

INTERVIEW

Catherine Delorme et Françoise Etchebar par Natalie Castetz

Catherine Delorme, présidente de la Fédération Addiction et directrice d'établissements médico-sociaux en addictologie, et Dre Françoise Etchebar, médecin généraliste et addictologue en CSAPA, reviennent sur l'évolution de la réduction des risques appliquée à l'alcool en France. Elles expliquent comment cette approche centrée sur la personne transforme progressivement les pratiques d'accompagnement, malgré les résistances et les enjeux économiques qui freinent encore son déploiement (réd.).



Natalie Castetz: L'alcool occupe une place centrale dans la culture française mais les dernières statistiques révèlent des changements dans la consommation.

Catherine Delorme: Nous constatons que la consommation des boissons alcoolisées poursuit sa baisse depuis les années 60: les Français-e-s boivent de moins en moins d'alcool. Certes, les modes de consommation ont changé, avec une forte réduction de la consommation de vin, en particulier du vin de table, de mauvaise qualité et de faible coût, mais nous voyons un engouement plus important pour la bière et les spiritueux, liés à l'after-work et au week-end, et la pratique du binge-drinking se maintient.

En 2023, 82,5 % des adultes ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois et 7 % de façon quotidienne¹. Environ 41 000 décès par an

sont imputables à l'alcool qui est le deuxième produit derrière le tabac, avec un coût social estimé en 2019 à 102 milliards d'euros². En fait, la consommation d'alcool baisse, les usages sont moins fréquents mais se font plus intenses. La France reste ainsi l'un des pays les plus consommateurs d'Europe occidentale et cette consommation est bien un enjeu majeur de santé publique.

Et cette baisse globale doit être analysée au prisme des effets des inégalités de santé et de genre, et donc des conséquences des stigmatisations des personnes usagères: précarités et exclusion sociale, âge et genre dévoilent ainsi des consommations spécifiques, dans les dommages autant que dans les risques.

Natalie Castetz: Comment s'est développée la politique de santé publique en termes de réduction des risques (RDR) appliquée à l'alcool?

Dre Françoise Etchebar: C'est dans les années 80 que la RDR, venue d'autres pays, s'est imposée en France, mais sous couvert du risque Sida, comme en témoigne une première institutionnalisation avec la loi de santé 2004, dans le chapitre lutte contre les maladies infectieuses. Il faudra attendre 2016, et la loi de santé publique du 26 janvier, pour qu'elle soit reconnue de plein droit, autant pour les drogues illicites que licites.

Cela a été un tournant avec la reconnaissance de la nécessité d'interventions spécifiques pour réduire les risques et les dommages associés à la consommation d'alcool, au-delà des approches traditionnelles centrées sur l'abstinence.

Catherine Delorme: Il y a une certaine confusion dans la sémantique employée dans les textes officiels, ou par les professionnel·le·s directement : sous couvert de réduction des risques appliquée à l'alcool, on parle souvent de réduction du risque ou bien de réduction des dommages, ce qui n'est pas la même chose ! Il est pour nous essentiel de faire cette distinction. La réduction « du » risque alcool considère que la consommation d'alcool est un risque en soi, et met donc l'accent sur la diminution quantitative du volume d'alcool consommé. Il s'agit d'un objectif de santé publique visant à réduire le recours à l'alcool au regard des chiffres de morbi-mortalité.

La réduction des dommages porte, elle, sur la réduction de l'accessibilité de l'offre et de la prévalence des consommateurs et consommatrices d'alcool, sur la prévention dans l'entrée en consommation ou sur la régulation de la publicité. Il s'agit là de mieux identifier en amont les dommages de santé, psychiques et physiques, d'informer le grand public des risques et de chercher à mettre en place des stratégies de prévention efficaces pour réduire ces dommages.

Ces approches doivent être distinguées de la réduction « des » risques, qui induit une démarche d'accompagnement spécifique et demande d'autres stratégies : on part du postulat que la consommation d'alcool existe et qu'elle comporte des risques (pour exemples, la conduite en état d'ébriété, les intoxications éthyliques aiguës, l'usage problématique voire la dépendance...). Mais cette RDR ne peut s'appuyer ni sur une substitution de la molécule éthanol, ni sur un matériel spécifique réduisant les risques de l'usage comme, par exemple, pour des personnes qui injectent des drogues. La RDR appliquée à l'alcool va s'inspirer des pratiques d'accompagnement : un accompagnement des consommations qui va se centrer sur la personne usagère, sur ses souhaits, ses ressources et ses contraintes. Il s'agit de l'accompagner pour qu'elle consomme différemment et de proposer un ensemble de mesures pour prévenir ou limiter ces risques.

Natalie Castetz: Ce nouveau regard entraîne-t-il de nouvelles pratiques dans le parcours de soins ?

Catherine Delorme: La proposition de prise en charge a longtemps été l'arrêt de ces consommations, le sevrage devant mener à l'abstinence, et la RDR alcool a souvent été conçue – et est encore souvent envisagée – sous l'angle unique de la réduction de la quantité d'alcool. Mais le paradigme change peu à peu : les professionnel·le·s de l'addictologie, mais aussi celles et ceux du social, passent de plus en plus à un accompagnement de la personne et de sa consommation, sans stigmatiser celles qui « boivent trop ».

Dr Françoise Etchebar: Oui, les pratiques professionnelles évoluent vers une approche plus inclusive et respectueuse des droits des usagères et usagers mais divergent encore selon les structures, faute d'harmonisation. Nous accueillons de plus en plus de personnes qui viennent consulter dans les Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) mais si l'unique proposition qui leur est faite est de réduire leur consommation, vous ne les voyez pas deux fois !

Nous partons du principe que chaque personne consommatrice d'alcool a des compétences et qu'elle est le plus à même de savoir et dire ce qu'elle cherche quand elle consomme, comment elle consomme, et quels sont ses objectifs. Nous cherchons d'abord à sécuriser la personne et sa consommation, à élaborer avec elle une proposition adaptée à ses aspirations et à ses contraintes, en faisant avec ce qu'elle est et consomme, plutôt qu'en faisant malgré ou en faisant sans.

La RDR ne propose pas le sevrage ou la baisse des usages comme prérequis, mais elle s'appuie sur les attentes et les demandes des personnes concernées, qui sont les premières connaisseuses de leurs pratiques de consommation. Faute d'outils disponibles, il s'agit d'un accompagnement intégrant et mobilisant les approches expérientielles.

Catherine Delorme: En effet ! En s'intéressant autant aux façons de consommer qu'au contexte économique ou politique dans lequel cela se passe, la RDR appliquée à l'alcool revient un peu à ses racines : une approche souple, qui s'adapte à chaque personne. L'idée est de partir de l'expérience vécue, de reconnaître qu'il peut aussi y avoir des effets positifs à l'usage, des bénéfiques ressentis – tout en cherchant à limiter les aspects négatifs, les risques et les dommages.

Comme souvent, cette approche semble à première vue en décalage avec les logiques de santé publique ou les démarches purement thérapeutiques. La santé publique, elle, s'occupe surtout du risque alcool et de ses dommages au niveau de la population. La RDR alcool, elle, essaie plutôt de comprendre ce qui se cache derrière l'usage, en explorant les différentes formes d'accompagnement possibles et en travaillant sur la qualité de vie des personnes.

Natalie Castetz: Le sujet alcool semble encore tabou en France, les personnes exerçant dans le domaine de la santé, notamment les médecins généralistes, en première ligne pour accompagner les personnes consommatrices d'alcool, bénéficient-elles d'une formation suffisante ?

Dr Françoise Etchebar: Les formations dispensées durant les études de médecine varient selon les établissements, et il est évident qu'il y a un défaut de connaissances

*La RDR appliquée
à l'alcool revient un peu à
ses racines : une approche
souple, qui s'adapte
à chaque personne*

en addictologie par les professionnel·le·s de premier recours ainsi qu'une insuffisance d'appropriation et/ou d'actualisation des connaissances relatives aux risques somato-psycho-sociaux liés à l'alcool. Et beaucoup pensent qu'aborder la question de la consommation avec le ou la patient·e est chronophage.

Nous travaillons sur le sujet avec les médecins généralistes, exerçant en libéral ou salarié·e·s en centre de santé, au sein du pôle MG Addiction de la Fédération Addiction qui propose notamment le portail « intervenir-addictions.fr » pour les aider. Nous les invitons à aborder la question de l'alcool de manière « systématique », comme elles et ils le font lors de consultations banales pour les autres questions autour du tabac, de l'alimentation, du sommeil... Et ce, en libérant la parole sur les effets recherchés par la personne, en écoutant ses modes de consommation. Il est nécessaire de prendre le temps, tout en informant des risques, en sécurisant les consommations et en ne culpabilisant pas le ou la patiente sur les normes d'usage.

Natalie Castetz: Comment la Fédération Addiction se mobilise-t-elle pour répondre aux enjeux ?

Catherine Delorme: Nos interventions sont variées. Elles vont de la campagne de prévention alcool « Défi de janvier – Dry January » que nous coordonnons en lien avec d'autres associations et qui connaît un immense succès, aux actions que nous pilotons nous-mêmes ainsi que celles que nous menons avec nos partenaires.

Par exemple, nous sommes en lien avec le collectif des acteurs et actrices de la RDR alcool Modus Bibendi, avec lequel nous avons notamment mis en œuvre le projet « Alcool, intervenir autrement », à la suite d'une expérimentation de la réduction des risques liés à l'alcool menée dans deux CSAPA volontaires.

Par ailleurs, nous sommes engagé·e·s depuis de longues années aux côtés de la Fédération des acteurs de la solidarité pour accompagner les professionnel·le·s de l'accueil-hébergement-insertion à faire évoluer leurs pratiques. Nous sommes aussi partenaires de l'association Santé! dont la raison sociale est précisément d'expérimenter et modéliser de nouvelles approches d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Nous avons à ce titre participé à l'expérimentation du déploiement en Nouvelle-Aquitaine et en région Paca (Provence-Alpes-Côte d'Azur) de la méthode d'intervention IACA! (« Intégrer et accompagner les consommations d'alcool »).

Pour ce qui est de nos actions en tant que telles, nous avons adapté au contexte français et déployé dans le secteur de l'addictologie et auprès des maisons pluridisciplinaires de santé le programme initialement québécois « Mes choix ». Une gamme d'outils est apportée aux usagers et usagers en vue de leur redonner le contrôle de leur

consommation et la capacité de se fixer ses propres objectifs : où, quand, avec quelle quantité ils ou elles souhaitent consommer, avec à l'appui un manuel contenant conseils et exercices. Nous avons également tout récemment revu notre formation de base sur la RDR alcool pour en faire, en quelque sorte, une formation de base sur ce sujet et donner à voir le panorama des actions possibles.

La RDR ne peut donc en rester aux seuls risques sanitaires du paradigme biomédical. Elle intègre les questions sociales et leurs conséquences négatives sur l'usage. Et surtout, elle donne une place pleine et entière aux personnes concernées.

Natalie Castetz: Quels freins, résistances identifiez-vous aujourd'hui ?

Dre Françoise Etchebar: Il faudra encore du temps pour que les représentations et les postures changent et que la personne qui consomme soit acceptée comme seule maîtresse de ses choix sur lesquels aucun jugement n'a à être porté, et pour que les structures d'accueil et d'accompagnement adoptent des postures homogènes, enfin que les professionnel·le·s de santé de premier recours fassent évoluer leurs pratiques!

Catherine Delorme: Il reste difficile en France de concilier les impératifs économiques avec ceux de santé publique, et quand un choix doit être fait, c'est toujours au détriment de la santé publique. La prévention comme la régulation se heurtent à des intérêts économiques puissants, face à une représentation positive de la production viticole du terroir français. Et dans ce rapport de force, c'est toujours le consommateur ou la consommatrice qui en pâtit.

Nous plaçons pour une approche qui intègre la complexité des comportements de consommation, qui informe sur les dommages des usages en général mais aussi en fonction de l'état de santé, de l'âge, du genre, et qui propose des repères de consommation qui ne sont pas des normes, tout en instaurant des interdits protecteurs. Cette approche accompagne les besoins et demandes individuels, sans stigmatiser, sans imposer de renoncer à l'usage, et vise une plus grande sécurisation.

Natalie Castetz: Merci pour cet entretien.

Références

- Spilka, S., Philippon, A., Le Nézet, O., Obradovic, I., Janssen, E., & Airagnes, G. (2023). *Les niveaux d'usage d'alcool en population adulte en France en 2023*. Société Française d'Alcoologie.
- Kopp, P. (2023, 1 juillet). Le coût social des drogues : estimation en France en 2019. Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).

La prévention comme la régulation se heurtent à des intérêts économiques puissants