15

Réduction des risques et des dommages appliquée à l'alcool

La réduction des risques (RDR) comme principe de santé (Neale et coll., 2005) est apparue à partir des années 80 dans le champ de la « toxicomanie ». Les pays européens se sont engagés progressivement et de façon inégale dans cette modalité d'intervention, en réponse à l'épidémie du sida qui en était le moteur principal (Marlatt, 1996). En France, sa mise en place débute pratiquement avec le décret du 13 mars 1987 de Mme Michèle Barzach, permettant la vente libre de seringues en pharmacie. Ce texte a été l'acte fondateur de la RDR française. La politique de réduction des risques est maintenant encadrée par divers décrets, arrêtés et circulaires adoptés progressivement depuis les années 1987, puis essentiellement à partir de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui définit un cadre de référence pour les activités de réduction des risques, suivie de décrets d'applications (décret n° 2005-347 du 15 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de RDR, décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des CAARUD [Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues], décret n° 2007-877 relatif aux missions des CSAPA [Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie], circulaire DGS/MC2M2008/79 du 28 février 2008).

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 dite de Modernisation du Système de Santé renforce le principe en dépassant le seul risque infectieux, élargit le périmètre de la RDRD¹⁴³ à l'ensemble des substances psychoactives, et valide les actions des intervenants par l'autorisation des salles de consommations à moindres risques par exemple.

---

143. Le terme « *Harm Reduction* » a longtemps été traduit par le terme de réduction des risques (RDR) en français, complété depuis quelques années par le terme de réduction des risques et des dommages (RDRD) pertinent en matière d'alcool et que nous retiendrons ici.

On constate aussi l'inclusion, à mesure des années, de la réduction des risques dans le champ des recommandations des instances internationales (Organisation mondiale de la santé, ONU-sida, l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime). On la retrouve aussi dans le document de préparation de l'UNGASS (*United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem*) d'avril 2016. Malgré cette présence croissante et cette visibilité accrue, elle reste débattue voire combattue dans un certain nombre de pays pour lesquels la « guerre à la drogue » ne supporte aucun aménagement, et où est interdite toute réflexion de fond sur la place des substances dans et pour l'humanité.

Dans sa logique initiale, la RDRD s'est consacrée aux usagers de drogues (UD) pour limiter les contaminations par le VIH (Coppel, 2016) et a montré son efficacité et les effets positifs pour les usagers.

De nombreux travaux et de nombreux outils ont été mis en œuvre dans ces 30 dernières années et ce principe de santé s'est généralisé dans de nombreuses situations, dans l'usage des différentes drogues bien sûr avec la prévention de la contamination par le VHC (virus de l'hépatite C) chez les fumeurs de crack, par l'arrivée des vapoteurs, etc. mais aussi pour offrir des perspectives nouvelles d'intervention dans différents champs de santé publique.

D'un point de vue thérapeutique, le sevrage n'est plus le seul objectif du soin. La RDRD propose une palette de possibilités, de la prise en charge de problèmes somatiques à l'offre d'outils de prévention, l'aménagement des consommations et l'aide à gérer des problèmes de dépendance (par une substitution) ou au « simple » accompagnement social. Du point de vue de la prévention, ces méthodes s'écartent du « *just say no*¹⁴⁴ » des campagnes de prévention primaire, et préfèrent le « *security first*¹⁴⁵ » ou le « *safety first* » pour prévenir les problèmes de santé. Le pragmatisme s'impose : la question n'est plus celle du « pourquoi » mais celle du « comment faire ici et maintenant » pour parer à l'urgence et améliorer la situation des individus. La prise en compte des sujets est par ailleurs posée comme centrale : les consommateurs sont placés au centre de la décision et considérés comme les premiers « acteurs de leur santé », rien ne pouvant se faire sans eux (Lalande, 2017).

En matière d'alcool, la RDRD s'est imposée plus tardivement, lorsque des liens forts ont été prouvés entre risques et quantité d'alcool consommé : l'atténuation des dommages est proportionnelle à la baisse des consommations (Maremmani et coll., 2015). Cet « usage moins nocif de l'alcool »,

---

144. « Dites juste non ».

145. « La sécurité d'abord ».

faisant écho à « l'injection à moindre risque » a été accompagné par la reconnaissance d'un certain nombre de postures soignantes et d'outils, médicamenteux ou non, susceptibles d'améliorer la qualité de vie des personnes.

Un principe de santé

La RDRD s'est développée comme technique ou postulat afin d'éviter une aggravation ou de diminuer les probabilités de survenues de pathologies dans le champ des drogues.

Il s'agit d'une dimension pragmatique de santé publique (Lert, 1998). Elle comporte aussi une dimension politique car elle ne pose pas comme objectif l'éradication des drogues interdites. Parallèlement, sur le plan moral, elle rompt avec la condamnation des consommations et des consommateurs, même si le statut illégal de certains produits continue de créer des interférences avec les logiques de soin ou d'accompagnement social (Lalande, 2017). Elle construit des attitudes en faisant alliance avec les compétences et les besoins des usagers : organisation des usagers en groupes d'auto-support, acceptation de la vérité des chiffres sur la maladie et l'impuissance à l'arrêter, mise en commun des connaissances et mise à disposition de nouveaux outils. Les expériences étrangères ont été précieuses pour faire évoluer la politique française dans ces directions (Mino, 1994).

De nombreux auteurs ont insisté sur ces aspects philosophiques, chacun ayant le droit de vivre, selon la façon qu'il a choisie, l'usager de drogues restant dans la capacité à « formuler un jugement sur sa vie » et « ne perdant jamais la faculté de produire un jugement moral – sur lui-même » (Ogien et Mignon, 1994). La RDRD s'appuie donc sur la capacité des usagers à comprendre et à modifier leur comportement si on leur en donne les moyens. Droit au plaisir sans risque de mourir devient une évidence à l'époque où le VIH se répand. Cette affirmation ne peut vivre qu'en admettant l'impuissance et l'irréalisme de l'interdiction et du sevrage, et de l'acceptation des choix et des temps de vie de chacun. « *Start where the client is* » impose d'accepter l'autre tel qu'il est et de construire avec lui une réponse à ses besoins (Vakharina et Little, 2017). Ainsi, avoir une vision « chronologique » du parcours de vie » d'un usager (Coppel, 2016) doit amener à faire le meilleur choix (intervention, outil...) à chaque moment de sa vie.

Il faut en déduire une position centrée sur un « ici et maintenant », en aidant à aménager la rencontre entre un individu et un produit, en s'adaptant aux conditions de la consommation (Jauffret-Roustide, 2011).

Dans ce mouvement, la notion de HRT (*Harm Reduction Therapy*¹⁴⁶) apparaît en 1998 (Denning, 1998) : la thérapie commence là où est le patient, et l'engagement en soins est le premier objectif. La RDRD se conçoit comme une prévention – et des interventions – au cours et tout au long du comportement de consommation (Tatarsky, 2003), ce qui implique des adaptations et des techniques différentes selon les temps de vie de l'utilisateur. Ainsi, « la réduction des risques n'est pas anti abstinence » (Marlatt, 1996).

D'autres auteurs insistent sur l'« alternative » que représente la RDRD face à une méthode classique prohibitionniste (Einstein, 2007), sortant la société d'une position d'échec. Récemment, intégrant les différents modèles de soins, Rothschild a conceptualisé la RDRD comme la 3^e vague de traitement des addictions après les époques du traitement moral et du traitement de la maladie (Rothschild, 2015).

D'autres concepts ont été développés, tel que le gradualisme (Kellogg, 2003) qui construit un pont entre les différentes postures du soin. « L'approche gradualiste est un enrichissement mutuel entre l'abstinence et la RDR en mettant l'accent sur les forces respectives et la complémentarité de ces deux paradigmes » (Jauffret-Roustide, 2011).

Ces différents éléments s'intègrent clairement dans une nouvelle logique sanitaire centrée à l'origine sur l'injection d'héroïne et la transmission du VIH, dont les développements philosophiques et pratiques ouvrent rapidement d'autres espaces de réflexion et d'action.

Développement de la RDRD

La RDRD se conçoit aussi comme un condensé des préventions primaire, secondaire et tertiaire. Elle tend à diminuer des risques de différents ordres, ce qui permet par exemple pour les injecteurs d'héroïne une prise en compte :

- des risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons, etc. ;
- des risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc. ;
- des risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité ;
- des risques judiciaires : poursuites pénales, incarcération, etc.

Sur ces bases, la méthode de RDRD a été utilisée afin d'éviter des accidents ou la constitution de pathologies dans différents autres domaines (sexuel,

roulier, en entreprise, suicide...). Elle relève alors d'une démarche commune dans son approche mais spécifique selon le domaine concerné par sa mise en œuvre (Morel et coll., 2012).

Un des axes centraux de la RDRD « interroger le paradigme de l'abstinence » permet d'accentuer la coopération avec les consommateurs, un meilleur accès aux soins et un maintien dans le soin, une amélioration de la qualité de vie, une baisse de la morbi/mortalité (Inserm, 2010).

Ces principes doivent permettre de mieux organiser le dispositif (Reynaud, 2017) tout en intégrant les différences géographiques, politiques, culturelles (Ghandour et coll., 2016). Les déterminants « contextuels » interfèrent fortement avec les modalités de consommation et de réduction (Allamani, 2018).

Quelques principes importants scandent l'utilisation et le développement de la RDRD au-delà de l'usage de drogues et du risque infectieux (Coppel, 2016) :

- l'utilisateur est acteur de sa santé ;
- la reconnaissance des droits humains ;
- des principes communs à toute politique de santé publique ;
- la priorité de santé et la hiérarchie des risques ;
- la promotion de la santé et la participation communautaire ;
- une offre de services adaptés aux prises de risque ;
- l'exigence de résultats et l'évaluation ;
- des politiques de drogues fondées sur des faits (et au-delà, des actions dont le bénéfice peut être prouvé).

La RDRD se construit donc avec certains outils « globaux » et certaines manières pragmatiques d'agir. L'accueil – en particulier la première rencontre avec un professionnel ou un bénévole – et l'écoute des usagers est la base (« évaluer là où il est »), puis la négociation des priorités de l'action permet une approche pratique et progressive, sans *a priori* théorique. Les actions sont construites avec l'utilisateur, informé et mobilisé, appuyé par un « *empowerment* » des équipes capables d'inventer des actions spécifiques, même si les professionnels qui interviennent sont différents selon les pays (Sheridan et coll., 2018).

En matière d'alcool, la confrontation entre une RDRD pratique et une RDRD politique est moins marquée : l'alcool interroge moins la légalité des interventions. Les tensions se déplacent vers les différences de valeurs morales et culturelles des différents acteurs. Les cibles et les outils ne sont pas

nécessairement les mêmes selon si on se place dans des perspectives de santé publique, de santé individuelle, ou de cadre social et commercial. Avec ces logiques d'attention et de soins à l'autre, la prise en compte par la RDRD des consommateurs d'alcool dépendants, pour lesquels l'arrêt et le « *recovery* » ne sont pas immédiatement accessibles, est devenue une évidence et un continuum dans la prévention et la prise en charge (Connor et coll., 2016).

La RDRD en matière d'alcool : justifications théoriques

Le modèle moral et le modèle de maladie de l'alcoolisme (Jellinek, 1960) ont dominé la prévention et le traitement des problèmes liés à l'alcool depuis les années 1930. L'abstinence est la seule alternative et les individus abuseurs ou dépendants sont considérés comme immoraux ou malades (Marlatt et Witkiewitz, 2002). On retrouve le « *just say no* » utilisé ensuite dans les problèmes de drogues. Les traitements proposés sont en accord avec ce regard et le sevrage est le traitement recommandé (HAS, 1999).

La RDRD « alcool » est venue apporter une nouvelle approche avec 3 objectifs : réduire les dommages liés à l'usage d'alcool ; proposer une alternative à une approche « zéro tolérance » en lien avec les besoins de l'individu ; promouvoir l'accès à des services proposant un accompagnement alternatif aux services traditionnels.

À l'origine de cette évolution se situent un questionnement de Davies en 1962, et une recherche (Sobell et Sobell, 1973) de Linda et Marc Sobell montrant que chez des hommes hébergés en institution « consommant en excès », une action pour une consommation modérée était un projet de traitement préférable à l'abstinence. Ce constat n'a pas été adopté d'emblée, car il remettait en question les systèmes de soins anglo-saxons basés sur les 12 étapes (Hodgins, 2005), et la notion de « perte de contrôle » justifiant l'abstinence complète.

De fait, ce débat a opposé les professionnels pendant près de 20 ans. En effet, malgré l'affaiblissement du modèle moral, de nombreux professionnels défendaient l'idée que « l'alcoolique » avait définitivement « perdu sa liberté de s'abstenir » et était engagé dans une auto-destruction. L'abstinence, modèle permettant l'absence de tout contact avec l'alcool, semblait être le seul moyen de protéger les buveurs dépendants. Sur ce modèle se sont construits des thérapies et des systèmes complets de mise à distance du produit, dans des structures ou dans des groupes avec un accompagnement rapproché tel que celui proposé par les AA (Alcooliques Anonymes).

Face à ce concept, des situations cliniques, des études, une évolution dans la connaissance des processus neurobiologique et psychologique à l'œuvre, et enfin une prise en compte plus forte des capacités et désirs des personnes, ont conduit à l'élaboration d'une attitude d'aménagement de la consommation, préservant au mieux le présent et le futur des consommateurs.

Progressivement, l'accumulation des données a permis de valider ce concept (voir infra). De plus, l'opposition entre des objectifs d'abstinence et de réduction s'est fortement atténuée depuis la démonstration de ponts possibles entre les 2 approches (Maremmani et coll., 2015), la question importante étant celle du choix initial et de la temporalité du patient. Prévention, RDRD et traitement avec sevrage se positionnent ainsi dans une même logique.

La RDRD peut conduire à proposer une procédure sécurisée d'utilisation d'une substance psychoactive (en limitant les dommages par exemple en matière d'injection) (Williams et Norman, 2005). Cette posture est logique et se développe en matière d'usage d'alcool. Notons d'ailleurs que les faibles efficacités des techniques de sevrage et d'abstinence sont un terreau favorable à l'impératif de nouvelles approches. Des usagers, leurs proches et des soignants, confrontés à des comportements répétitifs, lassés de ne répondre que par l'inutile injonction de stopper, se sont appropriés l'approche de réduction des risques. Pour de nombreux patients en effet, arrêter est impossible : la majorité d'entre eux préfèrent une réduction des consommations (« *the patient preference* ») (van Amsterdam et van den Brink, 2013 ; Maremmani et coll., 2015) et la RDRD dans ce contexte assure un rôle d'accès aux soins prenant en compte les désirs et capacités de la personne et a aussi pour objectif d'augmenter le nombre de patients pris en charge (voir ci-dessous). Pour la moitié des spécialistes français, ce travail s'engage à la demande du patient (Luquiens et coll., 2011).

Boire moins d'alcool pour les personnes ayant une consommation à risque, réduit de nombreux risques psychologiques, sociaux et médicaux sur différentes maladies (Aubin, 2017). Une revue systématique (Charlet et Heinz, 2016) a été réalisée par Katrin Charlet, sur 63 études comportant des interventions pour la réduction de la consommation d'alcool (incluant l'abstinence). Ces interventions ont été associées à une baisse des accidents, des problèmes cardiovasculaires, une amélioration des paramètres biologiques et des critères histologiques hépatiques, une normalisation du poids. De plus, des conséquences favorables sur les syndromes de sevrage, sur la prévalence des épisodes psychiatriques (dont l'anxiété et la dépression), sur le nombre d'hospitalisations, sur la qualité de vie, ont été observées. Un travail australien très récent (Pennay et coll., 2019) montre qu'une évolution favorable est possible en conséquence d'actions fortes de communication, avec le

constat d'une baisse des consommations ou d'un arrêt de l'alcool entre 2001 et 2013, pour toutes les tranches d'âge. Les questions de santé sont les raisons évoquées pour tous les âges, mais aussi des questions de « style de vie » et de rejet de l'ivresse pour les plus jeunes.

Le bénéfice de cette réduction concerne tous les consommateurs d'alcool : consommateurs, abuseurs, dépendants, mineurs, hommes ou femmes (Simpson et coll., 2019) et les effets sont positifs à la fois pour les individus et pour la santé publique (WHO, 2012).

En Europe, malgré les différences politiques et culturelles, les modalités d'interventions sont souvent proches. Le programme AMPHORA portant sur 6 pays européens, complète cette affirmation en démontrant que les décisions politiques ne sont pas seulement influencées par les constats de consommation dans un pays. Le changement dans l'évolution de la quantité d'alcool consommée dans un pays donné (à la baisse ou à la hausse) est autant lié à des facteurs économiques ou socio-politiques qu'aux décisions administratives (Allamani et coll., 2014).

Dommages potentiels liés à l'alcool (ANPAA et Commission des pratiques professionnelles, 2012 ; Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2013)

Ils peuvent être de plusieurs types : pour la personne elle-même, pour l'entourage, pour la société. Ils peuvent être immédiats ou différés à moyen ou long terme. La liste qui suit (tableau 15.1), non exhaustive, permet de fixer des objectifs d'intervention et d'amélioration.

Un projet européen (action conjointe pour la réduction des dommages liés à l'alcool : projet RARHA) réalise un travail depuis 2014 sur la consommation d'alcool et sur les dommages liés dans 20 pays. Il a produit des résultats dans 3 axes :

- le « *monitoring* » a comparé les niveaux de consommation entre les pays ;
- le « *tool kit* » a élaboré une liste des actions utiles pour prévenir les risques liés à l'alcool ;
- les « *guidelines* » ont ciblé les mesures de santé publique susceptibles d'agir sur la réduction des risques « alcool ».

De façon cohérente dans les différents pays, des effets positifs ont été observés sur le risque de cancer, ensuite sur l'HTA (hypertension artérielle), la dépression, les troubles cognitifs, le surpoids et l'addiction elle-même, lors d'une baisse de plus de 30 grammes d'alcool par jour.

Tableau 15.1 : Dommages potentiels liés à l'alcool

Dommages sanitaires*	- Hépto-digestifs - ORL - Cardiovasculaires - Endocriniens - Rhumatologiques et traumatologiques - Neuropsychiatriques - Coma éthylique - Troubles de la sexualité - Rapports sexuels à risque - Syndrome d'alcoolisation foetale et autres effets liés à l'alcoolisation foetale - Mortalité précoce - Cancers, etc.
Dommages sociaux	- Difficultés d'accès aux dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires de droit commun et spécialisés - Perte d'emploi et accidents du travail - Conflits familiaux, violences intrafamiliales - Difficultés financières - Isolement social - Absentéisme scolaire ou professionnel - Conséquences judiciaires, notamment délictuelles et criminelles, etc.
Méfais vécus par l'entourage	- Stress, tensions - Conflits familiaux - Difficultés financières, violence, maltraitance, carences éducatives, etc.
Méfais vécus par la société	- Troubles de l'ordre public - Accidentologie - Criminalité, délinquance - Coût sanitaire et social, etc.

* Voir le chapitre « Mortalité, faibles consommations et effets biologiques » de cette expertise.

Roerecke a conduit plusieurs méta-analyses mettant en lien la baisse des consommations chez les personnes ayant un « *Alcohol Use Disorder*¹⁴⁷ » (AUD ; consommation à risque dans cette expertise) et une baisse de la mortalité. Son travail a porté sur les articles évaluant une baisse des consommations chez des consommateurs de plus de 2 verres par jour ayant un AUD. Ces études étaient caractérisées par des interventions, centrées pour la plupart sur la réduction des consommations (alcool de faible degré, boissons fournies) et non sur l'abstinence. Les résultats, dose dépendants donc, comportant un effet seuil de 2 verres, montrent une baisse de l'HTA et des dommages associés. Les limites de ces études portent sur les personnes qui au départ buvaient 2 verres ou moins et les femmes (pour lesquelles les données sont insuffisantes dans ce travail, mais qui ont été complétées par l'étude de Simpson en 2018, voir plus haut) (Roerecke et coll., 2013 ; Roerecke et coll., 2017). Par modélisation en micro simulations, Rahhali montre une progressivité de l'efficacité sur les deux modalités de consommations à risques : baisser de 20 jours les jours de forte consommation (HDD) en un an,

147. Trouble de l'usage d'alcool (TUA).

ou baisser de 1 unité par jour pour les consommations quotidiennes, entraîne une baisse significative des accidents, des cirrhoses et des pathologies ischémiques (Rahhali et coll., 2015).

Cependant, s'engager dans le « boire moins » impose la définition d'une « consommation à risque faible » vers laquelle il faudrait tendre. Les autorités européennes et américaines ont défini des objectifs opérationnels « *intermediate harm reduction* » pour les européens, « *low-risk drinking limits* » pour la FDA.

Même s'il n'y a pas de niveau de consommation sans risque (Réseau NACRe, 2007) concernant les risques de cancer, adopter pour chacun des objectifs de consommations diminuant l'éventualité d'une maladie ou d'un accident semble en effet pertinent. De fait, une position commune sur ce risque se dessine en Europe. L'unité standard de référence représente 10 grammes d'alcool en France, et 11 grammes en moyenne des pays européens (Rehm et Patra, 2012 ; Moskalewicz et coll., 2016) (RAHRA).

La définition de seuils, susceptibles de donner des points de repères et des objectifs à des interventions de RDRD, est construite sur ces bases. L'OMS définit différents niveaux de gravité utilisables dans la pratique : un travail sur 3 ans aux États-Unis avec un suivi de 22 005 personnes (Hasin et coll., 2017) valide ces niveaux de consommations comme points de repère et comme objectifs. Il démontre un lien entre une baisse dans les « niveaux OMS » et une baisse des risques liés à l'alcool.

Dans cette logique, début 2019, Santé publique France a défini le risque faible à « moins de 10 verres par semaine, pas plus de 2 verres par jour, et d'avoir plusieurs jours sans consommation ».

Dans la moitié des pays, les objectifs de RDRD ne sont pas différents entre les hommes et les femmes, ce qui a été repris par Santé publique France en 2019.

La RDRD peut s'adresser à tous les consommateurs, quel que soit leur niveau de consommation, et/ou cibler des populations pour lesquelles des méthodes particulières doivent être promues. L'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) définit plusieurs groupes de personnes pour lesquelles il conviendrait d'avoir une approche ciblée (ANPAA et Commission des pratiques professionnelles, 2012) :

- les hommes de plus de 45 ans, compte tenu de leur durée d'exposition au risque alcool ;
- les femmes, plus particulièrement en âge de procréation et enceintes ;

- les jeunes (personnes mineures et jeunes majeurs), notamment au regard des pratiques festives et des vulnérabilités propres à cet âge ;
- les seniors ;
- les personnes en situation de précarité socio-économique ;
- les personnes séropositives aux VHC et VIH ;
- les personnes sous-main de justice, dont les personnes incarcérées (détenues et prévenues) ;
- les personnes en milieu professionnel ;
- les usagers de drogues.

Ceci implique de connaître les consommations, les consommateurs – leurs facteurs de risques – et leurs habitudes de consommation (Com-Ruelle et Le Guen, 2013 ; van Amsterdam et van den Brink, 2013). De fait, un point central de l'engagement dans cette approche de RDRD est de réduire le « *treatment gap*¹⁴⁸ » en Europe, seulement 8 % à 15 % de ces consommateurs à risque sont suivis sur le plan médical, et reçoivent (pour la plupart) un traitement basé sur l'abstinence, alors que – en comparaison – le taux de traitement des personnes ayant une dépression majeure est de 50 à 60 %, ou de 80 % pour les patients schizophrènes (Kohn et coll., 2004 ; Mann et coll., 2017). Le fait de devoir arrêter de boire complètement est un argument fort pour les usagers expliquant leur refus de consultation. Un travail de Tuithof et de ses collaborateurs évoque aussi la non-perception de la maladie et de sa gravité par les consommateurs (Tuithof et coll., 2016). Ces derniers pourraient faire l'objet d'une attention particulière avec une information et une thérapeutique personnalisées s'appuyant sur leurs compétences et leurs objectifs.

Réduction du risque suicidaire

De nombreuses études ont étudié l'effet du trouble lié à la consommation d'alcool sur la pensée et le comportement suicidaire, mais il existe des divergences entre les études et parfois une difficulté d'utilisation des données en pratique clinique. En 2015, une évaluation systématique de l'association entre l'alcool et le suicide a été réalisée démontrant qu'il existe des preuves suffisantes qu'une consommation à risque d'alcool augmente le risque d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et de décès par suicide. Par conséquent, la consommation d'alcool (chronique et aiguë) peut être considérée comme un prédicteur important du suicide et une source de décès prématuré

148. Écart de traitement.

(Darvishi et coll., 2015). Une intervention de réduction des consommations pourrait être associée à une baisse du risque suicidaire, mais les travaux validant cette corrélation sont insuffisants.

RDRD en matière d'alcool : mise en pratique

En pratique, la RDRD en matière d'alcool s'appuie sur des postures, des techniques, des règles, des médicaments. Elle est déclinée en fonction des lieux de la rencontre, en cabinet de ville, à l'hôpital, en CSAPA ou CAARUD, en lieux de premier recours non spécialisés, en milieu de travail, dans des structures d'hébergement, dans les communautés, etc.

Contrairement aux outils de RDRD concernant les opiacés ou la cocaïne souvent réservés à des acteurs spécialisés, de très nombreux intervenants peuvent agir en matière d'alcool, parfois très précocement, chacun devant choisir la méthode la plus adaptée à sa pratique (Maremmani et coll., 2015).

Évaluer les méthodes d'information et d'éducation

La diffusion d'informations associant les usagers devant accepter et partager des objectifs de santé, est une priorité assurée par la diffusion de brochures et de flyers. Des campagnes nationales (Santé publique France, Mildeca) favorisent la connaissance sur le « risque alcool » et offrent des repères précis pour limiter ces risques.

En terme éducatif, différents outils ou postures ont été explorés ces dernières années.

Ainsi, les enfants dont les parents délivrent des messages d'abstinence boivent moins que les enfants dont les parents ont des messages de RDR.

Pour les adolescents, les différents auteurs s'attachent à la forme que doivent prendre les interventions pour pouvoir être acceptées et utilisées : le fait de parler plutôt des sensations désagréables (être malade) semblant être plus opérant (Acier et coll., 2015).

Dans la population étudiante anglaise et australienne, des travaux ont comparé deux programmes de prévention pour les adolescents : un programme standard décrit dans l'évaluation comme « pauvre ennuyeux et peu utile », et un programme « *School Health and Alcohol Harm Reduction Project* » (SHAHRP), caractérisé par un meilleur engagement des étudiants voire un « plaisir » à faire ces exercices. Ce dernier montre un bénéfice évalué en

particulier en termes de baisse dans la fréquence des consommations. D'autres travaux vont dans le sens d'une attention particulière portée à l'évaluation de la qualité des interventions proposées dans ce milieu. Cependant même chez ces jeunes âgés de 13-16 ans, une « parole libre » dans les groupes de travail est difficile, car 3 groupes « suridentifiés » (abstinents, occasionnels, réguliers) sont déjà en opposition avec des difficultés de partage entre eux (McKay et coll., 2014 ; Harvey et coll., 2016) (cf. chapitre « Actions de prévention : messages et comportements »).

Cette question de l'information touche toutes les classes d'âge et de population et exige une adaptation fine des objectifs et des moyens. Le travail peut être qualitatif tel que celui mené auprès de 35 femmes d'âge entre 45 et 64 ans, qui a mis en évidence une méconnaissance du risque de cancer du sein associé à l'alcool (Meyer et coll., 2019) insistant sur la nécessité de messages spécifiques. Par ailleurs, de façon quantitative, l'importance de l'information grand public est démontrée en Australie : après 6 vagues de communication sur 15 ans, il existe une augmentation globale des connaissances, se traduisant – de façon inégale dans des sous-groupes –, par une baisse des consommations (Islam et coll., 2019).

La transmission d'informations utiles fait partie de ce travail de prévention (ANPAA et Commission des pratiques professionnelles, 2012), en particulier :

- les numéros d'urgence, avec les conseils de base en termes de secourisme. Les symptômes d'alerte peuvent être enseignés ;
- les services de téléphonie sociale (numéros gratuits ou non d'aide et d'orientation) ;
- les coordonnées des centres spécialisés dans un secteur considéré et leurs modalités d'accès ;
- les coordonnées des associations d'auto-support.

Les applications sur smartphone et des sites spécialisés complètent actuellement cette offre.

Formation et sensibilisation des professionnels

Ces interventions de RDRD qui font la preuve de leur efficacité et de leur bénéfice pour les consommateurs, devraient être des outils « naturels » des professionnels de santé. De nombreuses études font le constat de formations insuffisantes, mais surtout de l'existence de postures de fuite ou discriminante de ces professionnels (Staton et coll., 2018). L'acceptabilité de la RDRD par les médecins a été mesurée et elle est assez faible dans les données initiales

relevées par S. Moore. La confrontation au cours des études ou d'ateliers avec des patients permet d'améliorer fortement le regard porté par les médecins sur les alcoolo-dépendants et améliore leur capacité d'intervention (Moore et Mattaini, 2014 ; Sheridan et coll., 2018 ; Vakharia et Little, 2017).

Aller vers...

La rencontre la plus précoce possible dans le parcours des usagers fait intervenir des acteurs « mobiles » susceptibles d'aller dans les lieux fréquentés par les consommateurs. Des équipes « de maraude » en France, des équipes des secteurs de psychiatrie ou des services sociaux, des pairs guidant intervenant dans les milieux de consommation, et enfin des véhicules ou des lieux de repos, peuvent assurer cette mission. La fréquentation de ces lieux est forte, et le nombre de rencontres est souvent important. Un travail de Ward et de ses collaborateurs datant de 2018 portant sur ces outils dans une région australienne note cependant leur peu d'influence sur la poursuite de consommations élevées, sur la fréquentation des urgences ou les interventions policières, mais insiste sur le rôle de sécurisation, d'orientation et donc de l'importance du réseau associé à ces outils (Ward et coll., 2018).

Baisser la disponibilité des boissons alcoolisées

Différentes actions ont pour objectif de baisser la disponibilité du produit ou son accessibilité (cf. chapitre « Efficacité des mesures visant à restreindre l'offre et la demande de boissons alcooliques »), ce qui ne se conçoit qu'avec une information voire une adhésion des usagers. Cela relève aussi d'un travail pédagogique allant dans le sens de « dénormaliser » l'alcool (*Eurosurveillance editorial team*, 2012 ; 2016).

Plusieurs axes de limitation de la disponibilité ont été évalués. Ces actions sont sociétales, collectives et se positionnent dans la vie des citoyens, avec le projet de « limiter les premiers contacts et de contrôler les situations de rencontres avec l'alcool », en appui externe aux situations individuelles :

- l'augmentation des taxes en particulier reliées au degré d'alcool (Meier et coll., 2016 ; WHO, 2012) ;
- la fixation d'un prix minimum (Meier et coll., 2016) ;
- l'interdiction de boire dans certains lieux ;
- définir et faire appliquer un âge minimum légal pour la consommation d'alcool a démontré son intérêt avec une baisse de l'usage et des accidents de la voie publique (Kypri et coll., 2011 ; Callaghan et coll., 2014) ;

- l'instauration et le respect – impliquant des contrôles – d'un seuil légal d'alcoolémie a clairement permis de limiter les accidents de la route (Albalade, 2008) ;
- la fermeture de certains points de vente ou la modulation de leurs heures d'ouverture (Anderson et coll., 2018) ;
- la limitation des points de vente (Kypri et coll., 2011).

Tous ces différents travaux montrent un bénéfice avec réduction des consommations d'alcool dans les secteurs considérés.

Accompagnement individuel

Au niveau individuel, de nombreuses techniques de RDRD, en soins et en prévention, associées ou non à des médicaments, sont utilisées depuis plusieurs années.

Ces outils d'intervention sur la consommation, déclinés selon les types de professionnels et les lieux de consultation, tendent à favoriser une utilisation moins nocive de la substance. Cela passe par un accompagnement réfléchi des consommations, utilisant de multiples possibilités d'engagements réciproques, de contrats, d'objectifs gradués, des « petits pas », le tout tendant vers une baisse de la quantité totale d'alcool consommée. Ces différentes manières d'intervenir sont construites avec l'utilisateur, telles que dans le programme Alcochoix+ (Favrod-Coune et coll., 2019).

Ce réaménagement des consommations peut être :

- une modification quantitative « pure », définie dans le cadre d'un contrat moral faisant appel à la décision de la personne, aidée ou non par des médicaments. C'est l'axe central d'une RDRD basée sur la réduction des consommations, avec des multiples interventions évaluées. Il peut porter sur la baisse du nombre de jours de forte consommation, ou porter sur la quantité d'alcool quotidienne ;
- qualitatif, s'appuyant sur la manière réelle de consommer d'une personne (rythme, modalités, contexte, type d'alcool...) et trouvant avec elle des façons de faire différemment, de mieux contrôler les « automatismes » vécus comme pathologiques et dangereux. « Intervenir sur le contexte d'usage plutôt que sur l'usage lui-même, c'est déjà prendre soin : en fonction d'une analyse pragmatique et compréhensive de ce qui est envisageable pour l'utilisateur dans la situation qui est la sienne, il convient de fixer des objectifs atteignables qui peuvent porter sur les niveaux d'usages mais aussi sans réduire ceux-ci sur les modalités de consommations, sur les formes d'absorption, les types d'alcool consommés, les moments ou les lieux de consommation » (Fieulaine, 2017).

Plusieurs cibles d'interventions sont décrites (Morel et coll., 2012) :

- considérer l'horaire de début des consommations, avec le projet de reculer s'il est précoce (ANPAA et Commission des pratiques professionnelles, 2012) ;
- évoquer les horaires des moments privilégiés de consommations et le rythme des consommations (continu, associé à des moments particuliers de la journée, etc.), avec le projet de baisser la régularité, voire de faire des prescriptions d'horaires. La consommation quotidienne est associée à une augmentation de la mortalité (Hartz et coll., 2018) ;
- évaluer les circonstances de consommations, ouvrant vers une réflexion plus large de compréhension du comportement ;
- interroger sur le type de verre ou de contenant utilisé, ou la consommation « à la bouteille », avec un travail sur les unités standard, sur une « conscientisation » de la façon de boire (ANPAA et Commission des pratiques professionnelles, 2012) ;
- proposer de modifier le type d'alcool consommé – vin rouge ou rosé, bière, vodka... – dans le sens de « déritualiser » les consommations, son contenant (canettes, bouteilles, flash, cubitainer), son degré, sa qualité (en termes d'origine, de goût, de présentation...). L'utilité de ces interventions est imprécise, de même que celle des modalités de consommation de l'alcool (glaçons, alimentation, verre d'eau associé...) (Rosenberg et coll., 2018). Ces éléments peuvent contribuer cependant à renforcer le contrôle de la personne sur sa consommation et à limiter la quantité d'alcool pur absorbé dans une période donnée.

Ces différents points se conçoivent donc dans le cadre d'une alliance, où usager et soignant cherchent ensemble à limiter les dérives nocives de la consommation. Les bénéfiques sont cliniques et évaluables en vie quotidienne ; leur influence sur une modification significative de l'apparition de processus pathologiques liés à l'alcool est mal évaluée.

Dans ce cadre, les méthodes d'entretien sont ciblées et permettent d'identifier le mode de vie, les facteurs de gravité et de protection, donnant les pistes d'intervention possibles (Morel et coll., 2012). Elles sont considérées – avec une prise en charge psychosociale – comme des interventions multi composantes intégrant les comorbidités (Coppel, 2016).

Techniques de rencontre et d'entretien

Enfin, des techniques de consultations (non nécessairement utilisées par les seuls médecins) offrent des possibilités d'intervention en RDRD, parfois assez précocement dans l'histoire des consommations et susceptibles de modifier la trajectoire des usagers. Elles prennent leur place dans une alliance entre le professionnel et le patient (Vakharia et Little, 2017) fortement influencée par le savoir-être du professionnel et la relation soignante, indépendamment des techniques utilisées (Beutler et coll., 2012). De même, peut être interrogée la façon dont le « diagnostic » est annoncé ou confirmé, l'accord avec l'usager devant se construire à partir de ses représentations.

L'intervention brève (IB) est présentée comme utile depuis plus d'une quinzaine d'années : le programme TrEAT par exemple (Fleming et coll., 2002) montrait une efficacité jusqu'à 4 ans après une intervention limitée (2 entretiens de 15 min) dans des lieux de soins primaires auprès de patients consommant plus de 14 verres d'alcool plus de 3 fois par mois. L'intervention brève est définie par « un maximum de 5 entretiens, donnant des conseils sur les consommations ou le style de vie, avec une durée totale de moins de 60 mn ». Une revue *Cochrane* récente adoptant cette définition et évaluant sur 69 études l'efficacité de cette technique (Kaner et coll., 2018) conclut à une évidence de qualité modérée quant à l'utilité d'une intervention brève chez les consommateurs à risque, pose l'intérêt potentiel d'une intervention plus longue, et interroge sur l'importance de mieux identifier les facteurs qui pourraient influencer l'efficacité.

Cette technique semble particulièrement adaptée pour des professionnels non spécialisés en addictologie : en soins dentaires (Ntouva et coll., 2018), dans les centres de santé sexuelle (Crawford-Williams et coll., 2015 ; Platt et coll., 2016), sur les campus (Laitman et coll., 2014). Dans cette logique, l'Organisation mondiale de la santé a publié un manuel résumant les modalités d'utilisation de l'intervention brève en soins primaires (WHO, 2017).

Le repérage précoce avec intervention brève (RPIB) associe une étape d'identification d'une consommation à risque d'alcool, une information, et des conseils personnalisés. Il répond à une technique d'abord et d'entretien paramétrée et utilisée depuis plusieurs années (Kaner et coll., 2018). Il a été évalué comme positif et peu coûteux. Sous le terme de SBIRT (*Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment*), il se développe aux États-Unis où il fait l'objet de travaux validant son intérêt (Babor et coll., 2017).

Les recherches en cours doivent mieux évaluer les composants actifs de cette intervention – intégrant en particulier la personnalité et la qualité de

l'intervenant, mais aussi les questionnaires choisis, AUDIT et FACE, et définir les populations sur lesquelles elle est le plus efficace.

En France, début 2019, le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018/2022 de la Mildeca (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives), les rapports du CESE (conseil économique social et environnemental) (Caniard et Augé-Caumon, 2019) et de la Plateforme RSE (responsabilité sociétale des entreprises) (Uzan, 2019) argumentent l'intérêt du RPIB, en particulier pour les services de premier recours et dans les entreprises.

L'entretien motivationnel est une technique caractérisée par sa façon d'aborder le patient dans ses doutes, s'appuyant en particulier sur les stades de Prochaska et DiClemente (Prochaska et DiClemente, 1984). Cette technique permet de visualiser les niveaux d'acceptation, de déni, et de capacité au changement. L'ambivalence est explorée et permet de visualiser en particulier les représentations des bienfaits supposés liés à l'alcool et de les confronter aux dommages réels. Des effets positifs de cette technique – facile à utiliser et nécessitant peu de temps de soignants – ont été observés depuis plusieurs années, plusieurs auteurs observant qu'elle est particulièrement coût-efficace (Grant et coll., 2016). Notons qu'une étude *Cochrane* portant sur 84 publications récentes mentionne l'absence de bénéfice substantiel de cette technique pour la prévention du mésusage d'alcool chez les jeunes (Foxcroft et coll., 2016).

L'éducation thérapeutique fait partie des procédures développées en France pour transmettre et partager les informations sur l'alcool avec les patients et les amener à travailler leurs compétences et leurs objectifs. « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (article L1161-1 du Code de la santé publique). Elle a fait l'objet d'un guide de l'OMS dès 1998 (OMS, 1998). Par l'information des usagers et l'alliance qui se construit, elle est une manière d'accéder à une réduction des risques. Centrée sur l'alcool et sur les modifications des comportements (maintien de l'abstinence ou des réductions de consommation), elle est cependant peu évaluée : l'alcoolodépendance par exemple n'est pas isolée dans le travail récent de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2018). Les études portant sur le tabac, plus nombreuses, approfondissent ce modèle qui est alors susceptible d'être mieux compris en alcoologie (Guillemot, 2014).

Les psychothérapies se concevant sur du moyen ou long terme, entrent davantage dans le champ des traitements de fond. Elles peuvent permettre

aux patients de mieux comprendre leur comportement, ceci impactant à terme les courbes de consommations. Dans ce registre, de nombreux auteurs ont comparé différentes formes de psychothérapies. Les TCC restent les interventions de référence (Magill et Ray, 2009) mais des approches différentes, basées sur un travail psychodynamique, peuvent être considérées dans certaines situations (Nyhuis et coll., 2018). La plupart des études souffrent d'une évaluation faite à court terme, avec des critères de faible qualité méthodologique que ce soit pour le traitement de l'alcool ou des autres addictions (Cowlshaw et coll., 2012).

Réduction des risques associés

Différents travaux explorent les interventions sur les risques « indirects » (Morel et coll., 2012).

Un programme de sensibilisation pour diminuer la violence liée à l'alcool avec une action au niveau des clubs et des bars, a donné des résultats très positifs à Stockholm, mais pas à Oslo (Skardhamar et coll., 2016), posant des questions de la pertinence des programmes en un lieu donné avec la difficulté de leur déclinaison en fonction des pays, cultures ou situations locales. Cela souligne la difficile généralisation des conclusions de ces études.

D'autres actions indirectes sont proposées :

- intérêt des auto mesures ;
- des programmes de travail sur ordinateur pour aider des conducteurs récidivistes à conduire correctement et à mieux contrôler leur conduite seraient positifs (Wilson et coll., 2017) ;
- des outils de réduction des risques tels que les gobelets en plastiques ou des verres renforcés pour éviter les blessures par bris de verres (Ker et Chinnock, 2008).

Elles souffrent cependant, sur des critères très variés, d'une évaluation insuffisante et d'une durée d'analyse limitée.

Autres approches de RDRD et limites

La RDRD avec l'instauration d'une alliance soignant-soigné pour une diminution des consommations, s'est imposée comme un progrès dans l'accueil d'un usager d'alcool. Elle associe des outils, médicamenteux ou non, et des postures professionnelles. Elle permet souvent l'accès aux soins ou le maintien dans les soins.

Cependant, chez certains alcoolo-dépendants, un « *craving* » fait irruption lors du moindre contact avec l'alcool. Cette « consommation obligatoire » après un premier verre, évoque un mécanisme neurobiologique génétique ou acquis. Plusieurs publications explorent cette piste sans conclure du fait de la complexité des facteurs impliqués (Reilly et coll., 2017 ; Field et coll., 2017). De fait, ce comportement, sans modification apparente malgré des interventions multimodales, interroge les possibilités d'une consommation modérée.

Au vu de l'éventualité de cette « hypersensibilité à l'alcool », à côté des hébergements où une tolérance est admise, l'intérêt de structures « *alcohol free* », évitant tout contact avec l'alcool dans un lieu protégé et protecteur tel que décrit (Koroloff et Anderson, 1989) par Koroloff en 1989, est posé. Dans tous les cas, un soutien s'impose aux professionnels de ces centres avec formation à ce type d'accueil, en définissant une gestion des usages dans l'institution (Rivoirard, 2012).

Pour les usagers, la question de leur « temps propre » se pose, à savoir l'identification des moments où telle ou telle action doit être privilégiée.

RDR et mise à l'abri

La RDRD peut aussi réduire les conséquences néfastes liées aux usages (conséquences organiques, psychologiques, sociales) sans forcément intervenir sur les niveaux quantitatifs d'usages, en proposant des soins de première ligne visant à atténuer les méfaits et en permettant d'abord une mise à l'abri de l'utilisateur pour extraire ses consommations du contexte pathogène et dangereux (que constitue la rue par exemple).

Il s'agit dans ces cas-là de développer des lieux de protection non conditionnés par l'inscription de l'utilisateur dans une démarche de changement de ses consommations (Evans et coll., 2015).

Accepter qu'une personne ait consommé, c'est aussi être en capacité de gérer des situations impliquant des alcoolisations massives : prévenir les crises, assurer une protection (mais également parfois une contention), réassurer la personne en ayant une attitude non-stigmatisante (Fieulaine, 2017).

Il s'agit alors de reconnaître les usages quels qu'ils soient pour renouer du lien, de co-définir des objectifs sans restrictions avec l'utilisateur. Ces pratiques permettent de restaurer le lien rompu entre une offre d'aide et de soin trop exigeante et des publics qui s'en sentent exclus ou qui refusent d'y avoir recours. « Renouer le lien, c'est déjà soigner » et c'est la condition essentielle

pour favoriser l'émergence d'une demande d'aide librement formulée et non contrainte. « Aider à la survie, c'est-à-dire faire le choix parfois difficile de fixer des objectifs extrêmement modestes et rarement valorisants pour le soignant qui consistent à accompagner l'usager dans des surconsommations sans imposer de changement mais en instaurant les conditions de sa possible survenue » (Fieulaine, 2017).

Ainsi, des actions mettant en avant l'amélioration sociale des usagers en particulier très précaires, ont des effets positifs sur les consommations d'alcool. De fait, bien que le programme « *Housing First* » soit axé sur les projets ne nécessitant pas d'abstinence ni d'assiduité au traitement, les participants ont diminué leur consommation d'alcool et leurs problèmes liés à l'alcool en fonction du temps et de l'exposition à l'intervention (Collins et coll., 2012).

Lorsqu'il n'est pas envisageable de réduire un usage nocif, il convient alors de sécuriser cet usage, quelle que soit son importance, afin qu'il soit le moins dommageable possible : si un usager boit énormément, il vaut mieux qu'il le fasse « dedans que dehors, accompagné plutôt qu'isolé ». Dans cette logique, quelques articles évoquent la mise en place de lieux où l'alcoolisation est autorisée avec le projet de sortir les personnes de la solitude, que ce soit de chez eux ou de la rue.

D'autres lieux permettent l'accès à des besoins primaires (hygiène, alimentation...) que l'usager n'est souvent plus en capacité de satisfaire lui-même. En ce sens, les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) sont des acteurs majeurs de la RDRD alcool.

Cette réflexion sur les interventions de tout premier recours (de « très bas seuil ») a été utilisée pour d'autres populations. Le programme « *Managed Alcohol Programs* » a été conduit et décrit par plusieurs auteurs et sites canadiens. Une publication de la *Cochrane Library* de 2012 (Muckle et coll., 2012) indique qu'il n'y a pas d'éléments suffisants pour valider ou invalider ces programmes comme une méthode de régulation de la consommation d'alcool, en comparaison avec l'intervention brève, la modération ou les 12 étapes. Il est aussi indiqué que l'objectif est peut-être davantage social qu'addictologique et que des travaux supplémentaires pourraient mettre en évidence ces bénéfices.

Avec une vingtaine de publications dans les 2 dernières années, sa description et son évaluation sont précisées. Dans des structures d'accueil, de l'alcool est donné à des doses contrôlées à des patients très précaires, marginalisés (Grazioli et coll., 2017) et sans domicile, buvant fréquemment de l'alcool

non consommable (produit désinfectant, méthanol...) comportant un risque vital important. Dans ces programmes, la quantité et le type d'alcool distribués sont déterminés en accord avec l'utilisateur. La consommation est horaire (Muckle et coll., 2018) pour permettre un plateau (évitant les pics d'alcoolémie et leurs risques, réduisant le « *binge* » mais aussi le manque). Cette régulation évite les consommations de produits toxiques, limite l'accès aux urgences, limite les problèmes de comportements et les interpellations (Pauly et coll., 2016). Associés à une aide au logement, ces programmes permettent une entrée dans le soin et le social. Pauly explore ainsi les caractéristiques de ces usagers très précaires et s'intéresse en particulier aux populations autochtones qui se retrouvent grâce à ces consommations rythmées dans un contexte familial et rassurant.

Ces programmes ont une déclinaison en Suisse où un centre d'accueil permet la consommation d'alcool, avec une modération du rythme de consommation par le personnel, un cadrage des débordements, une alimentation gratuite mise à disposition. Ces actions permettent une plus grande présence, une baisse des consommations, une augmentation de la qualité de vie et de l'utilisation des services sociaux (Grazioli et coll., 2017).

De nombreux CSAPA avec ou sans hébergement ou d'autres structures d'hébergement françaises modifient leurs règlements intérieurs afin d'autoriser des consommations au sein de la structure. Cette évolution a de nombreux aspects positifs et correspond à une posture de RDRD, mais il manque des évaluations à moyen et long terme du devenir du collectif (fonctionnement de la structure et influences positives ou négatives entre les usagers sur leur lieu de vie...) et de la personne (aggravation ou non des pathologies somatiques ou neurologiques...).

Quelques rares travaux explorent l'utilisation de cette prise de position en milieu hospitalier. Leur synthèse est peu concluante, du fait de la variabilité du faible nombre d'études présentées, des choix de la quantité d'alcool et des horaires, des circonstances de prescription, et du manque d'une évaluation de l'impact sur les patients, les soignants et le fonctionnement de l'institution (Brooks et coll., 2018).

Ces techniques de RDRD sont à proposer dans des moments particuliers de la vie des patients et permettent le plus souvent une première rencontre. L'exigence de la technique est aussi de savoir quand l'appliquer et quand ne pas l'appliquer (par exemple, structure d'hébergement autorisant les consommations dans un projet de réduction de risques) (Lefebvre et Legrand, 2003 ; Fieulaine, 2017).

Facteurs limitant la consommation contrôlée

Certaines situations limitent ou contre-indiquent la mise en place d'outils de réduction des consommations, en particulier lorsque le patient oppose un refus à toute proposition de limitation ou à toute intervention visant à « prendre soin de lui » dans ses besoins les plus fondamentaux. Certains aspects liés à la personne peuvent expliquer ces attitudes, les comorbidités psychiatriques en premier lieu, de même que la présence d'un entourage faisant interférence (co-dépendant) qui peut modifier le projet de soins.

Des facteurs psychologiques (telle que la transgression, le jeu avec les limites et l'interdit) et la difficulté de tenir dans le temps certaines postures ont été aussi observés comme facteurs limitant par certains professionnels (Gray, 2014).

Par ailleurs, dans certaines situations, les soignants devraient donner la priorité à une proposition d'abstinence :

- l'abstinence prévient ou évite l'aggravation les troubles cognitifs de façon plus constante qu'un maintien de consommation, et permet le traitement des comorbidités psychiatriques (en particulier du fait des interactions médicamenteuses). De même, certaines pathologies somatiques graves contre-indiquent toute consommation d'alcool (van Amsterdam et van den Brink, 2013 ; Brousse et coll., 2014 ; Dervaux, 2018) ;
- il existe des contre-indications à la consommation d'alcool tel que le déficit en ALDH2 (génotype *ALDH2*2*) entraînant une intolérance à l'alcool (Inserm, 2001) ;
- l'alcool est contre-indiqué durant toute la durée de la grossesse et de l'allaitement (cf. chapitre « Syndrome d'alcoolisation fœtale et consommation d'alcool dans la période périnatale : fréquences et facteurs associés ») ;
- l'alcool est contre-indiqué avec de nombreux traitements médicamenteux, et le clinicien devra évaluer les situations où toute consommation est interdite et celles où des aménagements sont possibles ;
- certains métiers (postes à risques) et la conduite de véhicules impliquent une alcoolémie nulle, et des modalités de prise en charge particulière ;
- enfin, plusieurs échecs de périodes de réduction peuvent, avec l'accord du patient, rediriger vers un sevrage.

À l'inverse, une période de consommation contrôlée réussie, débouche parfois sur une demande de sevrage et d'abstinence (SFA et coll., 2015).

Populations particulières

La RDRD doit naturellement être déclinée selon les populations et les circonstances. Les 2 axes présentés ci-dessous en offrent des illustrations :

- pour les étudiants, une procédure dite du « bon samaritain » a été décrite (Monahan et coll., 2018) sous forme d'une amnistie médicale privilégiant « la sécurité d'abord » (Lewis and Marchell, 2006). Des consommations d'alcool très importantes (supérieures à celles de la population générale) ont été observées sur des campus américains alors que l'alcool y est interdit. Les accidents d'alcoolisation aigus entraînent une morbidité/mortalité élevée et les risques de renvoi de l'université si la consommation est avérée, sont réels. Devant l'échec de cette menace de renvoi et les dommages, a été introduit le droit de consulter dans un service médical en cas de problème de santé suivant une alcoolisation, non suivie de sanction. Une augmentation des consultations a été constatée, une baisse de la morbidité, mais pas de baisse dans les consommations globales. D'autres interventions tendent à prévenir les alcoolisations ponctuelles importantes des jeunes. Un travail en Pennsylvanie par exemple a exploré l'intérêt d'une « stratégie comportementale de prévention » (PBS) chez les jeunes ayant des « *High intensity drinking* » et montré que cette technique pouvait aider les étudiants à limiter les risques tels que conduire ou avoir des relations sexuelles non désirées (Linden-Carmichael et coll., 2018) ;
- pour les personnes âgées, les défis semblent différents car l'alcool apparaît comme un moyen de socialisation, une routine et un plaisir dont les soignants peuvent « s'accommoder ». Or les bénéfices de la réduction sont importants en termes de qualité de vie, et par ailleurs la lutte contre l'isolement est la principale intervention pour limiter les risques somatiques et sociaux dans cette population (Nicholson et coll., 2017).

Conclusion

En conclusion, la réduction des risques et des dommages est une méthode de prise en charge pertinente de nombreuses personnes ayant un trouble d'usage de l'alcool. Elle a gardé la plupart des fondamentaux de ses concepts initiaux – centrés sur l'usage d'héroïne avec l'impératif de limitation de la transmission du VIH : elle nécessite des techniques pragmatiques avec des principes communs à toute politique de santé publique, elle est respectueuse des droits humains et n'est pas dans le jugement moral. Elle ne s'oppose pas à l'abstinence, et devrait faciliter l'accès aux soins. L'utilisateur est acteur de sa santé, et détermine avec l'accompagnant (bénévole ou professionnel) une hiérarchie des risques et un « tempo » des propositions d'aide ou

thérapeutique, permettant au mieux une prise en charge dans la durée. Elle implique une participation communautaire, fait une offre de services adaptés aux prises de risque, et exige une évaluation des actions et de leurs résultats.

De très nombreuses publications déclinent ces concepts et méthodes en matière d'alcool avec un focus majeur sur la réduction des consommations. Parfois, l'aménagement de l'usage d'alcool permet une amélioration sociale et non addictologique, cela gardant tout son sens dans une démarche de RDRD.

La RDRD doit se développer avec une exigence d'évaluation, partie intégrante des principes de la *Harm Reduction*. Les questions suivantes sont encore peu étayées par les publications à ce jour : quels sont les bénéfices de la réduction sur le long terme ? L'amélioration neurobiologique est-elle suffisamment solide ?

Une poursuite des recherches est donc attendue, permettant d'objectiver sur le moyen-long terme les bénéfices en termes de qualité de vie et de morbi-mortalité pour les usagers, et les conséquences groupales ou sociales (choix organisationnels et leur balance bénéfices/inconvénients, par exemple en établissement proposant un hébergement collectif) de ces méthodes.

RÉFÉRENCES

- Acier D, Kindelberger C, Chevalier C, *et al.* "I always stop before I get sick": a qualitative study on French adolescents alcohol use. *J Subst Use* 2015 ; 20 : 262-7.
- Albalade D. Lowering blood alcohol content levels to save lives: the European experience. *J Pol Anal Manage* 2008 ; 27 : 20-39.
- Allamani A. Alcohol policies and programmes which reduced alcohol-related harm. *Curr Opin Psychiatry* 2018 ; 31 : 342-7.
- Allamani A, Olimpi N, Pepe P, *et al.* Trends in consumption of alcoholic beverages and policy interventions in Europe: an uncertainty associated perspective. *Subst Use Misuse* 2014 ; 49 : 1531-45.
- Anderson P, Jané-Llopis E, Hasan OSM, *et al.* Changing collective social norms in favour of reduced harmful use of alcohol: a review of reviews. *Alcohol Alcohol* 2018 ; 53 : 326-32.
- ANPAA, Commission des pratiques professionnelles. *RDR Alcool. Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool*. ANPAA, 2012 : 68 p.

Aubin HJ. La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'alcool ? Is harm and risk reduction efficient and what are its limits for alcohol? *Alcoologie Addictologie* 2017 ; 39 : 57-67.

Babor TF, Robaina K, Noel JK, *et al.* Vulnerability to alcohol-related problems: a policy brief with implications for the regulation of alcohol marketing. *Addiction* 2017 ; 112 : 94-101.

Beutler LE, Forrester B, Gallagher-Thompson D, *et al.* Common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome. *J Psychother Integr* 2012 ; 22 : 255-81.

Brooks HL, Kassam S, Salvalaggio G, *et al.* Implementing managed alcohol programs in hospital settings: a review of academic and grey literature. *Drug Alcohol Rev* 2018 ; 37 (suppl 1) : S145-55.

Brousse G, Bendimerad P, Chazeron I, *et al.* Alcoholism risk reduction in France: a modernised approach related to alcohol misuse disorders. *Int J Environ Res Public Health* 2014 ; 11 : 11664-75.

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France. *BEH* 2013 ; n° 16-18.

Callaghan RC, Gatley JM, Sanches M, *et al.* Impacts of the minimum legal drinking age on motor vehicle collisions in Québec, 2000-2012. *Am J Prev Med* 2014 ; 47 : 788-95.

Charlet K, Heinz A. Harm reduction-a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. *Addict Biol* 2016 ; 22 : 1119-59.

Collins SE, Malone DK, Clifasefi SL, *et al.* Project-based housing first for chronically homeless individuals with alcohol problems: within-subjects analyses of 2-year alcohol trajectories. *Am J Public Health* 2012 ; 102 : 511-9.

Com-Ruelle L, Le Guen N. Les jeunes et l'alcool : évolution des comportements facteurs de risque et éléments protecteurs. *Questions d'Économie de la Santé* 2013 ; n° 192 : 1-8.

Connor JP, Haber PS, Hall WD. Alcohol use disorders. *Lancet* 2016 ; 387 : 988-98.

Coppel A. Quelles définitions des conduites addictives, des risques et de la RdRD ? Quels en sont les principes fondateurs et les objectifs aujourd'hui ? Pour la construction d'un consensus sur la définition de la RdRD. Principes fondateurs, pratiques professionnelles et objectifs. In : *Audition publique à l'initiative de la FFA. Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives*, 7-8 avril 2016, Paris. *Alcoologie Addictologie* 2016 ; 38 : 207-27.

Cowlishaw S, Merkouris S, Dowling N, *et al.* Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; 11 : CD008937.

Crawford-Williams F, Fielder A, Mikocka-Walus A, *et al.* A critical review of public health interventions aimed at reducing alcohol consumption and/or increasing knowledge among pregnant women. *Drug Alcohol Rev* 2015 ; 34 : 154-61.

Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, *et al.* Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS One* 2015 ; 10 : e0126870.

Denning P. Therapeutic interventions for people with substance abuse, HIV, and personality disorders: harm reduction as a unifying approach. *Psychother Practice* 4 1998.

Dervaux A. Dépister et traiter précocément l'alcoolodépendance. *Presse Medicale* 2018 ; 47 : 532-4.

Des salles de consommations pour buveurs. SWAPS 2011.

Einstein S. Harm and risk reduction: history, theories, issues, and implications. *Subst Use Misuse* 2007 ; 42 : 257-65.

Caniard E, Augé-Caumon MJ. *Les addictions au tabac et à l'alcool*. CESE, 2019.

Eurosurveillance editorial team. EMCDDA publishes 2012 report on the state of the drugs problem in Europe. *Euro Surveill* 2012 ; 17.

Evans J, Semogas D, Smalley JG, *et al.* "This place has given me a reason to care": understanding "managed alcohol programs" as enabling places in Canada. *Health Place* 2015 ; 33 : 118-24.

Favrod-Coune T, Aebischer G, Grondin-Giletti F, *et al.* "Alcochoix+": controlled drinking within a structured programme – a cohort study in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2019.

Field M, Di Lemma L, Christiansen P, *et al.* Automatic avoidance tendencies for alcohol cues predict drinking after detoxification treatment in alcohol dependence. *Psychol Addict Behav* 2017 ; 31 : 171-9.

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

Fleming MF, Mundt MP, French MT, *et al.* Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2002 ; 26 : 36-43.

Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, *et al.* Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 ; 7 : CD007025.

Ghandour L, Chalak A, El-Aily A, *et al.* Alcohol consumption in the Arab region: What do we know, why does it matter, and what are the policy implications for youth harm reduction? *Int J Drug Policy* 2016 ; 28 : 10-33.

Grant S, Pedersen ER, Osilla KC, *et al.* Reviewing and interpreting the effects of brief alcohol interventions: comment on a Cochrane review about motivational interviewing for young adults. *Addiction* 2016 ; 111 : 1521-7.

Gray MT. Agency and addiction in a harm reduction paradigm: French nurses' perspectives. *Arch Psychiatr Nurs* 2014 ; 28 : 35-42.

Grazioli VS, Collins SE, Paroz S, *et al.* Six-month outcomes among socially marginalized alcohol and drug users attending a drop-in center allowing alcohol consumption. *Int J Drug Policy* 2017 ; 41 : 65-73.

Guillemot S. Place et apports de l'éducation thérapeutique du patient en addictologie/tabacologie. *Rev Mal Respir Actualités* 2014 ; 6 : 248-52.

Hartz SM, Oehlert M, Horton AC, *et al.* Daily drinking is associated with increased mortality. *Alcohol Clin Exp Res* 2018 ; 42 : 2246-55.

Harvey SA, McKay MT, Sumnall HR. Adolescents reflections on school-based alcohol education in the United Kingdom: education as usual compared with a structured harm reduction intervention. *J Subst Use* 2016 ; 21 : 640-5.

HAS. *Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant*. Paris : HAS, 1999.

HAS. *Éducation thérapeutique du patient (ETP) : évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques*. Saint-Denis : HAS, 2018.

Hasin DS, Wall M, Witkiewitz K, *et al.* Change in non-abstinent WHO drinking risk levels and alcohol dependence: a 3 year follow-up study in the US general population. *Lancet Psychiatr* 2017 ; 4 : 469-76.

Hodgins D. Can patients with alcohol use disorders return to social drinking? yes, so what should we do about it? *Can J Psychiatry* 2005 ; 50 : 264-5.

Inserm. *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. Collection *Expertise collective*. Paris : Éditions Inserm, 2010.

Inserm. *Alcool. Effets sur la santé*. Collection *Expertise collective*. Paris : Éditions Inserm, 2001.

Islam MM, Hoffmann MW, Rahman MB. Knowledge of low-risk drinking and its relationship with a reduction in alcohol consumption: results from six waves of an Australian national survey. *Addict Behav* 2019 ; 95 : 172-7.

Jauffret-Roustide M. Réduction des risques : succès et limites du modèle à la française (2011). *Alcoologie Addictologie* 2011 ; 33 : 101-10.

Jellinek EM. Alcoholism, a genus and some of its species. *Can Med Assoc J* 1960 ; 83 : 1341-5.

Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, *et al.* Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2018 ; 2 : CD004148.

Kellogg SH. On "Gradualism" and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *J Subst Abuse Treat* 2003 ; 25 : 241-7.

Ker K, Chinnock P. Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 ; (2) : CD005244.

Kohn R, Saxena S, Levav I, *et al.* The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004 ; 82 : 858-66.

Koroloff NM, Anderson SC. Alcohol-free living centers: hope for homeless alcoholics. *Soc Work* 1989 ; 34 : 497-504.

Kypri K, Jones C, McElduff P, *et al.* Effects of restricting pub closing times on night-time assaults in an Australian city. *Addiction* 2011 ; 106 : 303-10.

- Laitman L, Kachur-Karavites B, Stewart LP. Building, engaging, and sustaining a continuum of care from harm reduction to recovery support: the Rutgers alcohol and other drug assistance program. *J Soc Work Pract Addict* 2014 ; 14 : 64-83.
- Lalande A. En quoi la réduction des risques est-elle un nouveau paradigme ? *Prospective Jeunesse* 2017.
- Lefebvre R, Legrand M. Boire après l'alcoolisme. *Psychotropes* 2003 ; 9 : 7.
- Lert F. For a better understanding in the transitions in psychoactive drug use. *Rev Epidemiol Sante Publ* 1998 ; 46 : 153-6.
- Lewis DK, Marchell TC. Safety first: a medical amnesty approach to alcohol poisoning at a US university. *Int J Drug Policy* 2006 ; 17 : 329-38.
- Linden-Carmichael AN, Calhoun BH, Patrick ME, et al. Are protective behavioral strategies associated with fewer negative consequences on high-intensity drinking days? Results from a measurement-burst design. *Psychol Addict Behav* 2018 ; 32 : 904-13.
- Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. *Alcohol Alcohol* 2011 ; 46 : 586-91.
- Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs* 2009 ; 70 : 516-27.
- Mann K, Batra A, Fauth-Buhler M, et al. German guidelines on screening, diagnosis and treatment of alcohol use disorders. *Eur Addict Res* 2017 ; 23 : 45-60.
- Maremmani I, Cibin M, Pani PP, et al. Harm reduction as "continuum care" in alcohol abuse disorder. *Int J Environ Res Public Health* 2015 ; 12 : 14828-41.
- Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav* 1996 ; 21 : 779-88.
- Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav* 2002 ; 27 : 867-86.
- McKay M, Sumnall H, McBride N, et al. The differential impact of a classroom-based, alcohol harm reduction intervention, on adolescents with different alcohol use experiences: a multi-level growth modelling analysis. *J Adolesc* 2014 ; 37 : 1057-67.
- Meier PS, Holmes J, Angus C, et al. Estimated effects of different alcohol taxation and price policies on health inequalities: a mathematical modelling study. *PLoS Med* 2016 ; 13 : e1001963.
- Meyer SB, Foley K, Olver I, et al. Alcohol and breast cancer risk: middle-aged women's logic and recommendations for reducing consumption in Australia. *PLoS One* 2019 ; 14 : e0211293.
- Mino A. Current drug policies: the Geneva example. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1994 ; 83 : 950-6.

Monahan BV, Nable JV, WinklerPrins V. Implementation of an alcohol medical amnesty policy at an urban university with a collegiate-based emergency medical services agency. *J Adolesc Health* 2019 ; 64 : 134-6.

Moore SK, Mattaini MA. US social work students' attitudes shift favorably towards a harm reduction approach to alcohol and other drugs practice: the effectiveness of consequence analysis. *Social Work Education* 2014 ; 33 : 788-804.

Morel A, Chappard P, Couteron JP. *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie : en 22 notions : contexte, enjeux, nouvelles pratiques*. Paris : Dunod, 2012.

Moskalewicz J, Room R, Thom B. *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action*. Synthesis report, 2016.

Muckle W, Muckle J, Welch V, *et al*. Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; 12 : CD006747.

Muckle J, Muckle W, Turnbull J. Operating principles from Ottawa's managed alcohol program. *Drug Alcohol Rev* 2018 ; 37 (suppl 1) : S140-S142.

Neale J, Allen D, Coombes L. Qualitative research methods within the addictions. *Addiction* 2005 ; 100 : 1584-93.

Nicholson D, McCormack F, Seaman P, *et al*. Alcohol and healthy ageing: a challenge for alcohol policy. *Public Health* 2017 ; 148 : 13-8.

Ntouva A, Sanatinia R, Watt RG. Evaluation of an alcohol screening and brief advice training programme for NHS general dental practitioners. *Eur J Dental Educ* 2018 ; 22 : 34-9.

Nyhuis PW, Niederhofer E, Scherbaum N, *et al*. Effectiveness of psychoanalytic-interactive group therapy vs. behavioral group therapy in routine outpatient treatment of alcohol-dependent patients. *Subst Use Misuse* 2018 ; 53 : 426-31.

Ogien A, Mignon P. *La demande sociale de drogues*. Drogues et toxicomanies. Paris : OFDT, 1994.

OMS. *Éducation thérapeutique du patient*. Copenhague : OMS, 1998.

Pates, R, McBride, A, Arnold, K (eds). *Injecting illicit drugs*. Oxford, UK : Wiley 2005.

Pauly BB, Gray E, Perkin K, *et al*. Finding safety: a pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm Reduction J* 2016 ; 13 : 15.

Pennay A, Callinan S, Livingston M, *et al*. Patterns in reduction or cessation of drinking in australia (2001-2013) and motivation for change. *Alcohol Alcohol* 2019 ; 54 : 79-86.

Platt L, Melendez-Torres GJ, O'Donnell A, *et al*. How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and metaregression analysis. *BMJ Open* 2016 ; 6 : e011473.

- Prochaska JO, DiClemente CC. *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, Ill, 1984.
- Rahhali N, Millier A, Briquet B, *et al.* Modelling the consequences of a reduction in alcohol consumption among patients with alcohol dependence based on real-life observational data. *BMC Public Health* 2015 ; 15 : 1271.
- Rehm J, Patra J. Different guidelines for different countries? On the scientific basis of low-risk drinking guidelines and their implications. *Drug Alcohol Rev* 2012 ; 31 : 156-61.
- Reilly MT, Noronha A, Goldman D, *et al.* Genetic studies of alcohol dependence in the context of the addiction cycle. *Neuropharmacology* 2017 ; 122 : 3-21.
- Réseau NACRe. *Alcool et risque de cancers. État des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique*. NACRe/INCa, 2007 : 58 p.
- Reynaud M. Transformer le regard social sur l'addiction. *Soins* 2017 ; 62 : 53.
- Rivoirard A. Soins et dépendance : dans les centres postcure en alcoologie. *Le Sociographe* 2012 ; n° 39 : 37.
- Roerecke M, Gual A, Rehm J. Reduction of alcohol consumption and subsequent mortality in alcohol use disorders: systematic review and meta-analyses. *J Clin Psychiatry* 2013 ; 74 : e1181-9.
- Roerecke M, Kaczorowski J, Tobe SW, *et al.* The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017 ; 2 : E108-20.
- Rosenberg G, Bauld L, Hooper L, *et al.* New national alcohol guidelines in the UK: public awareness, understanding and behavioural intentions. *J Public Health* 2018 ; 40 : 549-56.
- Rothschild D. The third wave of substance use treatment. *The Fix*, 2015.
- SFA, ANPAA, EUFAS. *Good practice recommendation. Alcohol misuse: screening, diagnosis and treatment*, 2015.
- Sheridan J, Adams P, Bullen C, *et al.* An evaluation of a harm reduction Summer School for undergraduate health professional students. *Drugs Educ Prev Pol* 2018 ; 25 : 118-29.
- Simpson RF, Hermon C, Liu B, *et al.* Alcohol drinking patterns and liver cirrhosis risk: analysis of the prospective UK million women study. *Lancet Public Health* 2019 ; 4 : e41-8.
- Skardhamar T, Fekjaer SB, Pedersen W. If it works there, will it work here? The effect of a multi-component responsible beverage service (RBS) programme on violence in Oslo. *Drug Alcohol Depend* 2016 ; 169 : 128-33.
- Sobell MB, Sobell LC. Alcoholics treated by individualized behavior therapy: one year treatment outcome. *Behav Res Ther* 1973 ; 11 : 599-618.
- Staton CA, Vissoci JRN, Wojcik R, *et al.* Perceived barriers by health care providers for screening and management of excessive alcohol use in an emergency department of a low-income country. *Alcohol* 2018 ; 71 : 65-73.

- Tatarsky A. Harm reduction psychotherapy: extending the reach of traditional substance use treatment. *J Subst Abuse Treat* 2003 ; 25 : 249-56.
- Tuithof M, Have M, van den Brink W, *et al.* Treatment seeking for alcohol use disorders: treatment gap or adequate self-selection? *Eur Addict Res* 2016 ; 22 : 277-85.
- Uzan O. *Engagement des entreprises pour la prévention des conduites addictives (alcool, tabac et stupéfiants)*. Plateforme RSE, France Stratégie, janvier 2019.
- Vakharia SP, Little J. Starting where the client is: harm reduction guidelines for clinical social work practice. *Clin Soc Work J* 2017 ; 45 : 65-76.
- Van Amsterdam J, van den Brink W. Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *J Psychopharmacol* 2013 ; 27 : 987-97.
- Ward BM, O'Sullivan B, Buykx P. Evaluation of a local government “shelter and van” intervention to improve safety and reduce alcohol-related harm. *BMC Public Health* 2018 ; 18 : 1370.
- WHO. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*. Geneva : WHO, 2012.
- WHO. *Alcohol brief intervention training manual for primary care (2017)*. Geneva : WHO, 2017.
- Williams H, Norman M. Safer injecting: individual harm reduction advice. In : Pates R, McBride A, Arnold K (eds). *Injecting illicit drugs*. Oxford, UK : Blackwell, 2005 : 135-48.
- Wilson HJ, Palk G, Sheehan MC, *et al.* Steering clear of driving after drinking: a tailored e-health intervention for reducing repeat offending and modifying alcohol use in a high-risk cohort. *Int J Behav Med* 2017 ; 24 : 694-702.