

EXPERIENCE DU GROUPE: ALCOOL, REDUCTION DES RISQUES ET DES MEFAITS

QUIROGA A. THORENS G. Département d'Abus de Substance Genève

1

PLAN

- **Réflexion autour de la réduction des risques et des méfaits**
- **Le groupe « réduction des méfaits »**

2

CONCEPT DE REDUCTION DES MEFAITS

- le plus souvent associé aux drogues illicites
- la réduction des risques et des méfaits pour l'alcool est pratiquée depuis des temps immémoriaux (Chine ancienne)
- International Harm Reduction Association est née à Liverpool en 1990.
- Le but est de réduire le coût économique, social et de la santé liés à la consommation excessive de boisson alcoolisée.

3

DEFINITION DE LA REDUCTION DES MEFAITS

- L'IHRA (International Harm Reduction Association) définit la réduction des méfaits comme: « *Une politique et un programme qui tentent avant tout de diminuer les conséquences néfastes sur la santé, les relations sociales et le travail ainsi que sur leurs familles et leurs communautés, des usagers de substances psycho actives.* ».
- Selon Marlatt, 1996, il s'agit d'une « *alternative en santé publique au modèle moral/criminel ou au modèle maladie de l'usage de substances en addiction.* ».

4

DEFINITION DE LA REDUCTION DES MEFAITS

- Toujours selon Marlatt, en 1998, la philosophie de réduction des méfaits est appelée « *une attitude pragmatique empreinte de compassion* » (*compassionate pragmatism*).
- La philosophie de la réduction des méfaits implique que le patient est accepté là où il se trouve avec la substance

5

LES ARGUMENTS FAVORABLES A UNE POLITIQUE DE REDUCTION DES MEFAITS

- Beaucoup de consommateurs excessifs ne veulent ou ne peuvent pas s'arrêter de consommer
- La diversité des façons de consommer et la nécessité de traitements individualisés
L'abstinence serait comme un modèle « taille unique » pour une large diversité de pointures.

6

ARGUMENTS POUR (suite)

Vu l'importance de ses fonctions
travailler uniquement sur l'arrêt total
de la consommation
est source d'anxiété majeure
et vécu souvent comme impensable.

7

ARGUMENTS POUR (suite)

A noter que la tentative guidée de diminuer
les méfaits liés à la consommation

est

- soit un projet réalisable, ce qui améliore l'image de soi du consommateur et la confiance dans ses compétences.
- soit un chemin difficile, voire non réalisable, ce qui peut contribuer à augmenter la motivation à l'abstinence



PRINCIPES DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Accepter que beaucoup de consommateurs ne peuvent pas ou ne veulent pas arrêter, même si de ne pas consommer peut être vu comme faisant partie de ce programme. Plusieurs raisons évoquées:

- L'abstinence représente une soumission à une autorité symbolique vécue comme contrôlante (soumission-rébellion)
- Crainte de l'échec (alcool vécu comme incontrôlable)
- Perte de confiance dans ses compétences
- Processus de deuil inabordable
- Pas de dépendance mais abus
- Alcool vécu comme indispensable (aspects sociaux, identité)
- L'obsession de boire

9

PRINCIPES DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

- Faciliter une alliance thérapeutique en acceptant la définition du problème du client et en légitimant son point de départ.
- L'usage de la substance provoquant un continuum de méfaits, toute stabilisation, voire diminution est vue comme un résultat valable.
- Ne pas se fixer sur les questionnements du type: « suis-je dépendant ou suis-je malade » et s'adresser très concrètement aux méfaits spécifiques de la substance: les buts du traitement visent à les diminuer.

10

SUPPORT UTILISÉ -1-

NOM: ----- DATE: -----

MÉFAITS: -----

ALCOOL – CONSOMMATION/PARTICULARITÉS

11

SUPPORT UTILISÉ -2-

NOM: -----

	MARDI	MERCRI	JEUDI	VENDR	SAMEDI	DIMAN	LUNDI
PRO-GRAMME PRÉVU							
PRO-GRAMME EFFECTUÉ							

12

PRINCIPES DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Un programme de réduction des méfaits implique :

- De clarifier les buts de l'usage de la substance
- Prendre conscience et résoudre progressivement les liens émotionnels chevillés à l'usage de la substance
- Résoudre l'ambivalence
- La consommer de façon moins problématique
- Prévenir les abus
- Être capable de se fixer des objectifs clairs et de s'y tenir

*Si on remplace prévention des abus ou consommation moins problématique par **abstinence**, on constate que ce programme rejoint celui de la prévention de la rechute*

13

MODÈLE

Il s'agit d'une approche qui associe

- *approche d'information et d'éducation* pour intégrer les effets de l'alcool selon les quantités en tenant compte de la tolérance individuelle.
- *les approches comportementales* pour travailler la réduction de la consommation
- *les approches cognitives* pour mieux comprendre la reprise des comportements problèmes sont aussi utilisées, mais moins exploitées que dans des groupes d'abstinents en raison de l'effet de la substance sur les cognitions.
- Le programme s'adresse aux *compétences* des participants

14

HYPOTHÈSE:

Le patient considéré jusqu'alors comme incompétent à être abstinent (programme de base) peut mobiliser des ressources pour apprendre à devenir plus compétent dans sa relation avec l'alcool. Il se sent reconnu dans sa réalité de consommateur et son estime de soi s'améliore.



15

MOYENS

- Pour cela, on doit d'abord mettre en évidence son **pattern de consommation**
- Il est alors **autorisé, conseillé, encouragé** à visiter toutes la gamme des zones de consommation de façon à ce que sa limite soit posée en pleine conscience. (choc culturel pour des patients habitués à des programmes de soins orientés sur l'abstinence)

16

MOYENS

- A partir de ce moment nous allons accompagner le **patient et être le garant de la limite qu'il a lui-même fixée**
- Le support papier, le tableau ou le rétroprojecteur permettent de poser les quantités et facilitent la prise de conscience
- L'alcootest peut être utilisé si l'estime que c'est utile

17

QUESTIONS POSÉES

1. Quels sont les méfaits et à quelle quantité sont-ils corrélés ?
 - programme fixé par le patient et non par le soignant. Celui-ci va renvoyer au patient, selon l'anamnèse et l'observation de son comportement avec l'alcool, si son évaluation est pertinente ou non.
2. A quelle quantité intervient la perte de contrôle qui va conduire aux méfaits : « à quel moment vous partez en piste ? »
 - La dose de réduction des méfaits est donc celle qui est légèrement inférieure à celle-ci.

18

REMARQUES

- Dans les méfaits, tenir compte du déni et aider le patient à se questionner de façon suffisamment approfondie sur ses comportements et ses conséquences. (ex: S. estime qu'elle n'a pas de problèmes avec la conduite automobile alors qu'elle consomme entre 15 et 22 unités par jour, *actuellement en résidentiel*).
- Le retour du groupe joue un rôle important dans la prise de conscience (ex: D., double dépendance OH et BZD depuis 20 ans, cirrhose débutante qui dénie son problème et à qui le groupe renvoie la gravité de sa consommation et des conséquences « Mais toi, tu vas mourir » *aux dernières nouvelles abstinent depuis 6 mois*)

19

REMARQUES (suite)

- La diminution de la consommation d'alcool peut coïncider avec la mise en évidence d'une pathologie psychiatrique sous-jacente; par exemple, nous allons assister, après que Y. soit passé sous la barre des 20 unités, à l'émergence d'un PTSD gravissime (il a subi des tortures dans les prisons turques 25 ans auparavant).
- Parmi les thèmes les plus fréquemment abordés, se retrouve celui de la transgression des limites fixées avec la projection du patient sur les animateurs d'images parentales jugeantes et punitives. Ainsi G. a pu faire un lien avec ses conduites d'échec dans le groupe et la crainte que nous la « punissions », avec l'expérience de ses parents trop sévères qui l'humiliaient et la battaient quand elle n'était pas la première de classe (*après 6 mois de consommation zéro, consomme actuellement max 2x2 verres /sem*)

20

REMARQUES (suite)

- Avec la population avec laquelle nous travaillons (dépendance et comorbidités), l'expérience du groupe nous apprend que certains patients sont amenés à poser le postulat que « **la meilleure réduction des méfaits est l'abstinence** ». Cependant ce n'est pas ce qui est proposé dans ce groupe.
- Depuis le début du groupe, il y eu 3 décès documentés parmi la vingtaine de patient que nous y avons vu, sur méfaits liés à l'alcool.

21



QUESTIONNEMENT



- Actuellement programme spécifique proposé à des gens qui ont déjà réfléchi à l'abstinence et qui ont eu au moins un, voir plusieurs sevrages.
- Face à l'émergence d'une clientèle toujours plus désinsérée sur le plan affectif, social et professionnel, se pose la question de modifier la philosophie du travail de l'équipe qui est basée sur l'abstinence.
- Cependant, au vu de la gravité des comportements et surtout de l'impact de l'alcool sur la thymie, il me semble qu'il faut laisser « la chance » d'une réflexion préalable sur l'ambivalence, pour que la personne puisse être encouragée à l'abstinence. Le groupe reste pour l'instant un programme spécifique proposé à une minorité.

22



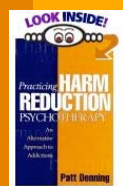
Fin...

...et que la discussion commence

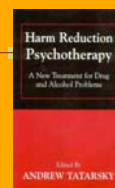


23

RÉFÉRENCES



Practicing Harm Reduction Psychotherapy: An Alternative Approach to Addictions by [Patt Denning](#)



Harm Reduction Psychotherapy: A New Treatment for Drug and Alcohol Problems, Edited by Andrew Tatarsky, Ph.D.

1. Marlatt, G.A., & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 27, 867-886.
2. Marlatt, G. A. (Ed.) (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York, NY: The Guilford Press.
3. Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21(6), 779-788.

24