDRDA est de 44,2%.

V.5 Répartition des enquêtés selon le profil des usagers

Tableau 4 : répartition des usagers selon leurs profils chez les acteurs ayant répondu à ces questions :

- Le genre (homme/femme) : N=181
- Personnes socialement favorisées ou non : N=180
- Personnes insérées ou non : N=177
- Personnes avec emploi ou non : N=173
- Personnes venant de leur propre volonté ou non : N=196

Profils des usagers accompagnés		
Le genre (N=181)	Hommes	163
	Femmes	18
Personnes insérées ou non (N= 177)	Personnes insérées	72
	Personnes non insérées	105
Personnes socialement favorisées ou non (N=180)	Personnes socialement favorisées	24
	Personnes socialement défavorisées	156
Personnes avec ou sans emploi (N=173)	Personnes avec emploi	52
	Personnes sans emploi	121
Personnes venant de leur propre volonté ou non (N=196)	Personnes venant de leur propre volonté	138
	Personnes venant dans le cadre d'une injonction de soins ou d'une décision de justice	58

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Interrogés sur les profils des usagers accompagnés, la majorité des acteurs, soit 163 ont répondu accueillir d'avantage d'hommes que de femmes (18 acteurs).

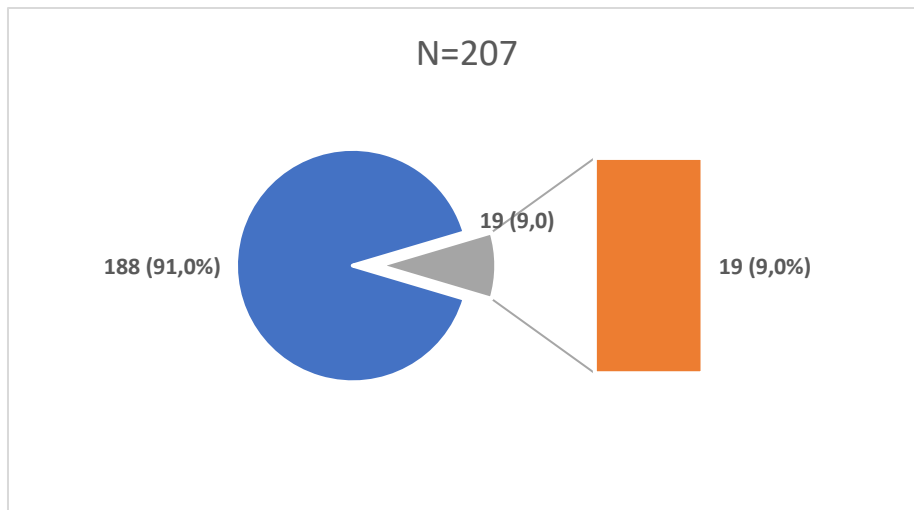
On constate qu'il existe une forte homogénéité des profils des usagers accueillis au sein des différentes structures. Selon les déclarations des acteurs ayant rempli ces questions, la majorité des usagers serait : Des hommes, des personnes socialement défavorisées, des sans-emplois, sans-domicile fixe, non insérés et le plus souvent venant de leur propre volonté.

V.6 Les partenaires

Sur la question à savoir quels sont les partenaires extérieurs mobilisés dans l'accompagnement des usagers, les acteurs ayant répondu à cette question ont majoritairement indiqués que c'est dans le cadre d'une cure et d'un hébergement que les partenariats sont les plus fréquents. Les CHRS et CSAPA plus spécialisés sont souvent mentionnés comme partenaires réguliers, mais c'est également le cas des médecins traitants et des associations d'entraide.

V.7 Programmes encadrant l'accompagnement des personnes concernées

Graphique 1 : Acteurs s'appuyant sur des programmes pour accompagner les usagers chez les acteurs ayant répondu à cette question (N=207).



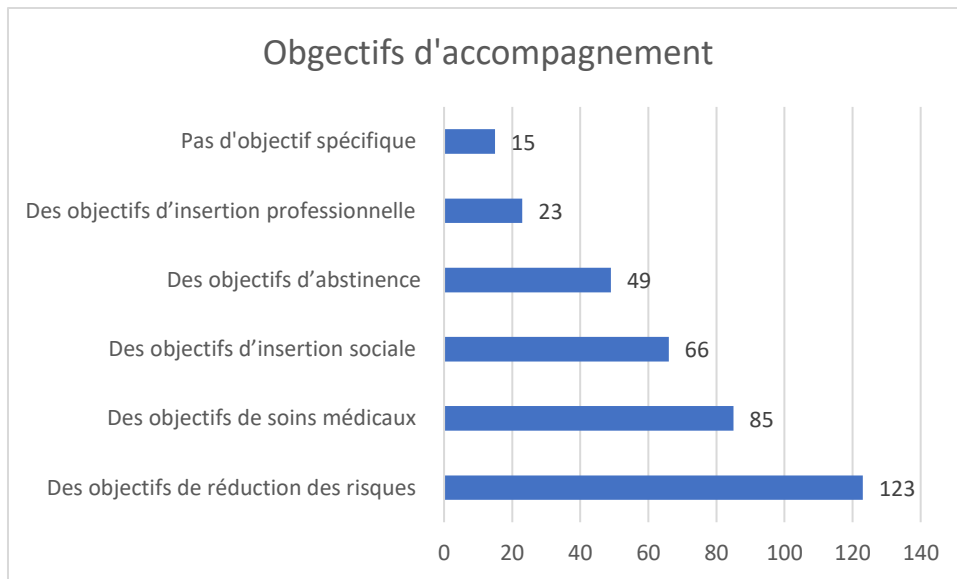
Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur 207 acteurs ayant répondu à cette question, seulement 19 ont pu indiquer le nom des programmes qu'ils utilisent ou ont utilisé. Principalement 3 programmes ont été cités, sept (7) ont mentionné « Mes choix Alcochoix », sept (7) autres « Projet thérapeutique »⁷ et cinq ont mentionné le programme IACA, contre 188 qui ne s'appuient sur aucun programme.

V.8 Objectif(s) fixé(s) dans le cadre des accompagnements des personnes consommatrices d'alcool

Graphique 2 : objectifs d'accompagnement des consommateurs d'alcool chez les acteurs ayant répondu à cette question (N=160).

⁷ Le projet thérapeutique est un « outil d'amélioration des pratiques des professionnels qui permet de suivre l'histoire, l'évolution et les perspectives du patient de manière synthétique et ciblée ; il contribue à maintenir la continuité des soins et à éviter des ruptures de prise en charge » (63).



Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur 160 acteurs, 123 indiquent accompagner les usagers d'alcool dans une perspective de réduction des risques.

En ce qui concerne les objectifs que se fixent les acteurs, les plus fréquemment cités sont les objectifs de réduction des risques (123 acteurs sur 160), devant les objectifs de soins médicaux (85 acteurs), puis les objectifs d'insertion sociale (66 acteurs), enfin suivent les objectifs d'abstinence (49 acteurs) et les objectifs d'insertion professionnelle (23 acteurs). Quinze (15) acteurs ont indiqué ne pas se fixer d'objectifs spécifiques. Par ailleurs, dans la rubrique autres (29 acteurs), la majorité des acteurs ont mentionné partir de la demande de la personne concernée, c'est-à-dire de l'objectif que la personne elle-même souhaite.

V.9 Accompagnement ayant pour objectif la réduction des risques

Sur les 101 réponses obtenues sur cette question, une majorité (environ 95 acteurs) déclare que l'accompagnement ayant pour objectif la réduction des risques consiste à :

- Soutenir la personne concernée dans sa demande tout en lui apportant les outils et informations nécessaires afin qu'elle puisse être actrice de sa propre santé,
- Aller vers des objectifs envisageables et atteignables pour la personne,
- Soutenir la personne concernée dans sa propre évaluation des consommations et des risques,
- Avoir une posture de non jugement qui permet de faciliter la discussion autour des consommations d'alcool (être dans une écoute active et dans une empathie bienveillante)

- Une prise en charge pluridisciplinaire médico-psycho-sociale.

Le reste des acteurs (3 acteurs) estiment qu'un accompagnement de ce type consiste essentiellement à la réduction des consommations (notamment, par la diminution du nombre de verres consommés par jour), et également à accompagner la personne dans sa consommation, sans vouloir une réduction ou un arrêt.

V.10 Définition de la RDRDA

En ce qui concerne la définition de la RDRDA, la majorité des acteurs (70 acteurs sur 94) ont répondu de la même façon que la question précédente. Pour eux, il n'y a pas de différence de RDR entre les produits psychoactifs. Certains ont indiqué à l'occasion de ce questionnaire que cela induirait le fait qu'il existe une échelle de valeur entre consommateurs et ce qui est stigmatisant.

V.11 Les leviers et freins dans une perspective d'accompagnement RDRDA

V.11.1 Leviers

Les principaux leviers dans l'accompagnement type RDRDA retenus par les acteurs sont de deux types. D'une part, du côté des professionnels et d'autre part du côté des usagers.

- Du côté des professionnels, ces éléments sont : la création d'un lien de confiance avec l'utilisateur qui passe par une écoute active non jugeant dès la première rencontre (23 sur 80), un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire (13 sur 80), un travail en partenariat (l'intersectorialité) (10 sur 80) et le fait d'avoir un espace dédié qui permet d'accueillir les usagers sereinement (7 sur 80). Travailler avec des bénévoles ayant connu des parcours identiques a été cité par 5 acteurs.
- En ce qui concerne les usagers, les éléments facilitateurs les plus retenus sont : le soutien affectif de la famille et de l'entourage (21 sur 80), le fait d'avoir un logement stable (11 sur 80), le respect de leurs choix (6 sur 80) et la prise en compte des bénéfices liés aux usages (4 sur 80).

Tableau 5 : Principaux leviers dans un accompagnement type RDRDA, énumérés par les acteurs enquêtés ayant répondu à cette question (N=80).

Leviers			
Côté des professionnels	Création de lien de confiance	23	25,84%
	Accompagnement par une équipe pluridisciplinaire	13	14,60%
	Travail en partenariat	10	11,23%
	Espace dédié	7	7,86%
	Travail avec des paires aidant	5	5,61%
Côté des usagers	Soutien affectif de l'entourage	21	23,59%
	Logement stable	11	12,35%
	Respect du choix des usagers	6	6,74%
	Prise en compte de leurs bénéfices	4	4,49%
Total		89	100%

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

V.11.2 Freins

Du côté des difficultés, le manque de moyens (de programmes et d'outils adaptés) est pointé par quinze sur 70 acteurs, ce qui en fait le frein le plus fréquemment cité. Le trouble de comportement associé aux comorbidités psychiatriques et somatiques des usagers (11 sur 70), tandis que le manque de formation à la RDRDA des professionnels arrive en troisième position (9 acteurs sur 70). Puis à égalité (6 acteurs) la précarité et l'isolement social. C'est ensuite l'incohérence dans les discours de certains professionnels (5 acteurs), qui sont les plus fréquemment cités.

Tableau 6 : Principaux freins dans un accompagnement type RDRDA, énumérés par les acteurs enquêtés ayant répondu à cette question (N=70).

Freins		
Manque de programmes et outils pratiques	15	21,42%
Trouble de comportement associé aux comorbidités	11	15,71%
Manque de formation des professionnels	9	12,85%
Précarité	6	8,57%
Isolement social	6	8,57%
Discours incohérent	5	7,14%
Total	70	100%

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par

V.12 Accompagnement ayant pour objectif l'abstinence

Tableau 7 : Principales définitions énumérées par les acteurs ayant répondu à cette question (N=27) pour représenter un accompagnement ayant pour objectif l'abstinence.

Accompagnement ayant pour objectif l'abstinence	
Une orientation pour sevrage vers des centres de cure	11
Un travail sur les motivations à l'abstinence par de l'entretien motivationnel	8
Organisation du sevrage ambulatoire ou hospitalier en amont et mise en place d'un suivi personnalisé et régulier post sevrage	8
Une prise en charge pluridisciplinaire plus rapprochée	6
Co-construire avec la personne concernée un projet de soins et de vie mettant en jeu une hospitalisation pour une cure et prévoir un maintien du suivi pour consolider l'abstinence	6
Un travail sur le repérage et la lutte contre le craving	5
Un travail sur les stratégies de coping	4

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MéRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur les 27 réponses obtenues sur cette question, une majorité juge que l'accompagnement ayant pour objectif l'abstinence consiste à :

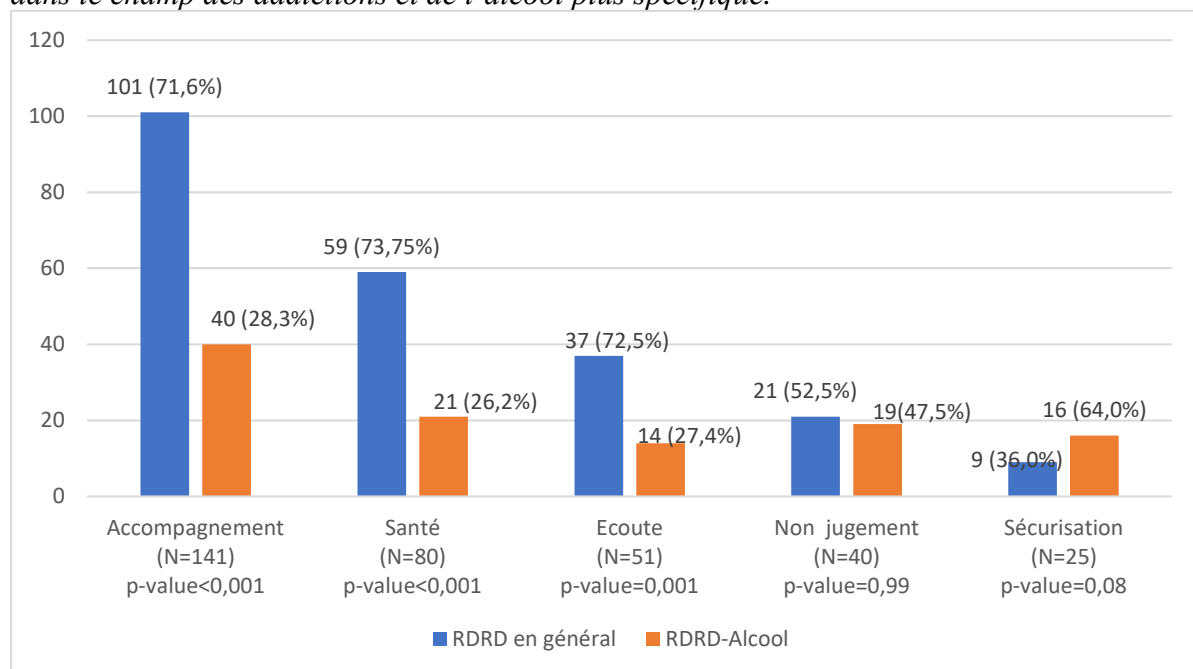
- Une orientation pour sevrage vers des centres de cure, cela concerne 11 acteurs ;
- Un travail sur les motivations à l'abstinence par de l'entretien motivationnel (8 acteurs) ;
- Organisation du sevrage ambulatoire ou hospitalier en amont, selon le profil de la personne et mise en place d'un suivi personnalisé et régulier post sevrage (8 acteurs) ;
- Une prise en charge pluridisciplinaire plus rapprochée (6 acteurs) ;
- Co-construire avec la personne concernée un projet de soins et de vie mettant en jeu une hospitalisation pour une cure et prévoir un maintien du suivi pour consolider l'abstinence (6 acteurs).
- Un travail sur le repérage et la lutte contre le craving (5 acteurs) ;
- Un travail sur les stratégies de coping (4 acteurs).

V.13 Accompagnement sans objectif spécifique

En ce qui concerne les acteurs ne se fixant pas ou ne fixant pas d'objectif spécifique dans l'accompagnement des usagers, la majorité (12 sur 14 acteurs) soutiennent mener un accompagnement en fonction des besoins identifiés chez la personne accueillie. Les autres, soit 4 acteurs, rajoutent que cet accompagnement peut être dirigé vers une réduction des risques ou l'abstinence et que c'est aux professionnels de s'adapter en fonction des demandes et des capacités des usagers.

V.14 Mots représentant la réduction des risques dans le champ des addictions et dans le champ de l'alcool

Graphique 3 : Principaux mots énumérés par les acteurs interrogés représentant la RDR dans le champ des addictions et de l'alcool plus spécifique.



Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur 141 acteurs ayant renseigné cette question, 101 (soit 71,6%) ont énumérés le mot « accompagnement » pour représenter la RDR pour toutes substances psychoactives confondues. Pour 40 d'entre eux (soit 28,3%), le mot « accompagnement » représentant la RDR dans le champ des addictions est identique à la réduction des risques dans le champ de l'alcool

Le tableau ci-dessus résume les principaux mots représentant la réduction des risques pour les acteurs ayant répondu à ces questions.

V.15 Formation des professionnels en contact avec les usagers

Tableau 8 : Formation des équipes en contact avec les usagers. Chez les acteurs ayant répondu à cette question (N=103)

	Options de réponses	Prise en charge des l'addictions		Réduction des risques		Réduction des risques liés à l'alcool	
	Oui, tous	41	39,80%	34	33,00%	13	12,62%
	Oui, plus de la moitié	27	26,21%	20	19,42%	18	17,47%
	Oui, la moitié	13	12,62%	10	9,71%	11	10,67%
	Oui, moins de la moitié	12	11,65%	24	23,30%	28	27,18%
	Non, aucun	9	8,73%	11	10,67%	29	28,15%
	Je ne sais pas	1	0,97%	4	3,88%	4	3,88%
	Sans réponse	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Total	103	100%	103	100%	103	100%

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur les 103 acteurs ayant répondu à la question à savoir si les professionnels recevant des usagers étaient formés (à la prise en charge des addictions, la réduction des risques en générale et la réduction des risques en matière d'alcool spécifiquement), seulement 12,62% ont mentionné que toute leur équipe est formée à la RDRDA. Près de 28% ont répondu qu'aucun membre de leur équipe n'est formé.

Le tableau ci-dessus montre que les professionnels prenant en charge les usagers dans une perspective de réduction des risques dans le champ de l'alcool sollicitent un besoin important en moyens.

VI. L'enquête qualitative

Cette deuxième phase compréhensive a été menée dans le but d'essayer de comprendre les réponses globales du questionnaire. Au total, 7 entretiens semi-directifs téléphoniques ont été menés entre le 10 et le 21 octobre. Ils ont été conduits auprès : d'une psychologue exerçant en CSAPA, 1 assistante sociale exerçant en CSAPA, 1 médecin exerçant en CSAPA et ELSA, 1 infirmier d'addictologie exerçant en ELSA, 1 cadre de santé au sein du SSR-CSAPA, 1 directeur d'établissement et 1 infirmier exerçant en CAARUD. La durée des entretiens variait de 08 min à 22 min. Six thématiques ont été investiguées et ont structuré le guide d'entretien semi-directif (en annexe 4) :

- La formation des équipes à la RDRDA

- Les programmes utilisés pour l'accompagnement des usagers
- Les modalités d'accompagnements dans une perspective de RDRDA
- La définition de la RDRDA
- La spécificité de la RDRD alcool par rapport à aux autres substances.
- Les usagers accompagnés uniquement pour alcool.
-

VI.1 La formation des professionnels recevant les usagers à la RDRDA

Les résultats issus de nos entretiens montrent un manque de formation vis-à-vis à la RDRDA spécifiquement pour les professionnels de terrain. La majorité des professionnels entretenue soutiennent avoir reçu une formation en RDRD pour toutes substances psychoactives confondues, mais pas spécifiquement à l'alcool. Ils ont mentionné que cette formation a été faite par la Fédération Addiction.

« Alors spécifiquement à l'alcool, je ne suis pas sûr après, donc on est une équipe pluridisciplinaire, il y a des médecins, des infirmiers, psychologues, assistantes sociales.

On est une toute petite équipe, je sais que mes collègues ont fait un DU d'addictologie et donc il y a des apports sur l'alcool et potentiellement un peu de réduction des risques. Je n'ai pas pris le temps de rediscuter avec eux, mais on n'a pas eu de formation spécifique sur cette question-là » rapporte Mr. M, psychologue en CSAPA.

Sur la totalité des entretiens, seulement un acteur nous a confié avoir bénéficié, lui et son équipe, d'une formation en RDRDA spécifiquement. Il s'agit de la formation proposée par Mr. X, formateur et consultant indépendant en RDRDA.

Mme G, médecin en CSAPA et en ELSA nous confie :

« J'ai eu l'occasion aussi d'aborder la réduction des risques alcool au sein du CSAPA avec une formation spécifique de réduction des risques avec Monsieur X ».

Cette formation évoquée par Mme G, vise à permettre à chaque consommateur d'alcool d'être accompagné dans ses pratiques et ses difficultés afin d'améliorer sa qualité de vie sans contrainte d'arrêt ou de contrôle de ses pratiques (44).

La formation en matière de RDRDA reste encore impensable pour certains professionnels spécialisés en addictologie, cela s'explique souvent par le fait que cette démarche ne fait pas partie de leur projet d'établissement. Ces structures proposent encore aux consommateurs d'alcool de manière formelle qu'un projet d'accompagnement, notamment d'arrêt limité à l'abstinence.

Mme R, cadre de santé au sein d'un SSR, nous a confié :

« Alors non, au sein des établissements on aborde dans notre prise en charge, l'aspect prévention de la rechute mais par contre nous, on est basés sur une prise en charge ou c'est l'abstinence en fait qui est au cœur de la prise en charge. Donc on ne travaille pas sur la réduction des risques. On n'est pas formé à ça. ».

VI.2 Utilisation de programme d'accompagnement par les intervenants

Lors des entretiens les professionnels ont en majorité (6 sur 7) indiqué ne pas s'appuyer sur des programmes spécifiques pour l'accompagnement des usagers. D'autres ne sont même pas au courant de leur existence. Ceux-ci insistent tous sur la nécessité d'avoir des programmes adaptés et outils pratiques pour une meilleure prise en charge des personnes.

« On ne s'appuie pas pour le moment sur des programmes, je ne sais même pas, en fait ce qui existe comme programme spécifique de réduction des risques alcool. » Rapporté Mr M, psychologue en CSAPA.

Seul un des acteurs nous a indiqué utiliser des programmes, il s'agit des programmes autour de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), des conditions physiques et des techniques de relaxation. Il nous indique qu'il existe plein de programmes de ce type qu'ils utilisent dans leur structure, mais qu'ils sont souvent confrontés à une difficulté dans leur mise en œuvre, du fait de la complexité à les adapter aux besoins des personnes accompagnées. Personnes dont les besoins varient en permanence.

Par ailleurs, la majorité des professionnels entretenus disent partir de la demande de la personne et adapter l'accompagnement en fonction de cette demande. En plus, ils soutiennent plus s'appuyer sur des outils que sur des programmes. Ces outils sont principalement des outils d'évaluation et d'auto-évaluation, il s'agit de tableaux et agendas de consommations permettant

d'avoir une idée sur les consommations, le rythme et l'impact qu'à la consommation sur la vie de l'utilisateur.

Comme nous l'a confié Mme B, infirmière d'addictologie en ELSA en ses termes :

« C'est plus avec des outils. Il y a les suivis de consommation avec des calendriers de consommation, à part ça il n'y a pas grand-chose hein ».

Mme G, médecin en CSAPA et en ELSA également nous confie :

« En fait, ça dépend comment lui est accessible et du coup, tout part de lui, [...] Je n'ai pas de trame défini à la base où je m'appuie, des fois ils vont ramener effectivement des tableaux comme ça où ils marquent leurs consommations et puis on parle de ça ».

VI.3 Les modalités d'accompagnement dans une perspective de RDRDA

Par contre, malgré le manque de formation des intervenants et de programmes adaptés à la RDRDA, on constate quand-même l'implication des acteurs désireux d'entreprendre des actions de RDRDA pour promouvoir cette démarche auprès des consommateurs d'alcool.

Comme nous le confi Mr. M, psychologue en CSAPA : *« Moi ça fait 10 ans que je travaille en addictologie. On a une réunion d'équipe hebdomadaire et c'est à partir de là qu'on crée et qu'on bricole ensemble. Bricole au sens noble du terme, c'est-à-dire on ajuste à chaque situation l'outil et on essaie de faire en sorte que ce soit adapté aux besoins ».*

Les entretiens nous renseignent que les pratiques de RDRDA sont souvent faites de manière intuitive. Elles semblent être non uniformes et variant d'un accompagnement à un autre selon la situation de la personne concernée. Ces accompagnements sont certes très hétérogènes pour les différents profils d'utilisateurs, néanmoins ils sont souvent très complémentaires. Les professionnels entretenus soutiennent partir des souhaits de la personne concernée avec une co-construction d'un plan personnalisé de soins et également d'un suivi régulier par une équipe pluridisciplinaire.

VI.4 Définition de la RDRDA

De nos entretiens, il en est ressorti qu'il y a encore une certaine confusion dans la définition de la notion de réduction des risques et dommages liés à la consommation de l'alcool. Cela laisse imaginer que cette notion n'est pas encore assez claire pour certains acteurs intervenant dans cette démarche. Certaines notions utilisées par les personnes entretenues portent d'ailleurs cette possible confusion. Par exemple, ce fut le cas de Mr A, infirmier en temps plein dans un CSAPA qui nous confie que :

« La réduction des risques, ça va être déjà commencer par baisser gentiment le nombre d'unités d'alcool ingurgitées dans la journée, [...] on leur rappelle bien de baisser doucement mais sûrement. Voilà, ça va être d'essayer de savoir avec précision un peu d'où on part pour pouvoir baisser un petit peu. Et après ça va être de l'accompagnement vers le soin, de l'accompagnement vers la cure, de l'accompagnement vers cure ambulatoire en CSAPA. »

Par compte, pour certains acteurs entretenus, les définitions de la notion de RDRDA vont dans le même sens et sont assez en adéquation et en cohérence avec les principes de la RDRDA. Tous ces acteurs parlent d'une approche globale co-construite avec la personne concernée, et le fait d'outiller la personne afin qu'elle puisse elle-même mieux gérer ses consommations et par conséquent, réduire les risques en lien avec cette pratique. Comme nous l'explique Mr. M, psychologue en CSAPA à ces termes :

« C'est changer un peu de postulat de travail. Bien sûr, on sait bien qu'il y a des personnes, que ce qui les sauvera c'est l'abstinence in fine. Mais si on n'exige pas d'emblée, Ben, c'est des personnes qu'on ne va plus revoir parce que la barre est trop haute en fait, donc on va être dans une recherche progressive de confort de vie en réduisant les quantités, l'intensité de la consommation, en essayant de comprendre à quoi ça sert cette consommation, de quoi ça protège et donc d'essayer de développer des compétences psychosociales, des compétences de traitement du stress, des émotions. Armer les personnes progressivement avant d'exiger qu'on enlève le produit immédiatement. Par ce que, si on ne les arme pas, bah du coup on se retrouve nu à nu sans leurs produits qui les protège et puis sans aucune compétence, par ailleurs, pour se protéger des aléas de la vie. ».

Ces acteurs ont également tous mentionné le fait de s'adapter à l'usager en fonction de ses besoins et capacités et sur l'importance de l'information faite aux personnes concernées pour déconstruire le sentiment de culpabilité et lutter contre l'exclusion.

VI.5 Spécificité de la RDRDA par rapport à la RDRD pour les autres substances

La majorité des professionnels entretenus sont unanimes sur le fait que la RDRDA soit spéciale et très difficile à mettre en place par rapport à la RDRD pour d'autres substances. Pour ces derniers, les raisons évoquées sont principalement le fait que l'alcool soit un produit licite, facilement accessible et surtout socialement admis, c'est un produit qu'on rencontre en tout temps fort de la vie ayant un côté hyper convivial dans la société et présentant encore un tabou assez important.

Mme A, assistante sociale explique : *« Moi je dirai que c'est plus difficile. C'est très difficile parce que c'est un produit qu'on trouve partout, parce que c'est un produit qui est socialement admis. Le mois sans alcool est une des préventions que l'on fait, mais avant d'arriver, de le mettre dans les mœurs c'est compliqué. C'est plus facile de faire le mois sans tabac que le mois sans alcool. Je dirais que l'alcool a ce foutu défaut. Voilà, moi je trouve que l'alcool est compliqué, parce qu'il est banalisé, parce que ça ne fait pas de mal et que vous trouvez encore une PUB partout, ils vont dire qu'un verre par jour, c'est bien, que boire un verre de Bordeaux Bah ça amène des vitamines qui sont nécessaires au corps. Voilà, vous trouverez et vous trouverez encore partout des endroits qui attaques la loi Evin, qui attaque toute la politique de prévention contre l'alcool. Moi je trouve que l'alcool est plus compliqué que n'importe quel autre produit à faire »*

Par ailleurs, certains acteurs soulignent également le danger que représente l'alcool vis-à-vis de son arrêt brusque. L'alcool est encore le seul produit ayant un risque mortel lors de son sevrage brutal.

Mr. M, psychologue en CSAPA : *« Oui, il y a une spécificité, c'est qu'aucun autre produit, à part l'alcool en tout cas connu à ce jour est aussi dangereux, finalement que l'alcool lors de l'arrêt. Donc moi quelqu'un qui me dit qu'il veut arrêter du jour au lendemain la cocaïne, le crack, la MDMA, ce genre de produit, bah c'est son choix, il peut le faire, je veux dire, je vais à la limite, on peut même l'encourager. Maintenant, quelqu'un qui nous dit, moi, je vais arrêter l'alcool comme ça du jour au lendemain et en plus il y a des personnes qui ont une force de caractère assez incroyable et qui seraient capables de d'y arriver même quitte à en mourir. Bah là, forcément, on a une attention particulière envers les consommations d'alcool. Notamment, si la personne souhaite arrêter comme ça assez brusquement, on rappelle souvent qu'il faut descendre relativement doucement où se faire accompagner vers une cure avec un traitement de médicamenteux type Valium. C'est en ça que je dirais que c'est assez spécifique. »*

VI.6 Usagers accompagnés seulement pour une consommation d'alcool

Les entretiens nous renseignent que l'alcool est le produit psychoactif le moins identifié dans les structures où exercent les acteurs entretenus. Ils estiment qu'une personne prise charge pour uniquement l'alcool est très rare et ces personnes sont souvent des ruraux. Les acteurs indiquent

que la majorité des usagers pris en charge pour alcool ont souvent d'autres produits associés. Par conséquent, le mécanisme le plus fréquent est la poly-consommation.

Mr M, psychologue en CSAPA rapporte : « *Quelqu'un qui est uniquement alcool, on a quelques-uns qui sont des ruraux, qui viennent sur la ville pour se soigner parce qu'il n'y a rien en zone rurale et qui sont plutôt âgés, c'est à dire, c'est des gens qui ont plus d'une cinquantaine d'années et qui n'ont pas touché au cannabis et qui, pour une raison X ou y ont arrêté le tabac, soit pour une raison de maladie, soit parce que ils en avaient plus les moyens. Mais voilà, moi je connais peu de personne qui sont qu'alcool. Je dirais que ça ne doit même pas représenter 2% de notre public. Les mécanismes de poly-consommation sont quand même les plus importants. Je vous dis le couple classique, c'est alcool tabac* »

Par ailleurs, une remarque qui revient souvent de nos acteurs entretenus est le fait que les usagers qui étaient sur des produits illicites (comme l'héroïne par exemple), généralement passent à l'alcool. C'est pourquoi, les acteurs ont souvent insisté sur la nécessité d'identifier les causes de la consommation afin de mieux adapter l'accompagnement à la situation de la personne.

VII. Analyse mixte

Dans cette partie, il s'agira de confronter les résultats statistiques descriptifs et les entretiens qualitatifs afin de les comparer et de les mettre en regard pour évaluer dans quelle mesure ils se confirment, s'étendent ou se contredisent et pour tirer une compréhension plus complète du sujet (61,64).

Cette analyse sera présentée sous forme de texte et de présentations conjointes (réunissant des tableaux et textes). Les quatre présentations conjointes montrent les résultats quantitatifs ainsi que les thèmes qualitatifs pour chaque construction liée (formation des professionnels, utilisation de programmes encadrant l'accompagnement des usagers, définition de la RDRDA et file active de personnes accueillies pour alcool uniquement), et la colonne qui suit décrit les inférences des méthodes mixtes.

VII.1 Formation des professionnels recevant des usagers à la RDRDA

Formation des professionnels							
Résultats quantitatifs				Résultats qualitatifs		Résultats mixte	
		Prise en charge des l'addictions		Réduction des risques		Réduction des risques liés à l'alcool	
Options de réponses	Oui, tous	41	39,80%	34	33,00%	13	12,62%
	Oui, plus de la moitié	27	26,21%	20	19,42%	18	17,47%
	Oui, la moitié	13	12,62%	10	9,71%	11	10,67%
	Oui, moins de la moitié	12	11,65%	24	23,30%	28	27,18%
	Non, aucun	9	8,73%	11	10,67%	29	28,15%
	Je ne sais pas	1	0,97%	4	3,88%	4	3,88%
	Sans réponse	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Total	103	100%	103	100%	103	100%
				<p>« Alors oui, mais pas uniquement qu'à l'alcool, c'est à dire que nous avons bénéficié il y a 2 ans de la formation de la Fédération addiction et ici, nous pratiquons la RDRD par rapport à n'importe quel mécanisme addictif ». Mme. A, assistante sociale depuis 11 en CSAPA.</p> <p>« Alors spécifiquement à l'alcool, je ne suis pas sûr [...] On est une toute petite équipe, je sais que mes collègues ont fait un DU d'addictologie et donc il y a des apports sur l'alcool et potentiellement un peu de réduction des risques. Je n'ai pas pris le temps de rediscuter avec eux, mais on n'a pas eu de formation spécifique sur cette question-là. Après, c'est quelque chose qu'on pratique. Je pense de manière un peu intuitive dans nos entretiens ». Mr. M, psychologue en CSAPA.</p>		Confirmation	

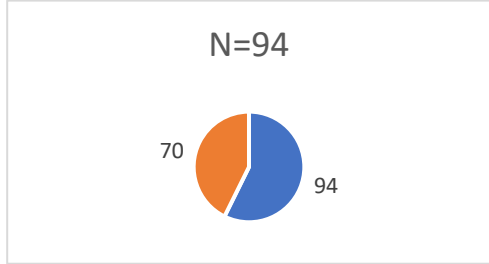
Les résultats issus des entretiens viennent confirmer ceux de l'enquête par questionnaire qui indiquent un taux de professionnels formés à la RDRDA faible par rapport à la RDR pour toutes substances confondues. La majorité des intervenants désireux de mettre en place des interventions dans une perspective de RDRDA n'est pas formés à cette démarche.

VII.2 Programmes encadrant l'accompagnement des usagers

Programmes encadrant l'accompagnement des usager		
Résultats quantitatifs	Résultats qualitatifs	Résultats mixte
<p>188 (91,0%)</p> <p>19 (9,0%)</p> <p>19 (9,0%)</p> <p>■ Non ■ Oui</p>	<p>« C'est plus avec des outils. Il y a les suivis de consommation avec des calendriers de consommation, à part ça il n'y a pas grand-chose hein.» Mme B, infirmière d'addictologie au sein d'une ELSA.</p> <p>« Alors non, parce que avec ces publics-là, les demandes et les soucis des gens peuvent varier tous les 2 mois, tous les mois, disons, on va essayer à chaque rendez-vous d'être dans une logique qui leur a été définie, c'est à dire qu'on va essayer avec la personne et l'équipe, de définir, je dirais, un fil conducteur et en ambulatoire pour le moment, nous n'avons pas de programme ». Mme A, assistante sociale en CSAPA.</p>	<p>Confirmation</p>

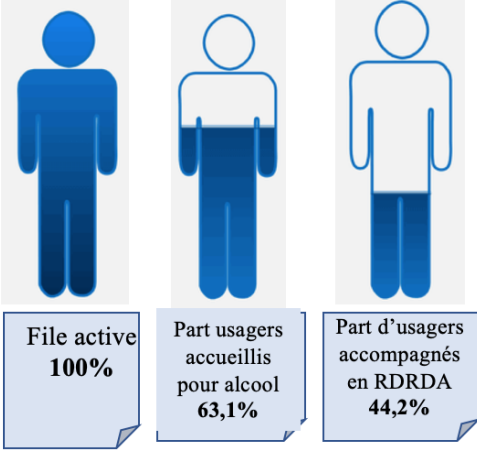
Les résultats quantitatifs montrent que peu de professionnels (seulement 19 sur 188) utilisent des programmes dans l'accompagnement des personnes consommatrice d'alcool. Ce qui est confirmé par les résultats qualitatifs.

VII.3 Définition de la RDRDA

Définition de la RDRDA		
Résultats quantitatifs	Résultats qualitatifs	Résultats mixte
 <p>La majorité des acteurs (70 sur 94) ont défini la réduction des risques liée à l'alcool comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la personne concernée dans sa demande tout en lui apportant les outils et informations nécessaires afin qu'elle puisse être actrice de sa propre santé, - Aller vers des objectifs envisageables et atteignables pour la personne, - Soutenir la personne concernée dans sa propre évaluation des consommations et des risques, - Avoir une posture de non jugement qui permet de faciliter la discussion autour des consommations d'alcool (être dans une écoute active et dans une empathie bienveillante) - Une prise en charge pluridisciplinaire médico-psycho-sociale. 	<p>« C'est changer un peu de postulat de travail. Bien sûr, on sait bien qu'il y a des personnes, que ce qui les sauvera c'est l'abstinence in fine. Mais si on n'exige pas d'emblée, Ben, c'est des personnes qu'on ne va plus revoir parce que la barre est trop haute en fait, donc on va être dans une recherche progressive de confort de vie en réduisant les quantités, l'intensité de la consommation, en essayant de comprendre à quoi ça sert cette consommation, de quoi ça protège et donc d'essayer de développer des compétences psychosociales, des compétences de traitement du stress, des émotions. Armer les personnes progressivement avant d'exiger qu'on enlève le produit immédiatement. Par ce que, si on ne les arme pas, bah du coup on se retrouve nu à nu sans leurs produits qui les protège et puis sans aucune compétence, par ailleurs, pour se protéger des aléas de la vie ». Mr. M, psychologue en CSAPA.</p> <p>« Bah en fait, pour moi, vous voyez j'englobe dans la dimension de prendre soin de la personne avec cette technique, c'est en fonction de l'usage jusqu'à la dépendance. Comment, à travers nos prises en charge globale, on va pouvoir faire en sorte de l'accompagner à une meilleure gestion, donc à réduire les risques somatiques, psychologiques, sociaux, environnementaux de la personne en lien avec son usage actuel ». Mr G, directeur de CSAPA.</p>	<p>Confirmation</p>

La confrontation des deux résultats quantitatifs et qualitatifs concernant la définition de la RDRDA a révélé une confirmation. Les résultats qualitatifs viennent donner des explications plus détaillées aux éléments des résultats quantitatifs pour une meilleure compréhension.

VII.4 Part de personnes accompagnées dans une perspective de RDRDA

Usagers accompagnés dans une démarche de RDRDA		
Résultats quantitatifs	Résultats qualitatifs	Résultats mixte
 <p>File active 100%</p> <p>Part usagers accueillis pour alcool 63,1%</p> <p>Part d'usagers accompagnés en RDRDA 44,2%</p>	<p>« Donc l'alcool est un produit associé. Effectivement, on va accompagner les personnes au niveau alcool, mais pas que. J'entends par là qu'on a quasiment aucun usager qui vient chez nous avec une demande de réduction des risques uniquement sur l'alcool ».</p> <p>Mr. B, infirmier en temps plein en CAARUD.</p>	<p>Confirmation</p>

La confrontation des deux résultats quantitatifs et qualitatifs révèle une fois encore une confirmation. Les usagers accompagnés dans une perspective de RDRDA restent effectivement les moins représentés.

VIII. Discussion

En somme, les points majeurs qui sont ressortis de nos études (quantitative et qualitative) sont :

- Le peu de personnes qui sont accompagnées dans une démarche de RDRDA.
- Une définition de la RDRDA qui reste encore floue.
- Enfin, un manque de moyens vis-à-vis de la mise en œuvre de la RDRDA (formation des professionnels, manque d'outils pratique et d'investissement des programmes).

Par ailleurs, les résultats tirés de nos deux études sont convergents sur la majorité des points. D'une part, il en est ressorti une moindre représentation des usagers accueillis uniquement pour une consommation d'alcool et accompagnés dans une démarche de RDRDA. En effet, le concept de la RDRD reste spontanément associé en France à des programmes destinés en priorité aux consommateurs de drogues illicites, et moins souvent aux consommateurs d'alcool. Toutefois, comme le rappelle la MILDECA : « *Au-delà de l'acception traditionnelle du concept de réduction des risques centré sur l'usage de drogues illicites (notamment par voie intraveineuse), la réduction des risques et des dommages se développe pour d'autres substances psychoactives, notamment l'alcool* » (65).

D'autre part, nos deux études montrent bien que la définition de la RDRDA soit assez en adéquation et en cohérence avec les principes et valeurs de celle-ci. Toutefois, des professionnels ont encore quelques confusions autour de la définition de la RDRDA et de ses modalités d'intervention. Cette remarque a été aussi mise en évidence dans le rapport de l'association Addiction France (ex ANPAA) d'octobre 2020 (66). De même, l'OFDT fait le même constat « *faute d'une culture commune en RDRDA, les intervenants s'approprient différemment les missions qui leur sont confiées* » (67). Ces délimitations parfois floues, peuvent générer une très grande diversité de pratiques.

En outre, il en est ressorti, qu'il existe non seulement un manque d'investissement dans les programmes existant et d'outils pratiques, mais également de formations des professionnels intervenant dans ce domaine afin de répondre aux besoins des personnes consommatrices d'alcool dans une démarche de RDRDA. Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 MILDECA rappelle ce constat. Dans ce plan, l'accent est également mis sur le manque de formation des professionnels de santé de premier recours (68).

Par conséquent, les interventions de RDRDA nécessitent des professionnels formés, disposant d'un ensemble de compétences et de connaissances et maîtrisant les principes essentiels de la RDRDA. Cependant, la formation de tous les intervenants (du secteur social, médical et médico-social) recevant et accompagnant des consommateurs d'alcool est nécessaire pour diffuser cette approche, car elle représente un enjeu majeur (69). Dans son récent rapport, Benech préconise entre autres, l'élaboration d'un référentiel national de formation qui permettrait de veiller à la qualité des formations dispensées en RDRDA (69).

Selon une étude réalisée en 2015 par Junqueira et al. sur l'évaluation des attitudes et des connaissances des étudiants en soins infirmiers avant et après une formation sur un programme d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool, cette évaluation a montré un changement positif statistiquement significatif dans les connaissances et les attitudes personnelles et professionnelles des étudiants en soins infirmiers dans le travail avec des personnes consommatrices d'alcool après la formation (70).

En ce qui concerne le point sur les modalités d'accompagnement dans une perspective de RDRDA, les valeurs et principes devant guider ce type d'accompagnement, conçus comme une réponse respectueuse des droits et de la dignité de l'utilisateur, dénués de jugement moral et résolument pragmatiques, font consensus parmi les acteurs de l'addictologie (36). En revanche, la manière de faire vivre ces valeurs et principes à travers des actions concrètes n'est pas encore précisée.

Si les objectifs, les modalités, les lieux d'intervention et les pratiques de RDRD en matière de stupéfiants sont clairement définis (39), il n'existe en effet à ce jour aucune ligne directrice officielle encadrant de manière précise les pratiques d'accompagnement de la consommation d'alcool en RDRDA (69). Cette situation n'a pas empêché l'émergence de nombreuses initiatives, souvent encouragées par les pouvoirs publics, et soutenues par l'intermédiaire de programmes de financements d'actions innovantes ou expérimentales (71). Cependant l'absence de recommandations opérationnelles rend la tâche difficile pour les professionnels (71). De notre étude, il en est ressorti très souvent des professionnels qui disent ne pas avoir de trame définie sur laquelle s'appuyer. De même, une enquête réalisée en 2015 par la Fédération Addiction met en lumière ce manque d'outils et de repères pour la RDRDA : « *Faute d'outils et d'assise conceptuelle, les équipes peinent à définir un plan d'action sur la réduction des risques liés à la consommation d'alcool* » (72).

La mise en place d'interventions dans le cadre d'une démarche RDRDA ne s'improvise pas et nécessite à la fois des temps de travail et de formation pour les professionnels afin qu'ils "sachent quoi dire et comment le dire" en fonction des personnes rencontrées et des arguments développés.

Par ailleurs, notre étude démontre une représentation moindre des personnes accueillies pour une consommation d'alcool et par conséquent, une moindre représentation de ce public également pour un accompagnement dans une perspective de RDRDA. En effet, il serait important dans les recherches futures de se concentrer sur la compréhension des raisons qui motivent la faible participation de ce public aux programmes de RDRDA.

IX. Conclusion

L'ensemble du travail a permis de comprendre les différentes modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool par les différents professionnels intervenant dans ce domaine. Ce travail nous a permis par ailleurs de mettre en évidence certains leviers et difficultés rencontrés par ces acteurs de terrain.

Les professionnels ont enrichi ce travail en acceptant d'évoquer leurs difficultés et de questionner leurs pratiques professionnelles. Les difficultés majeures mentionnées sont l'absence de formation et le manque de moyens pratiques (programmes, outils...) qui sont des freins considérables dans la mise en place d'intervention dans une démarche de RDRDA. Cette difficulté est reconnue par tous les acteurs : que ce soit par ceux du secteur social, médical et médico-social. En outre, nous constatons que malgré une définition de la RDRDA assez en adéquation avec ses principes par les acteurs, son application sur le terrain reste quand même difficile.

De plus, on constate que les actions de RDRDA sont encore mal connues, et ce, également par les professionnels susceptibles d'être en contact avec des consommateurs d'alcool. Face à cette méconnaissance, qui est source d'inquiétude et de maladresse de la part des différents professionnels, des actions de formation devraient être menées par des professionnels spécialisés en RDRDA.

A cela s'ajoute, la non-existence de ligne directrice officielle encadrant de manière précise les pratiques d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool en RDRDA, ce qui rend la tâche difficilement applicable pour les acteurs de terrain. Les principes et valeurs de la RDRDA donnent envie de les rendre opérationnels, par contre, il faut aussi avoir les moyens de le faire. Les différentes actions de RDRDA mises en place par les professionnels dans les différentes structures semblent cohérentes les unes des autres et tiennent tous en compte les souhaits des personnes concernées, mais c'est dans leurs applications sur le terrain qu'elles diffèrent. Ainsi, l'élaboration d'un référentiel national de formation qui permettrait de veiller à la qualité des formations dispensées en RDRDA comme préconisé dans le récent rapport de Benech (69), tout en incluant tous les professionnels recevant les usagers d'alcool. Mais également, en faisant un diagnostic précis sur les consommateurs d'alcool acceptant un accompagnement en RDRDA. Et enfin, en recensant les différentes actions de RDRDA imaginées et mises en place par des acteurs désireux de promouvoir cette démarche, cela permettrait une meilleure structuration de ces actions et leur évaluation afin de les diffuser et les faire connaître par les différents acteurs intervenant dans ce domaine. Aussi, cela permettrait

d'améliorer la compréhension des objectifs de la RDRDA, faire accepter les actions entreprises et leurs bénéficiaires. De plus, Ceci éviterait aux personnes consommatrices d'être prises dans des discours opposant la RDRA à l'abstinence. L'ensemble de ces éléments faciliterait le travail avec la personne grâce à un accompagnement adapté et spécialisé.

X. Bibliographie

1. Naassila M. Alcool : plaisir ou souffrance ? : Une question de santé publique. Editions Le Muscadier; 2017. 130 p.
2. Nutt D, King L, Phillips L, Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 376: 1558-1565. *Lancet*. 1 oct 2010;376:1558-65.
3. Politique de santé publique en matière de consommation d'alcool - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/politique-de-sante-publique-en-matiere-de-consommation-d-alcool>
4. Risques pour la santé - Consommation d'alcool - OCDE Data [Internet]. theOECD. 2021 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <http://data.oecd.org/fr/healthrisk/consommation-d-alcool.htm>
5. OECD. Panorama de la santé 2021: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021 [cité 26 août 2022]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2021_fea50730-fr
6. BACH C, CHARTRON A, ROUZIES P, THOMAS B. L'environnement social, une influence à relativiser - Addictions et Jeunesse [Internet]. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/addictionsetjeunesse/home/l-influence-de-l-envi>
7. Les conséquences de la consommation d'alcool [Internet]. INSPQ. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/alcool-consequences-consommation>
8. Gallopel-Morvan K, Spilka S, Mutatayi C, Rigaud A, Lecas F, Beck F. France's Évin Law on the control of alcohol advertising: content, effectiveness and limitations. *Addiction*. 2017;112(S1):86-93.
9. Insem. *insem-expertisecollective-alcool2021-synthese.pdf* [Internet]. 2021 [cité 23 août 2022] p. 138. Disponible sur: <https://www.insem.fr/wp-content/uploads/2021-05/insem-expertisecollective-alcool2021-synthese.pdf>
10. Baromètre de Santé publique France. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. 2018 [cité 27 août 2022]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html#ref-9
11. Richard JB, Palle C, Guignard R, Nguyen V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. 2019;6.
12. Roerecke M, Rehm J. Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. *BMC Medicine*. 21 oct 2014;12(1):182.
13. Badéyan G, M.C M, H V, SANTE MDL, Haute-Normandie OR de la S de la HNO. Les risques d'alcoolisation excessive des patients ayant recours aux soins un jour donné. *Actualité et dossier en santé publique*. sept 2002;(n° 40):11-6.
14. Rehm J, D. Shield Kevin. Global Alcohol-Attributable deaths From Cancer, Liver Cirrhosis, and Injury in 2010. 2014;10.
15. Wedegaertner F, Geyer S, Arnhold-Kerri S, Sittaro NA, te Wildt B. Alcohol use disorder-related sick leave and mortality: a cohort study. *Addict Sci Clin Pract*. 30 janv 2013;8(1):3.
16. Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Res Health*. 2011;34(2):135-43.
17. Marant Micallef C, Shield K, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G, et al. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France

métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. 26 juin 2018;

18. OMS. Alcool [Internet]. 2022 [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
19. Le Borgès E, Quatremère G, Andler R, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, Spilka S, et al. Consommation de substances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés. État des lieux des modes et niveaux de consommation, et facteurs associés. 2019;45.
20. Kopp P. Le coût social des drogues en France - Note de synthèse - OFDT [Internet]. 2015 [cité 1 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/>
21. Paille F. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. :10.
22. médicale (Inserm) I national de la santé et de la recherche. Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement [Internet]. Les éditions Inserm; 2014 [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/5966>
23. DeWit DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry*. mai 2000;157(5):745-50.
24. Georgie J M, Sean H, Deborah M C, Matthew H, Rona C. Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21 years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. mars 2016;111(3):391-407.
25. Les conséquences de la consommation d'alcool [Internet]. INSPQ. [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/alcool-consequences-consommation>
26. Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR). Bilan 2020 de la sécurité routière | Observatoire national interministériel de la sécurité routière [Internet]. 2021 [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/etat-de-l-insecurite-routiere/bilans-annuels-de-la-securite-routiere/bilan-2020-de-la-securite-routiere>
27. Mosel S. Alcohol Relapse | Relapse Rates, Statistics, Prevention & Help [Internet]. DrugAbuse.com. 2022 [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: <https://drugabuse.com/alcohol/relapse/>
28. Cohen E, Feinn R, Arias A, Kranzler HR. Alcohol treatment utilization: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*. 12 janv 2007;86(2):214-21.
29. Rehm J, Allamani A, Elekes Z, Jakubczyk A, Manthey J, Probst C, et al. Alcohol dependence and treatment utilization in Europe – a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Fam Pract*. 29 juill 2015;16(1):90.
30. Anton RF. What Is Craving? *Alcohol Res Health*. 1999;23(3):165-73.
31. Overman GP, Teter CJ, Guthrie SK. Acamprosate for the adjunctive treatment of alcohol dependence. *Ann Pharmacother*. août 2003;37(7-8):1090-9.
32. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 25 janv 2005;(1):CD001867.
33. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 nov 2012;11:CD000146.
34. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD002207.
35. Tiffany ST, Wray JM. The clinical significance of drug craving. *Ann N Y Acad Sci*. févr 2012;1248:1-17.
36. Wray J, Godleski S, Tiffany S. Cue-Reactivity in the Natural Environment of

Cigarette Smokers: The Impact of Photographic and In Vivo Smoking Stimuli. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 9 mai 2011;25:733-7.

37. Kale R. The Treatment Gap. *Epilepsia*. 2002;43(s6):31-3.

38. Fédération Française d'Addictologie. 1ère audition publique 2.0: Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition [Internet]. 2016 [cité 12 sept 2022] p. 19. Disponible sur: <https://idpc.net/fr/publications/2016/04/1ere-audition-publique-2-0-rapport-d-orientation-et-recommandations-de-la-commission-d-audition>

39. Actal n°13, décembre 2013 - Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ? [Internet]. Fédération Addiction. 2014 [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/actal-n13-decembre-2013-reduction-risques-nouveau-paradigme-addictions/>

40. Article L3411-8 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 7 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031917375/

41. L'Essentiel sur... La réduction des risques et des dommages | MILDECA [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-sur-la-reduction-des-risques-et-des-dommages>

42. LOI n° 2016-1428 du 24 octobre 2016 relative au renforcement de la sécurité de l'usage des drones civils (1). 2016-1428 oct 24, 2016.

43. Chapitre II : Des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité (Articles 122-1 à 122-9) - Légifrance [Internet]. [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006149818/#LEGISCTA000006149818

44. Fieulaine M. Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ? Risques alcool : changer de paradigme pour accompagner les personnes dans leurs usages. *Alcoologie et Addictologie*. 18 déc 2017;39(4):364-72.

45. WHO. CONSTITUTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ [Internet]. 1946 [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

46. International Harm Reduction Association. QU'EST-CE QUE LA RÉDUCTION DES RISQUES ET MÉFAITS? POSITION DE L'IHRA (International Harm Reduction Association) sur la DÉFINITION de la RÉDUCTION DES MÉFAITS. 2010 [cité 11 sept 2022]; Disponible sur: https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_French.pdf

47. Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à L1110-13) - Légifrance [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000045212793/2022-09-12/?isSuggest=true>

48. Michel L, Morel A. 12. Alcool et réduction des risques [Internet]. Dunod; 2012 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-la-reduction-des-risques--9782100582150-page-186.htm>

49. Morel A, Couteron JP. Chapitre 4. Quatre clés pour comprendre les addictions. In: *Les conduites addictives* [Internet]. Paris: Dunod; 2008 [cité 12 sept 2022]. p. 65-92. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-conduites-addictives--9782100510832-p-65.htm>

50. *reduction_des_risques_cocaine_basee_guide_professionnels*. [Internet]. 2013 [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: https://rvh-synergie.org/images/stories/pdf/BD_GuideCrack_2013.pdf

51. BORDEAUX : C.A.A.R.U.D. DE BORDEAUX - Centre d'accueil et

- d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) - Contacts et Informations [Internet]. [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/?p=caarud-330020009&details=caracteristiques>
52. Liss D. À Haguenau, en Alsace, une salle de consommation d'alcool sur le modèle des salles de shoot [Internet]. Causette. 2021 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.causette.fr/societe/initiatives/en-alsace-un-lieu-daccueil-pour-les-personnes-alcooliques-les-aide-a-sortir-la-tete-hors-de-leau>
 53. Programme Alcochoix+ / Mes Choix | CIUSSSCN [Internet]. [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/services/vivre-sante/alcochoix>
 54. santé ! Déploiement de la méthode d'intervention « iaca » [Internet]. Sante. 2021 [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.sante-alcool.fr/post/dploiement-de-la-methode-d-intervention-iaca>
 55. Martin-Fernandez J, Stevens N, Moriceau S, Serre F, Blanc H, Latourte E, et al. Realist evaluation of the impact, viability and transferability of an alcohol harm reduction support programme based on mental health recovery: the Vitae study protocol. *BMJ Open*. 11 août 2022;12(8):e065361.
 56. Conso-Repère, programme d'apprentissage du contrôle de sa consommation d'alcool [Internet]. OSCARS. 2018 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.oscarsante.org/nouvelle-aquitaine/action/detail/43298>
 57. Guével MR, Pommier J, Absil G. Chapitre 17. Articuler des méthodes qualitatives et quantitatives. Illustrations de la conceptualisation par les méthodes mixtes. In: *Les recherches qualitatives en santé* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016 [cité 24 oct 2022]. p. 296-311. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-p-296.htm>
 58. O' Cathain A. Editorial: Mixed Methods Research in the Health Sciences: A Quiet Revolution. *SAGE Publications*. 2009;3-6.
 59. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 2e éd. SAGE; 2011. 489 p.
 60. Greene JC, Caracelli VJ, Graham WF. Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational evaluation and policy analysis*. 1989;11(3):255-74.
 61. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications; 2017. 776 p.
 62. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*. 2010;102(3):23-34.
 63. Haute Autorité de Santé (HAS). Outil pour l'amélioration des pratiques_projet_therapeutique_individualise.pdf [Internet]. 2016 [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_01_projet_therapeutique_individualise.pdf
 64. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving Integration in Mixed Methods Designs—Principles and Practices. *Health Services Research*. 2013;48(6pt2):2134-56.
 65. MILDECA. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 – 2022. 2018;132.
 66. ANPAA. Réduction des risques alcool en centre d'hébergement [Internet]. 2020. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1UIsWRHVMarV_b8kEQJW2INCZih-J5kKa/view
 67. Abgrall E, Milhet M. Les pratiques professionnelles dans le champ des addictions. 2019;17.
 68. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan->

gouvernemental/mobilisation-2018-2022

69. Benech G. La réduction des risques et dommages liées à l'alcool (RdRDA). Historique, pratiques, analyse et propositions. [Internet]. 2021 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: https://www.addictaide.fr/wp-content/uploads/2021/01/Rapport-F2A_RdRD-Alcool_Janvier-2021_FIN.pdf
70. Junqueira MA de B, Rassool GH, Santos MA dos, Pillon SC. The Impact of an Educational Program in Brief Interventions for Alcohol Problems on Undergraduate Nursing Students: A Brazilian Context. *J Addict Nurs.* sept 2015;26(3):129-35.
71. Fédération Addiction. Réduction des risques: le nouveau paradigme des addictions ? [Internet]. 2013 [cité 16 nov 2022]. Disponible sur: https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2014/04/actal13_RDR_siteweb.pdf
72. Fédération Addiction. Agir-en-reduction-des-risques-1.pdf [Internet]. 2015 [cité 16 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/01/Agir-en-reduction-des-risques-1.pdf>