

RÉSEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ  
POUR LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

Avec la collaboration  
d'Association Addictions France,  
et le soutien de la Direction  
générale de la santé

26<sup>es</sup>  
RENCONTRES  
PROFESSIONNELLES  
DU **RESPADD**

2 & 3 JUIN 2022

PARIS, 12<sup>e</sup>  
ESPACE DU CENTENAIRE

# L'ALCOOL

DANS TOUS SES ÉTATS

[www.respadd.org](http://www.respadd.org)



## SOMMAIRE

<b>SESSION ASSOCIATION ADDICTIONS France - OUVERTURE</b> .....	4
<b>TABLE RONDE – DE LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES AUX SOINS : LES USAGERS, ACTEURS DE LEUR CHANGEMENT</b> .....	5
<i>Discutante : Guylaine BENECH, consultante formatrice</i> .....	5
<i>Une affaire de famille - PATTERN</i> .....	5
<i>ETHER, ETP Choizitaconso</i> .....	6
<i>Hébergement – Projet CARITAS</i> .....	7
<i>Discussion</i> .....	9
<b>CRISE EXISTENTIELLE ET ALCOOL : LES ECRANS DE L'IVRESSE</b> .....	16
<i>Michel CRAPLET, psychiatre, alcoologue</i> .....	16
<i>Alain CERCLÉ, professeur émérite de psychologie sociale</i> .....	16
<b>TABLE RONDE - SANTÉ PUBLIQUE, COMMUNICATION ET CONSOMMATION</b>	18
<i>Discutante : Viêt NGUYEN-THANH, Santé publique France</i> .....	18
<b>MAPLE – Respect de la Loi Évin sur les réseaux sociaux TESTING – Respect de l'interdit de vente d'alcool aux mineurs</b> .....	18
<i>Marketing des industriels de l'alcool</i> .....	19
<i>Le marketing social pour faire évoluer les représentations et les comportements relatifs à l'alcool</i> .....	21
<i>Discussion</i> .....	22
<b>REDUCTION DES DOMMAGES ASSOCIES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL</b>	24
<b>EXPERTISE COLLECTIVE INSERM</b> .....	24
<i>Christian BEN LAKHDAR, université de Lille</i> .....	24
<i>Guillaume AIRAGNES, Hôpital européen Georges-Pompidou, AP-HP</i> .....	24
<i>Discussion</i> .....	27
<b>Vendredi 3 juin</b> .....	29
<b>OUVERTURE</b> .....	29
<i>Michaël BISCH, secrétaire général, RESPADD</i> .....	29
<b>TABLE RONDE - BOIRE : UNE AFFAIRE DE SEXE ET D'ÂGE</b> .....	30
<i>Discutante : Sarah PERRIN, doctorante, centre Émile-Durkheim, Bordeaux</i> .....	30
<i>Les jeunes filles et l'usage d'alcool : données d'enquêtes</i> .....	30
<i>Femmes et alcool : une histoire de genre ?</i> .....	32
<i>Les microstructures médicales : un accès aux soins favorisé pour les femmes</i> .....	33
<i>Discussion</i> .....	35
<b>TABLE RONDE – ORGANISEE EN PARTENARIAT AVEC LA SOCIETE</b>	

<b>FRANCAISE D'ALCOOLOGIE</b> .....	<b>37</b>
<b>Discutant : Michaël BISCH, secrétaire général, RESPADD</b> .....	<b>37</b>
<b>ACS AlcoolConsoScience - informer les professionnels de santé sur les dernières données de la science sur l'alcool</b> .....	<b>37</b>
<b>SADAPT - efficacité du sevrage alcool à domicile par une équipe multidisciplinaire assistée de la téléconsultation et de la supervision</b> .....	<b>38</b>
<b>QAARE - expérimentation d'un portail usager proposant des autoquestionnaires en ligne partagés avec les professionnels, par des CSAPA sentinelle</b> .....	<b>40</b>
<b>Discussion</b> .....	<b>41</b>
<b>TABLE RONDE - INTERVENIR PRECOCEMENT : DU RPIB A LA CAPU, DE LA CJC AUX URGENCES</b> .....	<b>44</b>
<b>Discutant : Nicolas BONNET, directeur, RESPADD</b> .....	<b>44</b>
<b>Consultations jeunes consommateurs (CJC) avancées : un modèle d'implantation réussi</b> .....	<b>44</b>
<b>Repérer précocement la consommation d'alcool en médecine de premier recours</b> .....	<b>47</b>
<b>La consultation alcool post-urgence</b> .....	<b>48</b>
<b>Le RPIB : se former à distance, l'exemple du module conçu avec le CHEM</b> .....	<b>51</b>
<b>L'ALCOOL EN QUESTION</b> .....	<b>54</b>
<b>Amine BENYAMINA, RESPADD ; Bernard BASSET, président d'Addictions France ; Romain SICOT, président d'ELSA France ; Lucile DE MAUBLANC, MILDECA</b> .....	<b>54</b>

## SESSION ASSOCIATION ADDICTIONS France - OUVERTURE

*Président de séance : Hervé MARTINI, secrétaire général, Addictions France*

Tom DUREPAIRE note l'engagement historique de la Ville de Paris sur l'ensemble des sujets relatifs aux addictions. Une campagne de sensibilisation et de prévention a été organisée en 2009 lors des premiers événements de *binge drinking*. La Ville de Paris se veut une collectivité territoriale pilote en matière de réduction des risques liés à la consommation d'alcool. En ce sens, la Ville de Paris soutient des projets menés auprès des personnes à la rue et des publics en situation de précarité hébergés en foyer. Un travail de réduction des risques en milieu festif a également été mené pour désystématiser la corrélation entre fête et consommation excessive d'alcool et ainsi promouvoir une culture de la fête favorable à la santé et au bien-être. L'objectif est d'enrichir le savoir-être et le savoir-faire des consommateurs. Depuis janvier 2020, la Ville de Paris s'est engagée sur les réseaux sociaux dans le cadre du *Dry January*, le mois sans alcool. Cette action a été saluée en 2021 par l'INSERM comme un levier de sensibilisation à la place de l'alcool dans la société.

Néanmoins, l'engagement de la Ville de Paris n'est pas du goût de tout le monde. La fédération des vins d'une région viticole française a manifesté son inquiétude face à l'engagement de plusieurs villes et a invité les Français à ne pas tomber dans l'excès. Les actions de sensibilisation, de prévention et d'information conduites par des acteurs tels que l'association Addictions France et les membres du RESPADD constituent la clé face à ces mastodontes économiques et face aux lobbies. À cet égard, Anne SOUYRIS réitère son soutien aux actions du RESPADD et espère que les actions de la Ville de Paris participent à cette dynamique. En outre, la réaction des lobbies traduit une minimisation des risques d'addiction à l'alcool qui sont alors complètement occultés.

Pour rappel, l'alcool est responsable de 50 000 décès chaque année, en raison des addictions et du développement de pathologies. L'alcool constitue la première cause évitable de décès avant 30 ans et la première cause d'hospitalisation en France. Les assouplissements législatifs et les publicités fleurissantes sur les réseaux sociaux conduisent à la banalisation de la consommation d'alcool. Dans ce contexte, il apparaît important de lutter en faveur d'une prise de conscience des pratiques et de renforcer les campagnes de sensibilisation aux risques pour que les usagers redeviennent acteurs de leur propre consommation.

Hervé MARTINI remercie le RESPADD pour l'organisation de ces rencontres. L'association Addictions France s'est construite autour de la lutte contre l'alcoolisme. D'importants progrès ont été réalisés, par exemple avec l'interdiction du vin à la cantine en 1956. Malgré tout, la loi Evin demeure constamment attaquée par de puissants lobbies. De plus, les usages évoluent avec l'apparition de la polyconsommation. Les progrès concernent également la prise en charge des patients qui deviennent acteurs de leurs soins. L'accompagnement dépasse aujourd'hui le cadre médical et relève également de la psychologie et du social. Par ailleurs, la prévention repose désormais sur des programmes innovants destinés à des publics variés. Le *Dry January* constitue un défi visant à s'interroger sur la consommation d'alcool.

## **TABLE RONDE – DE LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES AUX SOINS : LES USAGERS, ACTEURS DE LEUR CHANGEMENT**

**Discutante : Guylaine BENECH**, consultante formatrice

Guylaine BENECH remarque que si le rôle actif des usagers peut paraître naturel pour les plus jeunes, il fût pourtant un temps où les usagers subissaient plutôt des injonctions. Au cours de cette table ronde, les intervenants présenteront le travail qu'ils mènent au sein de leurs organisations et avec les usagers pour imaginer et mettre en œuvre des interventions visant à réduire les risques.

### Une affaire de famille - PATTERN

- Élodie David, EHESP
- Jordana Bellegarde, Addictions France

### ETHER, ETP Choizitaconso

- Stéphanie Vassas-Goyard, CSAPA Addictions France, Avignon
- Ketty Hourrier, CSAPA Addictions France, Avignon
- Martine Carel, patiente experte, Avignon

### Hébergement - Projet CARITAS

- Jenny Eksl, Addictions France
- Maxime Proux, Cité CARITAS, Paris

### **Une affaire de famille - PATTERN**

Jordana BELLEGARDE explique que le programme « Une affaire de famille » vise à libérer les participants des souffrances liées au fonctionnement de leur famille d'origine et ainsi à prévenir la transmission générationnelle. « Une affaire de famille » constitue une approche préventive globale qui permet d'anticiper et de réduire les risques d'addiction et de violence. Le programme s'appuie sur les compétences psychosociales telles que la gestion émotionnelle et l'estime de soi pour aider les personnes à éviter les conduites répétitives.

Originaire du Québec, le programme « Une affaire de famille » a été créé par Line CARON et est mis en œuvre depuis 1996. Il a été développé en France par le Dr Antoinette FOUILLEUL, avec une expérimentation en Normandie et une expérimentation à l'île de la Réunion.

Composé de 12 modules centrés sur le fonctionnement familial, le programme « Une affaire de famille » prévoit 8 à 9 rencontres avec des groupes de 10 participants encadrés par un binôme de professionnels qui s'appuient sur l'approche systémique et les neurosciences. Le programme s'adresse à toutes les personnes qui ont souffert et qui souffrent encore des problématiques liées au fonctionnement familial (relations insatisfaisantes, problématiques addictives, violence, dépendance affective...) et qui désirent comprendre l'impact des violences générationnelles sur leur vie actuelle.

Les réseaux de la prévention, le milieu pénitentiaire, les associations de rassemblements familiaux, le champ du handicap, le champ du social et les collectivités territoriales représentent des structures partenaires pour le programme.

Les intervenants doivent avant tout expérimenter le programme. Ils suivent également une formation de quatre jours délivrée par le Dr Antoinette FOUILLEUL. Ensuite, ils bénéficient d'un accompagnement et d'une supervision.

Elodie DAVID présente le projet d'évaluation du programme « Une affaire de famille » qui demeure en phase d'expérimentation. La première phase du projet de recherche a consisté à poser un diagnostic. Dans ce cadre, la documentation écrite produite dans le cadre du programme a été analysée. De plus, les témoignages des animateurs et des participants ont été recueillis et des focus groupes ont été organisés.

Le postulat de départ du programme « Une affaire de famille » est que les familles en difficulté sont bloquées dans des conduites de répétition. La participation au programme permet de prendre conscience de ces conduites et de réapprendre à agir. Ainsi, au cours du programme, le changement redevient possible aux yeux des participants.

Par ailleurs, les actions réalisées dans le cadre du programme ont été listées, par exemple l'accueil des participants et la mise en place d'ateliers. Les changements cognitifs provoqués par ces actions entraînent des changements de comportement. Par exemple, certains participants ont changé de profession ou ont recommencé à conduire. Les relations familiales s'améliorent. Changer les comportements d'un membre de la famille permet d'agir sur toute la famille. Ainsi, l'entourage des participants évolue également dans le cadre du programme.

Guylaine BENECH entend que la manière de faire vivre le programme est tout aussi importante que le contenu même du programme. De plus, « Une affaire de famille » tient compte des enfants qui sont souvent oubliés. Elle demande des précisions sur le binôme de professionnels.

Jordana BELLEGARDE répond que le binôme est à ce stade composé de professionnels des structures partenaires ainsi que de l'organisation Addictions France. La prochaine étape consiste à introduire des pairs-aidants dans les binômes d'intervenants. Les participants constituent en effet les meilleurs ambassadeurs du programme.

### ETHER, ETP Choizitaconso

Stéphanie VASSAS-GOYARD annonce que la présentation sera focalisée sur la mobilisation et la coopération des patients ressources, avec qui le programme de soins Choizitaconso a été construit. Ketty HOURRIER présentera la philosophie du programme et Martine CAREL évoquera son positionnement de patient ressource.

Ketty HOURRIER explique que le programme Choizitaconso est basé sur une orientation thérapeutique assumée vers la maîtrise de la consommation d'alcool. Les personnes qui participent à ce programme peuvent tant viser l'abstinence que le retour à une maîtrise de la consommation d'alcool. Avec la philosophie du boire « réfléchi », Choizitaconso amène les personnes à observer leurs motivations à consommer ou à ne pas consommer selon l'état émotionnel qui les traverse. Par ailleurs, le programme s'ajoute à l'offre de soins et s'intègre au parcours de soins de l'utilisateur. Ainsi, Choizitaconso est proposé aux usagers qui souhaitent acquérir des techniques de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA). Pour rappel, la RdRDA ne consiste pas à boire « moins », mais à « consommer autrement » pour améliorer sa qualité de vie. Choizitaconso s'adresse aux usagers qui souhaitent quitter le schéma des sevrages et des parcours d'abstinence. Enfin, le programme vise le co-apprentissage permanent. Le patient peut ainsi profiter de l'expérience du patient ressource et faire profiter les autres de sa propre expérience.

Stéphanie VASSAS-GOYARD relève qu'il est difficile de demander à des professionnels de collaborer avec des patients dans le cadre de ce type de programme. Le programme a été

élaboré sur la base du retour d'usagers sur leur parcours de soin classique, oscillant entre abstinence et reprise des consommations, et les conduisant à se sentir incapables. Une solution a donc été recherchée pour les accompagner différemment. Les patients sont aujourd'hui beaucoup plus jeunes qu'auparavant et nécessitent donc un accompagnement différent. Quand un patient affirme qu'il veut arrêter de boire, il exprime en réalité qu'il veut arrêter de boire d'une certaine manière. Arrêter de boire complètement ne constitue pas un objectif tenable et n'aide pas les patients. Le programme vise donc à mettre en place des mécanismes protecteurs pour reprendre une consommation contrôlée.

Martine CAREL explique qu'un patient ressource est un ancien patient du programme qui peut témoigner de son efficacité et accompagner les nouveaux patients dans leur démarche. Le patient ressource veille au ressenti et aux réactions des participants. Véritable intermédiaire entre le soignant et les patients, il peut retraduire avec ses propres mots ce qu'ils doivent entendre. Le patient ressource incarne avant tout la possibilité pour les patients de réussir. De plus, le patient ressource échange avec les professionnels lors d'un débrief en fin de séance afin de rendre compte des difficultés constatées.

Ketty HOURRIER indique que l'intégration de patients ressources au programme constitue une nouveauté et a nécessité des adaptations. Alors que l'équipe soignante dispose de connaissances théoriques, le patient ressource dispose d'un savoir expérientiel fondamental. L'articulation entre les patients ressources et les professionnels s'organisent autour d'un débrief de 5 à 10 minutes à la fin de chaque séance d'éducation thérapeutique. L'équipe soignante recueille l'avis et les observations du patient ressource qui peut analyser les réactions de chaque participant. D'autre part, la présence du patient ressource incite l'équipe soignante à collaborer différemment et modifie ainsi la relation entre l'accompagnant et l'accompagné.

Stéphanie VASSAS-GOYARD note que le programme Choizitaconso bénéficie du soutien de l'INSERM de la région PACA et de l'Université d'Aix-Marseille qui ont mis des chercheurs à disposition pour évaluer le programme. Les chercheurs ont accepté de travailler avec un groupe de quatre patients ressources pour construire des indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité du programme.

En conclusion, si la construction d'un programme intégrant des patients ressources constitue une démarche difficile, il existe aujourd'hui un consensus chez les professionnels sur l'efficacité d'une telle coopération. La revue The Lancet a récemment publié une étude montrant que l'autostigmatisation des usagers représente la première cause de rupture de soin ou d'échec des soins. Choizitaconso permet de diminuer considérablement l'autostigmatisation. Les hypothèses de départ ont ainsi été vérifiées.

Guylaine BENECH remarque que la dynamique de groupe inscrite dans la durée impacte le désir de changement individuel.

### Hébergement – Projet CARITAS

Maxime PROUX coordonne le projet « Addictions » et pair-aidance. L'association CARITAS gère des centres d'hébergement qui emploient principalement des travailleurs sociaux. Dans ce contexte, l'addiction constitue un sujet important. Les professionnels doivent donc être outillés pour mieux prendre en charge ces problématiques. Actuellement, la consommation d'alcool est interdite au sein des centres. Les travailleurs sociaux peuvent être amenés à fouiller les personnes à l'entrée pour prévenir l'introduction d'alcool dans les locaux. Ces pratiques peuvent inciter à la consommation d'alcool avant l'entrée au centre et à des comportements violents au sein des centres.

Le projet « Addictions » et pair-aidance a été mis en place dans le cadre du nouveau projet associatif de CARITAS visant à développer la reconnaissance de l'expérience du vécu et la reconnaissance de la parole des personnes accompagnées. Accueillir des pairs-aidants salariés permet d'avancer vers cet objectif.

Le projet vise à déployer neuf binômes de travailleurs sociaux et travailleurs pairs au sein de neuf structures différentes, dont six en Ile-de-France, une à Bourges, une à Bergerac et une à Toulouse. Ils ont pour mission de mener des actions de prévention sur les questions d'addictions. Le projet vise à réduire les comportements à risque avec l'introduction de la RdR dans les centres. Certains centres envisagent d'autoriser la consommation. Basé sur le savoir expérientiel, le projet « Addictions » et pair-aidance se situe dans une démarche systémique de promotion de la santé.

Les personnes accompagnées ne souhaitent pas nécessairement réduire leur consommation ou entrer dans des parcours de soin. Dans ce cadre, les binômes ont pour rôle de favoriser l'entrée en relation avec les personnes sur les questions d'addictions. Les binômes seront amenés à organiser des ateliers collectifs sur les addictions, mais également à proposer des activités de loisirs afin de développer une relation de confiance avec les usagers. Le travailleur pair pourra également échanger avec les personnes accompagnées pour évoquer les problématiques d'addictions et les amener vers un échange avec le travailleur social. Le travail en binôme constitue une expérimentation. Les travailleurs pairs seront présents au moins un an. Leur présence vise à instaurer une prise en charge plus globale en créant des partenariats.

L'appui sur l'expertise expérientielle doit permettre aux équipes de prendre du recul sur les pratiques d'accompagnement et de confronter leurs points de vue à celui d'une personne qui a vécu l'addiction. La présence du pair aidant pourrait faire évoluer les discours en réunion d'équipe. Pour les personnes accompagnées, la pair-aidance amène une meilleure prise en compte des besoins, un effet d'identification qui permet d'apporter de l'espoir ainsi qu'un soutien pour développer l'autonomie.

Le projet est soutenu par l'association Addictions France qui formera les binômes et coanimera des ateliers.

Jenny EKSL précise que CARITAS sera accompagné par l'organisme de formation et de conseil de l'association Addictions France. Le projet s'inscrit dans le cadre d'une réponse de CARITAS à l'appel à manifestation d'intérêt lancé par le fonds de lutte contre les addictions au mois de juillet 2021 à destination des acteurs du dispositif « Accueil Hébergement Insertion ». Addictions France partagera dans ce cadre son expertise en addictologie. La formation permet une première analyse pour ensuite proposer un accompagnement plus global.

Les binômes du projet « Addictions » et pair-aidance bénéficieront d'une formation de quatre jours. Tout d'abord, la question des représentations croisées entre travailleurs pairs et travailleurs sociaux sera abordée. D'autre part, les binômes construiront une culture commune autour des bases en addictologie. L'approche de réduction des risques et des dommages en addictologie sera également présentée aux binômes. Ensuite, la formation permettra aux binômes de travailler sur l'animation d'ateliers relatifs à la santé et à la prévention. Enfin, la formation abordera la co-construction des démarches de réduction des risques ainsi que les questionnements relatifs à l'introduction de la consommation d'alcool au sein des établissements.

CARITAS a également sollicité l'association Addictions France pour accompagner la direction des ressources humaines, les représentants du personnel et les équipes de managers sur la question des consommations des salariés eux-mêmes.

Guylaine BENECH constate à quel point ces nouveaux projets cassent les frontières entre usagers et professionnels, mais également entre les différents types de professionnels. L'intervention sociale se rapproche ainsi de l'addictologie. De tels projets qui modifient profondément la manière d'aborder la consommation d'alcool soulèvent de nombreux questionnements.

## Discussion

Guylaine BENECH invite les intervenants à partager leurs questionnements, leurs remarques et leurs témoignages.

Hervé MARTINI remercie les intervenants pour leurs présentations. Il s'interroge sur la place de l'entourage, notamment dans le cadre de l'expérience Choizitaconso. L'entourage tend souvent à inciter les personnes accompagnées à arrêter complètement de consommer de l'alcool et ne comprend pas pourquoi l'accompagné est autorisé à boire.

Stéphanie VASSAS-GOYARD confirme que l'équipe de Choizitaconso doit quotidiennement gérer ce type de situation. Le programme Choizitaconso comprend des modules spécifiques destinés à l'entourage. Ces modules permettent d'expliquer la démarche de soins. Dans le cadre du traitement des addictions, l'entourage constitue un allié thérapeutique essentiel.

Ketty HOURRIER ajoute que l'entourage constitue un élément prépondérant dans le parcours de soin de l'utilisateur. Parfois, l'utilisateur suit le parcours de soin pour répondre aux attentes de son entourage. Le patient doit donc être à l'aise avec l'idée que le parcours s'oriente sur la maîtrise de la consommation plutôt que l'abstinence. Il pense souvent que son entourage ne comprendra pas cette démarche. L'entourage a souvent constaté un échec des cures. Il convient de leur expliquer le principe du programme.

Un intervenant demande s'il existe dans le cadre dispositif « Une affaire de famille » une place pour la pair-aidance intrafamiliale afin de travailler sur les répétitions systémiques ou si les liens affectifs constituent au contraire un frein à ce type d'accompagnement.

Elodie DAVID répond que dans le cadre du programme « Une affaire de famille », l'entourage ne dispose pas du recul nécessaire. Des témoignages montrent que les participants à « Une affaire de famille » remarquent qu'ils bloquent le processus de sevrage de leur conjoint en raison de leurs propres problématiques. Le dispositif « Une affaire de famille » permet aux participants de prendre de la distance pour analyser la situation afin de déterminer s'ils sont en capacité d'aider.

Jordana BELLEGARDE confirme que la question de la place de l'entourage dans le programme doit être soulevée. Il existe un réel besoin de l'entourage de participer à ce programme, mais afin d'éviter les situations contre-productives, ils participent à des sessions différentes des sessions destinées aux patients.

Elodie DAVID remarque que beaucoup de participants s'inscrivent au programme « Une affaire de famille » pour aider quelqu'un et en entrant dans le programme, ils sont déstabilisés, car ils commencent avant tout à travailler sur eux-mêmes.

Dr CHEVALIER raconte avoir tenté de mettre en place un programme ETP. Elle demande comment le programme a été mis en place et s'il existe des programmes préétablis.

Stéphanie VASSAS-GOYARD indique que Choizitaconso constitue le premier programme français porté par le secteur médico-social ne prônant ni l'abstinence ni la prévention des rechutes. Le programme a été construit sur la base des observations cliniques et sur les manques existants dans le parcours de soin traditionnel. La première version du programme

n'a eu aucun succès et a dû être intégralement reconstruite. Initialement, les agences régionales de santé ne croyaient pas en ce type de programme. Toutefois, le meilleur programme est celui qui répond à des besoins repérés par les acteurs de terrain. Les professionnels peuvent s'inspirer des programmes existants et les adapter aux réalités territoriales.

Par ailleurs, il existe une formation obligatoire relative au programme ETP. Cependant, cette formation qui donne les bases de l'ETP ne permet pas de construire un programme.

Hervé MARTINI précise que la région Grand Est dispose d'un espace ressources ETP qui propose une aide méthodologique pour construire le programme d'éducation thérapeutique du patient. Par ailleurs, un guide méthodologique a été créé pour aider les professionnels à mettre en place un programme. Il convient avant tout de définir la population cible et de débiter avec peu de patients.

Une intervenante évoque la question de la transférabilité. En effet, un programme déjà établi et écrit propose des activités sans préciser le contexte associé. Ainsi, un dispositif qui fonctionne très bien dans un endroit peut ne pas fonctionner ailleurs. Avant de mettre en place un programme, il convient de consulter les professionnels de terrain pour comprendre pourquoi ce programme a fonctionné.

Un intervenant souhaite savoir sur quels critères sont recrutées les familles participant au programme « Une affaire de famille » et comment seront recrutés les pairs-aidants dans le cadre du projet CARITAS.

Elodie DAVID indique que le programme « Une affaire de famille » s'appuie notamment sur les usagers des CSAPA qui ont souvent déjà entamé une démarche de soins. Les patients sont recrutés sur la base du volontariat. Ils ont connaissance du programme et souhaitent y participer. Par ailleurs, il existe d'importants partenariats avec des structures de proximité, notamment les collectivités territoriales et les établissements du champ du handicap, qui communiquent sur l'existence du programme.

Maxime PROUX observe que le métier de pair-aidant est peu connu. Beaucoup de candidats sont issus des formations de médiateur santé pair. Des formations de pair-aidant ont été créées à Paris, Lyon, Angers et Dijon. Tous les CSAPA ont également été contactés. Les CAARUD disposent également d'une expérience en matière de pair-aidance. Un travail est en cours avec des communautés thérapeutiques et avec l'association Gaïa qui organise des stages en immersion pour les pairs-aidants.

Ketty HOURRIER indique que deux pairs-aidants ont travaillé sur le programme Choizitaconso. Le recrutement s'effectue tout d'abord en interne. Il convient d'étudier la disponibilité du candidat ainsi que son avancée dans le parcours de soins. Il doit disposer de suffisamment de recul pour parler de son parcours.

Martine CAREL explique qu'elle disposait du recul suffisant après avoir suivi le programme et après avoir participé à plusieurs séances de bilan post-programme. Elle évoque également un besoin de prolonger cette expérience en tant qu'accompagnante.

Guylaine BENECH demande à Martine CAREL comment elle s'est sentie accueillie au sein du groupe des usagers.

Martine CAREL raconte que lors de la première séance, elle explique simplement aux patients qu'elle a été à leur place. Ils sont souvent étonnés et se montrent très curieux. Ils acceptent très bien sa présence qui les rassure, car le pair-aidant représente un résultat positif.

Guylaine BENECH demande si Martine CAREL s'est sentie intimidée lorsqu'elle s'est retrouvée parmi les médecins et les soignants.

Martine CAREL répond par la négative. Les pairs-aidants ont connu les médecins en tant que patient. Les médecins attendent des comptes-rendus et recueillent les impressions des pairs-aidants qui ne sont ni soignants, ni assistants, mais plutôt un intermédiaire.

Une intervenante demande si la formation dans le cadre du programme « Une affaire de famille » est ouverte aux infirmières.

Elodie DAVID indique que les intervenants du programme « Une affaire de famille » suivent quatre jours de formation. A ce jour, le programme demeure au stade de l'expérimentation, donc la formation est ouverte aux professionnels d'Addictions France et aux professionnels des structures partenaires. Il convient de se rapprocher d'une structure locale d'Addictions France pour déterminer s'il est prévu de lancer le programme.

Une intervenante sollicite l'avis des intervenants sur le recrutement des pairs-aidants et sur la nécessité de l'abstinence des pairs-aidants. Elle demande s'il est préconisé de recruter plutôt un pair-aidant externe ou un pair-aidant interne.

Ketty HOURRIER cite l'exemple de Martine CAREL qui a été patiente de la structure où elle exerce désormais en tant que pair-aidante. L'abstinence du pair-aidant ne constitue pas une nécessité dans la mesure où le programme ne prône pas l'abstinence. Dans ce cadre, un pair-aidant peut choisir l'abstinence, à condition toutefois d'adhérer à la démarche du programme.

Stéphanie VASSAS-GOYARD estime que faire venir un pair-aidant de l'extérieur peut être intéressant, mais nécessite un travail préparatoire important pour que le pair-aidant soit accepté au sein de l'équipe.

Maxime PROUX confirme que l'acceptation du pair-aidant par l'équipe peut poser question. Les équipes craignent en effet de mettre en difficulté le pair-aidant. D'autre part, si l'abstinence n'est pas obligatoire pour le pair-aidant, les directeurs et chefs de projet en charge du recrutement pourraient être rassurés si la personne recrutée est abstinent. Enfin, il est considéré que les personnes recrutées ne peuvent pas provenir du centre où elles ont été suivies. En effet, beaucoup de candidats ne souhaitent pas exercer dans le lieu où ils ont été patients.

Une intervenante remarque que le pair-aidant n'occupe pas toujours la même place. Chez CARITAS, les pairs-aidants sont recrutés en tant que salariés alors que dans d'autres organisations, les patients experts sont bénévoles.

Hervé MARTINI note en effet que la place du pair-aidant au sein de l'équipe peut varier selon le cadre juridique. La question du secret médical partagé est régulièrement soulevée. La pair-aidance, le patient ressource ou le patient expert constitue des positions évolutives. La formation amène des compétences pour passer d'une posture de témoignage à une posture d'intermédiaire. Ainsi, il n'existe pas de règle relative à la pair-aidance. Le pair-aidant doit être adapté à la structure, à ses besoins et aux personnes qu'elle héberge.

Une intervenante entend que le projet d'abstinence est désormais relativisé. Certaines personnes accompagnées envisagent une abstinence totale et définitive alors que d'autres souhaitent réduire leur consommation. Elle souhaite savoir comment les différents programmes répondent à cette variété de projets. Par ailleurs, elle demande si les usagers peuvent s'entraider dans le cadre d'une dynamique de groupe.

Une intervenante rappelle qu'il n'existe ni une obligation à boire ni une obligation à ne pas boire. Les personnes accompagnées s'autodéterminent. Sur ces questions, les usagers font preuve de beaucoup d'ouverture d'esprit et ils s'entraident. Elle cite l'exemple d'un patient qui avait un projet d'abstinence, mais qui s'intéressait beaucoup à la consommation contrôlée.

Ketty HOURRIER ajoute que le programme Choizitaconso vise à travailler sur les compétences de la personne à faire des choix et à repérer des situations à risques qui les fragilisent pour leur redonner du pouvoir d'action. Les mots « maîtrise », « contrôle » ou « abstinence » ressortent très rarement dans le cadre du programme, dont les activités sont plutôt centrées sur des compétences psychosociales.

Elodie DAVID indique que toutes les personnes qui participent au programme « Une affaire de famille » n'ont pas nécessairement un problème avec l'alcool. La question de l'abstinence ne se pose pas. En effet, tout comme le dispositif Choizitaconso, « Une affaire de famille » travaille sur la capacité des usagers à faire des choix pour améliorer leur qualité de vie. Finalement, le sujet de l'alcool est peu abordé dans le cadre du programme « Une affaire de famille ». Un usager apprécie par exemple le fait que le programme aborde le thème de la famille et cette démarche l'a aidé à maintenir son sevrage.

Une intervenante note que le programme Choizitaconso considère que la RdR ne vise pas à « boire moins », mais à « consommer autrement ». Elle sollicite des précisions et des exemples relatifs à l'expression « consommer autrement ».

Jordana BELLEGARDE indique qu'expliquer aux usagers que réduire les risques signifie moins consommer ne permet pas de réduire les risques. « Consommer autrement » signifie s'autoriser à consommer, tout en repérant en amont les situations à risque et en prenant conscience des comportements réflexes. Dans le cadre du programme Choizitaconso, les professionnels ne s'intéressent pas à la quantité d'alcool consommée, mais aux modalités de consommation et aux moments de fragilité ou de vulnérabilité.

Elodie DAVID souligne que le programme évoque les conséquences, les dommages et les répercussions sur la vie de la personne, plutôt que les quantités ou la nature des produits. Le programme vise à explorer les risques et dommages personnels sur lesquels l'utilisateur souhaite travailler en analysant sa manière de consommer, pour ensuite modifier sa stratégie de consommation. Les patients rejoignent souvent le programme avec la volonté de consommer moins ou d'arrêter de consommer, mais ils quittent rapidement ce repérage. La consommation varie en effet selon les périodes, les occasions, l'environnement et le contexte. Ainsi, la quantité ne constitue pas un facteur fiable.

Guylaine BENECH évoque les incertitudes relatives à la fin de l'interdiction de la consommation d'alcool au sein des établissements CARITAS et demande si les équipes ont exprimé d'autres craintes.

Maxime PROUX note que l'autorisation de la consommation dans les centres CARITAS soulève des questionnements parmi les personnes accueillies qui craignent de tomber dans la consommation. Lors des formations avec Addictions France, la question de l'interculturalité a régulièrement été soulevée. Pour s'intégrer, des nouveaux arrivants pourraient être incités à consommer, alors que l'alcool ne fait pas partie de leur culture d'origine.

Par ailleurs, le recrutement des pairs-aidants nécessite une réflexion pour objectiver le fait que la personne a eu un parcours de consommation, qu'elle va mieux et qu'elle sera capable d'utiliser son passé à bon escient pour accompagner les usagers. A l'origine, accueillir un travailleur pair visait à donner une forme d'espoir aux usagers, mais la question de la mission au quotidien n'avait pas été pensée. Les travailleurs pairs ne peuvent pas être assimilés aux travailleurs sociaux et agissent plutôt en complémentarité. Dans ce cadre, le recrutement doit

donc être abordé différemment. Les missions du pair-aidant varient selon les besoins et la nature de la structure accueillante.

Jenny EKSL relève l'importance de la formation des pairs-aidants, des travailleurs sociaux ainsi que des managers. L'introduction de pair-aidants nécessite une évolution de l'organisation de l'institution. En tant que chef de projet, Maxime PROUX fait le lien entre l'équipe de binômes qui porte le projet en interne ainsi que le reste de l'organisation.

Guylaine BENECH relève le poids des représentations sociétales concernant l'alcool, la consommation, l'addictologie et le rôle des pairs-aidants. Elle demande comment les différents intervenants travaillent sur ces sujets avec les journalistes et les médias. Des articles scientifiques ont été publiés sur ces thématiques.

Une intervenante note qu'un article a été publié par le précédent usager expert du programme Choizitaconso. Les centres de soins se concentrent sur l'opérationnel pour accompagner les usagers et communiquent peu. Les équipes sont régulièrement invitées par les médias pour évoquer des problématiques très précises et n'ont pas le temps de développer le sujet des pairs-aidants.

Une intervenante note que des demandes ont été formulées pour présenter le programme Choizitaconso au niveau national. Il convient avant tout de faire connaître le programme sur le territoire en sollicitant le réseau, les partenaires médico-sociaux et les médecins de ville.

Guylaine BENECH s'enquiert comment Martine CAREL présente le programme à ses proches et comment ils réagissent.

Martine CAREL répond que le programme est facile à expliquer à ses proches qui sont plutôt heureux de savoir qu'elle se sent utile. Pour présenter le programme, elle développe les notions abordées qui dépassent largement l'objectif de boire moins ou de boire autrement. Elle évoque la dimension spirituelle du programme qui pousse à réfléchir sur soi-même et à découvrir de nombreux aspects du corps humain et de l'âme humaine. L'ETP Choizitaconso ne vise pas simplement à guérir les personnes. Le sujet de l'autodétermination est beaucoup évoqué.

Hervé MARTINI demande quelle est la place de l'utilisateur dans l'évolution des différents programmes à valider.

Une intervenante répond qu'à la fin de chaque activité, les participants sont invités à évaluer certains critères et à indiquer si la séance leur a apporté quelque chose qu'ils pourront utiliser au quotidien. A la fin de chaque programme, un entretien d'une heure permet de faire le bilan de l'expérience de l'utilisateur afin d'analyser comment il s'est approprié le programme. A cette occasion, le participant est incité à critiquer le contenu des séances, leur durée et la pertinence des intervenants. Dans ce cadre, certaines activités ont été modifiées. De plus, deux activités ont été créées pour répondre aux critiques exprimées par les participants.

Une intervenante indique que le programme « Une affaire de famille » prévoit également des évaluations à la fin des séances, à la fin des rencontres, ainsi que trois mois et six mois après la fin du programme. Le programme compte 12 modules, dont 8 à 10 rencontres. Le nombre de séances est ajusté aux besoins des participants. En effet, le programme tend à bousculer émotionnellement les participants. Les professionnels doivent donc tenir compte de ce que vivent les participants sur le moment. Par exemple, lors du déploiement du programme sur l'île de la Réunion, la session d'accueil a été allongée pour répondre au besoin des participants de faire connaissance à l'occasion d'un repas partagé. D'autres rencontres à distance sont prévues à la suite du programme pour que les participants puissent se suivre. Le programme est donc évolutif.

Hervé MARTINI relève que les usagers disposent ainsi de leviers pour faire comprendre aux professionnels que le programme ne répond pas à leurs attentes.

Une intervenante confirme que le programme doit s'adapter pour assurer l'adhésion des participants. Un dispositif figé ne peut pas correspondre aux besoins et ne peut donc pas fonctionner. Il convient de s'appuyer sur la littérature scientifique qui recense les critères d'efficacité, tout en examinant quels paramètres peuvent être adaptés pour assurer l'adhésion des participants et donc l'efficacité du programme.

Une intervenante ajoute que les participants entrent librement dans le cadre du programme « Une affaire de famille ». S'ils se rendent compte que le programme ne leur convient pas, ils peuvent arrêter. Certains quittent ainsi le programme lors de la deuxième ou de la troisième séance. Les usagers savent le mieux ce qui leur convient.

Une intervenante remarque que les projets portés par les structures d'hébergement se mettent en œuvre lorsque les besoins des personnes hébergées émergent.

Une intervenante déclare que l'approche des différents programmes la pousse à remettre en question ses propres pratiques en tant que soignante. Elle demande comment améliorer la prise en charge des patients accueillis brièvement.

Une intervenante doute qu'un programme relativement long tel que Choizitaconso puisse être adapté à de très courts suivis. Toutefois, un focus peut être proposé sur certains points du programme. La question des quantités consommées présente peu de sens. Il convient plutôt de travailler sur les comportements et les contextes qui poussent à la consommation. Par ailleurs, la force d'un programme en addictologie repose également sur le collectif qui n'a pas de place dans le cadre des suivis de courte durée.

Une intervenante considère que les suivis à court terme constituent l'opportunité pour les soignants d'informer leurs patients de l'existence de programmes de soins alternatifs. En effet, ils pensent souvent que le sevrage et l'abstinence constituent les seules solutions.

Une intervenante ajoute que la différence entre risques et dommages doit être expliquée aux usagers.

Un intervenant sollicite des précisions sur le concept d'autostigmatisation évoqué par les intervenants du programme Choizitaconso. D'autre part, il souhaite savoir dans quelle mesure les programmes présentés impactent la santé des personnes.

Stéphanie VASSAS-GOYARD explique que l'autostigmatisation concerne les personnes ayant une image très négative d'elles-mêmes. Ces personnes ne se sentent pas fiables et pas capables. Par ailleurs, l'objectif du programme n'est pas d'améliorer la santé des personnes, mais d'améliorer leur qualité de vie grâce au pouvoir d'agir.

Ketty HOURRIER ajoute que le programme Choizitaconso propose une activité autour de l'autostigmatisation afin d'évoquer l'image que les usagers ont d'eux-mêmes. Ils s'estiment souvent en échec constant et manquant de volonté. L'atelier leur permet de prendre conscience que leur estime de soi impacte fortement leur capacité d'agir. En effet, le manque de confiance en soi nourrit les problèmes. Il convient de se détacher de la croyance que toute personne souffrant d'alcoolodépendance est une personne qui est faible, instable, sans volonté et menteuse. Ces questions abordées dans le cadre du programme thérapeutique influent considérablement le parcours de soins.

Hervé MARTINI remarque que l'impact sur la santé des personnes dépend de la définition du mot « santé ». Par exemple, une étude réalisée dans le cadre d'un programme à Grenoble

montre que la dépression et l'anxiété diminuent parmi les participants. L'éducation thérapeutique se base sur un bilan éducatif effectué en début de programme pour évaluer les freins et les leviers du patient. Développer les leviers d'actions et supprimer les freins améliore nécessairement la qualité de vie.

Une intervenante confirme que les programmes présentés constituent des programmes de promotion de la santé qui n'ont pas vocation à améliorer la santé, mais à limiter les facteurs de risque pour éviter les problèmes de santé.

Hervé MARTINI note l'intérêt de l'inscription dans la durée des politiques publiques. Ainsi, les représentations des politiques concernant l'immédiateté de la réponse clinique doivent évoluer.

Elodie DAVID ajoute que le programme « Une affaire de famille » travaille également sur les compétences psychosociales qui permettent une approche très transversale en matière de santé.

En conclusion, Guylaine BENECH rappelle la RdRD constitue une politique publique inscrite dans le code de la santé publique. La notion de désir a été évoquée à plusieurs reprises, pour évoquer celui des patients qui souhaitent évoluer, celui des professionnels qui souhaitent travailler autrement et celui des pairs-aidants qui souhaitent prolonger leur propre guérison. Les trois programmes présentés sont basés sur les rencontres humaines et la bienveillance. Par ailleurs, l'expression « sortir du cercle vicieux » a également été employée. Elle concerne tant la consommation, la transmission intergénérationnelle et la précarité que les métiers épuisants. En effet, travailler dans le milieu de l'addictologie et de l'intervention sociale peut s'avérer difficile. Des professionnels très passionnés remarquent qu'un nouveau programme peut redonner du sens à leur pratique. La nécessité de disposer de preuves de l'efficacité du programme a également été évoquée. Beaucoup de projets s'inspirent de modèles expérimentés à l'étranger. Enfin, l'alcool ne constitue pas un sujet central pour les différents programmes présentés qui attestent d'un fort besoin de faire évoluer les représentations de la société. A travers ces actions de terrain très pragmatiques, les différents intervenants contribuent à faire changer une partie de la société ainsi que des politiques publiques.

Hervé MARTINI remercie les intervenants pour leur participation.

## CRISE EXISTENTIELLE ET ALCOOL : LES ECRANS DE L'IVRESSE

**Michel CRAPLET**, psychiatre, alcoologue  
**Alain CERCLÉ**, professeur émérite de psychologie sociale

Alain CERCLÉ estime que le monde enseignant pâtit d'académismes qui empêchent de développer son imagination et sa création ; il souffre d'une pensée *ex cathedra* qui enferme dans un discours balisé. En réaction, il faut ouvrir les portes : mettre l'alcool dans tous ses états, c'est aussi mettre l'alcool sous tous les regards, sans exclusive, et en osant s'approprier des concepts philosophiques – par exemple Spinoza et son concept de la permanence (« comment durer dans l'être ? »). Aux Etats-Unis et dans le monde anglo-saxon, il existe un investissement philosophique sur la question de l'alcool, tandis qu'en France, des philosophes femmes, comme Cynthia Fleury – qui occupe la chaire de philosophie à Saint-Anne -, travaillent sur la philosophie du soin et le prix de la douleur.

Alain CERCLÉ souligne qu'il aborde ces différents concepts dans son ouvrage *Crise existentielle et alcool*, en interrogeant Kierkegaard ou Sartre, sur le sens de la vie, sur ce que signifie d'exister, d'être angoissé, d'avoir le vertige par rapport à notre liberté... Selon Sartre, le vertige n'est pas la peur du vide, mais la peur de soi, de tomber dans le vide.

Alain CERCLÉ note qu'en tant que psychologue et professeur en psychologie, il est longtemps resté bloqué dans des académismes statisticiens, au fil des enquêtes menées autour du stress, du burn-out, etc. – c'est d'ailleurs ce que réclament les autorités universitaires, et ce qui s'impose finalement aux étudiants : malgré leur intérêt pour le thème alcool sous l'angle psychologique, les étudiants font bien souvent d'autres choix, privilégiant des modèles statistiques reposant sur des analyses causales et des équations structurelles.

Le traitement du sujet alcool doit se faire dans toute la richesse de la recherche : dimension philosophique, dimension historique, dimension géographique, dimension culturelle, littéraire, artistique, etc. C'est un thème transversal par essence. Ceci n'empêche pas de s'interroger sur les addictions et les mécanismes neurochimiques.

Alain CERCLÉ note qu'Aristote a déjà traité ces sujets, autour des modes d'incontinence : l'incontinence acrasique (je bois, mais je veux arrêter de boire) ; l'incontinence morbide (l'auto-indulgence) ; l'incontinence déterminée par la nature (génétique). Les hommes ont toujours travaillé cette thématique ; elle ne doit pas être remplacée par des concepts qui ont un intérêt, mais qui, pris un à un, deviendront des notions-valise globalisantes. Il convient d'intégrer la notion de poly-toxicomanie. Les Alcooliques Anonymes ont exporté leur modèle, aussi bien chez les narcotiques que chez les victimes de troubles psychiatriques.

« Attention au mal de Bercy ! » : au 19<sup>ème</sup> siècle, on parlait du mal de Bercy plutôt que de traiter quelqu'un d'ivrogne. A cette époque, les quais de Bercy étaient des entrepôts à vins, avec moult espace de dégustation.

Michel CRAPLET, psychiatre et alcoologue, est l'ancien médecin d'Addictions France, qui s'appelait à l'époque ANPAA. Il se consacre désormais à l'histoire, avec notamment un ouvrage consacré à l'ivresse sous la Révolution.

Michel CRAPLET estime qu'il y a un risque pour l'addictologie à vouloir faire disparaître la question Alcool dans un fourre-tout de l'addictologie. L'alcool est la première addiction, et fait un peu disparaître les autres, par sa pesanteur. L'alcool est un liquide, mais peut se trouver

en état gazeux, lors de la distillation, ou être un solide, très pesant - durant l'hiver 39-40, l'alcool gelait dans les tonneaux.

Michel CRAPLET aborde le thème des écrans de l'ivresse, en réfléchissant à l'ivresse à l'écran. Dans son expérience avec les médias, il se remémore une série télévisée consacrée à l'alcool, avec une première partie montrant des images d'ivresse, puis abordant les questions de dépendance, de chronicité. Enfin, le dernier épisode devait aborder la question de la prévention ; or il fut supprimé... L'ivresse à l'écran renvoie surtout à une question du spectaculaire : il est plus facile de montrer le verre qu'on brandit, ou le gars qui titube, que de montrer la chronicité des problèmes. De ce point de vue, le film *Drunk* réussit quelque chose d'extraordinaire.

Alain CERCLÉ revient sur le travail cinématographique autour de l'alcool. Dans *Drunk*, Vinterberg cherche à mettre en scène quelque chose qui ne fait pas apparaître de recherche mystique ou de paradis artificiels : dans ce film, l'alcool entre comme il entre souvent dans nos vies ordinaires, sans que l'on ne perçoive le sentiment de mise en danger.

Alain CERCLÉ évoque un film qui vient de sortir, qui s'intitule *Rien à foutre*, l'histoire d'une hôtesse de l'air qui travaille pour une compagnie low-cost épouvantable, et qui expérimente l'alcool comme un usage de parenthèse. C'est une entrée dans l'alcool sur fond de mal-être professionnel, associé à un mal-être de vie, loin des modèles de la dépendance et du repentir. Les films récents renvoient surtout à la vie ordinaire, qui font d'excellents supports pour des approches cliniques ou préventives.

Michel CRAPLET cite pour sa part le grand film de Régis Varnier, *La femme de ma vie*, paru en 1986. Il pense qu'effectivement, de tels films aident à faire passer des messages ordinaires, à évoquer des choses banales, triviales. Il en est de même des aventures de Tintin, dont 6 % des vignettes font référence à l'alcool : l'œuvre Tintin est un précis d'alcoologie, qui peut aider à aborder cette question.

Amine BENYAMINA constate, en conclusion, que l'alcool est partout, et qu'en la matière, la sensation prime sur l'émotion.

Alain CERCLÉ souligne que dans la chaîne d'influence, les attentes cognitives ont désormais moins de place qu'à une certaine époque : d'autres variables entrent en jeu, y compris les normes de groupes, des variables psychosociales, des variables d'éducation, etc.

Le Docteur VANELLE soulève la question de la prise d'alcool chez les personnes atteintes de troubles psychotiques.

Michel CRAPLET souligne que le domaine alcoologie permet de concilier soins et prévention ; c'est une médecine au sens large, qui ouvre les horizons.

Amine BENYAMINA répond en citant Michel REYNAUD : le lien existe entre alcool et psychoses, avec 60 % de patients atteints de troubles bipolaires qui consomment de l'alcool, par exemple, mais les schizophrènes consomment « comme tout le monde ». De manière générale, le rapport au cannabis semble plus problématique.

## TABLE RONDE - SANTÉ PUBLIQUE, COMMUNICATION ET CONSOMMATION

**Discutante : Viêt NGUYEN-THANH, Santé publique France**

Viêt NGUYEN-THANH, responsable de l'unité Addictions à Santé publique France, remercie le RESPADD et les organisateurs de ce colloque. La table ronde qu'elle animera traitera des politiques publiques relatives à l'alcool, avec un premier axe portant sur les mesures de régulation (régulation de la publicité, mise en place d'interdits protecteurs, etc.), leurs modalités d'application ainsi que l'appréciation de leur efficacité. L'évaluation des mesures est essentielle au partage des connaissances, y compris à l'international.

### MAPLE – Respect de la Loi Évin sur les réseaux sociaux & TESTING – Respect de l'interdit de vente d'alcool aux mineurs

- Franck Lecas, Addictions France
- Valérie Guitet, Addictions France

### Marketing des industriels de l'alcool

- Karine Gallopel-Morvan, EHESP

### Le marketing social pour faire évoluer les représentations et les comportements relatifs à l'alcool

- Virginie Bresson, Santé publique France

## MAPLE – Respect de la Loi Évin sur les réseaux sociaux TESTING – Respect de l'interdit de vente d'alcool aux mineurs

Franck LECAS, responsable du pôle Loi Évin au sein de l'association Addictions France, et Valérie GUITET, chargée de mission prévention dans cette même association, présentent les dispositifs TESTING et MAPLE, deux projets innovants en matière de mise en œuvre d'interdits protecteurs de la Loi Évin, soutenus par le Fonds de lutte contre les addictions.

En préambule, quelques chiffres d'épidémiologie sur l'alcool en France sont rappelés à l'assistance. Le coût de l'alcool en France représente 120 milliards d'euros, selon une étude de 2015, avec une consommation importante, notamment chez les jeunes. Par ailleurs, 10 % de la population boit 60 % de l'alcool consommé.

Selon le triangle d'Olievenstein, qui fait un lien entre l'environnement (familial, général, etc.) et la consommation et la pratique clinique, la narrabilité individuelle facilite la dépendance, et l'environnement facilite l'expérimentation et l'usage. La Loi Évin, en 1991, visait à introduire de la régulation dans cet univers, en posant le principe d'un encadrement de la communication sur les produits de l'alcool, et en limitant l'accès, notamment par l'interdiction de la vente aux mineurs. Cependant, alors même que la Loi Évin est largement légitimée par les études, et enviée par d'autres pays, les chiffres n'ont guère évolué depuis lors.

Le projet TESTING est relatif à la vente d'alcool aux mineurs, dont le principe d'interdiction n'est pas respecté. Pour apprécier le phénomène, des achats-tests ont été réalisés, suivant en cela une expérience suisse. Sur un périmètre Loire Atlantique et Finistère, il est apparu que neuf établissements sur dix vendaient de l'alcool à des mineurs, alors même que les jeunes

présentaient spontanément leur carte d'identité. La signalétique en magasin, obligatoire, n'est pas non plus respectée.

Dans son protocole, Addictions France a écrit à certains magasins, en choisissant de rappeler la loi et de proposer un module de sensibilisation. Très peu de magasins acceptent de s'en servir, alors même que le dispositif est apprécié quand il est utilisé ; en tout état de cause, il est peu efficace, car des achats-tests *a posteriori* ne montrent pas d'amélioration.

Les jeunes sont la principale cible des industriels, ce dont témoigne l'analyse des réseaux sociaux. Le projet MAPLE, mené en lien avec le Fonds de lutte contre les addictions, contribue à faire respecter la Loi Évin sur le périmètre des réseaux sociaux, là où la publicité est vraiment pléthorique. La Loi Évin porte un message sanitaire qui doit s'y appliquer de plein droit, et il n'y a pas là de vide juridique. Porté par Addictions France et Avenir Santé, MAPLE bénéficie d'un volet recherche initié par l'EHESP, sous le pilotage de Karine GALLOPEL-MORVAN, pour mieux renseigner l'impact du marketing l'alcool sur les comportements et la perception des jeunes.

Après huit mois de mise en œuvre, le protocole d'actions de MAPLE sur les réseaux sociaux fournit un certain nombre d'éléments. La phase d'observation, menée avec Avenir Santé en se concentrant sur les influenceurs les plus importants (plus de 10 000 abonnés), a révélé la dominance de marqueurs de fêtes : alcool, glamour, beauté, etc. Seuls 40 % des contenus présentent une mention sanitaire, qui, bien souvent, n'est guère visible – elle est dans le commentaire, et non sur la photo. A ce stade, 177 contenus ont été étudiés, qui sont des contenus éphémères ; ils concernent 77 influenceurs et 63 marques, le tout sur près de 3000 signalements transmis par Avenir Santé.

Suite au projet MAPLE, une partie des influenceurs ont retiré ces contenus, et l'aspect festif est moins mis en avant. 24 % des influenceurs ayant retiré un contenu suite à une information ne récidivent pas, ce qui traduit un impact non négligeable – 6 millions d'abonnés ne voyant plus de contenu alcool. Pour aller au-delà, il faudra parvenir à obtenir des décisions judiciaires contre des récalcitrants qui n'auraient pas retiré les contenus. D'ores et déjà, des procédures ont été engagées contre les plateformes Meta ou Instagram.

Léa CHEVALIER, CSAPA de Saint-Quentin, a le sentiment que les publications sur Instagram font très souvent état de situations d'apéritifs, sans que cela ne soit sponsorisé.

Franck LECAS souligne que la Loi Évin fixe des règles en matière de propagande : tout citoyen, éditeur d'un contenu sur un réseau social public, doit se conformer aux règles en vigueur. Si celles-ci ne sont pas respectées, Addictions France ne peut y remédier par ses seuls moyens, d'où son choix d'intervenir sur les gros influenceurs.

### Marketing des industriels de l'alcool

Karine GALLOPEL-MORVAN, professeur des universités à l'EHESP et professeur honoraire de l'université de Stirling (Ecosse), est spécialiste du marketing social et des déterminants commerciaux de la santé. Elle s'intéresse en particulier à l'efficacité de la Loi Évin pour protéger les jeunes de la publicité de marques d'alcool, et rend compte de travaux de recherche en ce sens.

La Loi Évin est au cœur d'une guerre de lobbying engagée entre les alcooliers et les acteurs de la santé publique. En 2005, les premiers ont obtenu la possibilité de présenter des personnages en lien avec la production d'alcool. En 2009 a eu lieu l'introduction de publicités sur internet, suivie, plus récemment, d'un amendement précisant que pour des produits alcooliques en lien avec des territoires géographiques, la Loi Évin n'était plus forcément applicable. Cette loi a donc été considérablement affaiblie par ce lobbying. D'autres pays se

sont emparés de ce climat, en utilisant l'argument selon laquelle cette réglementation n'avait pas d'impact sur la réduction des dangers liés à l'alcool.

Face à cet argument, l'EHESP a décidé de lancer un programme de recherche se focalisant sur l'efficacité d'une dimension de la Loi Évin, à savoir la régulation du contenu. En la matière, la Loi Évin stipule qu'il est possible de faire de la publicité, en s'en tenant à des caractéristiques objectives des produits (degré d'alcool, provenance géographique, etc.). En revanche, il est interdit d'associer les produits ou marques à des contextes valorisants.

L'Institut du cancer a contribué à des travaux qui ont permis de répondre aux questions suivantes : l'efficacité de la régulation sur la publicité d'alcool ; les contours du processus de persuasion de la réglementation ; les limites en matière de réglementation du contenu.

Les résultats d'une étude *on-line* sur un échantillon de jeunes consommateurs d'alcool montrent que les publicités avec contexte sportif ou festif génèrent plus d'envie de consommation d'alcool que les publicités sans éléments déclaratifs. Par ailleurs, les publicités avec des personnages suscitent plus d'envie d'achats et de consommation d'alcool que les autres publicités. Il apparaît que les femmes et les plus jeunes sont plus sensibles aux publicités contextualisées.

Une autre étude a eu pour objectif de creuser le processus de persuasion autour de ces publicités. Pour répondre à cette question, des entretiens individuels semi-directifs ont été conduits sur 26 jeunes âgés de 15 à 29 ans, à profils « classiques », après qu'ils ont été exposés à des publicités et des packagings ayant un contenu conforme à la Loi Évin ou un contenu « luxe ».

Pour agir sur l'intention de consommer *via* une publicité, il faut déclencher des réactions affectives chez des gens. En l'occurrence, les publicités de type luxe touchent les émotions, l'affect, l'image de soi, etc. Elles touchent aussi aux attributs du produit : le « *design peut faire penser à un produit de grande qualité* » ; « *fait penser à une bouteille de soda plutôt qu'à de la bière* », étant entendu que les publicités véhiculant du luxe donnent plus envie d'acheter le produit présenté, en comparaison avec des produits respectant la Loi Évin.

La Loi Évin a un intérêt, car elle protège véritablement l'impact des publicités sur l'ensemble des variables de la persuasion, en termes d'émotions, mais aussi de caractéristiques objectives du produit ; ceci peut affecter les intentions d'achat. Néanmoins, même les publicités respectant la Loi Évin peuvent activer certaines dimensions positives de la persuasion, ce qui serait un plaidoyer pour une interdiction totale de la publicité pour l'alcool.

Une troisième étude s'est penchée sur le cerveau et les neurosciences, en lien avec des travaux de Romain MORAND sur l'impact des publicités révélé dans le cadre d'analyses d'IRM fonctionnelles. Concrètement, des IRM ont été passés sur des hommes droitiers non alcooliques de 18 à 25 ans, consommateurs d'alcool, suite à l'exposition à des publicités (publicités sans contexte, publicités avec contextes, personnages connus ou non connues).

Les publicités avec contextes (sports ou fête) ou les publicités conformes à la Loi Évin génèrent une augmentation significative de l'activité du sang dans le cerveau. Leur impact est encore plus significatif si elles intègrent des personnages. Cela s'explique par les composantes du circuit de la récompense, qui agissent au niveau cérébral (motivation, action, etc.).

En conclusion, si ces travaux restent limités dans leur portée (exposition forcée, non-exhaustivité des contextes testés, etc.), il paraît important de vouloir réglementer le contenu de la publicité pour l'alcool par des mesures primitives (ce qui était la version pure de la Loi

Évin). D'ailleurs, Addictions France gagne souvent contre les alcooliers pour détournement de la Loi Évin.

### **Le marketing social pour faire évoluer les représentations et les comportements relatifs à l'alcool**

Virginie BRESSON, chargée de marketing social au sein de l'unité Addictions à Santé publique France, indique que sa discipline vise à promouvoir des comportements favorables à la santé. Avant d'énoncer des exemples concrets, elle rappelle que le marketing social consiste à utiliser les techniques du marketing marchand pour encourager des comportements favorables au bien-être ou à la santé des individus et des populations. C'est une utilisation du marketing dans une perspective d'intérêt général, la démarche ne se limitant pas à la planification et à l'exécution d'actions de communication, mais intégrant plus largement différentes expertises et étapes structurantes, dont des études en amont et des évaluations en aval.

Le marketing social cherche à mieux comprendre le public concerné et l'environnement dans lequel il évolue. Il repose sur trois étapes de cadrage stratégique : d'abord une étape de segmentation et de ciblage, consistant à catégoriser le public en différents groupes, puis à définir des objectifs atteignables et mesurables ; ensuite une étape des 5C (comportement, coût d'adoption, capacité d'accès, communication, collaborateurs), s'inspirant des 5P du marketing marchand (prix, produits, place, promotion, partenaires) ; une étape d'évaluation (pré-tests et post-tests des actions).

La campagne Risques et repères, diffusée dans les médias, met en avant les abus et les excès de personnes en situation d'ivresse, sortant d'un bar, par exemple, pour dénoncer le fait que sans même cela, l'alcool fait des ravages. Cette campagne trouve son origine en mai 2017, avec l'élaboration de repères de consommation à moindre risque par un groupe d'experts animé par Santé publique France et l'INCa. Dans ce cadre, le seuil de dangerosité de l'alcool a été revu, et ramené à deux verres standard par jour et dix verres standard par semaine, avec des jours sans consommation dans la semaine. Les concepts du marketing social ont alors été utilisés pour promouvoir ces nouveaux standards, en ciblant prioritairement la population des 29-49 ans consommant au-dessus des repères, avec une attention particulière aux hommes CSP-.

L'objectif est de diminuer la proportion de consommateurs d'alcool au-dessus des repères afin de réduire la morbi-mortalité associée à l'alcool en France. Plusieurs objectifs de communication sont poursuivis : l'amélioration de la connaissance des risques, à moyen et long terme, en insistant sur trois d'entre eux : l'hypertension, les cancers, les hémorragies cérébrales ; la connaissance de nouveaux repères de consommation, avec une formulation simplifiée et travaillée pour faciliter son appropriation et sa mémorisation au sein de la population (« *pour votre santé, l'alcool, c'est maximum deux verres par jour, et pas tous les jours* »).

Dans le détail de l'application des 5C, l'action sur les comportements intervient en phase amont, pour créer un déclic et une prise de conscience. Le coût d'adoption peut être minimisé par un discours pédagogique et encourageant (diminuer et non pas supprimer), sans jugement ni dénonciation, mais par la mise en avant de solutions. En termes de capacité d'accès, la campagne a utilisé l'outil [alcoometre.fr](http://alcoometre.fr), qui permet en quelques minutes d'évaluer sa consommation d'alcool et les risques associés pour la santé. Sur le plan de la communication, la campagne Risques et repères en est à sa sixième diffusion : le succès se joue ici sur la répétition et la multiplication des points de contact. Enfin, il s'agit de créer des outils qui mobilisent les acteurs relais, les professionnels de santé, et tous les acteurs de terrain, grâce notamment à la brochure Alcool pour comprendre.

Santé publique France cherche à développer une stratégie en fil rouge : au-delà des grandes campagnes de communication, le but est de multiplier les actions au long de l'année, pour faire de l'alcool au long cours un sujet majeur, lui faire perdre sa banalité. Cette stratégie est essentiellement digitale et multisites, à destination de différents publics. Elle repose sur plusieurs actions : promotion de l'alcoomètre, d'Alcool Info Services ; communication interactive ; expériences concourant à une perception de la pression sociale (avec notamment le recours à un mentaliste s'appuyant sur une technique consistant à retracer les événements pour mesurer l'ampleur des verres « non désirés » ; etc.

Virginie BRESSON aborde la situation des dispositifs d'évaluation autour de la campagne Risques et repères. Les post-tests, réalisés à raison d'un test par an, permettent de suivre différents indicateurs dans le temps : reconnaissance de la campagne, mémorisation, perception, incitation au changement de comportements. Une évaluation d'efficacité a eu lieu en 2019, autour de la mémorisation des risques, des repères, et sur les attitudes, après exposition à la campagne. Le croisement de ces méthodologies doit consolider les résultats des actions, qui sont encourageants : les dispositifs sont visibles et jugés utiles, avec des effets incitatifs – 34 % des consommateurs sont incités à réfléchir à leur consommation, selon le dernier post-test de 2021, et près de 40 % des personnes testées peuvent citer le repère de deux verres par jour.

En conclusion, Virginie BRESSON évoque une réflexion autour d'un renouvellement de la campagne Risques et repères, pour ne pas saturer la cible. Le discours devrait donc évoluer début 2023, tout comme le dispositif du fil rouge, qui sera amplifié, avec notamment des actions plus larges.

## Discussion

Valérie GUITET réagit à l'évocation de l'expérience mobilisant un mentaliste, ce qui lui semble être un pas-de-côté très intéressant, rendant les idées très accessibles.

Virginie BRESSON estime que l'effet visuel associé à cette expérience – compter et voir les verres bus en une semaine – a un très fort impact, sans que l'expérience n'ait d'effets iatrogènes (comme une incitation à consommer de l'alcool) : un pré-test a permis d'affiner le discours, qui incite surtout à la réflexion et qui pointe le rôle crucial de la pression sociale. L'exercice montre que bien souvent, la moitié des verres consommés est liée à un contexte festif ou de pression.

Hervé MARTINI s'interroge sur les leviers d'action qui pourraient être utilisés dans certains domaines non couverts par la Loi Évin (œuvres artistiques, notamment), et qui peuvent instituer une pression pour l'alcool ou le tabac – ne serait-ce que dans Tintin, mais aussi, actuellement, certains mangas. Il s'enquiert également des messages pertinents à tenir vis-à-vis des adolescents, qui sont dans des périodes à risque, dès le collège.

Ce sujet renvoie au principe du placement de produits, y compris sur Internet, qui peut être assimilable à une forme de publicité : dès lors, ce principe pourrait-il être soumis à la Loi Évin ?

Franck LECAS indique que dans l'absolu, les situations de placement de produits devraient être couvertes par la Loi Évin. Toutefois, elles sont difficiles à identifier formellement, car le soutien n'est pas contractualisé, il n'est pas rendu public. Pour le reste, il paraît difficile de faire changer le contenu d'œuvres artistiques, même si le personnage de Lucky Luke a perdu son addiction au tabac. Si la législation a pu avoir un impact sur la présence du tabac, notamment dans le cinéma américain, ce type de mesures semble plus compliqué à obtenir vis-à-vis de l'alcool.

Sur un plan scientifique, des études ont montré un lien entre l'exposition des produits et des comportements (alcooliques ou tabagiques) et la consommation, en particulier pour les jeunes. Une association américaine, spécialisée sur la présence du tabac à l'écran, a récemment publié un chiffre alarmant, faisant état d'une présence du tabac dans plus de 70 % des séries actuelles – c'est notamment le cas de *Stranger Things*, une série très regardée des ados. Au-delà d'éventuelles actions judiciaires, une solution pourrait être de chercher à sensibiliser directement l'industrie cinématographique et culturelle aux impacts de ces placements de produits.

Alain CERCLÉ évoque le film *Drunk*, suite auquel il a diffusé une analyse scientifique auprès des revues de cinéma. Il croit qu'il est important de faire de tels retours, pour essayer de faire réfléchir sur la mise en scène de l'alcool dans les films – la présence de l'alcool est-elle nécessaire dans tel scénario ? Quelle est sa place ? Il n'est pas inutile d'interroger les créateurs de cinéma et les élèves des écoles de cinéma sur ces thèmes. Sur l'effet contre-intuitif de l'alcool, il existe des études placebo, principalement dans le monde anglo-saxon, qui montrent que des jeunes peuvent se faire piéger, et ressentir des effets festifs sans avoir bu d'alcool, mais en croyant l'avoir fait.

Karine GALLOPEL-MORVAN indique qu'Irène Frachon, dont l'histoire a été mise en film, a découvert, à la lecture du scénario, qu'on la faisait fumer à l'attente d'un jugement. Pour la réalisatrice, il s'agissait d'une attitude banale de réaction au stress ne devant pas poser de difficulté.

## REDUCTION DES DOMMAGES ASSOCIES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL EXPERTISE COLLECTIVE INSERM

**Christian BEN LAKHDAR**, université de Lille  
**Guillaume AIRAGNES**, Hôpital européen Georges-Pompidou, AP-HP

Christian BEN LAKHDAR, économiste, et Guillaume AIRAGNES, psychiatre et addictologue, présentent l'expertise INSERM relative à la réduction des dommages liés à la consommation d'alcool.

Christian BEN LAKHDAR précise que les expertises collectives visent à apporter un éclairage scientifique à une question posée, émanant généralement d'un commanditaire institutionnel. Elles ont de nombreuses répercussions, et bien souvent, elles fournissent l'état d'un savoir à un moment donné, expriment des recommandations de politiques publiques (en général de santé publique). Ces recommandations sont ensuite distillées dans les politiques des années suivantes.

Il faut donc espérer que la recommandation ayant trait à la réduction des dommages associés à la consommation d'alcool aura un fort poids politique. Il s'agit de la troisième expertise sur le sujet en vingt ans, qui émane d'une saisine proposée par la MILDECA et la DGS. Elle a réuni nombre d'experts, qui ont produit un rapport d'environ mille pages.

Guillaume AIRAGNES présente le volet épidémiologie de cette expertise. L'alcool constitue la deuxième cause de mortalité évitable en France et dans le monde, avec plus de 200 pathologies induites. La France compte 42,8 millions de consommateurs actuels, avec un ratio de 2,7 grammes d'alcool par jour et par habitant, avec des profils de consommation différents. La toxicité de l'alcool apparaît dès les faibles niveaux de consommation (entre 1 et 1,5 verre d'alcool par jour), et les niveaux de consommation faibles à modérés contribuent largement aux nouveaux cas de cancers en France. Il n'existe pas de seuil de risque ni de rôle protecteur des faibles consommations, et le risque de mortalité liée à l'alcool apparaît clairement dès 10 verres par semaine (soit moins de 1,5 verre par jour). En revanche, il existe une relation dose-dépendance exponentielle entre les dommages et risques d'une part, et le niveau de consommation d'autre part.

Ceci nourrit la réflexion sur le déploiement des stratégies de réduction des risques et des dommages. De ce point de vue, l'expertise cherche à encourager l'idée que la réduction des risques est un *continuum* des choses les plus simples, pour s'articuler avec un principe d'abstinence : cela suppose des interventions tout au long du comportement de consommation, ce qui implique des adaptations et des méthodes différentes selon les temps de vie et les besoins des usagers. Il convient de sortir d'une approche dichotomique des patients, avec ceux qui veulent un projet d'abstinence, et ceux qui veulent un projet de réduction, car cela aboutit à un défaut d'accès aux soins : ceux qui seraient prêts d'emblée à un objectif d'abstinence ne sont pas vus par les professionnels de santé, et la réduction des risques doit faire partie d'un projet de soins au long cours plus global.

L'accès aux soins addictologiques est grandement défaillant, avec une prévalence d'accès aux soins de 8 à 12 % en ce qui concerne l'alcool. Parmi les stratégies d'amélioration de l'accès aux soins figure l'idée de proposer une généralisation de la culture de la réduction des risques, ce qui passe essentiellement par une réduction de la consommation : plus l'on est consommateur, plus les bénéfices mêmes d'une faible réduction de la consommation sont considérables. Cette approche repose en premier lieu sur un repérage standardisé et des interventions brèves, avec une relation basée sur des entretiens motivationnels. En soin

primaire, néanmoins, ce type d'approche est très peu développé en soins primaires : il y a un vrai défaut de repérage, lié à un défaut de formation et d'apprentissage de la culture de la standardisation du RPIB en soins primaires.

Si l'on ne peut parler de seuil de risques, il faut continuer à informer et sensibiliser autour des nouveaux repères de consommation. Les dommages étant dose-dépendants exponentiels, il importe de promouvoir une réduction de la consommation d'alcool pour arriver aux dessous des repères de consommation de Santé publique France (pas plus de deux verres par jour, et pas tous les jours).

L'expertise s'adressait avant tout à la population générale qui consomme de l'alcool, c'est-à-dire l'immense majorité de la population française, en rappelant que la majorité des dommages et de la mortalité liés à l'alcool concerne des gens qui consomment trop, au-delà des repères de consommation, mais qui ne sont pas pour autant des patients dépendants à l'alcool. Un *distinguo* doit être fait entre des mesures populationnelles, passant entre autres par la standardisation du RPIB, par la réduction de la consommation, et la prise en charge d'un sous-groupe particulier, qui sont ceux qui en plus de trop consommer ont des critères de dépendance.

En population générale, les repères de consommation ne valent pas dans certains cas particuliers. Ainsi, la prévention primaire consiste à ne pas consommer de boissons alcoolisées pour les futures mères, dès qu'une grossesse est envisagée. Un chapitre du rapport y est consacré, avec une présentation détaillée des problématiques liées aux syndromes d'alcoolisation fœtale, qui sont mal diagnostiquées, alors que le peu de données montre que les pays européens seraient les plus touchés au monde par ce type de complications.

Les stratégies populationnelles se déclinent dans l'expertise en différentes mesures de prévention, à différents niveaux ; cela va du milieu scolaire aux mesures de prévention sur le plan familial, mais aussi au milieu professionnel, ou des stratégies *dry january* en population générale.

Guillaume AIRAGNES évoque la situation particulière des personnes qui ont un problème de dépendance à l'alcool, c'est-à-dire le stade le plus sévère du trouble de l'usage de l'alcool. Chez ces sujets, la littérature recommande une prise en charge correspondant à celle d'une maladie chronique, dans le cadre d'un suivi au long cours visant à traiter les épisodes aigus et prévenir les rechutes. Pourtant, on a tendance à prendre en charge ces malades de façon très ponctuelle.

Une annonce diagnostique de bonne qualité est indispensable, et doit être suivie de dispositifs d'amélioration de l'accès aux soins. Il apparaît que les troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA) concernent entre 70 et 80 % des patients présentant une dépendance à l'alcool. Dès lors, il faut encourager le repérage systématique des TCLA ainsi que leur prise en charge chez tous les patients présentant une dépendance à l'alcool. Même s'il faut adapter l'objectif initial au stade motivationnel du patient, un patient dépendant doit poursuivre un objectif d'arrêt de la consommation.

Obliger un patient en situation d'urgence sociale à retrouver un logement avant de mettre en place des soins addictologiques n'a aucun sens. La reprise d'un logement est une urgence thérapeutique, et doit être prioritaire.

Les approches pertinentes relèvent d'une logique intégrative, tenant compte de la dépendance, des co-addictions, des troubles psychiatriques occurrence. Une littérature récente met aussi l'accent sur les troubles du sommeil et la question de la prise en charge de la douleur chronique. Il en découle un besoin de prise en charge multimodale, comme une

combinaison de stratégies thérapeutiques. Dans la pratique clinique courante, ce concept peine à s'affirmer, et les patients restent traités en monothérapie, soit par un médicament, soit par de la réhabilitation psychosociale, soit par la participation de mouvements d'entraide : tout cela fonctionne, mais leur combinaison au long cours a un meilleur effet.

Concernant les stratégies psychothérapeutiques, les stratégies motivationnelles permettent d'améliorer l'efficacité des interventions psychosociales plus intensives à proposer aux sujets dépendants : thérapie cognitive et comportementale (TCC) ; thérapie des contingences ; méditation de pleine conscience (notamment dans la prévention de la rechute).

Christian BEN LAKHDAR aborde les aspects liés au coût social et au contenu des politiques publiques liées à l'alcool. Le coût social de l'alcool en France est élevé, évalué en 2010 à 6 % du PIB annuel, contre 1 % dans les pays comparables. En France, la valeur statistique de la vie humaine est globalement plus élevée qu'ailleurs. En outre, son système d'information est très étoffé, ce qui aboutit à des comparaisons statistiques de meilleur calibre.

Le coût social de l'alcool, comparable à celui du tabac, était estimé à 118 milliards d'euros en 2010 en France, se composant principalement de coûts liés à la mortalité (66 milliards d'euros) et à la morbidité (39 milliards d'euros) attribuables. A l'inverse, l'alcool ne rapporte rien aux finances publiques. L'alcool représente un secteur économique important (environ 900 000 emplois il y a une vingtaine d'années ; 500 à 550 000 emplois aujourd'hui) mais en perte de vitesse, avec une concurrence internationale accrue (les vins du Nouveau Monde, la place importante de l'Italie ou de l'Espagne, etc.).

Cette perte de vitesse du secteur explique sans doute un marketing de plus en plus agressif, de plus en plus ciblé, de plus en plus enclin à contourner les lois. Les outils classiques du marketing (les 4 « P » : produit, prix, publicité, place – accès aux produits) sont mobilisés par les producteurs d'alcool pour inciter une cible large à acheter et à consommer de l'alcool.

Dans ce contexte, le groupe d'experts recommande un retour à la version 1991 de la loi Evin. Il s'agirait :

- d'interdire toute forme de publicité sur Internet et via les applications pour les téléphones qui inciterait les internautes à participer au marketing des marques d'alcool (partages, « likes », commentaires, concours, etc.) ;
- de renforcer les contrôles sur le respect de la loi Evin afin qu'elle joue pleinement son rôle de protection des mineurs ;
- de réfléchir à des régulations sur le marketing des marques d'alcool (promotions prix dans les supermarchés et sur Internet pour les marques d'alcool, etc.)

Vis-à-vis du lobbying, qui poursuit des stratégies dont l'objectif est d'empêcher, d'atténuer, de retarder ou de retirer des mesures adoptées ou envisagées par des gouvernements et organismes internationaux, mesures qui vont à l'encontre des ventes et profits des producteurs d'alcool. A ce niveau, le groupe d'experts prône :

- de financer la recherche et les actions de prévention en France (à l'instar de ce qui se fait sur le tabac) – sous la forme, par exemple, d'un fonds gouvernemental abondé par les producteurs d'alcool ;
- d'exiger plus de transparence des actions de lobbying menées par la filière alcool (producteurs, représentants) ;
- d'exiger la transparence des financements par la filière alcool pour tous les programmes de recherche et d'enseignement des écoles et universités (chaire, projets académiques, doctorat, prix scientifique) et actions de prévention des ONG ou autres acteurs ;
- de diffuser des informations pour informer les citoyens et les acteurs de la santé sur le lobbying mené par les producteurs d'alcool ;

- de mener plus de recherches sur ces sujets en France.

Les politiques de contrôle de l'offre et de la demande font partie des principales mesures coût-efficaces d'un programme d'actions publiques. Limiter l'accès à l'alcool est peu coûteux et rapporte beaucoup en termes de santé publique. Cela peut se faire :

- en contrôlant l'accès aux mineurs : contrôles réguliers et fréquents du respect de l'interdiction de vente; mettre en place un système de vérification d'âge automatisé et systématique du client; reconsidérer à la hausse les sanctions encourues par les vendeurs d'alcool en cas de non-respect de l'interdiction de vente ;
- en réduisant la disponibilité : restriction du nombre de débits de boissons alcoolisées ; régulation des heures d'ouverture et de fermeture des mêmes débits de boissons ;
- en augmentant les prix : faire du système de taxation des boissons alcoolisées un outil de santé publique pour changer les comportements, en instaurant un prix minimum des boissons contenant de l'alcool (Ecosse), et/ou les taxant en fonction du grammage d'alcool pur contenu (taxe « soda » en France) - bien que le vin soit l'alcool le plus consommé en France, il bénéficie d'une taxation favorable.

En matière d'avertissements sanitaires, le groupe d'experts plaide pour des recommandations fortes :

- changer les messages utilisés - les termes «abus» et «modération» sont flous et ne sont pas compris, voire détournés ;
- agrandir le format, taille et saillance – pour être plus visibles et se distinguer du contenu marketing dans lequel ils s'insèrent ;
- insérer sur les publicités et les packagings des messages variés sur les risques sanitaires et sociaux ;
- prévoir une rotation de différents messages (tous les six mois par exemple) ;
- insérer sur les contenants de nouvelles informations du produit alcoolisé (les calories, le grammage d'alcool pur contenu, les repères de consommation recommandés par les pouvoirs publics, les ingrédients, la qualité nutritionnelle) ;
- utiliser des visuels et/ou des pictogrammes combinés aux textes pour augmenter l'impact des messages et toucher l'ensemble de la population.

Concernant les modalités de mise en place de la prévention, l'expertise défend enfin trois actions concrètes :

- utiliser la communication digitale et la persuasion technologique (plateformes d'informations, médias sociaux, textes et SMS, SMS et web) afin de susciter de nouveaux comportements ;
- mettre en place, développer, tester et évaluer la e-santé, les applications digitales (web, smartphone, SMS) dans la diffusion des informations relatives à l'alcool sur la base des théories du changement des comportements issues des sciences du comportement (*feedbacks*, normes, *nudges*, etc.) ;
- développer l'usage de messages profilés selon les publics visés; transmission via les technologies de l'information et de la communication (TIC : web, mobile, objets connectés) ou via des médias et/ou des supports permettant la segmentation.

## Discussion

Bernard BASSET revient sur la proposition de taxer les produits alcooliques, et s'interroge sur la possibilité de taxer les publicités : cette solution, évoquée lors d'un débat parlementaire, avait recueilli un avis favorable à une taxe sur les publicités pour l'alcool, avec une majorité qui allait du Centre à La France Insoumise.

Christian BEN LAKHDAR signale que cette proposition ne se retrouve pas dans la littérature. L'expertise scientifique, très codifiée dans sa méthodologie, n'a pas retenu cette solution, puisqu'elle ne figure pas dans la littérature.

Amine BENYAMINA insiste sur le propos répété par Christian BEN LAKHDAR selon lequel l'alcool ne rapporte rien. Dès lors, il se demande comment le lobby de l'alcool parvient à utiliser des leviers utilisés.

Christian BEN LAKHDAR constate que sur le plan factuel, cet argument est mis à mal, puisqu'en vingt ans, le nombre d'emplois directs et indirects liés à cette filière a été divisé par deux.

Une intervenante constate que la Loi Évin n'a pas produit beaucoup de résultats depuis 1991, et mentionne la piste d'une tolérance zéro pour les conducteurs ayant consommé de l'alcool.

Amine BENYAMINA indique avoir été sollicité par la Commission des permis de conduire. Il apparaît qu'une telle mesure serait compliquée à mettre en œuvre en France ; pour autant, la Commission a pris conscience de certains éléments, et devrait prochainement durcir les modalités de contrôle.

Karine GALLOPEL-MORVAN trouve exagéré de dire que la Loi Évin n'a pas fonctionné : en effet, ce sont les alcooliers qui tiennent ce discours. La problématique tient surtout à l'absence d'évaluation de cette loi par les acteurs de santé ; de fait, il est impossible de répondre à cette question. En revanche, de nombreuses études internationales ont montré que le fait d'être exposé à de la publicité avait un impact évident sur l'envie de consommer.

Amine BENYAMINA mentionne à cet effet l'exemple de pays africains ou asiatiques, où la publicité pour l'alcool est récurrente.

Un intervenant a le sentiment que la Loi Évin a émané d'intuitions et de bon sens, mais a pâti, dans son évaluation, d'un manque de preuves scientifiques. L'expertise scientifique de l'INSERM fournit des éléments scientifiques qui permettront ensuite de légiférer.

Guillaume AIRAGNES souligne que selon l'expertise, les stratégies promues par les alcooliers sont des stratégies iatrogènes sur le plan de la santé publique : ainsi, le concept d'éducation à bien boire revient finalement à avancer l'âge d'expérimentation.

**Vendredi 3 juin**

## **OUVERTURE**

**Michaël BISCH**, secrétaire général, RESPADD

Michaël BISCH se réjouit d'ouvrir la deuxième journée des rencontres du RESPADD. Il rappelle que les prochaines rencontres professionnelles, qui auront lieu les 1<sup>er</sup> et 2 juin 2023 à Nancy, aborderont l'apport des technologies dans le diagnostic, les thérapeutiques addictologiques et le partage d'information.

Cette matinée sera centrée sur les questions générées en lien avec la consommation d'alcool, en particulier chez les jeunes. Les résultats préliminaires de l'enquête Aramis 2 mettent en évidence les injonctions paradoxales auxquelles sont soumises les jeunes filles, puisqu'elles sont traitées de « gamines » si elles ne consomment pas d'alcool en soirée et dévalorisées si elles consomment un verre de trop.

La table ronde de la fin de matinée, organisée en lien avec la Société française d'alcoologie, s'intéressera notamment à l'amélioration du repérage et de la prise en charge chez les professionnels de premier recours et à l'implication des patients.

L'après-midi sera dédié à l'intervention précoce, en lien surtout avec les innovations telles que la théorisation des consultations jeunes consommateurs avancées, avec l'enquête d'Addictions France, le repérage précoce en premier recours et le programme Capu. La journée se clôturera autour d'un débat réunissant des intervenants de prestige.

## TABLE RONDE - BOIRE : UNE AFFAIRE DE SEXE ET D'ÂGE

**Discutante : Sarah PERRIN**, doctorante, centre Émile-Durkheim, Bordeaux

En préambule, Sarah PERRIN indique qu'elle réalise une thèse en sociologie sur les trajectoires de femmes consommatrices et vendeuses de drogue insérées socialement à Bordeaux et Montréal. Elle coordonne le dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) en Nouvelle-Aquitaine, piloté nationalement par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies et, en Nouvelle-Aquitaine, par le Comité d'études et d'information sur les drogues.

Comme toute autre consommation de drogues, boire de l'alcool est une pratique culturelle modelée par différents facteurs, incluant l'âge, le sexe et le genre, sachant que le sexe renvoie au caractère sexué biologique d'un individu, alors que le genre est davantage lié à l'identité sociale et aux rapports de pouvoir et relationnels. Les femmes consommatrices de drogues ont toujours été stigmatisées, à l'image des buveuses de gin au 17<sup>e</sup> siècle ou des morphinées au 19<sup>e</sup> siècle, car à travers leur pratique, elles portent atteinte aux normes de genre, au corps féminin sacré destiné à la maternité.

L'enjeu de cette table ronde consiste à comprendre le rôle du sexe, du genre et de l'âge sur les consommations d'alcool dans le cadre d'une approche intersectionnelle, qui croise plusieurs facteurs potentiellement discriminatoires, mais d'autres éléments pourraient être considérés, tels que l'origine ethnique ou la classe sociale. Les questions posées concernent, notamment, les niveaux de consommation en fonction du sexe et de l'âge en France et à l'international, les spécificités des consommations des femmes, au regard notamment de l'âge et du niveau de diplôme, et leur stigmatisation.

La première intervention, relative aux données d'enquêtes sur les jeunes filles et la consommation d'alcool, sera présentée par Stanislas SPILKA, statisticien, responsable du pôle des enquêtes et des analyses statistiques à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), référent au sein du Groupe Pompidou au Conseil de l'Europe pour le projet méditerranéen *School project on alcohol and other drugs*. Marie ASENSIO, travailleuse sociale au sein notamment de l'association Bus 31-32, posera ensuite la question du genre sur les usages d'alcool féminin et Nathalie COUPEAUX et Justine JANNEAU, qui travaillent pour l'association PROSES à Montreuil, questionneront enfin l'accès des femmes aux microstructures médicales.

### Les jeunes filles et l'usage d'alcool : données d'enquêtes

- Stanislas Spilka, OFDT

### Femmes et alcool : une histoire de genre ?

- Marie Asensio, Bus 31-32

### Les microstructures médicales : un accès aux soins favorisé pour les femmes

- Nathalie Coupeaux, association PROSES
- Justine Jeanneau, association PROSES

**Les jeunes filles et l'usage d'alcool : données d'enquêtes**

Stanislas SPILKA explique que les seules données existantes sur la consommation d'alcool en fonction du sexe, ou du genre, et de l'âge proviennent de l'OFDT, devenu l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives afin d'élargir son champ d'étude et ses compétences aux addictions sans substances, en reprenant les missions de l'Observatoire des jeux d'argent. L'Organisation mondiale pour la santé incite par ailleurs à élargir cette mission aux jeux vidéo, notamment chez les adolescents.

L'initiation en termes de substances psychoactives intervient au cours de l'adolescence. L'âge joue un rôle important, ainsi que le sexe, puisque la consommation est moindre chez les jeunes filles. Les travaux qualitatifs menés au cours des deux dernières années apportent des éléments de compréhension de cet écart, autour des risques perçus et réels.

En 2019, la dernière estimation des décès liés à la consommation d'alcool, basée sur les données de 2015 et publiée sur le site de Santé publique France, fait état d'environ 41 000 décès, dont 75 % d'hommes.

En 2010, la moitié des élèves de 6<sup>e</sup> a déjà consommé de l'alcool, contre 83 % en 3<sup>e</sup>. En 2014, l'initiation est plus tardive, notamment chez les filles, et en 2018, la précocité recule nettement chez ces dernières, passant de 53 % en 2010 à 38 %. En fin de 3<sup>e</sup>, l'initiation est largement partagée pour les deux sexes. Le net recul constaté dans l'enquête de 2021 sur les élèves de 3<sup>e</sup>, avec 64 % des collégiens ayant déjà consommé de l'alcool, est probablement lié à la situation sanitaire.

Plus récemment, l'enquête s'est intéressée à la consommation régulière et aux alcoolisations ponctuelles importantes (API) des adolescents, ou *binge drinking*, définies comme une consommation d'au moins cinq verres lors de la même occasion. Cette consommation concerne 18 % des élèves en 3<sup>e</sup>, contre 3 % qui déclarent avoir bu au moins dix fois de l'alcool au cours du mois précédant, sans différence entre les sexes. En termes de type d'alcool, les filles boivent moins de bière et un peu moins de vin que les garçons, mais autant de spiritueux.

Malgré le recul constaté au niveau de l'expérimentation à 17 ans, le niveau reste élevé, à plus de 85 %, ainsi que la consommation dans le mois. Les écarts entre les garçons et les filles se creusent au niveau de l'usage régulier (dix fois dans le mois), où les filles sont deux fois moins nombreuses que les garçons. L'usage quotidien reste très faible dans les populations adolescentes, avec un écart important, de deux à trois fois plus faible, chez les filles.

Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) ont lieu principalement le week-end, autant pour les filles que les garçons. En revanche, les filles boivent moins que les garçons dans l'espace public. Le nombre de verres consommés lors de ces API marque un écart important, puisque 40 % des filles déclarent avoir consommé cinq verres ou moins, contre 22 % pour les garçons, et la consommation de dix verres ou plus concerne près de 40 % des garçons et 20 % des filles. À la question : « Lors de la dernière API, vous aviez tout à fait l'intention d'être ivre », 15 % des garçons répondent par l'affirmative, contre 7 % des filles, et à la question « À quel point avez-vous été ivre », les filles déclarent des ivresses moindres que les garçons.

Ces comportements différenciés peuvent s'expliquer par des enjeux territoriaux, culturels et religieux, mais le numéro 149 de *Tendances*, « Alcool et soirées chez les adolescents et les jeunes majeurs », a mis en évidence les injonctions contradictoires qui sont adressées aux filles : soit elles font attention, mais risquent alors d'être taxées de « pas drôles », soit elles boivent, y compris moins ou de manière équivalente que les garçons, et leur réputation s'en ressent, reproduisant l'ancienne représentation selon laquelle une femme ne doit pas boire. Les jeunes filles, plus conscientes des risques que les garçons, s'imposent une autorégulation plus importante. L'ensemble de ces facteurs explique que les filles sont trois fois moins souvent concernées par les conséquences de la consommation d'alcool que les garçons.

## Femmes et alcool : une histoire de genre ?

Marie ASENSIO indique que le Bus 31-32 est une unité mobile sur trois sites à Marseille, destinée à venir en aide aux personnes éloignées du système de soins et du traitement de substitution aux opiacés, à travers le dispositif d'échange de seringues. La file active y est essentiellement masculine, contrairement à celle des microstructures, où les femmes prédominent et où la question de l'alcool est très présente.

La société détermine les rôles, les comportements, les activités, les attentes et les chances de chacun en fonction du contexte socioculturel d'appartenance. Les genres non conformes aux normes sont souvent stigmatisés à travers des pratiques discriminatoires et l'exclusion sociale. Ces représentations nuisent à la santé et au bien-être et influent sur les prestations du système de santé.

Les femmes sont moins nombreuses à intégrer des programmes de soins en lien avec la consommation d'alcool, mais elles souffrent des stigmates de genre vis-à-vis de la représentation de la maternité et de leur rôle dans l'équilibre familial. Pour les hommes, boire a au contraire longtemps été un symbole de force et de virilité. Boire en public, pour la femme, est un moyen de sortir du carcan de la mère au foyer imposé par la société et une façon de revendiquer une égalité des droits. La consommation de la femme, cantonnée souvent à la maison, est moins repérable. Dans l'espace public, elle peut désormais être considérée comme un signe d'impuissance ou d'impotence pour les hommes.

Les femmes commencent souvent à consommer de l'alcool comme un antidépresseur, pour réduire les tensions de la vie quotidienne. La consommation masculine reste supérieure à celle des femmes, et la réprobation sociale de l'alcoolisation féminine est toujours d'actualité, étant parfois associée à la débauche sexuelle. L'aspect intime de la consommation des femmes s'explique notamment par le coût élevé des comportements psychologiques pour correspondre à l'image sociale hyper-performante et invulnérable qui leur est imposée.

L'accompagnement des consommatrices d'alcool implique de bousculer les représentations des équipes soignantes et des partenaires pour accueillir la personne stigmatisée dans le cadre d'une approche humaine, visant à comprendre les raisons qui l'ont poussée à la consommation d'alcool. Les femmes hésitent souvent à se lancer dans un parcours qui les repère en tant que consommatrices d'alcool, d'où le nécessaire travail de déconstruction de leurs propres représentations, notamment à travers les groupes de parole de femmes.

Le Bus 31-32 s'efforce d'offrir un espace aux femmes pour travailler ces représentations et accompagner la réflexion sur un éventuel parcours de soins, sans viser l'abstinence, mais en favorisant le lien et en insistant sur les droits, en termes de suivi médical, notamment pendant la grossesse. Les femmes doivent être questionnées sur leur consommation d'alcool, compte tenu de leur difficulté de s'exprimer spontanément sur le sujet. À Marseille, la consommation d'alcool concerne notamment les femmes sans hébergement, pourtant prioritaires dans les centres d'accueil. Souvent, ces femmes ne portent pas plainte lorsqu'elles sont agressées en étant alcoolisées, renonçant ainsi à leurs droits.

L'information et la discussion autour des représentations et des possibilités de prise en charge favorisent le changement des mentalités, y compris des forces de l'ordre, qui renvoient souvent les victimes d'agressions à leur état d'alcoolique. Les échanges dans le cadre d'un espace intime permettent d'aborder ces questions, en libérant la parole sans entrer dans un suivi médical strict. Un travail entre professionnels sur ces représentations doit être mené pour laisser la liberté de parole aux femmes concernées, sans jugement moral.

Le suivi de la femme, sans l'enfermer dans les représentations, facilite l'autorégulation de la consommation, sans écarter des personnes qui ont besoin d'un accompagnement humain.

Ainsi, considérer une femme enceinte alcoolique uniquement à travers le projet d'arrêter l'alcool ne la laisse pas s'investir dans la maternité. Le bus a fait le choix d'accueillir des personnes consommatrices pour favoriser les échanges sur les consommations, alors que la consommation d'alcool dans les structures est considérée comme un élément de désordre. La réduction des risques implique également d'accepter ce type d'obstacles, pour s'engager sur des parcours qui s'avèrent souvent surprenants.

### **Les microstructures médicales : un accès aux soins favorisé pour les femmes**

Nathalie COUPEAUX explique que les microstructures sont un dispositif expérimental national créé pour répondre à l'épidémie de VIH dans le Grand Est, visant une prise en charge en ville des conduites addictives et le repérage précoce. Le réseau Cannebière est créé en 2000, la coordination nationale des microstructures en 2006 et le réseau Île-de-France 93 en 2016. L'expérimentation de trois ans portée par l'Equip'addict, financée par l'Agence régionale de santé et la Caisse nationale de l'assurance maladie, a pour objectif de définir un modèle économique pérenne et un fonctionnement efficient pour la prise en charge en cabinet de ville de patients complexes.

La microstructure intervient en Seine-Saint-Denis, deuxième département le plus pauvre, dont le quart de la population a un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté, avec un chômage à 17 %, caractérisé par l'absence de médecins et de fortes inégalités de santé.

Justine JEANNEAU ajoute qu'une microstructure met en place un exercice coordonné dans le domaine de l'addiction entre un médecin généraliste, un psychologue et un travailleur social, pour la prise en charge globale de personnes en difficulté socialement, usagères de substances légales ou illégales, ou souffrant d'addictions comportementales.

En tant que premier interlocuteur, le médecin généraliste repère et évalue le patient pour l'orienter vers une prise en charge. Celle-ci est discutée lors des réunions de synthèse pluri-professionnelles mensuelles, où les compétences sont mutualisées afin de proposer une stratégie thérapeutique adaptée.

Le réseau 93 comprend deux travailleurs sociaux, trois psychologues, soixante médecins et autres professionnels médicaux ou paramédicaux. En 2021, il a accueilli 254 personnes, dont 132 femmes, d'une moyenne d'âge de 50 ans, en général éloignées des dispositifs de droit commun. L'équipe compte également une coordinatrice administrative et un médecin référent.

Le réseau est composé de douze microstructures implantées dans des communes prioritaires, souvent précaires au regard de l'accès aux soins. La connaissance de terrain de l'association PROSES a permis de renforcer la transversalité des services proposés. Les principaux produits consommés dans la file active sont l'alcool, le tabac et les médicaments, avec peu de distinction entre les sexes sur ces différentes consommations.

Nathalie COUPEAUX présente le cas d'une patiente de 49 ans suivie dans un centre de santé municipal, qui voit son médecin traitant une fois par semaine depuis six ans pour le soutien et le renouvellement de son traitement substitutif aux opioïdes. Cette personne présente des troubles anxieux importants et une bipolarité stabilisée avec traitement. Son parcours de vie est jonché de violences physiques et psychologiques, par son beau-père d'abord, puis dans ses relations amoureuses. Elle est sans emploi, elle bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés et vit en couple avec un ex-conjoint violent consommateur d'alcool.

Justine JEANNEAU ajoute que cette personne, avec des antécédents de polyconsommation, a été orientée vers le réseau à cause de sa consommation d'alcool, commencée pour son effet antidépresseur dans un contexte de violences conjugales. Elle est passée par différentes structures de soins pour des sevrages, en ambulatoire et hospitalier, aboutissant à une

évolution de sa consommation, puisqu'elle ne consomme plus que de la bière à certains moments de la journée et elle a le sentiment de mieux maîtriser sa consommation. Son médecin l'a orientée vers le dispositif, qu'elle a accepté grâce à son rapport de proximité avec lui. La prise en charge a permis d'aborder les émotions de la patiente, qui a désinvesti progressivement l'espace de parole proposé, pour reprendre la prise en charge avec Nathalie COUPEAUX.

Nathalie COUPEAUX indique que la patiente a été accompagnée ensuite sur le plan social, au niveau du logement et de ses droits santé. Les rendez-vous étant pour elle difficiles à assurer, des visites à domicile lui ont été proposées. La microstructure lui permet de continuer à être prise en charge, en lien avec son médecin, mais à son propre rythme, auquel la microstructure s'adapte en la respectant.

Justine JEANNEAU signale que cette adaptation favorise la confiance de la patiente, qui adhère ainsi à la prise en charge.

Le dispositif des microstructures facilite la prise en charge de profils complexes en médecine générale, ainsi que la sensibilisation et la formation des médecins aux repérages et à la prise en charge des conduites addictives. Il permet également d'améliorer la qualité de soins et des services rendus aux patients.

Sarah PERRIN note que la présentation de Stanislas SPILKA a mis en évidence la prégnance des normes sociales de genre encore en vigueur et la manière dont elles influencent les comportements de consommation. La sociologue Marylène LIEBER a montré que les femmes occupent moins l'espace public, approprié par les hommes. Elles sont plus vulnérables du point de vue sexuel et sont culpabilisées lorsqu'elles perdent le contrôle et sont abusées. Tout comportement non conforme aux normes de genre entraîne des sanctions sociales et de stigmatisation. La thématique de la réduction des risques, genre et consommation de drogues a été traitée par Anne COPPEL dans « Drogues et femmes, le déni français », par Maïa NEFF dans un texte sur la difficulté pour les professionnels de faire face au désir de grossesse d'une femme consommatrice de drogues, et par Florent SCHMITT, qui s'est intéressé aux espaces non mixtes et à la difficulté de concilier le modèle universaliste humaniste à la française avec la prise en compte des particularités. Enfin, Laurence SIMMAT-DURAND, de l'OFDT, a travaillé sur les enjeux de genre et de sexe dans les consommations.

La présentation sur les microstructures a montré l'importance des médecins généralistes pour des populations qui ne fréquentent pas les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et les Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), où les femmes représentent entre 20 et 30 % des files actives. Les femmes suscitent plus de jugements de la part des professionnels de santé, notamment lorsqu'elles ne se conforment pas aux normes de genre et consomment des drogues ou de l'alcool, ce qui les éloigne du soin. Une prise en charge non stigmatisante constitue donc un enjeu fort pour la santé.

La théorie de la *gender transformative health*, développée par Ann PEDERSON, Lorraine GREAVES et Nancy POOLE, insiste sur la prise en compte des inégalités de genre dans le champ de la santé, incluant les déterminants sociaux de la santé et la façon dont celle-ci véhicule des inégalités de genre, mettant ainsi en évidence la nécessité de promouvoir une santé transformative du point de vue des rapports de genre. Les auteurs montrent que la promotion de la santé reproduit souvent les normes inégalitaires de genre, dans les campagnes antitabac notamment, qui visent les femmes au regard des effets sur le vieillissement prématuré de la peau, ou contre l'alcool, qui ciblent spécifiquement la grossesse. Ils s'interrogent sur la façon de s'adresser aux femmes et minorités, notamment de genre, sans véhiculer des inégalités et les stéréotypes.

## Discussion

Un intervenant note que le questionnement des représentations n'évolue pas forcément avec le niveau de formation théorique, ou les années d'expérience, mais grâce à un travail spécifique à leur propos. Il s'interroge sur la façon de faire évoluer ces représentations, sachant que l'acquisition d'une expertise sur le sujet ne modifie pas toujours la perception intime d'une incompatibilité entre la consommation d'alcool et le fait d'être une bonne mère, ou une femme digne.

Marie ASENSIO répond que le dialogue peut faciliter l'évolution des représentations. Un jeune médecin dans une nouvelle microstructure, à Marseille, échange sur ces questions avec les autres médecins de façon informelle. Les pratiques doivent toujours être questionnées, dans le cadre d'un dialogue élargi qui ne se limite pas à l'interprofessionnel.

Le même intervenant constate que pour faire évoluer les représentations, on compte davantage sur les personnes que sur les dispositifs. Dans l'approche psychothérapique, la manière d'utiliser l'outil compte autant, voire davantage, que l'outil lui-même.

Marie ASENSIO en convient. Les interactions dans les centres de formation sont à cet égard essentielles. Une école de formation de travailleurs sociaux à Marseille ne consacre qu'une heure à l'addiction sur un parcours de trois ans, en reproduisant des représentations.

Stanislas SPILKA estime que des politiques collectives partagées doivent être engagées sur les représentations. Dans le domaine du tabagisme, l'objectif d'une génération sans tabac est désormais réel grâce aux changements de représentation individuels, dans le cadre d'une volonté politique et législative partagée par tous. Sur l'alcool, les mesures sont inexistantes. Le recul de la précocité des plus jeunes fait suite aux modifications des représentations des parents et au travail réalisé par Santé publique France, mais il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine. Si les normes de genre ont une action protectrice pour les femmes, il convient d'en sortir sans induire une augmentation des consommations.

Sarah PERRIN confirme que ces normes protègent les femmes au niveau des décès liés à l'alcool, mais pas au regard de la vulnérabilité et des agressions sexuelles ou des viols. La consommation plus élevée des hommes est également liée aux normes de genre, avec les représentations de virilité. Le travail sur les normes de genre peut inciter les femmes à moins développer des stratégies de protection, en diminuant le danger, et les hommes à moins consommer.

Une intervenante note l'effet bénéfique des microstructures pour faire évoluer les représentations. Les médecins généralistes estimaient au départ qu'ils n'étaient pas concernés par l'addiction parce qu'ils ne posaient pas la question des consommations à leurs patients. Les microstructures basent leur action sur la réduction des risques, en expliquant que donner du matériel d'injection à usage unique ne favorise pas la consommation, mais correspond à une action de santé publique, et que la réponse aux conduites addictives passe par d'autres outils que le seul soin. Les médecins sont invités à visiter les CAARUD pour intégrer la réduction des risques au soin, en déconstruisant leurs représentations.

Un intervenant note que les représentations sur l'alcool, y compris des professionnels de santé, sont construites pendant l'enfance, dans le cadre familial.

Une intervenante met en évidence la pluralité des sources de représentations. Certains gynécologues pensent également qu'ils ne sont pas concernés car ils rencontrent uniquement des femmes ou ne suivent que des grossesses.

Un intervenant note que le tableau *Le Buveur d'absinthe* d'Edgar Degas montre que le regard sur la question n'a pas changé, mais peut-être seulement sa compréhension. La complexité de la question reste d'actualité. Dans la ruralité, les microstructures doivent faire face à la difficulté des relèves des médecins, sachant que les jeunes médecins sont peu mobilisés autour des addictions. Pour les consommatrices, qui ont souvent une histoire familiale de violences physiques et psychologiques, l'alcool joue un rôle d'anesthésiant. Les équipes doivent être formées au repérage de ces violences pour proposer un soin adapté.

Une intervenante confirme l'importance des microstructures médicales dans la ruralité, où l'accès aux soins est particulièrement difficile. Les jeunes médecins qui collaborent avec les microstructures témoignent plutôt d'une évolution des représentations.

Une intervenante s'interroge sur l'évolution de la prise en charge de l'alcool chez les femmes par les femmes professionnelles de la santé, dont le nombre a augmenté sensiblement.

Sarah PERRIN répond que les stéréotypes sont également présents chez les femmes. Les usagères rapportent des jugements émanant de femmes médecins ou d'autres professions médicales, qui proposent souvent une prise en charge inappropriée.

Valérie GUITET, d'Addictions France, demande à Stanislas SPILKA si des enquêtes ont été menées auprès des parents d'adolescents, au regard de l'initiation et des effets de l'alcool sur le cerveau.

Stanislas SPILKA répond que ce sujet sera abordé dans une deuxième publication de l'enquête Aramis, comprenant les entretiens avec les parents et les adolescents. Elle permettra notamment d'observer les changements dans les représentations et les comportements vis-à-vis de l'alcoolisation des plus jeunes, comme en témoigne le recul important de l'initiation. Au niveau international, les Français de 11 ans restent les plus précoces en termes de consommation d'alcool. Le recul de cet indice doit passer par un travail sur l'initiation en famille, sachant que la baisse de la consommation et de l'initiation constatée entre 2018 et 2021 est due en grande partie à l'enfermement des adolescents pendant la pandémie.

## TABLE RONDE – ORGANISEE EN PARTENARIAT AVEC LA SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE

**Discutant : Michaël BISCH**, secrétaire général, RESPADD

Michaël BISCH présente l'objectif de cette table ronde organisée en partenariat avec la Société française d'alcoologie et axée sur la recherche. Les trois intervenants sont Mickaël NAASSILA, président de la société française d'alcoologie et de la société européenne de recherche biomédicale sur l'alcoolisme (ESBRA) et responsable de l'unité INSERM GRAP de l'Université de Picardie Jules Verne, Clotilde COUDERC, docteur en épidémiologie et chargée de recherche au sein de l'association Addictions France, et Hakim HOUCHI, médecin généraliste, addictologue, médecin du sport, consultant en CSAPA et enseignant-chercheur dans le laboratoire de Mickaël NAASSILA.

ACS AlcoolConsoScience - informer les professionnels de santé sur les dernières données de la science sur l'alcool

- Mickaël Naassila, SFA

SADAPT – efficacité du sevrage alcool à domicile par une équipe multidisciplinaire assistée de la téléconsultation et de la supervision

- Hakim Houchi, groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances

QAARE – expérimentation d'un portail usager proposant des autoquestionnaires en ligne partagés avec les professionnels, par des CSAPA sentinelle

- Clotilde Couderc, Addictions France

### ACS AlcoolConsoScience - informer les professionnels de santé sur les dernières données de la science sur l'alcool

Mickaël NAASSILA indique que le programme AlcoolConsoScience vise à partager des informations scientifiquement validées concernant les effets de l'alcool sur la santé. En effet, les informations relatives à la consommation d'alcool sont très dispersées. A l'époque de la désinformation, l'information doit être concentrée et validée par des experts et les messages doivent être clairs. Par exemple, les messages autour de la consommation d'alcool pendant la grossesse évoluent. Les dernières études scientifiques montrent en effet que la consommation d'alcool diminue clairement chez les deux conjoints dès le désir de grossesse. Financé par le fonds de lutte contre les addictions, le programme AlcoolConsoScience emploie Elen Bailly, chargée de projet, et Naouras Bouajila, titulaire d'un master en santé publique. Beaucoup de volontaires et de bénévoles travaillent également sur ce projet.

Pour rappel, l'alcool constitue l'une des premières causes d'hospitalisation et entraîne 10 000 décès par an en France. Son coût social est estimé à 120 milliards d'euros. De plus, en Europe, moins de 10 % des personnes souffrant d'un trouble lié à l'alcool sont pris en charge. Malgré les campagnes de Santé Publique France et le *Dry January*, le sujet de l'alcool est insuffisamment évoqué en France. Le projet AlcoolConsoScience aborde les principales pathologies liées à la consommation d'alcool, notamment les cancers, les maladies cardiovasculaires et les maladies digestives.

Les différentes études mondiales relatives aux « seuils » convergent, montrant que le taux de mortalité augmente rapidement à partir de dix verres par semaine et que les risques

apparaissent dès le premier verre. Ces données contribuent à faire évoluer les représentations sur l'alcool chez le grand public, mais également parmi les professionnels de santé. Les sciences montrent que tout comme le tabac, toute consommation d'alcool comporte un risque pour la santé. Par exemple, l'alcool constitue un facteur d'hypertension tant chez les hommes que chez les femmes, dont la vulnérabilité est toutefois plus importante.

Les médecins généralistes français repèrent moins la consommation d'alcool chez leurs patients hypertendus par rapport à leurs collègues allemands, italiens ou espagnols. De plus, la France est mal positionnée en matière de prise en charge de la consommation à risque et de la dépendance.

Par ailleurs, le risque de développer un cancer augmente même avec de faibles niveaux de consommation d'alcool. Selon un rapport INCa de 2018, cinq ans après le diagnostic d'un cancer, une personne sur cinq déclare consommer de l'alcool au moins quatre fois par semaine. En France, si le lien entre tabac et cancer est bien établi, il convient de communiquer davantage sur le lien entre alcool et cancer.

Le projet AlcoolConsoScience est porté par la société française d'alcoologie, en partenariat avec la FFA, l'AAF, l'INCa, Santé Publique France, le Fonds Actions Addictions, Mildeca et NaCR. Son objectif est d'informer les professionnels de premier recours avec les dernières informations scientifiquement validées et selon une approche pluridisciplinaire. Le projet intègre ainsi des revues systématiques de la littérature.

Actuellement, beaucoup d'études remettent en cause les effets protecteurs de l'alcool au niveau cardiovasculaire et au niveau cérébral. Des études utilisant de nouvelles méthodologies comme la randomisation mendélienne confirment cette hypothèse d'absence d'effets dits protecteurs. Les nouvelles données de la littérature sont encore peu diffusées.

Le projet AlcoolConsoScience propose des fiches détaillées présentant les arguments scientifiques relatifs au lien entre alcool et douleurs chroniques, entre alcool et diabète, entre alcool et sommeil, entre alcool et fibrillation auriculaire ou encore entre alcool et cancer du sein. Le projet s'appuie également sur des fiches synthétiques rassemblant les informations principales, des diaporamas qui servent aux formateurs ainsi que des posters. Avant tout, AlcoolConsoScience vise à travailler sur des messages clairs, précis, informatifs et utiles basés sur la science. Des vidéos et podcasts sont également créés dans le cadre du projet pour aborder des sujets tels que la désinformation scientifique sur l'alcool et la randomisation mendélienne. Par ailleurs, Philippe CASTERA encadre à l'Université des Bordeaux des thèses, notamment relatives aux besoins des médecins généralistes pour le dépistage des conséquences de l'usage de l'alcool.

A terme, le site de la société française d'alcoologie hébergera toutes les informations rassemblées dans le cadre du projet AlcoolConsoScience et constituera ainsi une banque de ressources.

**SADAPT - efficacité du sevrage alcool à domicile par une équipe multidisciplinaire assistée de la téléconsultation et de la supervision**

Hakim HOUCHI indique qu'il exerce en tant que chercheur associé au sein du groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances ainsi qu'en tant que médecin généraliste, médecin addictologue et médecin du sport. Il appartient également au collège des addictologues Somme Littoral Sud.

Bénéficiant d'un financement de l'ARS des Hauts-de-France pour deux ans, le dispositif SADAPT (sevrage alcoolique à domicile accompagné par la télé-médecine) repose sur une

équipe pluridisciplinaire qui comprend un médecin généraliste, un infirmier diplômé d'état, une psychologue et une éducatrice spécialisée.

Le dispositif SADAPT se base sur les recommandations de la SFA qui préconise le sevrage en ambulatoire. L'expérience de faisabilité locale conduite avec une quarantaine de patients a produit des résultats intéressants. D'autres initiatives visant à utiliser le sevrage ambulatoire et s'articulant principalement autour du médecin traitant existent à Lyon, Lille et Rennes. Hakim HOUCHI est le médecin référent du dispositif SADAPT.

Le dispositif est destiné à tous les publics et dispose d'une capacité de 10 lits sur le périmètre d'Amiens. L'équipe pluridisciplinaire est sensibilisée à l'addictologie et a vocation à s'adapter aux patients en complétant l'offre de soins, en élargissant les critères d'éligibilité au sevrage ambulatoire, à améliorer l'acceptabilité du principe de sevrage alcoolique et à améliorer l'entrée dans le soins addictologique. De plus le dispositif s'adapte aux sphères de fonctionnement des patients, car certains sont des tiers-aidants, d'autres doivent s'occuper de leurs enfants et de leurs animaux, ou encore ne souhaitent pas délaisser leur activité professionnelle.

Après l'adressage, le dispositif SADAT prévoit un bilan d'entrée réalisé en 24 à 48 heures. Le patient bénéficie ensuite d'un sevrage à domicile pendant 10 jours et d'un suivi pluridisciplinaire pendant 12 mois.

L'adressage sera assuré par la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) qui diffuse les informations relatives au dispositif SADAPT. Actuellement, les patients proviennent essentiellement des CSAPAs où Hakim HOUCHI assure une consultation hebdomadaire. Chaque mois, 5 à 6 patients rejoignent ainsi le dispositif. Les patients peuvent également venir des services d'urgence ou de psychiatrie des hôpitaux de la région. Par exemple, le CHU d'Amiens dispose d'une unité d'alcoolologie qui a connaissance du dispositif et peut ainsi recommander SADAPT à un patient.

Une fois orienté vers le dispositif, le patient effectue un bilan d'entrée pour évaluer la compatibilité de sa sphère de vie avec le dispositif, ainsi que pour mesurer la maturité de son projet en fonction de l'échelle PAWSS. Lorsque les contre-indications formelles à bénéficier du dispositif sont exclues, des bilans addictologiques, somatiques et hépatiques sont réalisés. Le patient bénéficie ensuite d'un sevrage à domicile. L'infirmier passe trois fois par jour pour réaliser une éthylométrie et administrer le traitement qui est adapté au score CHUSHMAN. A cette occasion, l'infirmier peut délivrer des recommandations et des conseils diététiques. Les soins médicaux sont apportés au moins une fois par jour par le médecin qui demeure en lien avec l'infirmier afin d'adapter le traitement en temps réel. Le dispositif utilise les services de télémédecine de la société T-MED qui propose une interface dédiée avec des outils homologués pour échanger avec les patients, dont un stéthoscope connecté, un tensiomètre connecté et une téléalarme pour contacter le 15 en cas de besoin. Les trois premiers jours du sevrage sont les plus intenses. L'équipe travaille ensuite avec le patient pour programmer le suivi, qui prévoit une douzaine de consultations au CSAPA, quatre bilans psychologiques et cognitifs ainsi que quatre bilans somatiques.

Le suivi pluridisciplinaire est assuré en partenariat avec le réseau local. Le médecin traitant est invité par courrier à s'associer à la démarche. Le dispositif INTERVISION permet d'organiser des réunions de concertation pluridisciplinaires en visioconférence. Pendant le suivi, l'addictologue coordonne les soins et effectue le bilan médical et biologique. L'infirmier du CSAPA conduit les entretiens motivationnels. Le patient rencontre le psychologue une fois par mois. Par ailleurs, des éducateurs spécialisés proposent des ateliers de relaxation. Les patients peuvent également bénéficier d'activités physiques adaptées avec un kinésithérapeute.

En conclusion, le dispositif SADAPT est destiné à un maximum de patients. Le bilan d'entrée permet d'être très réactif pour intégrer les patients et un suivi au long cours est assuré pendant douze mois avec un médecin addictologue.

**QAARE - expérimentation d'un portail usager proposant des autoquestionnaires en ligne partagés avec les professionnels, par des CSAPA sentinelle**

Clotilde COUDERC explique que QAARE consiste à mettre en place des autoquestionnaires dans le cadre du suivi en CSAPA, afin d'améliorer l'accompagnement des usagers et d'exploiter les données à des fins de recherche.

Le projet QAARE est financé par l'Agence du Numérique en Santé dans le cadre de l'appel à projets « Structures 3.0. », spécifiquement destiné au secteur médico-social. L'objectif est de développer, d'expérimenter et d'évaluer une solution numérique innovante. Le projet QAARE a été réalisé au sein du réseau CSAPA sentinelle entre février 2021 et mai 2022, en partenariat avec Stimulab, un éditeur de solutions numériques spécialisé dans le domaine de l'addictologie.

Le réseau CSAPA Sentinelle est un réseau de douze structures dont l'ambition est de mener des activités de recherche en utilisant le dossier informatisé G12A. Le réseau comprend des structures gérées par l'association Addictions France dans le Gard, les Pyrénées-Orientales, la Gironde, le Cher, l'Aube, l'Yonne, la Côte d'Or, la Nièvre et la Saône-et-Loire, mais également le centre psychothérapique de Nancy, le CCAS de la ville de Cambrai et le centre hospitalier de Dunkerque. En 2019, 19 000 usagers étaient suivis par l'ensemble de ces établissements.

La solution numérique proposée par QAARE comprend deux volets. Le premier volet est un portail web où les usagers peuvent compléter des questionnaires portant d'une part sur le repérage des conduites addictives et la motivation au changement et d'autre part sur des thématiques de santé telles que la qualité du sommeil, l'anxiété et la dépression. Sur ce portail, les usagers peuvent également renseigner des envies de changement, par exemple « réduire ma consommation ou mon comportement addictif », « accéder à un logement personnel », « mettre en place une activité de loisirs », « travailler sur ma relation avec mon entourage » ou « obtenir un soutien psychologique ». Ces informations aident les professionnels à construire le document individuel d'accompagnement. Les modalités d'accès et de transmission des résultats diffèrent selon la typologie du questionnaire. Les questionnaires relatifs au repérage des conduites addictives et aux envies de changement sont en libre accès. L'utilisateur peut choisir de transmettre ou non les résultats au professionnel de santé. Les questionnaires relatifs à la santé sont uniquement accessibles sur recommandation d'un professionnel de santé et les résultats lui sont automatiquement transmis.

Le second volet concerne le portail web professionnel qui permet aux professionnels de recommander les questionnaires et de consulter les résultats transmis. Le portail web professionnel Pulsio Santé est développé par Stimulab. Il était déjà utilisé par l'association Addictions France dans le cadre de la téléconsultation. Plutôt que de multiplier les outils numériques mis à disposition des professionnels, des fonctionnalités supplémentaires ont été ajoutées au programme existant.

Le dispositif QAARE affichait trois objectifs. Premièrement, QAARE visait à favoriser l'implication des usagers et à améliorer leur accompagnement grâce à la mise à disposition d'autoquestionnaires. Deuxièmement, le dispositif ambitionnait de faire communiquer le portail professionnel avec le système de dossiers G12A. A l'issue de la mise en place de la téléconsultation au sein de l'association, les professionnels ont regretté le fait de devoir saisir deux fois certaines informations. Troisièmement, QAARE visait à utiliser les données recueillies via les autoquestionnaires à des fins de recherche. La base de données sera

alimentée à la fois par les données saisies dans les dossiers G12A et les données saisies via les questionnaires.

Le projet s'est décomposé en trois phases, à savoir le développement de février à octobre 2021, l'expérimentation de juillet 2021 à mars 2022 et l'évaluation d'avril à mai 2022. Les portails ont été adaptés au fur et à mesure des retours pendant les phases de développement et d'expérimentation.

Un rapport d'évaluation et un bilan synthétique seront prochainement publiés sur le site de l'Agence du Numérique en Santé. 191 usagers ont été inclus dans le dispositif QAARE. Seulement 42 % ont activé le portail. Parmi eux, 90 % ont complété au moins un questionnaire. 80 % des usagers ont décidé de transmettre leurs résultats aux professionnels. La note moyenne d'évaluation globale du portail est de 3,5/5.

Par ailleurs, le portail QAARE a été proposé à 252 professionnels. 43 % d'entre eux se sont connectés. Parmi eux, seulement 40 % ont recommandé au moins un questionnaire. 33 % des questionnaires recommandés ont été effectivement complétés par les usagers. Les principaux questionnaires recommandés concernent le carnet de bord des consommations, l'alcool et la motivation au changement. Enfin, la note moyenne globale du portail professionnel est de 2,8/5.

L'expérimentation a finalement été prolongée jusqu'à la fin de l'année 2022 afin de disposer d'une nouvelle évaluation à l'automne. Si les retours des usagers sont plutôt positifs, il existe des points d'amélioration au niveau du portail web professionnel. Le prolongement de l'expérimentation permettra ainsi de renforcer l'accompagnement des professionnels et de réfléchir à la construction d'un modèle économique durable.

## Discussion

Un intervenant remarque que le sevrage ambulatoire rend les professionnels de santé frileux. Beaucoup considèrent en effet que le sevrage ambulatoire ne peut pas être proposé en cas d'antécédent de crises convulsives. Dans ce cadre, il convient peut-être de préciser le contexte des crises convulsives. A son sens, une crise convulsive à la suite d'un sevrage brutal sans accompagnement ne constitue pas une contre-indication à l'accompagnement ambulatoire.

Hakim HOUCHI répond que plusieurs facteurs peuvent prédisposer un patient à subir des crises convulsives, notamment le contexte, mais également la génétique. Par ailleurs, les PAWSS constitue une échelle efficace pour prédire les risques. Certains patients sont capables de s'abstenir de consommer pendant une semaine sans accompagnement. De plus, les crises convulsives généralisées demeurent rares. Le patient doit être interrogé et l'antécédent de crise convulsive ne constitue pas un frein absolu au sevrage ambulatoire.

Une intervenante demande s'il existe des contre-indications sociales au sevrage ambulatoire.

Hakim HOUCHI observe que les contre-indications au sevrage ambulatoire sont très documentées. Elles concernent notamment l'isolement et les capacités cognitives. Dans le cadre du dispositif SADAPT, le patient est suivi par un infirmier. Ce type de soin ne peut pas être proposé à une personne sans domicile. En revanche, le résidant d'un foyer peut être accompagné. Toutes les situations sont étudiées.

Une intervenante s'enquiert de la place de l'entourage dans le dispositif SADAPT.

Hakim HOUCHI répond que lors de sa prise en charge, le patient s'engage à échanger avec son entourage. La sphère familiale doit adhérer au projet. En cas de besoin, le médecin peut recevoir l'entourage avec le patient pour fournir des informations complémentaires.

Serge MOUNSANDE salue la cohérence du dispositif SADAPT et le courage des professionnels engagés dans ce projet. Il remarque que lors d'une hospitalisation, l'éthylométrie n'est pas systématique et demande pourquoi le dispositif prévoit trois tests par jour. En effet, ce systématisme pourrait remettre en cause la confiance entre le patient et les professionnels de santé. Par ailleurs, il demande si des taux d'alcoolémie positifs ont été constatés.

Hakim HOUCHI observe que le dispositif fonctionne à condition que les intervenants soient acquis à la cause. Concernant l'éthylométrie, l'accès à l'alcool est très limité en milieu hospitalier. Dans le cadre du dispositif SADAPT, l'éthylométrie constitue un cadre qui permet de valoriser le patient. Il est arrivé une fois qu'un test soit positif. Un bilan a alors été proposé au patient pour l'orienter au mieux. Si le patient demeure éligible, le sevrage est reporté.

Philippe SAYER remarque que le délais de réponse constitue un point fort du dispositif SADAPT. En effet, si le temps d'attente est long, il est souvent trop tard pour le patient. D'autre part, il demande s'il est envisagé d'ouvrir l'adressage à des associations d'entraide. Dans certaines régions, les usagers s'adressent plutôt à une association qu'à un médecin. Enfin, il souhaite savoir si le dispositif prévoit de recourir aux patients experts.

Hakim HOUCHI confirme que le délai constitue un point clé. D'autre part, une association d'entraide est implantée au CSAPA au sein duquel il consulte. S'il est préférable que l'initiative vienne du patient, les associations d'entraide peuvent tout à fait proposer le dispositif à leurs usagers.

Mickaël NAASSILA ajoute que le dispositif a vocation à évoluer. De plus en plus de patients arrivent dans les structures avec une demande construite et des objectifs clairs. Dans ce cadre, il n'est plus acceptable de leur demander d'attendre.

Elen BAILLY demande à Clotilde COUDERC quels types de professionnels traitent les questionnaires auxquels répondent les usagers et à quelle occasion les professionnels échangent avec les patients. Elle souhaite savoir si les patients peuvent remplir le questionnaire tout en refusant que leurs données soient utilisées pour la recherche.

Par ailleurs, elle demande à Hakim HOUCHI comment il s'organise pour dégager du temps consacré aux consultations d'urgence. En effet, Amiens manque de médecins généralistes. D'autre part, pour les patients atteints de comorbidités psychiatriques, elle remarque que l'entourage peut être délétère et elle demande si ce type de comorbidité peut constituer une contre-indication au sevrage à domicile.

Clotilde COUDERC explique que toute l'équipe pluridisciplinaire du CSAPA peut accéder aux questionnaires transmis par les usagers. Les psychologues, les médecins et les travailleurs sociaux peuvent à la fois recommander les questionnaires et consulter les résultats. Une fois que l'utilisateur a répondu au questionnaire, une alerte est envoyée à l'équipe pluridisciplinaire si l'utilisateur l'a accepté. Les professionnels peuvent ainsi analyser les réponses en préparation de la prochaine consultation. Par ailleurs, le délégué à la protection des données travaille actuellement sur le sujet du consentement lié à l'utilisation des données. Les usagers de QAARE pourront bien refuser que leurs données soient utilisées à des fins de recherche.

Hakim HOUCHI note que dans le cadre du dispositif SADAPT, il est plus difficile de mobiliser l'infirmier que le médecin. Lorsqu'un patient est adressé par un professionnel, la démarche peut être lancée rapidement grâce à ce premier filtrage. Le bilan proposé constitue un second filtre. L'infirmier doit pouvoir se mobiliser dès le lendemain. Le projet SADAPT nécessite une forte implication et une forte disponibilité des professionnels de santé.

Une intervenante demande quelles analyses biologiques sont réalisées lors du début du traitement dans le cadre du dispositif SADAPT.

Hakim HOUCHI répond qu'un bilan biologique est effectué, comprenant notamment la NFS et le bilan hépatique. Ces éléments peuvent constituer un levier de motivation pour le patient lorsqu'il constate que certains indicateurs se sont normalisés.

Une intervenante demande si toute la France est couverte par le projet AlcoolConsoScience. D'autre part, elle demande que doit faire un médecin traitant lorsque le patient est en déni par rapport à une consommation excessive.

Un intervenant répond que le déni constitue un mécanisme de défense pathologique. Si la plupart des patients ne sont pas en déni, beaucoup sont capables de s'illusionner.

Par ailleurs, AlcoolConsoScience s'adresse aux professionnels de santé et non au grand public.

Mickaël NAASSILA précise que les informations seront néanmoins librement accessibles par le grand public. Le projet est en cours et les données seront prochainement disponibles.

Un intervenant remarque que dans le cadre du projet QAARE, 80 % des usagers souhaitent transmettre le questionnaire aux professionnels. Ce chiffre montre que les patients ont envie que les professionnels en qui ils ont confiance sachent ce qu'ils ressentent.

Clotilde COUDERC ajoute que lors des réunions de construction du projet QAARE, les usagers ont exprimé le besoin de s'autoévaluer pour savoir s'ils doivent aborder un sujet à l'occasion d'une consultation. De plus, ils ont exprimé le besoin de noter tous les événements marquants dans un calendrier à disposition du professionnel pour éviter d'en parler.

Michaël BISCH remercie tous les participants pour la richesse des échanges.

## TABLE RONDE - INTERVENIR PRECOCEMENT : DU RPIB A LA CAPU, DE LA CJC AUX URGENCES

Discutant : **Nicolas BONNET**, directeur, RESPADD

Nicolas BONNET observe ce que cette simple molécule  $C_2H_5OH$  provoque de démarches de promotion de la santé et d'*empowerment*. Elle est également l'enjeu de nombreuses campagnes marketing d'alcooliers, comme du marketing social mis en œuvre dans le cadre de la prévention. Cette molécule très hydrophile est susceptible d'agir en profondeur sur les tissus. Elle a suscité une étude de 800 pages de l'INSERM, laquelle a été présentée. Elle appelle des stratégies différentes en fonction du sexe et de l'âge. Elle engage chacun enfin à travailler sur l'intersectorialité entre le sanitaire et le médico-social.

De nouveaux modèles sont à inventer et à investir pour circonscrire ce produit de consommation courante. Hier, les ravages de l'alcool dans certaines campagnes de France ont été révélés. Le poids social de ce produit a également été mis en perspective. Ce matin, il a été montré comment le repérage précoce permet de limiter les complications. Or celui-ci est trop peu pratiqué par les professionnels de santé.

Cette table ronde portera sur la consultation du jeune consommateur avancée. Interviendront Marlène BOUCAULT, chef de prévention Addictions France, et Guillaume MOURAUD, psychologue. La médecine de premier recours sera ensuite présentée par Philippe CASTERA, docteur en Médecine, professeur de Médecine générale à la faculté de Médecine de Bordeaux, président de la COREADD Nouvelle-Aquitaine et Vice-Président de la Société française d'alcoologie. Agronome de formation, Marianne HOCHET interviendra ensuite sur la consommation d'alcool post-urgence et les stratégies de repérage précoce et d'intervention brève. Enfin, Jacqueline KERJEAN, médecin addictologue à Lorient, présentera le RPIB et soulignera la nécessité de se former à distance, en lien notamment avec le CHEM.

### Consultations jeunes consommateurs avancées : un modèle d'implantation réussi

- Marlène BOUCAULT, Addictions France
- Guillaume MOURAUD, Addictions France

### Repérer précocement la consommation d'alcool en médecine de premier recours

- Philippe CASTERA, COREADD

### La consultation alcool post-urgence

- Marianne HOCHET, RESPADD

### Le RPIB : se former à distance, l'exemple du modèle conçu avec le CHEM

- Jacqueline KERJEAN, Addictions France

**Consultations jeunes consommateurs (CJC) avancées : un modèle d'implantation réussi**

Marlène BOUCAULT explique que les CJC constituent un dispositif spécifique d'accès aux soins pour les jeunes consommateurs créé en 2004 par les pouvoirs publics. Les CJC sont rattachées aux Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). En 2011, l'OFDT constatait que les jeunes éprouvaient des difficultés à se rendre par eux-mêmes dans les CJC. Aussi paraissait-il plus judicieux d'aller au-devant d'eux. Les CJC avancées (CJCA) ont donc été créées, et peuvent être décrites comme une délocalisation de la consultation sur les lieux que fréquentent les jeunes (établissement scolaire, mission locale, etc.).

Les études sur les CJC ont été pléthoriques. Elles portaient sur leur efficacité, leur accessibilité et les pratiques professionnelles. En revanche, aucune étude ne portait sur les CJCA. Or il importait de comprendre les facteurs d'efficacité pour diffuser des modèles de CJC ayant fait leurs preuves.

Un projet a donc été construit à destination de toutes les CJC de France de 2020 à 2023 et en trois étapes. Le périmètre du projet n'est pas la consultation et ce qui s'ensuit, mais ce qui précède la CJCA – à savoir la communication, le type de consultation proposé, l'accessibilité et la sensibilisation.

La première étape est le diagnostic, lequel consiste à déterminer les facteurs d'efficacité. Un questionnaire a été adressé à toutes les CJC, et une enquête qualitative a été conduite auprès d'un échantillon de douze CJC représentatifs. Presque cent entretiens ont été menés. Les données recueillies ont permis d'identifier des facteurs d'accès au soin. Les facteurs d'efficacité ont été proposés sous forme de guide aux CJC afin d'être expérimentés.

La deuxième phase (qui est en cours) est l'expérimentation. Les données recueillies ont permis de déterminer les facteurs efficaces d'accès au soin. Ils seront ensuite proposés pour un redéploiement à grande échelle, et avec un nombre accru de CJC. Un guide a été conçu, et des préconisations ont été définies.

Les trois grands axes d'intervention sont les suivants : premièrement, l'adaptation des CJC aux configurations territoriales ; deuxièmement, les consultations avancées à composantes multiples ; troisièmement, l'organisation fonctionnelle et structurelle du partenariat.

L'étude a montré que la personnification de la CJC et de la CJCA était très forte. Souvent, deux personnes portent le projet ; or, quand l'une des deux quitte l'organisation, le projet est mis à mal, et le partenariat avec lui. Pour stabiliser et pérenniser les CJCA, il convient donc de travailler sur l'organisation structurelle et fonctionnelle du partenariat.

Les grands axes présentés doivent être traduits dans la pratique. Le cas qui suit est celui d'une jeune fille présentant un usage à risque de l'alcool et qui a pu être accompagnée dans le cadre du développement d'une CJCA. Les rouages qui ont permis la création de cette CJCA et à cette jeune de consulter un professionnel doivent être compris.

Guillaume MOURAUD présente le cas de Sophie, rencontrée dans un collège de l'Yonne. Agée de 14 ans, elle est venue en CJCA pour une consommation de cannabis et d'alcool. Depuis janvier 2022, elle est suivie en CJC avancée. Elle a bénéficié de cinq rendez-vous dans ce cadre, et une orientation est prévue. Le contact a été excellent et un travail s'effectue dans le cadre de l'entretien motivationnel et sur les contradictions liées à la consommation. Ce travail s'appuie notamment sur des vidéos et le système de la récompense. L'objectif est de fournir aux jeunes une expertise des problématiques addictives afin qu'ils puissent faire leur choix en toute connaissance de cause. Sophie s'est rendue à son premier rendez-vous en déclarant qu'elle n'avait pas le temps de rester et devait rapidement partir. Une première présentation lui a été proposée, qu'elle a acceptée. C'est l'infirmière du collège qui, après que

Sophie était arrivée au collège sous l'emprise de stupéfiants, lui avait proposé une consultation.

Au sein du CSAPA, les orientations sont nombreuses, mais peu nombreux sont les jeunes qui s'engagent dans une visite. Cette infirmière entretient avec les jeunes une relation de confiance. De surcroît, une amie de Sophie s'était déjà présentée en CJCA, et lui avait assuré que la visite s'était bien déroulée. L'orientation par les pairs est d'ordinaire très efficace.

Marlène BOUCAULT note l'importance de la relation de confiance avec le professionnel et de l'orientation par les pairs. Ces deux facteurs jouent d'autant plus que l'implantation de la CJC est plus ancienne. Elle demande à Guillaume Mouraud s'il a formé l'infirmière et a fait d'elle un porte-parole de la CJC.

Guillaume MOURAUD répond que cette infirmière a suivi une formation en addictologie de base et a été formée au repérage des consommations. S'agissant des orientations, l'accent a été mis sur l'accompagnement. Un travail a en outre porté sur la question des représentations, de la consultation notamment. L'objectif était de rendre les jeunes plus confiants, en leur expliquant que l'objectif n'était pas de leur faire la morale ni de les contraindre à mettre un terme à leur pratique. L'accent a notamment été mis sur la confidentialité. Il s'agit d'un véritable contrat de confiance, en quelque sorte conventionné par une charte avec les professionnels.

Marlène BOUCAULT demande si les orientations portent leurs fruits.

Guillaume MOURAUD répond que le jeune est repéré par l'infirmière scolaire, qui l'oriente ou non vers la CJC. Cette infirmière est présente toutes les deux ou trois semaines. L'efficacité de l'orientation dépend du désir de l'établissement de s'impliquer.

S'agissant de l'accès aux soins, l'Yonne est un département fortement rural et un désert médical. Un maillage territorial doit donc être mis en place, ce que la CJC permet. Comme les transports en commun ne permettent toutefois pas de se déplacer jusqu'à Sens, l'association de Guillaume Mouraud se déplace, ce qu'apprécient les professionnels.

Marlène BOUCAULT souligne que, sur les territoires ruraux, le déplacement des professionnels est conçu comme une chance et une opportunité.

Guillaume MOURAUD souligne que dans le collège évoqué, l'orientation fonctionne très bien, l'infirmière étant très proche des élèves. Cette situation ne se retrouve toutefois pas dans tous les collèges. Un élément décisif est le travail de partenariat effectué en amont de la CJC, notamment les rencontres du personnel scolaire, le conventionnement et la charte. Les relations informelles sur le terrain sont tout aussi décisives.

Marlène BOUCAULT précise que ces relations s'établissent avec les jeunes, mais aussi avec les professionnels. Les consultations ont diminué en 2019, puis augmenté à nouveau. Entre janvier et mai 2021, à Sens, 28 jeunes ont été reçus en CJC et 58 en CJCA. Marlène Boucault demande à Guillaume Mouraud comment la CJC a été mise en place.

Guillaume MOURAUD répond qu'il est référent départemental de la CJC depuis 2017. Les professionnels des maisons des adolescents ont été formés, et toutes les équipes d'accompagnement des adolescents du territoire ont été rencontrées. La plupart des jeunes de moins de 27 ans se présentaient dans un cadre judiciaire. C'est la raison pour laquelle il paraissait avisé de se rendre sur le terrain. L'association a donc créé un groupe relais rassemblant l'ensemble des collèges de la communauté de communes. Ainsi des personnes pouvaient assurer dans les collèges une veille sur la question des addictions.

La création de la CJCA a été accueillie très favorablement, et les consultations ont commencé le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Des jeunes qui n'auraient jamais pu être touchés l'ont été, ce qui est appréciable.

Elen BAILLY (chargée du projet Alcool Conso Science) s'interroge quant au secret professionnel – de l'enseignant face à l'ébriété d'un élève, par exemple.

Guillaume MOURAUD explique que tout jeune se présentant en état d'ébriété au collège est orienté par l'enseignant vers l'infirmière. Le dispositif de CJC a été présenté aux enseignants, ainsi que la nécessité de protéger le secret professionnel. A Sens, jusqu'à présent, tous les professeurs l'ont respecté.

### **Repérer précocement la consommation d'alcool en médecine de premier recours**

Philippe CASTERA présente le RPIB. Le processus a été initié en France avec le slogan *less is better*, « Boire moins, c'est mieux ». Les représentants de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avaient été reçus à Bordeaux pour les premières formations des médecins généralistes au RPIB sur l'alcool.

La création du RPIB remonte à la fin des années 1990. Fruit du travail d'un groupe de médecins, il a été diffusé à grande échelle en même temps que le questionnaire FACE. De 1998 à 2005, une étude pilote a été lancée dans la région de Bordeaux ainsi qu'au Pays basque. En 2003, des médecins cotaient toutes les consultations en fonction du dictionnaire des résultats de consultation de médecine générale. Alors l'alcool concernait très peu de consultations. Il était donc difficile de motiver les médecins. Par ailleurs, 84 % des patients ayant un problème d'alcool ne se présentaient pas en consultation pour cette raison. Le repérage systématique semblait donc, en médecine générale, une utopie.

Malgré certains résultats positifs, des failles apparaissaient. Le RPIB est aujourd'hui reconnu et considéré comme un standard, mais son implantation est parfois difficile. D'ordinaire, le patient se présente pour un autre motif que l'alcool. Le médecin généraliste doit aborder la question, ce qui représente du temps supplémentaire.

Dans un centre d'addictologie, le patient se présente pour une addiction, et le professionnel de santé répond en lien avec le motif de consultation. La situation est nettement plus complexe en médecine généraliste. Dans certains cas, le patient connaît bien son médecin traitant et est réticent à évoquer un problème d'alcool. Le médecin quant à lui manque souvent de temps. Dans un centre d'addictologie, il est plus aisé de se livrer, et l'addictologue dispose évidemment de temps pour ces questions. Si le médecin propose un conseil à l'arrêt seulement, il aura le sentiment que cela fonctionne mal, car les progrès sont peu fréquents et nécessitent du temps. A l'inverse, un RPIB correctement mis en œuvre aboutit à de meilleurs résultats.

L'alcool est cause de risques professionnels et de risques d'accident. Il aggrave certaines pathologies et suscite d'autres problèmes dans le cadre de la consommation de médicaments, de la grossesse, du jeune âge, des problèmes psychosociaux et de la violence. Si le médecin généraliste a conscience de ces contextes à risque, les consultations dans lesquelles le problème de l'alcool devrait être abordé deviennent nettement plus nombreuses. Le médecin peut accueillir un nouveau patient, à condition que ce dernier remplisse un questionnaire et revienne pour une autre consultation avec la déclaration de médecin traitant.

C'est ainsi que des médecins ont intégré le questionnaire sur les conduites (pas seulement addictives) dans leur approche. Par ailleurs, quand le patient se porte mal, la question de l'alcool doit pouvoir être évoquée. Les autres addictions entrent évidemment en jeu, puisque

le risque pour un fumeur de s'adonner à la consommation d'alcool est nettement plus élevé que pour un non-fumeur.

Selon la recommandation, c'est l'audit court ou l'audit complet qui est proposé. L'audit complet n'est pas adapté. En médecine générale, un questionnaire doit contenir au plus trois questions. Un travail porte actuellement sur un questionnaire à question unique. Une formation sur ce sujet est nécessaire cependant.

Dans l'idéal, un repérage positif doit déboucher sur un diagnostic de sévérité du trouble de l'usage selon le DSM 5. En pratique, les questionnaires sont très peu utilisés.

La question se pose alors des interventions brèves à pratiquer. Très peu d'études solides portent sur ce sujet. Selon le système de santé, la durée de l'intervention brève varie. Une métaétude montre cependant qu'il n'existe pas de lien entre la durée de l'intervention brève et l'efficacité. En soins primaires, une intervention brève permet d'opérer un changement de l'usage.

Il convient ensuite de lever les obstacles et de modifier les représentations. En cas de manque de temps, un autre rendez-vous peut être fixé. Le médecin peut par ailleurs craindre d'être intrusif, alors que l'attente du patient est réelle. S'il ignore comment agir, le médecin peut se former en e-learning en quinze minutes. S'agissant de l'orientation, il existe des annuaires en ligne et des visiteurs de santé. Enfin, en cas de manque de soutien, le médecin peut s'appuyer sur les réseaux et le CSAPA.

D'autres RPIB ont été mis en place, centrés sur les patients : jeunes, seniors et femmes enceintes. Ainsi, plus de 20 000 professionnels ont été formés au RPIB, lequel est toutefois adapté à leur pratique par les professionnels de santé. Le RPIB est en effet un outil devant être intégré dans un projet global et une organisation. Les changements de comportement des usagers sont toutefois difficiles à évaluer.

En conclusion, les recommandations sont les suivantes : un repérage précoce opportuniste, mais systématique pour chaque patient ; une intervention brève adaptée aux patients (brochure, IB, EM) et aux praticiens ; un soutien favorisant l'amont (formations) et l'aval (accès aux ressources) ; du marketing social pour favoriser l'abord de la question ; un RPIB en développement sur tous les comportements à risque.

### La consultation alcool post-urgence

En préambule, Marianne HOCHET remercie le RESPADD de lui permettre de présenter la consultation alcool post-urgence (CAPU), et notamment le protocole de coopération, l'accompagnement proposé par le RESPADD et les retours d'expérience.

L'alcool est cause de nombreux décès et de coûts sociétaux importants. 10 % des Français présentent des troubles liés à l'usage de l'alcool et 30 % des patients hospitalisés en SAU le sont pour une problématique liée à l'usage d'alcool.

Ceci a conduit à la mise en place de la recherche-action CAPU. Le principe est celui d'une prise en charge dans la semaine, sans rendez-vous, par un(e) IDE, de patients orientés par un service d'accueil des urgences. Cette prise en charge nécessite un accès rapide à des soins en addictologie, sans perte de chance, pour une consommation d'alcool à risque, lors d'une consultation unique d'orientation pour une inscription dans un parcours de soin adapté.

Le projet de consultation post-urgence a été mis en place à l'hôpital Fernand-Widal, avec des résultats très appréciables. Le projet doit donc être valorisé et proposé à d'autres structures.

En 2019, le fonds Addiction a financé ce projet pour trois ans, après que le protocole de coopération a été validé par l'HAS. L'objectif est d'intégrer jusqu'à quinze établissements pilotes au projet, et de former trente soignants – le protocole reposant sur un binôme composé du médecin et de l'IDE.

Un autre objectif était de mener une étude-bilan qui permettrait d'assurer le transfert du projet dans d'autres établissements. L'objectif primaire est de réduire la morbidité liée à l'alcool, les objectifs secondaires étant la montée en compétences des IDE impliqués dans la consultation post-urgence, le repérage et l'orientation des patients à risque par les urgentistes et la limitation du recours récurrent aux SAU, de manière à contribuer au désengorgement des urgences.

Les avantages pour les acteurs sont l'amélioration du circuit du patient avec un TUA, le raccourcissement du délai du premier rendez-vous de deux mois à une semaine et la prise en charge permettant l'accès aux soins sans perte de chance.

Pour le médecin délégant, un avantage est notamment l'optimisation du temps médical, ce qui permet de le centrer sur la prise en charge de situations complexes et/ou d'un plus grand nombre de patients.

Pour les IDE, la CAPU permet d'étendre et de diversifier les champs d'activité par l'acquisition de nouvelles compétences, d'améliorer l'attractivité du métier et de fidéliser les professionnels enfin de participer à la reconnaissance de l'expertise infirmière.

Pour l'établissement, elle permet de répondre au besoin addictologique et de désengorger les urgences.

Un calendrier a été défini. En 2020, il convenait de préparer les outils, de recruter les équipes et de lancer le projet ; en 2021, de mettre en place les formations et de débiter les consultations ; en 2022, de recueillir les retours d'expérience, de conduire une analyse et de rédiger le livrable.

Le protocole s'appuie sur certains critères d'inclusion pour l'établissement, le médecin et l'IDE. Pour mettre en place la CAPU, sont nécessaires un binôme médecin/IDE autour du patient, un lieu de consultation dédié, des horaires d'ouverture de la consultation (cinq journées par semaine) sans rendez-vous et enfin une communication privilégiée entre le SAU et le binôme CAPU.

Le rôle du médecin est de former l'IDE, d'intervenir en soutien de l'IDE si nécessaire et de suivre et évaluer le déploiement de la CAPU ; celui de l'IDE, de mettre en place la CAPU, de prendre en charge les patients et enfin de suivre et évaluer le déploiement de la CAPU.

Les actes délégués à l'IDE sont le repérage des patients nécessitant une hospitalisation pour sevrage rapide ou une prise en charge différée, l'interprétation des résultats des échelles cliniques validées (Cushman, AUDIT, DSM 5), la prescription des examens (biologiques, ECG, éthylotest), l'interprétation des résultats des examens biologiques et l'orientation vers le mode de prise en charge adapté.

A noter que les mineurs et les femmes enceintes ne peuvent être intégrés au protocole.

Aux urgences, un parcours permet de repérer le patient et de l'orienter vers la CAPU.

Pour l'accompagnement du RESPADD, des outils ont été proposés, dont un protocole de coopération, un dépliant de présentation, une affiche sur le déroulé de la consultation, une fiche mémo IDE, un guide intervenant IDE et un dossier de consultation.

La formation s'effectue en deux temps, un temps théorique et un temps pratique. L'année dernière, elle a permis de former dix établissements.

S'agissant des retours d'expérience, à l'hôpital Fernand-Widal, deux SAU, deux IDE délégués et deux médecins délégués intervenaient. En moyenne, 260 CAPU ont été comptabilisées par an.

Les patients orientés vers la CAPU par les urgentistes s'y rendent dans 30 % des cas, en moyenne cinq jours après. Pour 57 % des patients, il s'agit de la première consultation addictologique (TUA sévère (AUDIT = 28, 154 g d'alcool/jour) et ancien (dix ans en moyenne), avec des facteurs de risque associés). L'orientation s'effectue à 22 % vers l'hospitalisation urgente, à 27 % vers l'hospitalisation programmée et à 51 % vers le suivi ambulatoire. A trois mois, 55 % des patients restent inscrits dans un parcours de soins (45 % à six mois, 35 % à un an).

Les 10 établissements représentaient 6 régions et 28 professionnels formés. Quatre établissements ont engagé les CAPU, quatre établissements sont en cours de mise en place et deux ont été contraints d'interrompre la mise en place.

Les avantages observés sont l'implication du SAU, le soutien des cadres, la formation pour les IDE, l'élargissement des compétences IDE, le temps dédié au projet, la rencontre avec les acteurs d'addictologie sur le territoire et le soutien du RESPADD.

Les difficultés ont été le manque de personnel formé, le turnover infirmier, la crise du COVID-19, le partenariat avec les SAU, les restructurations d'équipes et d'établissements et l'organisation de la consultation.

Une IDE a indiqué que la CAPU représentait pour elle « l'autonomie, un champ de compétences élargi et la reconnaissance des compétences ».

Les perspectives incluent la mesure et l'analyse du dispositif, l'évaluation des difficultés rencontrées et des atouts de cette consultation, l'estimation des résultats à l'échelle nationale et enfin une conclusion sur l'efficacité du dispositif et l'intérêt d'un déploiement.

Un guide pratique de transférabilité à destination des établissements qui souhaitent mettre en place la CAPU sera édité.

Une participante (Infirmière au CSAPA 110 - Les Halles), demande si, pour une consultation CAPU, il convient de s'enregistrer à l'hôpital de la même manière que pour une consultation polyclinique. Cette question est importante pour les personnes ne bénéficiant pas de l'ouverture de droits. Il convient par ailleurs de savoir comment les CAPU s'articulent avec les ELSA.

Marianne HOCHET répond que les patients ont systématiquement transité par le service des urgences. Ils sont ensuite accueillis par un secrétariat dans un espace dédié. Seul le dossier du patient est à compléter. L'accès est donc large, ce qui explique le terme de consultation « sans perte de chance ».

Par ailleurs, les ELSA sont ouverts cinq jours sur sept. Les patients peuvent se rendre a posteriori à une CAPU. De plus, l'IDE bénéficie d'une valorisation financière lorsque le protocole CAPU est mis en place. Des IDE ELSA proposent parfois la CAPU en complément.

Nicolas BONNET déduit de ces présentations qu'un maillage toujours plus resserré est nécessaire. De surcroît, il convient de valoriser les compétences de certains professionnels

(de premier recours et de terrain). Les tâches doivent mieux être réparties dans le soin, plutôt que concentrées sur la médecine.

### **Le RPIB : se former à distance, l'exemple du module conçu avec le CHEM**

Jacqueline KERJEAN rappelle la nécessité de se former pour mettre en œuvre le RPIB. Ce dispositif évoque un avion de grande envergure et embarquant une technologie extraordinaire, mais qui échoue à décoller.

Une carte routière de 1939 assure que le vin est la plus hygiénique des boissons, et fait figurer une citation de Pasteur : « Le vin est la plus saine et la plus hygiénique des boissons ».

En 1965, une affiche recommandait : « ne prenez jamais la route aussitôt après un bon repas sans un petit verre de Cointreau ».

En 1990, l'OMS repère que l'alcool est un fléau et définit des normes, sans aucune référence scientifique. Les alcooliers sont satisfaits, dans la mesure où les addictions persistent ; les addictologues le sont tout autant, parce que le taux d'addiction diminue.

Les repères actuels sont les suivants : ne pas consommer plus de dix verres standards par semaine, ne pas consommer plus de deux verres par jour pour les hommes et les femmes et prévoir des jours sans consommation au cours de la semaine.

92 % des personnes ayant un problème d'alcool ne sont pas dans le soin. A l'inverse, 82 % des schizophrènes et 60 % des bipolaires sont pris en charge par le système de soin. Le travail à accomplir est donc considérable.

Pour rappel, RPIB signifie Repérage Précoce et Intervention Brève. L'objet de ce dispositif est d'aider les professionnels de premier recours, premièrement, à évaluer de façon précoce chez les adultes la consommation des trois substances psychoactives les plus utilisées (alcool, tabac, cannabis) et d'en évaluer le risque ; deuxièmement, à proposer une intervention brève chez les consommateurs à risque ; troisièmement, à assurer un accompagnement de manière durable afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de ces consommations.

Une des raisons pour lesquelles le RPIB est peu utilisé est que les médecins redoutent d'avoir à assurer par la suite une prise en charge lourde.

Le RPIB s'appuie sur le test FACE. Si le test est positif, une intervention brève est réalisée avec l'accord du patient. Cette intervention comprend huit points. Cet outil présente une certaine efficacité.

Les médecins généralistes peuvent être formés au CHEM. Les inscriptions ont été peu nombreuses la première année, vraisemblablement parce que le module était trop long. Les points positifs du e-learning étaient les suivants : l'expérience passionnante, le partenariat international, un apport d'informations interactif, des mises en situation, les atouts du distanciel, la disponibilité, le choix du rythme de la visualisation, l'outil évolutif, l'année d'avance sur le COVID-19 et la validation DPC.

Les axes d'amélioration sont la réduction de la durée (capsules plus courtes), l'articulation avec des temps de retour et de mise en pratique, en distanciel et/ou présentiel et l'approche ciblée des saynètes en fonction des publics spécifiques.

Les enseignements de cette expérience sont tout d'abord que la formation au RPIB est une nécessité (en particulier pour la question de l'alcool trop peu abordée en pratique courante).

Ensuite, une formation de courte durée peut modifier les représentations et faire entrer la pratique du RPIB en « routine ». Par ailleurs, les avis recueillis pour les différentes formations mettent l'accent sur la nécessité d'un retour sur les mises en pratique (en présentiel ou en distanciel (classes virtuelles en « live »)). Enfin, la pandémie a rendu l'accès au distanciel plus aisé et routinier, et les formules « mooc » et « e-learning » sont des portes d'entrée attractives à favoriser, sans omettre de revenir sur la mise en pratique et de partager l'expérience.

De nouveaux projets sont en cours de développement.

En conclusion, la formation au RPIB est reconnue, utile et doit poursuivre son développement. Différentes modalités sont possibles (distanciel/présentiel). Un travail sur les représentations des professionnels est indispensable et nécessite des échanges directs. Les échanges d'expériences et de mises en pratique sont l'essence de ce type de formation. Un ajustement de l'outil RPIB et des formations doivent enfin être envisagés pour les différentes professions et/ou spécialités.

Sehade MAHAMMEDI (Coordinatrice du réseau de microstructures 93) demande si le fait de ne pas intégrer de psychiatre à la CAPU résulte d'un choix assumé.

Marianne HOCHET répond que la consultation repose sur l'IDE, qui doit monter en compétences. Le principe est de déléguer des actes vers un autre professionnel, en l'occurrence l'IDE, mais d'autres protocoles peuvent faire intervenir un autre professionnel de santé.

Elodie DONNET (Infirmière en ELSA) demande si les patients reçus lors de ces consultations sont ceux qui refusent de se rendre en CSAPA, et s'ils peuvent aussi avoir été reçus par l'ELSA.

Marianne HOCHET répond que les patients de la CAPU sont passés par le service des urgences, mais pas nécessairement par un ELSA. Ils peuvent être passés par un CSAPA. La prise en charge peut consister dans un retour au CSAPA ou en médecine de ville.

Sarah PERRIN (Coordinatrice du dispositif TREND en Nouvelle-Aquitaine) signale s'agissant des CJC qu'à Bordeaux, des objectifs répressifs sont souvent associés aux objectifs thérapeutiques, les patients relevant de la justice. Or, pour de nombreux usagers, cette association est problématique.

Une intervenante répond qu'à sa connaissance, dans les CJC, la démarche est la plupart du temps volontaire de la part du jeune.

Un intervenant évoque le devoir d'exemplarité, un point très peu investigué. Il serait bienvenu que les professionnels de l'addictologie se penchent sur cette question, et examinent le rapport qu'ils entretiennent avec leur propre consommation d'alcool par exemple.

Une intervenante juge cette idée excellente. D'ordinaire, chacun réagit en fonction de ses propres représentations. Les addictions sont en effet de l'ordre de l'intime.

Nicolas BONNET observe qu'ont été examinées la nécessité de disposer de dispositifs adaptés à l'environnement ainsi que les questions de mobilité. Des problèmes d'accès aux soins se posent même en région parisienne, et de véritables inégalités s'observent.

L'orientation par les pairs est un point très intéressant par ailleurs. La nécessité de se détacher de lieux trop spécifiques comme les CSAPA a été évoquée.

Les stratégies de RPIB ont également été examinées. Il importe d'être efficace, rapide et simple. Le RPIB existe depuis longtemps, et il convient sans doute de le réinventer. Remettre

un livret est très utile. Il importe en outre d'avoir foi dans la capacité du patient de changer. Un certain nombre d'interventions dématérialisées sont très utiles.

La question de l'attente des patients a par ailleurs été évoquée. En fait, les patients espèrent que la question des addictions sera abordée.

Enfin, l'acte de santé publique dans la médecine de premier recours doit être reconnu et valorisé. Les professionnels de santé sont prêts à s'investir, si cette valorisation est réelle.

## L'ALCOOL EN QUESTION

Amine BENYAMINA, RESPADD ; Bernard BASSET, président d'Addictions France ; Romain SICOT, président d'ELSA France ; Lucile DE MAUBLANC, MILDECA

Amine BENYAMINA suggère à chaque intervenant de faire un constat, de présenter des perspectives et de proposer des solutions.

Lucile DE MAUBLANC présente la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Elle réunit des professionnels de chaque administration. Lucile de Maublanc est la magistrate de cette structure. Aujourd'hui, les deux grands enjeux de la MILDECA sont, premièrement, « mieux faire respecter les interdits protecteurs », deuxièmement, « mieux comprendre les liens entre alcool et violence ».

S'agissant des interdits protecteurs, le constat est plus que mitigé. Chez les plus jeunes, une légère baisse de la consommation s'observe. Néanmoins, la situation reste très occupante. Un tiers des enfants ont expérimenté l'alcool dès onze ans. 18 % des élèves de troisième ont déjà connu une API, ainsi que 44 % des jeunes de 17 ans (au cours du mois précédent). La plupart des consommations des jeunes ont lieu dans le cadre familial. 91 % ans des jeunes de 17 ans disent n'avoir aucun problème à se procurer de l'alcool dans les lieux de vente à emporter, et 77 % des jeunes de 17 ans disent avoir consommé de l'alcool dans des débits de boisson.

Il existe par ailleurs un lien prononcé entre alcool et violence.

Amine BENYAMINE rappelle que Lucile DE MAUBLANC assure la formation de l'Ecole nationale de la Magistrature et demande si la mentalité des magistrats évolue sur ces questions.

Lucile DE MAUBLANC répond par l'affirmative. Des formations sont dispensées aux magistrats, et leurs représentations évoluent. Ils sont notamment sensibilisés à l'importance de l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs, encore trop peu respectée. La MILDECA a signé des chartes avec les entreprises de vente à emporter, lesquelles se sont engagées à mieux respecter l'interdiction et à rénover la signalétique. Des associations sont engagées dans la formation des professionnels de la vente à emporter. Des testings enfin ont été effectués par Addictions France. Il importe désormais d'augmenter les contrôles et les sanctions.

Amine BENYAMINA rappelle que la charte signée a malheureusement été peu respectée.

Bernard BASSET constate que le problème est massif. Il l'était tout autant qu'il y a vingt ans. Un programme de santé publique sur l'alcool suscite peu d'intérêt au sein de l'administration, malgré les 40 000 décès annuels.

Il avait jadis été envisagé de diffuser les repères sur la consommation d'alcool à la population. Bernard KOUCHNER, alors ministre de la Santé, avait officialisé ces repères, mais avait immédiatement après reçu un appel du ministre d'Agriculture qui s'offusquait du repère de trois verres par jour. L'administration avait intégré le discours des alcooliers, selon lesquels il y a d'un côté les alcooliques, de l'autre les buveurs normaux.

Depuis lors, des progrès considérables ont été enregistrés. Aujourd'hui, pour un crime, la consommation d'alcool est une circonstance aggravante, et non plus atténuante. Certes, le constat reste le même, mais le risque alcool est devenu un risque de santé publique réel.

Romain SICOT indique que l'alcool demeure le produit pour lequel les ELSA sont le plus sollicités. Il s'agit le plus souvent de prévention secondaire. La question est de savoir comment amener les professionnels de santé à interroger systématiquement le patient sur sa consommation d'alcool. Dans certains services comme les urgences, cela est très difficile. Les ELSA font aujourd'hui partie du paysage, mais ne représentent que 340 équipes sur le territoire, et un peu moins de 60 millions d'euros de budget de fonctionnement.

De surcroît, parmi les premiers services qui ont été fermés figurent la chirurgie et l'addictologie. 30 % des capacités hospitalières ont été fermées. Seuls tenaient les ELSA.

Les deux enjeux majeurs sont de soigner les patients concernés et de sensibiliser les équipes. Les professionnels de santé doivent être accompagnés. C'est alors que les équipes acquièrent une autonomie, que la CAPU peut être mise en place et que les ELSA sont en mesure de conquérir d'autres territoires. Un effort significatif reste encore à faire pour sensibiliser les directeurs hospitaliers au fait que soigner les personnes en situation d'addiction peut être extrêmement rentable.

Amine BENYAMINA demande quels sont les profils rencontrés.

Romain SICOT répond que tous les types de patients se rendent en ELSA. Les hommes sont plus représentés toutefois. Les jeunes sont de plus en plus nombreux par ailleurs. Les déterminants de problèmes santé mentale augmentent parmi la population jeune. Or la dépression et l'anxiété sont un terreau favorable à l'alcool. Deux aspects sont à considérer : les patients, qui ont un problème d'alcool ou n'en ont pas encore, et les soignants, qui doivent aider les patients à se protéger eux-mêmes, mais aussi intégrer la culture alcoolique.

Bernard BASSET constate que le défi « janvier sans alcool » est révélateur. 35 % de la population s'y est intéressée. Désormais les forts consommateurs ne sont pas seuls concernés. Cette avancée est majeure.

Lucile DE MAUBLANC explique que les procureurs sont demandeurs de solutions de lutte contre l'alcool. C'est la raison pour laquelle il serait bienvenu de travailler sur les interdits protecteurs. Des solutions de prise en charge des personnes qui commettent des actes répréhensibles sous l'emprise d'un produit addictif sont également nécessaires.

Romain SICOT considère que les procureurs s'intéressent plus volontiers à la société qu'à l'individu. Les directeurs d'hôpital s'occupent de leur hôpital. Or qui soigne une personne dix ans avant les premières complications épargne à la société dix ans de soins et de coût afférent (Assurance-Maladie, productivité). Le système de santé n'est pour l'instant pas calibré en ce sens. Une évaluation des économies générées par la prévention serait souhaitable. Les coûts liés à l'alcool s'élèvent à 120 milliards d'euros par an. Une partie de ce montant pourrait être économisée en mettant en œuvre une vision sociétale. Un des avantages de la CAPU est notamment de désengorger les urgences.

Amine BENYAMINA constate que le lobby alcoolier construit un argumentaire économique. Or l'alcool est extrêmement coûteux pour la société.

Bernard BASSET indique qu'un des enjeux est de délégitimer le lobby alcoolier quant à ses interventions en santé. Il importe de se battre sans relâche afin que l'information sanitaire ne soit pas placée sous la coupe des alcooliers. Educ'alcool et « l'éducation à bien boire » promus

par le lobby alcoolier sont des fumisteries. L'information doit relever du ministère de la Santé – à l'exclusion de tout autre.

Lucile DE MAUBLANC aborde les perspectives. S'agissant de la protection des interdits protecteurs, un des grands enjeux est de mobiliser les forces de l'ordre et les procureurs, notamment par le biais de la formation. La MILDECA a notamment conçu un module de formation pour tous les gendarmes affectés aux Maisons de la protection de la famille. Des leviers locaux peuvent également être activés, comme les maires. Dans le cadre des CLSPD qui regroupent le préfet, le maire et le procureur, des collaborations et des plans de contrôle peuvent être définis. La MILDECA a ainsi diffusé un guide des maires, dont un paragraphe détaille les interdits protecteurs et les leviers dont disposent les maires pour les faire appliquer.

Par ailleurs, il convient d'être attentif aux stratégies marketing mises en œuvre par les alcooliers, sur les réseaux sociaux notamment. Addictions travaille sur ces sujets. Il importe d'analyser ces stratégies et de réfléchir aux moyens de lutter contre elles.

S'agissant des liens entre l'alcool et la violence, des études supplémentaires sont nécessaires, afin de recueillir des données. Les auteurs de faits délictueux condamnés par la justice doivent en outre être mieux pris en charge. Le Grenelle des violences conjugales a été l'occasion d'évoquer le rôle de l'alcool au sein des familles.

Enfin, il convient de mieux prendre en compte les liens entre alcool et violence, de manière à mieux accompagner les victimes et les enfants témoins de violences entre leurs parents. Il s'agit de l'un des cinq axes prioritaires dans l'appel à projets/mobilité de la société civile du Fonds de lutte contre les addictions.

Bernard BASSET confirme que les réseaux sociaux sont un véritable enjeu. La loi Evin encadre la promotion de l'alcool. Quoiqu'affaiblie, cette loi conserve une certaine efficacité. Malheureusement, les condamnations sont aujourd'hui plus difficiles. Addictions s'efforce de faire progresser la jurisprudence sur ces questions.

Des tentatives récentes des alcooliers visent à associer les événements culturels et sportifs à la consommation d'alcool. Une tentative parlementaire en ce sens a eu lieu, qui a été contrée. Il s'agit d'une victoire majeure, mais il faut toutefois s'attendre à de nouvelles offensives contre la loi Evin.

Chacun enfin doit s'efforcer de faire progresser la connaissance sur les risques liés à l'alcool.

Amine BENYAMINA rappelle la nécessité de lutter contre la normalisation de l'alcool.

Romain SICOT constate une réelle évolution vis-à-vis de l'alcool, qu'a notamment révélé le mois de janvier sans alcool. Les jeunes sont un public cible, et les futurs soignants. Or, en faculté de Médecine, l'enseignement sur les risques liés à l'alcool est limité. Aujourd'hui, il convient d'aborder la question de l'alcool, non plus sous l'angle de l'abstinence, mais sous celui du RPIB, de l'EM ou du RDR. Les ELSA doivent être accompagnées dans ce changement. Celles-ci doivent en outre acquérir des compétences externes à leur champ d'exercice initial. Les ELSA doivent en somme améliorer leur pédagogie, le domaine privilégié étant celui de la santé.

Cécile VIANNET (Infirmière en ELSA) s'étonne que les intervenants aient déploré le fait de ne pas disposer de statistiques. Or, sans statistiques, il sera difficile d'obtenir des budgets.

Romain SICOT répond que le projet Alcool Conso Science devrait permettre de fournir aux soignants des données cliniques et non cliniques. Un des angles d'attaque est de montrer que la prise en charge des patients dépendants de l'alcool permettrait par exemple de soulager les

services des urgences. Alcool Conso Science pourra présenter un certain nombre de chiffres marquants et importants, notamment sur la place de l'alcool dans les décès et les pathologies en France.

Bernard BASSET rappelle que quand l'accès à l'alcool est limité, les phénomènes de violence diminuent. Cela s'est produit en URSS notamment, pendant la Perestroïka. Certaines solutions sont donc bien efficaces.

Elen BAILLY (Chargée de projet Alcool Conso Science) demande à Lucile DE MAUBLANC comment la MILDECA se positionne vis-à-vis des ARS.

Lucile DE MAUBLANC répond que la MILDECA dispose de relais dans chaque préfecture (les directeurs de cabinet des préfets). Ces derniers travaillent régulièrement avec les ARS et disposent de budgets de financement de projets de lutte contre l'addiction. Ces budgets permettent d'inclure les forces de l'ordre, les procureurs et l'Inspection du travail dans le projet.

Guylaine BENECH (Consultante) aborde la question des enfants, trop souvent tue, alors que ces derniers sont affectés par les violences intrafamiliales et les accidents sur fond d'alcool. D'autres pays mettent en place de grands programmes d'accompagnement de ces enfants. En France, la volonté politique de traiter ce problème n'est pas manifeste.

Amine BENYAMINA invite les participants à conclure.

Romain SICOT indique avoir été marqué par l'idée de « l'aller vers ». Un certain nombre de terrains restent à conquérir, notamment les réseaux sociaux. Il convient aujourd'hui de dépasser le militantisme pour se rendre au collège, dans les écoles, les hôpitaux et les entreprises.

Bernard BASSET déclare avoir été frappé par la qualité des interventions, qui reflète bien la qualité des actions sur le terrain. Le programme déployé sur deux jours a été remarquable.

Une intervenante se dit optimiste quant à l'avancée, sans doute à petits pas, vers la dénormalisation de l'alcool.

Amine BENYAMINA remercie les participants. Il suggère de favoriser le lancement d'une cause interministérielle sur l'alcool.