

Réduction des dommages
associés à la consommation
d'alcool

Réduction des risques et des dommages

Interventions non médicamenteuses pour une
prise en charge des consommateurs à risque
ou dépendants

Rôle des ELSA et des établissements de santé

Pierre Polomeni

WEBINAIRE

Mercredi 29 septembre 2021

ELSA France

Expert pour l'INSERM en 2011 et 2021 pour les expertises collectives RDR usagers de drogues / alcool

Pas de conflit d'intérêt

La réduction des risques et des dommages

La RDRD s'est développée depuis les années 80, comme technique ou postulat afin de limiter ou d'éviter une altération de la santé des usagers, du fait de leur consommation de drogues.

Plusieurs concepts ont été développés, tel que le gradualisme qui construit un pont entre les différentes postures de prise en charge. « L'approche gradualiste est un enrichissement mutuel entre l'abstinence et la RDRD en mettant l'accent sur les forces respectives et la complémentarité de ces deux paradigmes » .
(Marlatt, 1996)(Kellogg 2003).

La loi no 2016-41 du 26 janvier 2016 dite de Modernisation du Système de Santé renforce le principe en dépassant le seul risque infectieux, élargit le périmètre de la RDRD à l'ensemble des substances psychoactives

Elle se conçoit comme des interventions tout au long du comportement de consommation, ce qui implique des adaptations et des méthodes différentes selon les temps de vie de l'utilisateur : elle construit des attitudes en faisant alliance avec les compétences et les besoins des usagers (*Harm Reduction Therapy, Denning, 1998*).

Elle évite des attitudes stigmatisantes, moralistes, pour se rapprocher de l'utilisateur-citoyen respecté dans sa manière de vivre.

-
- 1.l'usager, acteur de sa santé ;
 - 2.la reconnaissance des droits humains ;
 - 3.des principes communs à toute politique de santé publique ;
 - 4.la priorité de santé et la hiérarchie des risques ;
 - 5.la promotion de la santé et la participation communautaire ;
 - 6.une offre de services adaptés aux prises de risque ;
 - 7.l'exigence de résultats et l'évaluation ;
 - 8.des politiques de drogues fondées sur des faits.

(Coppel 2016)

Pratiques professionnelles de la RDRD

1. l'accueil et l'accompagnement : la construction de l'alliance ;
2. la mobilisation individuelle et collective des ressources;
3. la négociation des priorités de l'action, une approche pragmatique et progressive ;
4. les pratiques de médiation et RdRD pour l'environnement ;
5. les expérimentations, nouvelles pratiques et empowerment des équipes

(repérage) Intervention brève: une volonté et un savoir-faire, des outils

Des Outils

Pour les UDIV et UD

- Seringues (steribox, vente, PES, distance...)
- TSO
- Naloxone
- Filtres
- Pipes
- Préservatifs (+)
- « roule ta paille »
- SCMR
- TREND et testing
- Flyers
- CAARUD

(Beck, 2016)

Pour le Tabac, le cannabis, l'alcool

- Filtres
- Vapoteurs
- patch
- ...
- Herbe / résine
- Cannabis 2.0
- Filtres
- CBD
- ...
- Réduction des quantités
- Dry January
- RPIB
- SOCIAL

Des Outils

Conseil Minimal

Intervention brève

Entretien motivationnel (*Discuté; Foxcroft –Cochrane 2014; Grant 2015*)

FACE

Mesures et dosages

RPIB

Auto mesures (dont applications)

TCC modifier habitudes et comportements (*Alcochoix – Vernalde 2012*)

Psychothérapies

Médicaments

Réseau et orientation

La réduction des risques et des dommages appliquées à l'alcool

En matière d'alcool, la RDRD s'est **imposée plus tardivement**, d'abord en opposition avec l'abstinence, puis en lien avec elle, lorsque des liens forts ont été prouvés entre risques et quantité d'alcool consommé : l'atténuation des dommages est proportionnelle à la baisse des consommations (*Maremmanni et coll., 2015*). Cet « **usage moins nocif de l'alcool** », faisant écho à « l'injection à moindre risque » a été accompagné par la reconnaissance d'un certain nombre de postures soignantes (*Sobell, 1973*) et d'outils, médicamenteux ou non, susceptibles d'améliorer la qualité de vie des personnes.

Objectifs:

- Faciliter l'accès aux soins à un usager acteur de sa santé,
- Réduire les dommages liés à l'usage d'alcool,
- Proposer une alternative à une approche « zéro tolérance » et promouvoir l'accès à des services ou des méthodes différents des services traditionnels.

Elle est essentiellement basée sur une réduction des consommations, qui montre dans de multiples travaux son influence majeure dans la réduction des dommages.

S'opposer au marketing des alcooliers et renforcer la Loi Evin sont des actions de réduction des risques. (*recommandations INSERM 2021*)

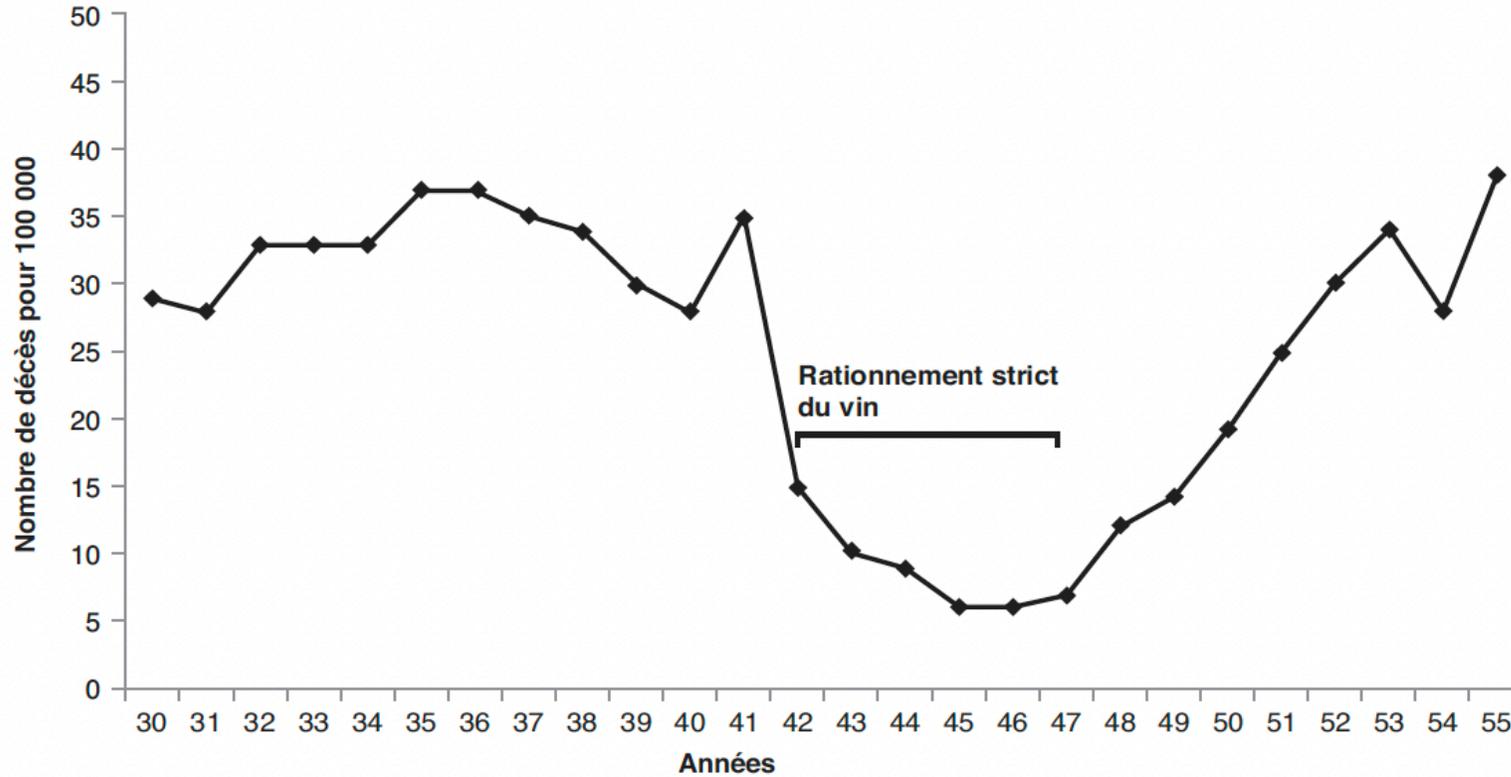


Figure 2.1 : Nombre de décès par cirrhose pour 100 000 dans la ville de Paris entre 1930 et 1955 (d'après Schwartz et coll., 2019)

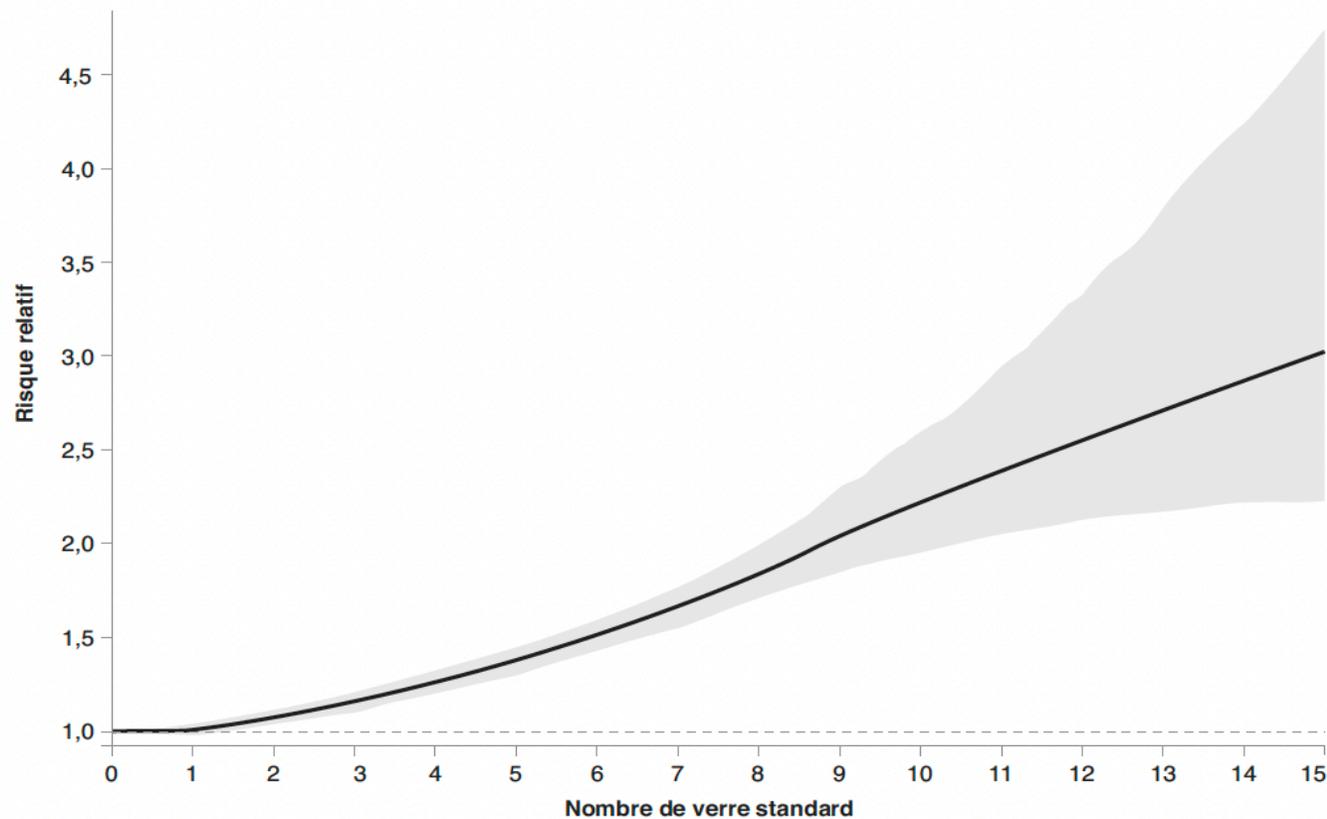


Figure 2.7 : Risque relatif d'années de vie en bonne santé perdues (ajustement sur l'âge) en fonction de la consommation quotidienne d'alcool en 2016 et pour les deux sexes (d'après Griswold et coll., 2018)

La consommation d'alcool est exprimée en nombre de verre standard (10 g d'éthanol pur par verre).

La réduction des risques et des dommages appliquées à l'alcool

Ce « **principe de santé** » exige d'aller vers des usagers, de tenir compte de leurs compétences et de leurs choix ; elle utilise des méthodes thérapeutiques, différentes et complémentaires des outils de sevrage, utilisées dans des temps différents de son parcours pour une personne donnée.

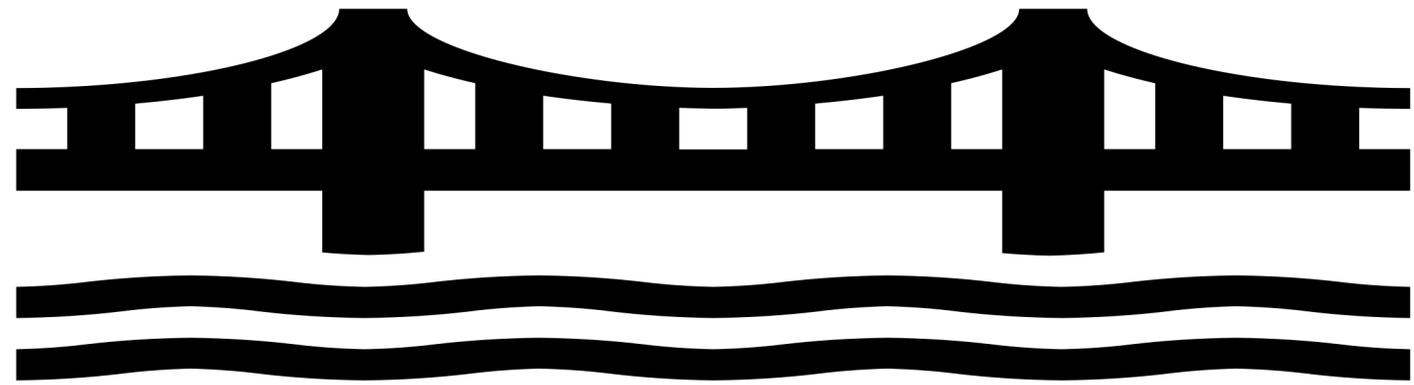
« Start where the client is » impose d'accepter l'autre tel qu'il est et de construire avec lui une réponse à ses besoins (*Vakharia et Little, 2017*). Ainsi, avoir une **vision « chronologique du parcours de vie »** d'un usager (*Coppel, 2016*) doit amener à faire le meilleur choix (intervention, outil...) à chaque moment de sa vie, **intégrant l'abstinence**. Il faut en déduire une position centrée sur un « ici et maintenant », en aidant à aménager la rencontre entre un individu et un produit, en s'adaptant aux conditions de la consommation (*Jauffret-Roustide, 2011*).

C'est une dimension pragmatique de santé publique qui rompt avec la condamnation des consommations et des consommateurs(*Tatarsky, 2003*).

Les **Managed Alcohol Programs** canadiens (*Muckle, 2012*) et certaines associations européennes par exemple, privilégient le maintien du lien avec l'utilisateur, base d'une prise en charge, par des postures acceptant la présence de boissons alcoolisées.

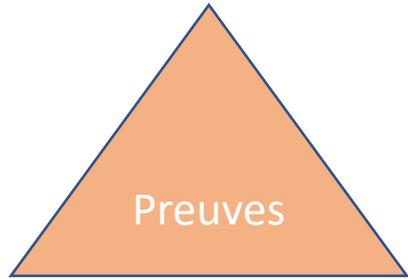
RDRD = RDC

Sevrage
abstinence



Tolérance
Maintien et
Accompagnement
des
consommations

Femmes enceintes
Activité professionnelle
TCLA
Gravité somatique
Alcool « gâchette »



Refus de diminuer
Alcool toxique
Maintien du lien
RDRD « sociale »

RDRD « quand même »

Les équipes
Cohabitation avec
Respect du parcours de chacun

La réduction des risques et des dommages appliquées à l'alcool

Les techniques d'interventions brèves (RPIB) et d'entretien motivationnel (en particulier pour les intervenants de premier recours) permettent d'augmenter le nombre de personnes prenant conscience de leur consommation, d'identifier des améliorations possibles et l'accès aux soins (*NICE, 2011; (Connor et coll., 2016 ; Mann et coll., 2017).*

Sur le plan du soin, associée parfois à certains médicaments, la réduction des consommations est obtenue grâce à différents types d'entretiens, ciblant la quantification précise des boissons absorbées, les «manières de boire », et la fixation d'objectifs réalistes avec une hiérarchie des risques, adaptés aux possibilités des personnes qui sont partie prenante de cette réduction et de ces objectifs.

Des outils: de lien, au cours de la consultation, d'ouverture vers un partenariat.

La mobilisation d'associations, de patients experts, l'éducation thérapeutique sont nécessairement associés.

Les soignants devraient être intéressés à cette démarche, avoir des compétences et croire en leurs possibilités d'interventions ! Ces facteurs limitants peuvent être atténués par des rencontres avec des associations (*Kastenholz et Agarwal, 2016).*

Interventions non médicamenteuses pour une prise en charge globale adaptée à la sévérité des troubles, des consommateurs à risque d'alcool à la dépendance

Parallèlement à ces méthodes ou techniques, deux modalités d'interventions ou de soutien se distinguent et présentent un intérêt majeur:

- **Les groupes d'auto-support ou d'entraide (par exemple Alcooliques Anonymes)** dont le rôle, bien identifié dans de multiples publications, d'aide à la motivation et d'accompagnement renforce les capacités de résilience des usagers (*Brooks et coll., 2017*)[...].
- **Les interventions utilisant Internet ou des applications (OZ...) sur un ordinateur ou un smartphone** participent à un meilleur repérage, à une meilleure évaluation, à une bonne diffusion de messages informatifs, et multiplient les possibilités de consultations (*Quanbeck et coll., 2014*) [...].

En conclusion ?

Une réduction des risques et des dommages, médicale, addictologique, « psy », sociale?

Définir les objectifs et les preuves

Moins de 10% des patients suivis / 10 à 30% reçoivent un traitement (basé sur l'abstinence) / 20 à 80% préfèrent une réduction des consommations (« the patient preference »)

(Van Amsterdam 2013) (Maremmanni 2015) (Kohn 2004)

(Les limites des sevrages itératifs)

Une rencontre imposée, le défi du temps court