

LES DOSSIERS DE *La Croix Bleue*

2016

RÉDUCTION DES RISQUES

N°1

Sans alcool avec
La Croix Bleue



Réduire les risques liés à l'usage de différents produits pour l'individu et pour la société (drogues illicites, mais aussi alcool, tabac, ...) vise à réduire les risques sanitaires, mais participe aussi à une approche plus globale.

Revenons aux origines du concept de réduction des risques, la fameuse RdR dont on parle beaucoup aujourd'hui. Quelques repères :

En 1980 : le SIDA apparaît. Les héroïnomanes le transmettent facilement par l'échange de leurs seringues entraînant beaucoup de décès. Pour éradiquer l'hécatombe, des collectifs organisent l'accès à l'information, aux soins et à la substitution.

En 1994 : Simone Weil officialise les programmes d'échange de seringues. Des traitements de substitution aux opiacés (Méthadone), puis en 1996 (Subutex) se développent.

Les trithérapies contre le VIH vont changer la vie des personnes atteintes par ce virus.

En 2004 : par décret, la réduction des risques devient une politique nationale de santé publique.

2005 : les CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction Des Risques pour les Usagers de Drogue) vont devenir des établissements socio-sanitaires financés par la sécurité sociale.

La RdR donne les moyens aux usagers et à leur entourage de se protéger contre les risques et les dommages liés à la consommation de drogue, sans porter de jugement sur leur consommation et sans imposer l'abstinence difficile à atteindre.

L'objectif est aussi d'essayer de redonner aux usagers une place de citoyen et ne plus les considérer comme des délinquants.

La RdR intègre également la prévention et le repérage précoce. Il s'agit d'éviter au maximum les accidents domestiques, de la route, du travail, de prévenir les violences, les rapports sexuels non protégés, les pathologies organiques et donc réduire à long terme la mortalité, etc.

L'évocation de tous ces points permet de comprendre la nécessité de mettre en place une politique de réduction des risques par rapport à la consommation de drogues illicites (héroïne, cocaïne, ...).

Dans le domaine de la consommation d'alcool, la question peut se présenter un peu différemment.

Le Baclofène peut-il être utilisé à l'instar de la Méthadone comme produit de substitution, ou comme support dans la prise en charge globale de la maladie ?

Les conséquences de la dépendance ne sont malheureusement pas restreintes à des risques somatiques, mais atteignent souvent la sphère familiale, professionnelle... La prise en charge d'un patient alcoolo-dépendant doit être pluridisciplinaire : médicale, psychologique et sociale et s'inscrire dans le temps.

Ce dossier n'a pas la prétention d'être exhaustif. Il essaie d'apporter un éclairage sur la réduction des risques à partir de points de vue différents.

En effet, selon qu'on est dépendant ou non, les points de vue peuvent diverger, et nous amènent à repenser le concept d'abstinence. Y a-t-il une alternative, pour qui ? Pourquoi ?

Nous nous apercevons que le débat sur la réduction des risques nous entraîne très loin, ... jusqu'au concept de « bien-être » et de guérison.

Guilaine MIRANDA

Présidente de la CROIX BLEUE française

Sommaire

- ▶ **Page 3** Glossaire
- ▶ **4 • 6** Recommandations de l'INSERM
- ▶ **7 • 8** Centres d'accueil des CAARUD
- ▶ **9** FFA : les salles de shoot
- ▶ **10 • 11** Réduire les risques et les dommages. Vraiment ? Pierre VEISSIERE
 Consommation à moindre risque
- ▶ **12** Prescripteur de Baclofène, Docteur DUSEIN de POISSY
- ▶ **13 • 14** Le Baclofène parfois efficace mais pas miraculeux, Pauline FREOUR (Le Figaro)
 Baclofeno-dépendant, Serge SOULIE
- ▶ **15 • 16** L'abstinence : un voyage passionnant, Dominique BARNOUIN psychologue

- ▶ **17 • 18** Groupe de travail des associations à la SFA : Intégration de la réduction des risques dans les groupes d'entraide
- ▶ **19** Quels risques ? Jean Claude TOMCZAK, président CAMERUP
- ▶ **20 • 22** Point de vue commun des associations du groupe de travail INSERM/associations : Abstinence et réduction des risques en alcoologie, Daniel BOUETEL
- ▶ **23** Réflexion de la section de St Nazaire : Décider de son abstinence Point-bar !!!
- ▶ **24** Un nouveau mode de vie, Pierre SALINGUE
- ▶ **25 • 27** Témoignages : Armand, Jean-Philippe Anris, Françoise Evrard
- ▶ **28** La petite chenille

Glossaire

► Addiction

D'un terme juridique anglais lui-même issu du vieux français, signifiant « contraint par corps »

► ANSM

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

► AMM

Autorisation de Mise sur le Marché d'un Médicament

► ANPAA

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie

► ARS

Agence Régionale de Santé

► ARH

Agence Régionale d'Hospitalisation

► Binge drinking

ou biture express est un mode de consommation excessif de boissons alcoolisées sur une courte période de temps, par épisodes ponctuels ou répétés. Ce type de comportement où l'état d'ivresse est recherché rapidement, est considéré comme une addiction

► CAMERUP

Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique

► CCAA

Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

► CAARUD

Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues

► CSAPA

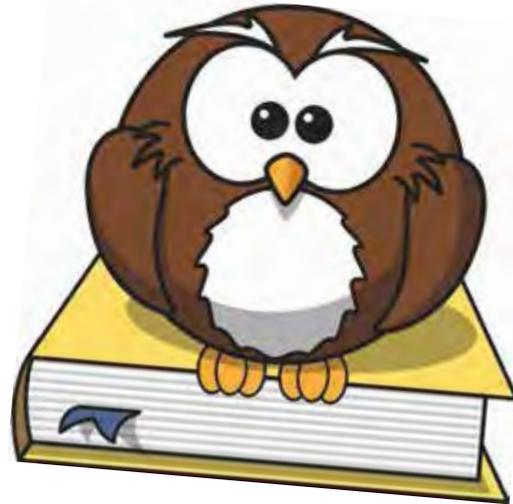
Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
Sa mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique)

► CSST

Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes

► DGS

Direction Générale de la Santé



► FFA

Fédération Française d'Addictologie réunit la plupart des associations professionnelles intervenant dans les champs des addictions (alcoologie, tabacologie, interventions en toxicomanie)

► INSERM

Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

► Naxolone

Produit ayant les capacités d'antidote contre les opiacés, il est utilisé en cas de surdosage chez les toxicomanes

► RdR

Réduction des risques

► RdRD

Réduction des risques et des dommages

► SFA

Société Française d'Alcoologie réunissant des spécialistes en alcoologie

► TSO

Traitement de Substitution aux Opiacés

► VIH

Virus de l'Immunodéficience Humaine, est un type de virus qui peut causer une maladie appelée SIDA (syndrome d'Immunodéficience acquise)

► VHC

Virus Hepatite C

La réduction des risques et des dommages chez les usagers

Le vocable de la réduction des méfaits est plutôt utilisé au Canada, celui de la réduction des risques est utilisé en France et en Suisse. L'utilisation du vocable «risques» renvoie à la notion immédiate de danger alors que celle de «méfaits» renvoie plus globalement aux notions de dommages, préjudices, problèmes. La question des «méfaits» ou «dommages» englobe à la fois les risques pour soi et les conséquences de l'usage de drogues pour l'environnement social dans lequel vivent les usagers de drogues et leurs relations avec le reste de la population.



fin d'être réellement efficace, la politique de réduction des risques doit prendre en compte les changements des pratiques (produits et modalités de consommation), des profils des consommateurs ainsi que des contextes de consommation.

La réduction des inégalités sociales et sanitaires au sein de la population des usagers de drogues peut également être posée de manière centrale dans la réduction des risques.

Pour certains, la finalité reste à terme l'objectif d'abstinence, mais obtenu de manière graduelle, pour d'autres, cet objectif n'est pas une priorité, sauf si l'usager le désire expressément. Une politique gradualiste permet d'inscrire la réduction des risques dans un continuum (et non une opposition) avec la prise en charge de la dépendance.

La politique de réduction des risques englobe des stratégies appartenant à la prévention des usages de substances psychoactives, à la réduction des risques liés à l'usage de telles substances, à la prise en charge de la dépendance sous toutes ses formes (sevrage, psychothérapie, traitements de substitution aux opiacés, autres traitements, ...). Elle a également comme objectifs de favoriser l'accès à des populations éloignées des structures de soins par la mise en place de dispositifs allant à la rencontre des individus, et n'attendant pas que les usagers de drogues soient prêts à faire la démarche.

En France, la politique de réduction des risques est encadrée par divers décrets (Art. D. 3121-27 du Code de Santé Publique), arrêtés et circulaires adoptés progressivement depuis les années 1987 ainsi que par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui définit un cadre de référence pour les activités de réduction des risques (Art. D. 3121-33 du Code de Santé Publique). Les dispositifs de RdR (vente libre de seringues, stéribox, traitements substitutifs,

Qu'est-ce que l'expertise collective de l'INSERM?

L'expertise collective est une mission de l'INSERM depuis 1994. Une soixantaine d'expertises collectives ont été réalisées dans de nombreux domaines de la santé.

L'Expertise collective INSERM apporte un éclairage scientifique sur un sujet donné dans le domaine de la santé à partir de l'analyse critique et de la synthèse de la littérature scientifique internationale. Elle est réalisée à la demande d'institutions souhaitant disposer des données récentes issues de la recherche, utiles à leurs processus décisionnels en matière de politique publique. L'expertise doit être considérée comme une étape initiale nécessaire pour aboutir, à terme, aux prises de décision.

Pour répondre à la question posée, l'INSERM réunit un groupe pluridisciplinaire d'experts reconnus composé de scientifiques et de médecins. Ces experts rassemblent, analysent les publications scientifiques et en font une synthèse. Des «lignes forces» sont dégagées et des recommandations parfois élaborées.

Les conclusions apportées par les travaux d'expertise collective contribuent au débat des professionnels concernés et au débat de société.

centres d'accueil, de soins, d'accompagnement à la réduction des risques, ...) ont fait l'objet entre 1987 et 2006 de différents textes législatifs encadrant leur diffusion.

Le groupe d'experts recommande de promouvoir cohérence et articulation des différentes politiques publiques sanitaires, sociales et pénales. L'approche collective de la réduction des risques doit pouvoir faire face à la diversité des besoins de chaque usager de drogues par une réponse individualisée de la part de chaque soignant. Une politique gradualiste permet d'inscrire la réduction des risques dans une logique de continuum et non d'opposition avec les stratégies de prise en charge de la dépendance.

Il convient de s'appuyer sur le savoir-faire des équipes de médiation qui vont à la rencontre des populations fragiles et les rendent plus visibles. Elles aident ainsi à l'adaptation du dispositif aux besoins identifiés, transmettent des messages de prévention et renforcent les liens avec les professionnels du champ sanitaire et social: éducateurs spécialisés, assistant(e)s sociaux, médecins ou infirmier(e)s.

Le groupe d'experts préconise la création d'une coordination des différentes équipes (secteur académique et acteurs de terrain) travaillant dans le champ des addictions et de la réduction des risques. Ceci permettrait d'évaluer les besoins de recherche dans ce domaine des addictions et de la réduction des risques liés à toutes les formes de dépendances (alcool, tabac, drogues licites et illicites, jeu, ...), d'ouvrir des appels d'offres cohérents en épidémiologie, sciences humaines et sociales, en clinique et recherche fondamentale. Le groupe d'experts recommande que le budget alloué aux actions et structures dans le champ

des addictions comprenne une part réservée à l'évaluation et à la recherche prenant en compte le point de vue des associations opérant dans ce champ et celui des associations représentatives des usagers.

Prévenir le passage à la première injection et promouvoir des modes d'administration à moindre risque

Les contaminations par le VIH/VHC surviennent tôt dans les trajectoires des usagers, probablement au cours des deux premières années d'injections. En France, on observe un rajeunissement de l'âge à la première injection qui s'accompagne d'une diversification des caractéristiques sociodémographiques, des profils de consommation et des modes d'entrée dans l'injection parmi les jeunes usagers. L'initiation constitue une période particulièrement sensible et critique dans la mesure où la façon dont une personne est initiée influence sa pratique et ses prises de risques ultérieures.

En compléments des approches classiques d'information, d'éducation et de communication, le groupe d'experts recommande de développer des interventions brèves avec pour objectifs la prévention du passage à l'injection, la réduction des risques liés à l'injection ou la transition vers d'autres modes d'administration jugés à moindres risques. Pour être efficaces, ces stratégies d'intervention doivent être adaptées et appropriées aux circonstances et aux pratiques individuelles et prendre en compte l'environnement social des usagers.



Dispositif de réduction des risques adapté aux femmes

D'après les données « Eurosurveillance », dans certains pays européens et aux États-Unis, les femmes représenteraient environ 40 % des usagers de drogues et 20 % en Europe de l'Est. En France, les données des centres de soins spécialisés (CSAPA) hors usagers de cannabis font état de 22 % de femmes en 2007 et une femme pour quatre hommes dans les CAARUD. Les enquêtes nationales périnatales n'interrogent pas les femmes venant d'accoucher sur leur consommation. Les hommes et les femmes apparaissent différents dans leurs trajectoires de consommation et dans la prévalence des comorbidités psychiatriques. Par ailleurs, il ne semble pas qu'il y ait égalité d'accès aux soins ni que les besoins spécifiques des femmes soient pris en compte dans la plupart des pays européens.

D'après des estimations européennes, parmi les femmes usagères à problèmes, 6,5 à 11 % seraient enceintes chaque année. En France, les données de l'Audipog concernant la toxicomanie pendant la grossesse, intraveineuse ou autre et donnent une estimation de 2 400 à 5 000 naissances concernées. Le nombre de femmes enceintes usagères de traitements de substitution aux opiacés peut quant à lui être estimé à environ 3 500. S'y ajoutent d'autres consommations non évaluées et environ 1 600 femmes consommant plus de trois verres d'alcool par jour pendant la grossesse (Audipog).

Les taux de fausses couches ou de prématurité sont élevés. Des anomalies fœtales, des retards de croissance intra-utérine et des syndromes de

sevrage des nouveau-nés figurent parmi les conséquences les plus fréquentes, outre les effets de l'alcool sur le fœtus et particulièrement le syndrome d'alcoolisation fœtale. Un arrêt brutal de la consommation pendant la grossesse, en particulier des opiacés, peut provoquer un manque chez les fœtus et un syndrome de sevrage dont l'intensité peut provoquer la mort fœtale. Pour cette raison, les recommandations actuelles sont de ne jamais tenter un sevrage d'opiacés en cours de grossesse, mais de proposer un traitement de substitution.

Comme autre risque pour les enfants, il faut citer l'exposition passive aux produits (tabac, cocaïne, ...), mais également les accidents d'ingestion de substances licites ou illicites détenues par les parents. Par ailleurs, il ne faut pas sous-estimer les risques de négligence ou de maltraitance des enfants dans un contexte de toxicomanie et du mode de vie qui lui est associé.



Les recherches montrent que les femmes se présentent moins spontanément que les hommes dans les lieux de soins. La principale raison serait que l'usage illicite de stupéfiants peut constituer une base légale pour le retrait de la garde des enfants. Mais par ailleurs, conserver la garde de leurs enfants, ou les protéger serait une motivation majeure pour les mères à entrer dans un programme de soins et la présence d'enfants est un soutien essentiel pour l'inscription dans le soin des mères. Pour ces raisons, les femmes tendent à ne pas fréquenter les centres de soins spécialisés et à se tourner vers leur généraliste, voire à préférer se débrouiller seules, sans cure ni traitement. Le partenaire, lui-même usager de drogues, est généralement décrit comme un obstacle à un traitement, car le couple s'est construit sur le rapport au produit.

Il existe très peu de lieux d'accueil mère-enfant en France quand il y a une problématique d'addictions chez les femmes.

Les travaux sur les risques spécifiques rencontrés par les femmes usagères de drogue sont extrêmement nombreux, mais se heurtent à un faible intérêt dans le débat public. Même le simple fait de ne pas publier la majorité des enquêtes nationales en prenant en compte la variable du genre est révélateur de ce malaise. Les données dont on dispose le plus facilement sont celles concernant les adolescentes, dont les comportements de consommation de substances psychoactives sont décrits comme en augmentation et avec une nouvelle dangerosité (binge drinking, crack), ne serait-ce que par la proportion de jeunes filles concernées (Beck et coll., 2006). Comment dès lors supposer que dans moins d'une dizaine d'années, elles seront conscientes des risques pris lors des grossesses si aucune mesure de prévention spécifique n'est clairement soutenue dans l'opinion publique?

Centres d'accueil des CAARUD*

Faire accepter les lieux de réduction des risques : un enjeu quotidien

*Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

Accompagner les usagers de drogues en leur proposant une aide correspondant à leurs besoins immédiats et ainsi contribuer à la préservation de leur capital santé. Dans cet objectif, plus de 130 structures médico-sociales dénommées CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues) sont déployées sur le territoire. Ces CAARUD, qui comportent des lieux d'accueil fixes et des équipes mobiles, sont autant d'espaces qui permettent à des personnes, généralement en grande difficulté sociale et sanitaire, d'accéder à des matériels stériles de consommation, mais aussi de renouer avec un parcours médico-social qui puisse les mener jusqu'à la sortie de la dépendance aux drogues illicites.



Devant les difficultés rencontrées par les professionnels de la RdR pour faire reconnaître et accepter leur mission de Santé publique est sorti en mai 2014 un guide « Faire accepter les lieux de réduction des risques : un enjeu quotidien ». Il dresse un état des lieux des situations rencontrées par les CAARUD en matière d'acceptabilité de leurs lieux d'accueil par le voisinage (riverains, commerces, institutions, ...) et présente des pistes

de travail pour améliorer la cohabitation entre les différentes composantes des espaces publics concernés.

Les pratiques de médiation sociale et de maillage partenarial ont été identifiées comme des leviers d'amélioration majeurs.

Afin de soutenir ces pratiques, la DGS a proposé aux structures volontaires un appui ponctuel au développement des pratiques.

Conclusions de l'étude

Les différentes lectures et entretiens réalisés prouvent que, dans beaucoup de villes, les actions de Réduction des Risques sont encore dissimulées, que cela soit réfléchi ou en réaction aux difficultés d'implantation. Un impératif de discrétion leur est assigné, et ce pour plusieurs raisons.

LA PREMIÈRE EST POLITIQUE

Les élus politiques locaux, s'ils soutiennent dans la très grande majorité des cas les structures de RdR, ne souhaitent pas que ces questions deviennent des enjeux politiques locaux.

LA DEUXIÈME EST GESTIONNAIRE

Les responsables et salariés des structures ont tendance à préférer la discrétion pour des raisons d'efficacité et de protection du service qu'ils rendent aux usagers.

LA TROISIÈME ÉMANE DES USAGERS EUX-MÊMES

Ils ne souhaitent pas, en fréquentant ces lieux, être identifiés comme des usagers de drogues. C'est particulièrement le cas dans les petites villes où l'interconnaissance est forte.

Cette volonté de discrétion a des effets ambivalents.

Elle permet de comprendre pourquoi ces actions et structures ont tendance à adopter des camouflages divers et variés et n'inscrivent pas explicitement sur leurs murs ou leurs véhicules l'objet de leurs missions.

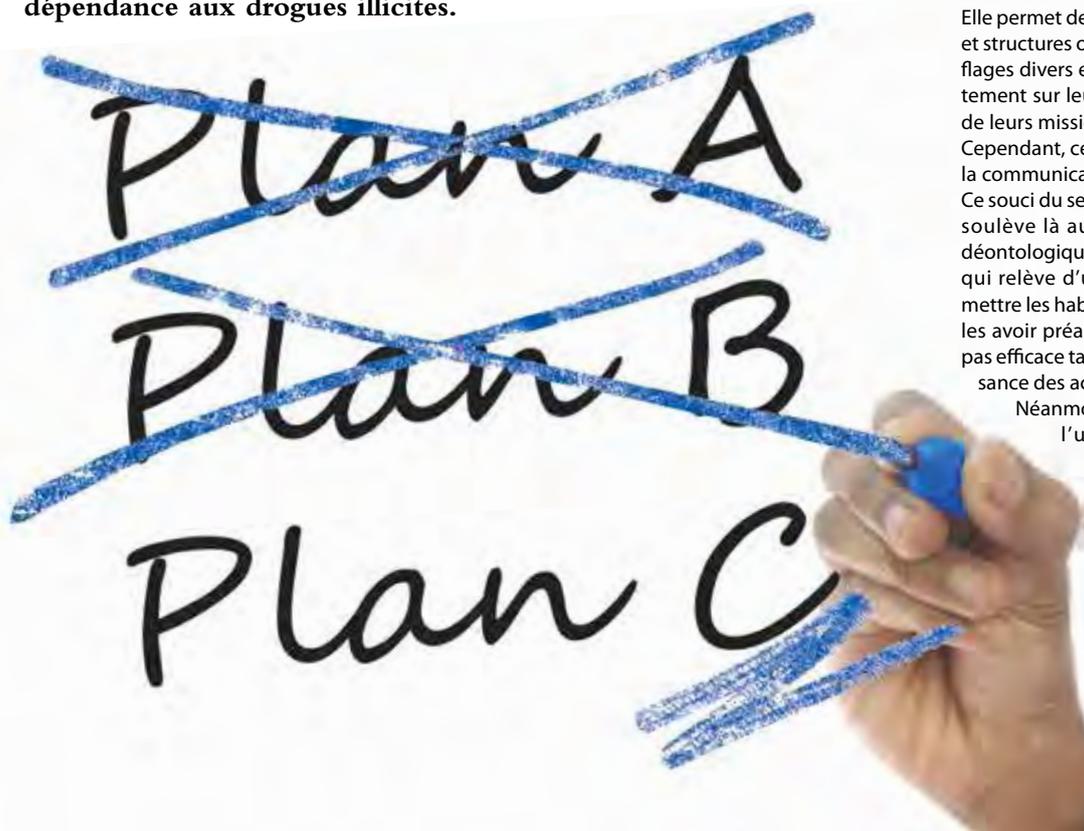
Cependant, cette posture empêche notamment la communication vers un large public.

Ce souci du secret qui entoure les actions de RdR soulève là aussi des questions politiques et déontologiques. Garder le secret sur une action qui relève d'un objectif de santé publique et mettre les habitants devant le fait accompli, sans les avoir préalablement prévenus, ne semblent pas efficace tant du point de vue de la reconnaissance des actions de RdR que de leurs publics.

Néanmoins, dans un contexte législatif où l'usage de drogues est toujours réprimé, les professionnels privilégient la discrétion, voire l'invisibilité.

L'objectif est de se montrer irréprochable (propreté maximale, réduction des nuisances sonores, limitation des attroupements sur l'espace public) afin de faire tolérer l'activité.

Cette posture leur semble la plus efficace pour maintenir leurs activités (accès





au matériel et aux soins pour les usagers, lutte contre les maladies infectieuses, lutte contre l'exclusion comme facteur d'inégalités sociales de santé). Si elle est efficace à court terme, cette posture ne permet pas une acceptation des pratiques de RdR. La tolérance des actions passe par le renforcement des actions de médiation sociale, des actions de formation, du soutien des collectivités territoriales, des services de l'État et des élus. Elle ne peut reposer uniquement sur les professionnels de la RdR qui, au côté des usagers de drogues, sont constamment remis en cause par les habitants dans les quartiers où ces actions restent souvent peu comprises.

Les actions de médiation sociale font partie des missions réglementaires des CAARUD, au même titre que l'accès au matériel et aux soins.

ELLES ASSURENT POUR LES USAGERS :

- l'accueil collectif et individuel
- l'information
- le conseil personnalisé
- le soutien dans l'accès aux soins
- le soutien dans l'accès aux droits (logement, travail, ...)
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers
- le développement d'actions de médiation sociale.

Or, faute de temps et de moyens, ce dernier objectif est parfois relégué au second plan, une fois que la structure est bien implantée, que les voisins sont connus et que les salariés estiment que ce travail a été fait.

Pourtant, l'attention au bien-vivre ensemble dans un quartier, la tolérance des usagers des structures, nécessitent un investissement constant. Le droit à occuper l'espace public est le même pour les usagers de drogues illicites que pour les propriétaires fonciers ou commerçants du même quartier. La participation régulière à la vie du quartier et la promotion des actions de RdR doivent rester l'un des objectifs principaux. Mais

un tel investissement demande du temps et des moyens spécifiques.

Faire de la médiation ne peut s'improviser et requiert que soient dédiés à la fois des temps de travail et des temps de formation des professionnels pour qu'ils puissent « savoir quoi dire et comment le dire » en fonction des publics rencontrés et des argumentaires développés.

Six principes ont été établis dans une Charte de référence (octobre 2001) de la médiation sociale. Ils précisent ainsi le cadre d'intervention des médiateurs sociaux :

- la neutralité et l'impartialité
- la négociation et le dialogue
- le libre consentement et la participation des habitants
- la mobilisation des institutions
- la protection des droits et des personnes
- le respect des droits fondamentaux.

Plus globalement, promouvoir les usagers comme des citoyens pouvant être considérés avec respect par les autres habitants du quartier nécessite des interactions répétées afin de lutter contre les peurs. Le développement d'activités culturelles ou festives permettant de se côtoyer constitue un atout pour instaurer la confiance entre ces différents publics.

Les actions de RdR restent mal connues, y compris des professionnels susceptibles d'être confrontés à des usagers de drogues (notamment les services de police, hospitaliers, ou encore municipaux).

D'autres professionnels sont susceptibles de produire et diffuser de l'information sur ces publics (enseignants, journalistes, correspondants de presse, salariés des services de communication des collectivités territoriales) ou amenés à ramasser des seringues usagées dans des espaces publics ou privés (services de la voirie, agents de nettoyage).

Face à la méconnaissance, des actions de formation ont été entreprises dans plusieurs villes par des associations spécialisées dans la RdR, souvent à la demande même des services partenaires. Mais celles-ci restent encore marginales.

Or, elles semblent être des leviers importants pour améliorer la compréhension des objectifs de la Réduction des risques, faire accepter les actions entreprises et leurs bénéficiaires.

Le discours axé sur l'objectif de santé publique et la démonstration de l'efficacité des mesures de lutte contre l'épidémie de sida (depuis la fin des années 1980) constituent des arguments de poids pour faire admettre la nécessité des actions de RdR.

Si le mouvement de la Réduction des risques a plus de 30 ans, les dimensions morales qu'il soulève face à l'interdiction des produits induisent une forte résistance largement répandue dans le grand public. Ouvrir des lieux d'accueil proposant aux usagers de drogues illicites d'avoir accès à du matériel pour consommer reste une démarche qui a rarement un caractère d'évidence. La présence même d'usagers dans son quartier continue de véhiculer les fantasmes de personnes potentiellement violentes, incontrôlables et prêtes à tous les méfaits pour avoir leur produit.

Les pistes de travail proposées permettraient de dépasser ces appréhensions et remettre, au cœur des dispositifs de Réductions des risques, la médiation sociale comme principal levier au bien-vivre ensemble.

Enquête qualitative sur les dispositifs de RdR
États des lieux des pratiques, mai 2014

■ Gwénola LE NAOUR

■ Chloé HAMANT

■ Nadine CHAMARD-COQUAZ

Un rapport d'avril 2016 de la Fédération Française d'Addictologie propose d'autoriser la consommation de drogue dans les centres d'accueil pour toxicomanes

Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) sont à l'origine des lieux de conseil, de prévention et de soins, où la consommation est officiellement interdite.

Mais « la supervision d'injections se fait déjà officieusement dans ces centres qui doivent pouvoir accompagner sur le plan médical ce type de gestes pour en limiter les risques. Concrètement, la supervision médicale d'une injection permet d'éviter les risques d'overdoses et les risques infectieux. On veille à ce que l'usager ne se pique pas n'importe comment, avec une seringue propre, et pas n'importe où en fonction de l'état de ses veines, qu'il évite par exemple de piquer dans un abcès et risquer la septicémie », précise Alain MOREL.

Par ailleurs, la fédération, qui rassemble les associations de lutte contre les addictions, recommande la mise à disposition des usagers et de leur entourage de la Naxolone, un antidote permettant de renverser les effets d'une overdose à un opioïde ou à l'héroïne.

En France, la Naxolone ne peut être administrée que par un médecin. « En cas d'overdose, les services d'urgence d'un hôpital peuvent faire une injection qui vous sauvera la vie, mais le temps que vous arriviez à l'hôpital... », pointe le Dr MOREL, alors que l'espérance de vie est réduite à une dizaine de minutes en cas de perte de conscience suite à une overdose.

Selon la FFA, la diminution des risques et des dommages liés aux conduites addictives passe en priorité par la dépenalisation de l'usage. « Harceler, punir ou mettre en prison des usagers de drogues n'a aucun intérêt : toutes les structures et sociétés savantes du champ des addictions sont d'accord sur ce point », souligne le Dr MOREL.

▀ www.addictologie.org

Réduire les risques et les dommages. Vraiment ?



Il est évident que les Pouvoirs publics doivent se préoccuper de la santé de la population. Mais il y a beaucoup d'écueils à éviter pour que la situation s'améliore au lieu de se compliquer, ou de s'aggraver.

L'idéologie (la religion du progrès, le scientisme, l'angélisme, la lourde chape de la techno-bureaucratie, l'égalitarisme, des conceptions aberrantes de la liberté, des intervenants tributaires de l'argent public, la réduction primant le soin, ...) fait souvent regarder la réalité avec une vision partielle, déformée, arbitraire.

Exemple : les salles d'injection à moindre risque, dites « salles de shoot », dont un test est prévu prochainement, toujours à Paris. Si l'on peut comprendre pour apaiser les drogués la visée sociale de la substitution, il paraît éthiquement difficile à soutenir qu'on puisse maintenir sciemment des toxicos ultra-dépendants dans leur assujettissement à la drogue, sous prétexte d'hygiène améliorée de la supervision. Il y a un fort parfum d'hypocrisie, une curieuse conception du soin et de la condition humaine.

À ceci s'ajoute une désinvolture marquée à l'égard des habitants de tout un quartier, des conséquences dommageables pour eux et leurs enfants, en important durablement dealers et policiers, dans une relation d'ailleurs schizophrénique.

De même les tenants de la dépénalisation du cannabis me semblent sous-estimer gravement la capacité de rebond des réseaux mafieux : privés d'une source de revenus ils en commercialiseront une nouvelle : coke, héroïne, drogue de synthèse, plus rémunératrice et plus nocive. Il suffit de voir ce qui se passe dans les États des U.S. où le cannabis est en vente libre. C'est la théorie inexorable des vases communicants (3). Il est possible que la « guerre contre la drogue » soit chère, et pas gagnée. Mais combien coûterait son absence, en vies humaines, en argent, en dégradations diverses ?

Là aussi, travers et vision partielle de l'idéologie : le volontarisme systématique, le refus des limites naturelles, sociales, humaines, le mépris affiché de l'argent, la conviction d'avoir raison.

En un sens, les alcooliques exclusifs auraient presque de la chance d'avoir un environnement licite de vigneron et d'alcooliers dont les sollicitations restent tout de même, dans l'ensemble, civilisées!

Il y a beaucoup de bévues dans la réduction des risques dans nombreux domaines (cancers de la thyroïde surdiagnostiqués inutilement opérés, examens médicaux superflus, vaccination du personnel soignant lacunaire, désinfection des mains aléatoire, ...), de longues absences d'intérêt ou de connaissances (obésité, gravité du porno pour les jeunes, maladie de Lyme, fil dentaire sans

Salle de consommation à moindre risque

Le conseil de Paris a voté fin mars, l'attribution d'une subvention permettant d'ouvrir à l'automne, dans les murs de l'hôpital Lariboisière à Paris, la première salle de consommation à moindre risque (SCMR), appelée communément «salle de shoot». Une structure qui devrait accueillir 200 personnes par jour.

86 salles de consommation sont déjà en place dans des pays comme la Suisse, l'Espagne, l'Allemagne ou les Pays-Bas.

La Suisse est le premier pays à avoir ouvert une «salle de consommation à moindre risque». C'était il y a trente ans. Le pays en compte aujourd'hui 12.

Dans les villes concernées, le résultat est jugé satisfaisant. Le nombre de morts par overdose a diminué et la transmission de virus comme le sida ou les hépatites ralentit. L'un des objectifs de ce type de structures est de réduire la mortalité des toxicomanes, d'endiguer les infections, diminuer les troubles à l'ordre public, mais aussi de créer un lien social qui permettra peut-être d'entamer une démarche de soin.

efficacité prouvée,...), des retards dans la préconisation (cigarette électronique, ...) sans parler des grandes difficultés de mise en œuvre (proscription de l'alcool chez la femme enceinte alcoolodépendante, ...).

Il serait prudent de se défier des modes et des propagandes, de s'appuyer sur une meilleure compréhension, scientifique, mais pas seulement, car la science n'est pas près de tout expliquer. Pourquoi arrêter de boire plutôt que continuer? Quel sens donner à ma vie? Ce n'est pas son domaine et elle reste muette. Attention à ne pas jurer que par la Science (4).

La peur du risque, la précaution apparente préconisée, favorisent un panurgisme frileux et tarissent la créativité: pénurie d'artistes, d'inventeurs, de découvreurs, d'aventuriers véritables, indispensables pourtant à l'avènement des progrès.

Si l'on peut empêcher ou réparer des dommages, tant mieux. Mais il ne faudrait surtout pas discréditer le risque sous prétexte qu'il est lié au danger. Cet été un exploit, extraordinaire, a été qualifié de « pari fou », accompli par un « casse-cou » selon les médias (et selon Red Bull sponsor habituel qui se défila sans gloire), alors qu'il s'agissait d'une maîtrise parfaite des risques, réalisée par un homme intelligent et audacieux, Luke Aikins, sautant d'un avion pour atterrir, 7 500 mètres plus bas, dans un filet, sans parachute, indemne.

L'eau potable a cent ans

Je parierais que vous ignorez tout, de Philippe Bunau-Varilla, pourtant risqueur magnifique et bienfaiteur de l'humanité. Il est l'inventeur de l'eau potable pour tous. Ingénieur français, officier, à 55 ans, il a demandé à être réincorporé dans l'armée active, pendant la guerre de 14. Affecté à Verdun, il a été chargé de résoudre le problème de l'approvisionnement en eau pour tenter d'éviter une autre cause d'hécatombe provoquée par l'eau polluée. Et il a trouvé (insoluble n'est pas français). En gardant l'ajout de chlore dans l'eau pour tuer tous les microbes, il

en a diminué la dose nécessaire jusqu'à ce que les soldats ne soient plus rebutés par le goût et l'odeur. En 1916, l'eau potable à la demande était née (5).

L'oubli d'une histoire si récente, « mais cent ans, c'est un siècle ! » conduit à ne même plus voir ce diamant. À peine plus tôt Pasteur disait « Nous buvons les neuf dixièmes de nos maladies ». Mais maintenant, ingrats, nous considérons l'eau potable au robinet comme une banalité, et toute une coterie médicale mésestime gravement son apport vital au premier soin de l'alcoolodépendance. L'eau potable est pourtant, toujours actuellement, l'œuf de Colomb pour les véritables alcoolodépendants.

Pistes vivement suggérées de RDRD

- Valoriser, auprès des publics, l'abstinence d'alcool comme pied à l'étrier indispensable aux alcoolodépendants et cesser de la considérer, de façon erronée, comme une punition mutilante, sinistre, interminable et effroyable. Redorer les blasons de ce terme et de cette conduite sottement maltraités.

- Ne surtout pas la considérer comme une obligation qui s'appliquerait à tout problème d'alcool, mais comme une hygiène de vie biologiquement indispensable à certains (comme le diabète implique pilules ou piqûres) pour qu'ils vivent convenablement.

- Dans le milieu médical, approfondir les critères permettant de distinguer au mieux « dépendants » et « excessifs » puis, mener des études avant-après sur la qualité de vie des patients pratiquants l'abstinence continue, avec une durée d'exercice qui excède, au minimum, l'année. On verrait bien alors si l'abstinence tranche, ou permet la résurrection.

- Cultiver la diversité là où elle est bénéfique, ainsi que la non-discrimination négative (qui ne s'applique pas qu'au racisme).

- Favoriser partout, dans toutes les circonstances festives (dont celles des jeunes), la présence systématique de boissons non alcooliques appétissantes, de bonne qualité, dans des verres agréables à voir. Ça marche très bien, sans aucune propagande, même dans les raves!

- Encourager la diffusion des études scientifiques probantes sur les dangers (ou bénéfiques) apportés par l'alcool.

S'il est avéré que sept sortes de cancer sont causées par une ingestion d'alcool, même modeste (6), le concept abusif de « modération » prendra automatiquement du plomb dans l'aile.

Si les études sur les bienfaits du vin, ou autre, sont bidonnées, le faire savoir sereinement.

Favoriser la connaissance réelle, et le discernement, ne fait pas tout, mais permet des changements de mentalités et de conduites plus adéquates, en prévention comme en soin.

- Dissuader tout le monde, le plus tôt possible, du tabac, terrible bombe à retardement (7).

■ **Pierre VEISSIÈRE**

Psychologue et écrivain.

Kit de secours pour alcoolique,

Grrr art éditions 2013, piervnet@free.fr

Sources :

3/ Le Point N° 2295, page 70

4/Olivier Rey Itinéraire

de l'égarement, Seuil 2003

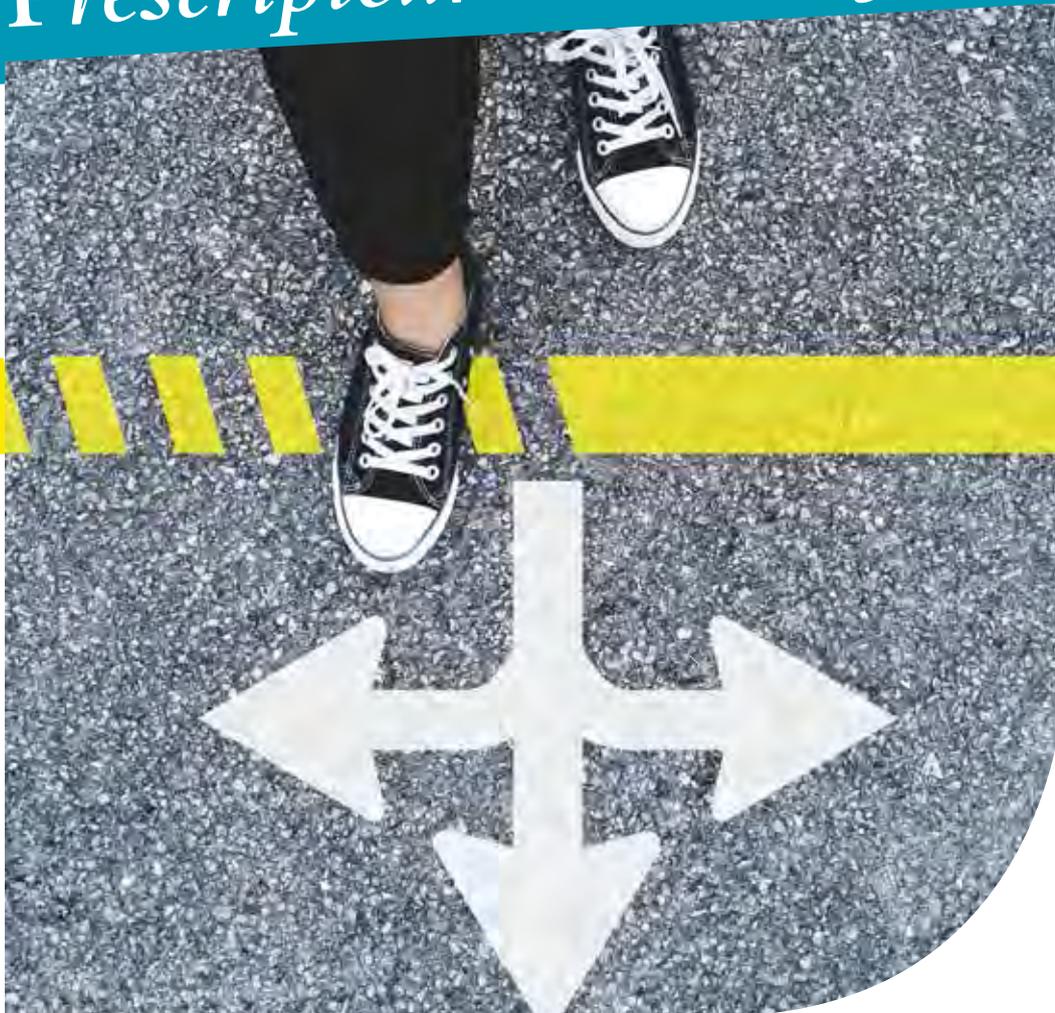
5/ <http://www.cieau.com/l-eau-potable/l-eau-potable-pour-tous-une-conquete-recente>

6/ http://francais.medscape.com/voirarticle/3602573?nid=109211_2621&src=WNL_topmth_160909_MSCPEDIT_FR

7/Docteur Martine Perez Interdire le tabac,

l'urgence, Odile Jacob 2012

Prescripteur de Baclofène



12

Le Baclofène est prescrit originellement contre les douleurs, notamment pour la sclérose en plaques. Dans ces cas-là les doses AMM sont respectées et on ne constate pas d'effets secondaires.

Le Docteur DUSEIN est généraliste à Poissy (Yvelines 78), intervenant en médecine handicap et aussi addictologie. Jugeant peu efficaces les soins actuels : cures, médicaments (Aotal, Revia, ...), il s'est tourné vers le Baclofène. L'ANSM a accordé en mars 2014 une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) du Baclofène dans la prise en charge de l'alcoolisme, après échec des autres traitements disponibles. Le Docteur DUSEIN, quant à lui, traite une centaine de patients par Baclofène dans le cadre de l'alcoolisme et fait partie du réseau AUBES (forum sur le Baclofène).

À haute dose, le Baclofène fonctionne contre le craving (envie impérieuse de boire). C'est un générique peu cher, environ 5 € les 30 comprimés de 10 mg. Il permet d'amener le patient vers la non-souffrance du manque d'alcool, voire l'indifférence face au produit. Il active aussi la notion de dégoût après un verre ou deux d'alcool.

Pour l'alcoolisme, il est prescrit à tâtons, à des doses importantes et progressives, environ 150 à 200 voire 280 ou 300 mg/jour, soit 15 à 30 comprimés / jour.

À haute dose, peuvent survenir : vertiges, instabilité, jambes molles. A priori, pas de complication cardiaque ou rénale. Mais les problèmes psychiatriques peuvent être aggravés (bipolarité en particulier). Il s'agit de mesurer le rapport bienfait/effets indésirables, et l'urgence de l'arrêt de l'alcool pour la survie du patient

Le Docteur Olivier AMEISEN, cardiologue, utilisateur et apôtre du Baclofène, l'a médiatisé dans son livre « le dernier verre ». Il est décédé d'un infarctus le 13 juillet 2013.

La prise du traitement est à vie, pas de diminution ni d'arrêt sinon on voit réapparaître le craving.

On peut faire le parallèle avec les héroïnomanes qui prennent des produits de substitution (Méthadone, Subutex).

Le patient doit être suivi chaque semaine avec l'addictologue en complémentarité de l'accompagnement d'une association.

C'est un changement radical dans la façon d'aborder le problème (pour les alcoologues, les associations, ...)

Le Baclofène n'a pas d'action conjointe avec le tabac, il n'empêche pas l'envie de fumer. Par contre, le Baclofène n'est pas un remède miracle, mais il fonctionne, ...

Les associations restent utiles dans le suivi pour aider à la reconstruction de la personne, en complémentarité du traitement médical.

Docteur DUSEIN

Alcoolisme : le Baclofène parfois efficace, mais pas miraculeux

Plusieurs études sur ce médicament ont été présentées, avec des résultats mitigés.

Des années qu'on entend chanter les louanges du Baclofène pour libérer les alcooliques de leur dépendance. Huit ans après la sortie du livre-témoignage* du Dr Olivier Ameisen sur sa « guérison » inespérée grâce à une molécule traitant les contractures musculaires de la sclérose en plaques, l'évaluation rigoureuse de son efficacité (contre placebo) vient enfin d'être présentée. Et le bilan est assez nuancé.

Baptisées Alpadir et Bacloville, deux études françaises, ont été présentées pour la première fois lors du Congrès mondial d'alcoologie, samedi à Berlin. L'essai Alpadir a été réalisé auprès de 320 patients suivis à l'hôpital après sevrage. Selon son coordinateur, le Pr Michel Reynaud (Hôpital Paul-Brousse/APHP), il démontre une efficacité « modérée » de la molécule pour la réduction de la consommation, mais pas pour maintenir l'abstinence. Parmi les volontaires ayant reçu le Baclofène, un sur deux est parvenu à retrouver une consommation non nocive d'alcool en 6 mois de traitement (moins de 4 verres par jour), davantage que dans le groupe placebo. La plus-value du Baclofène était particulièrement notable chez les **grands buveurs** (12 verres par jour en moyenne). En revanche, les personnes parvenant à rester abstinentes étaient aussi nombreuses avec le Baclofène qu'avec le placebo (environ 11 %).

Fort effet placebo

Dans Bacloville, un essai réalisé avec à peu près le même nombre de personnes, mais avec des médecins de ville et des dosages pouvant être plus forts (jusqu'à 300 mg/jour contre 180 mg dans Alpadir), 56,8 % des patients ont atteint une consommation normale ou l'abstinence en un an. Étonnamment, 36,5 % des personnes sous placebo parvenaient au même résultat, une proportion plus importante que les 20 % observés habituellement. « Cela est sans doute lié aux conditions de prise en charge imposées par l'essai », avance le Pr Philippe Jaury, le principal investigateur. Et sans doute aussi à l'excellente réputation du médicament, dont les mérites ont été publiquement relayés par ses partisans, patients et médecins, durant les années d'expérimentation libre ayant conduit à **une autorisation temporaire de prescription (RTU)** de l'Agence du médicament en 2014.

Bien que l'essai Bacloville ait été bouclé de longue date, seuls ces premiers résultats sur l'efficacité ont été présentés à Berlin, ce qui ne manque pas d'étonner les médecins ayant assisté à la présentation. Les données sur l'innocuité sont attendues avec impatience. Chez les patients d'Alpadir, les effets secondaires du Baclofène, supérieurs à ceux du placebo, mais jamais graves selon le Pr Reynaud, sont ceux habituellement cités par les usagers : somnolence, insomnie, vertiges, crises d'anxiété. L'essai Bacloville, réalisé dans des conditions très proches de la vie réelle avec très peu de critères d'exclusion - les malades pouvaient prendre d'autres traitements, notamment pour d'autres addictions ou maladies psychiatriques - le confirmera-t-il ? L'enjeu est d'importance pour décider l'agence du médicament à donner son feu vert à une autorisation de mise sur le marché (AMM).

49 000 morts par an

Chez Ethypharm, qui a racheté le droit d'exploiter les résultats des deux études pour demander une AMM, on se dit « très content ». « Nous attendons les résultats complets de Bacloville et visons de faire une demande d'AMM avant la fin de validité de la RTU en mars, pour un lancement projeté en 2018 ». La molécule ne changerait pas par rapport aux produits actuellement sur le marché, mais les dosages seraient revus afin de correspondre aux besoins des personnes dépendantes, bien plus élevés.

Au total, quatre études sur le Baclofène ont été présentées lors du congrès de Berlin. Outre Alpadir et Bacloville, une étude allemande et une étude néerlandaise ont affiché des résultats plutôt négatifs.



Le Baclofène n'est pas la molécule miracle annoncée dans les premières années d'expérimentation, semblable en cela aux autres traitements disponibles sur le marché comme le Selincro, l'Aotal ou le ReVia, met en garde le Dr Philippe Batel, directeur médical à la clinique des addictions Montevideo à Boulogne-Billancourt, qui a participé à plusieurs essais pour différents traitements de l'alcoolisme et assistait ce week-end au congrès de Berlin. « Il ressort de l'étude Alpadir que le Baclofène peut être bénéfique aux grands buveurs souffrant de maladies psychiatriques ou de troubles anxieux. Mais il ne faut pas diffuser l'idée qu'il marche pour tout le monde ! Quand il marche, il ne fonctionne pas mieux que les autres traitements et il est plutôt mal toléré », insiste-t-il. « En tant qu'ancien expert à l'Agence du médicament (ANSM), j'aurais aujourd'hui du mal à donner une AMM. D'autant qu'une question reste en suspens : pour quelle indication ? L'abstinence ou la réduction de consommation ? »

Les experts appellent désormais de leur vœu de nouvelles études pour comparer l'efficacité de ces produits entre eux et pour évaluer l'intérêt de les combiner. « On sait depuis 20 ans qu'il existe des causes diverses à l'alcool-dépendance : la sensibilité biologique, l'environnement social et certaines maladies mentales ou traumatismes, rappelle Philippe Batel. Si vous appliquez le même traitement à des gens très différents, il ne faut pas s'étonner d'obtenir des résultats inégaux ». La consommation excessive d'alcool cause 49 000 décès en France chaque année.

Pauline FRÉOUR
LE FIGARO du 03/09/2016

Baclofeno-dépendant

14



Si

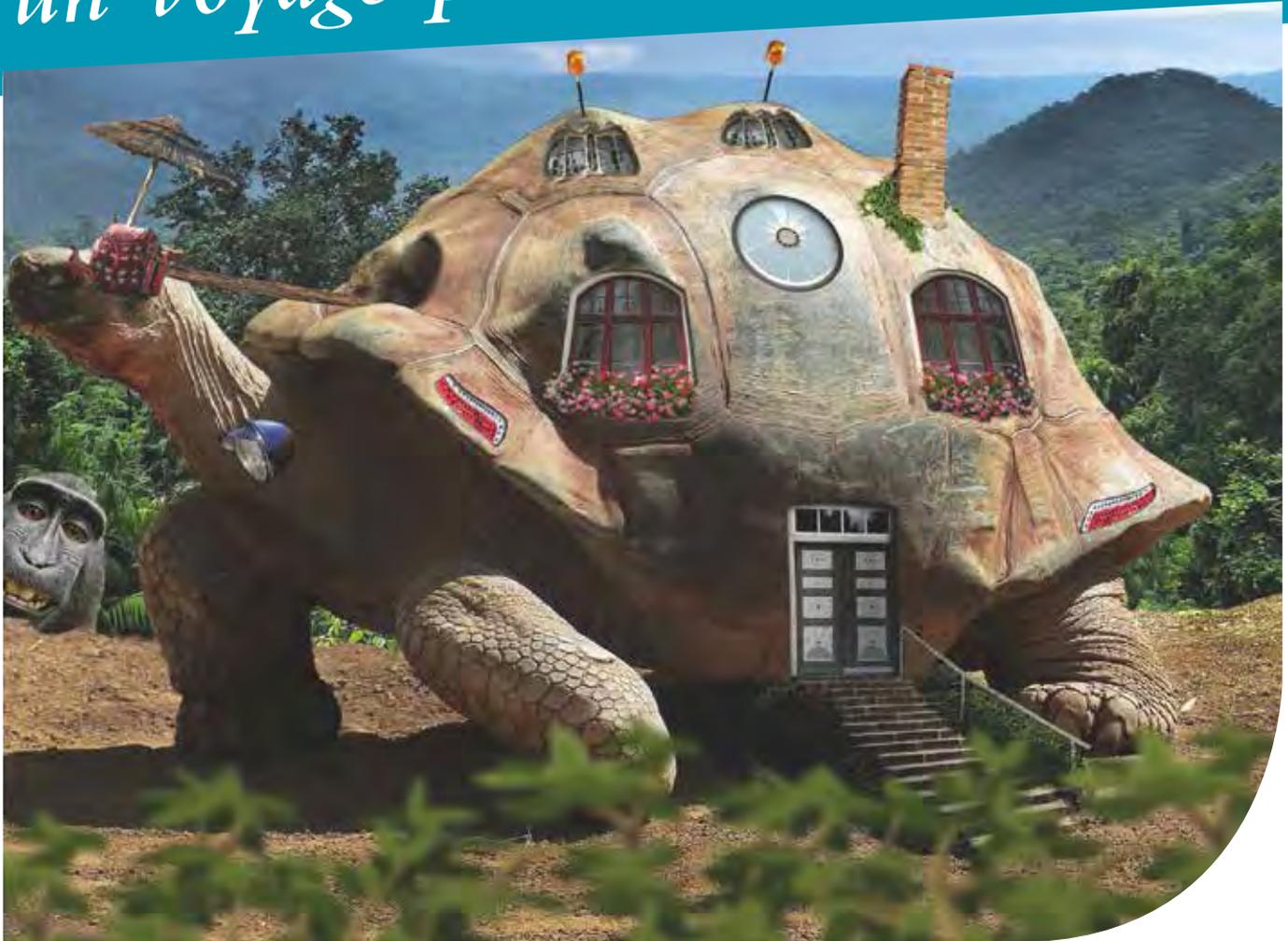
l'on prend en considération le peu de résultats des deux médicaments connus sur le marché, le Révia et l'Aotal, et les dégâts de l'alcoolisme : 50 000 morts par an, 41 % des agressions sexuelles, 30 % des agressions physiques, 1/3 des accidents de la route, sans oublier les ruptures familiales et la marginalisation sociale, on ne peut que se joindre à ceux pour qui le Baclofène est un réel espoir. On comprend que des généralistes n'aient pas attendu l'AMM pour le prescrire.

L'arrivée sur le marché de ce médicament pourrait-il se substituer à la cure actuelle sans autres dommages tout en coûtant moins cher. Il serait toujours temps pour le malade de s'inscrire dans un mouvement d'entraide pour découvrir qu'il est vain de supprimer les désirs et les doutes qui nous constituent, mais que l'on peut s'engager à sa manière à changer le monde. La psychanalyse nous a appris que la construction du sujet ne dépend pas de la volonté pure et qu'il n'est pas tenable de tricher avec son désir.

Un mouvement comme la CROIX BLEUE a dès ses débuts été très attentif à cette contradiction qui consisterait à libérer la personne d'une dépendance pour mieux l'adapter et l'enfermer dans celles exigées par le monde. C'est pourquoi, d'une part, elle a toujours veillé à ce que la personne alcoolique soit partie prenante de sa guérison. C'est tout le sens de l'engagement écrit signé. D'autre part, une fois libéré de l'alcool, il n'est pas invité à se concentrer sur son abstinence, mais à devenir un membre actif dans le changement de son environnement et plus généralement de la société qui l'a conduit à s'alcooliser. On retrouve là une des données principales de la Bible à savoir, ne pas se contenter du fonctionnement du monde qui nous entoure, mais travailler à le transformer. C'est toute la symbolique du Royaume de Dieu,...

Serge SOULIE, psychologue Ancien directeur du SRR de VIRAC

L'abstinence : un voyage passionnant



On ne peut pas laisser croire à une personne qui s'engage dans le processus de désalcoolisation qu'elle sera à même de reprendre dans les années à venir une consommation «raisonnable».

Les vieux réflexes font en effet qu'à tel ou tel moment critique, «il faut» prendre un deuxième verre, «il faut» aller jusqu'au bout et finir ce qui vient d'être entamé.

Une reprise d'alcool modérée risque fort de réenclencher le fonctionnement qui aboutit à une perte totale de contrôle. Ce dérapage pourra être vécu par l'intéressé comme une véritable catastrophe qui lui fera dire, désespéré : «au point où j'en suis, autant que j'aïlle jusqu'au bout», ...

Pour une personne de trente ans, ou moins, la perspective d'avoir à «subir» un demi-siècle d'abstinence représente quelque chose d'aussi inconcevable qu'injuste et inacceptable. Mieux vaut, en conséquence, lui proposer d'expérimenter une abstinence totale, mais temporaire... quitte à renouveler par la suite cet exercice, pour une autre durée déterminée. L'expérience montre en effet que les vœux solennels d'abstinence définitive conduisent, le plus souvent, à des désillusionnements déchirants.

L'établissement d'engagements réalistes, limités, à court terme, peut aboutir à des réalisations encourageantes qui aident l'intéressé à modifier ses habitudes.

A contrario, «présenter d'emblée l'abstinence totale et définitive comme objectif unique peut paraître désespérant, voire insurmontable». Le nouvel abstinent se sent inévitablement frustré de ne pas pouvoir «boire comme tout le monde». Il souhaiterait parfois tomber dans un piège dont il ne serait pas responsable et «bénéficiaire d'un manque de chance» qui le ferait boire «malgré lui».

Il lui arrive d'évoquer avec nostalgie les bénéfices qu'il retirait de son alcoolisation avant qu'elle ne devienne problématique. Le quotidien raisonnable de la sobriété n'arrive pas à compenser l'attrait d'un passé sans doute désastreux à certains égards, mais riche également de jouissances désormais perdues.

De temps à autre, le nouvel abstinent aimerait retrouver cet état où tout semblait possible, tout paraissait permis. Il aimerait bien prouver à lui-même et aux autres qu'il est devenu capable de

boire «juste ce qu'il faut pour se sentir bien», ... Les «rechutes» ne résultent jamais de simples occasions fortuites. Le plus souvent, des circonstances particulières déclenchent préalablement un état intérieur déjà éprouvé, indéfini et indicible, qui «appelle» une consommation d'alcool immédiate.

À ces moments-là s'opère une véritable paralysie de l'appareil psychique et des capacités d'élaboration mentale, face à un afflux de tension, d'émotions et de sensations incontrôlables qui «oblige» à avoir recours - en catastrophe - aux modes familiers de décharge pulsionnelle. Il ne reste plus, dès lors, qu'à boire encore et encore, boire pour oublier, boire pour «s'achever», et boire encore un coup pour se donner le coup de grâce.

Les circonstances d'un tel débordement peuvent néanmoins être pensées après coup, si l'intéressé arrive à surmonter sa honte de «s'être laissé avoir». Les réalcoolisations peuvent ainsi devenir des expériences utiles, dans le long parcours qui permet de mettre en œuvre des remaniements réalistes.

Lorsque dans un cadre thérapeutique la souffrance peut être admise, reconnue, exprimée, comprise, elle se désamorce progressivement de son caractère destructeur. Elle peut alors se transformer en une expérience intégrée et enrichir la personnalité du sujet qui a tenté tant bien que mal de lui faire face.

Ce qui n'était au départ que désarroi à l'état brut peut ainsi, au fil du travail de deuil, devenir un facteur de croissance psychique. À cela s'associe

une prime de plaisir due au sentiment de redevenir progressivement l'acteur de sa propre vie. La souffrance vécue lors de ces expériences peut devenir moteur d'évolution si l'intéressé a les moyens de considérer ce qui lui arrive comme une tâche dont il lui faut venir à bout et comme une possibilité unique d'accomplissement. Pour certains, la démarche de désalcoolisation peut alors devenir une étape privilégiée durant laquelle sont prises en compte les souffrances passées. Elle peut représenter un temps fort dans leur vie, une occasion de se révéler à eux-mêmes. Leur travail de désalcoolisation devient pour eux une opportunité de réorganiser et de resignifier leur existence, et de transformer ce qui, jusque-là, y était demeuré en souffrance.

Ce travail constitue un voyage passionnant pour qui a le courage d'aller jusqu'au bout de la vérité qui est en lui.

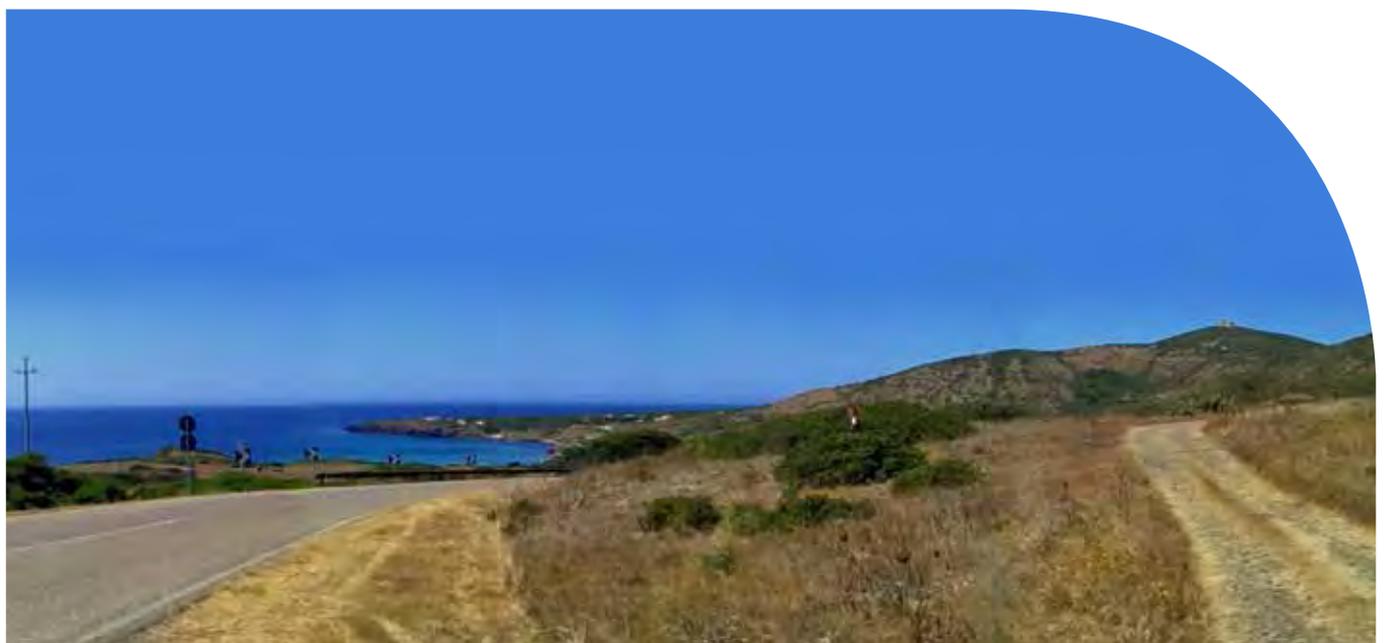
Les personnes riches d'épreuves surmontées manifestent par leur seule manière d'être qu'il est possible de «tout» perdre sans se perdre et de s'enrichir à partir de ce dont on se sépare. Elles montrent que l'on peut échanger ce qui était considéré comme du plaisir, pour du sens, et affranchir du même coup sa pensée des enjeux de plaisir/déplaisir.

Leur tranquille assurance, leur liberté intérieure et leur détachement constituent un attrait, un atout, une aide à vivre, tant pour elles-mêmes que pour leur entourage. Cette richesse intérieure découle de la façon dont elles ont su se dépendre, au fil de l'existence, de ce qu'il leur a bien fallu «laisser tomber». En se dégageant des

crispations intérieures et des habitudes mentales qui restreignent les possibilités de développement, elles se donnent la possibilité de se réjouir de leur existence, de la rendre appréciable, de goûter la saveur d'un «être là pour soi-même» tout en laissant les autres Être ce qu'ils Sont.

Le processus de désalcoolisation peut ainsi devenir, pour certains, un apprentissage à une véritable sagesse.

▀ **Dominique BARNOUIN**
Psychologue au GISME
Centre d'addictologie
SAINT MARTIN D'HERES



Ce travail constitue un voyage passionnant pour qui a le courage d'aller jusqu'au bout de la vérité qui est en lui. (...)

Intégration de la réduction des risques dans les groupes d'entraide



Les journées de la Société Française d'Alcoologie des 23-24-25 mars 2016.

Intervention du groupe de travail des associations d'entraide animée par le Docteur LE BLEVEC

17

L'accueil de nouveaux publics

Depuis quelques années, les groupes d'entraide pour l'alcool, quels qu'ils soient, ont constaté un grand changement par rapport aux nouveaux publics qu'ils accueillent à savoir:

- des jeunes adultes présentant un profil de poly-addictions (alcool, tabac, produits illicites, médicaments psychotropes, troubles de conduite alimentaire, addiction à internet, ... avec des passages d'une addiction à l'autre, la dépendance à l'alcool s'installant souvent à l'arrêt de produits illicites.
- un public plus précaire sur le plan social, isolé sur le plan familial et amical et avec des problèmes de mobilité
- des personnes présentant des co-morbidités psychiatriques
- des personnes en obligation de soins
- des personnes présentant des difficultés avec l'alcool, mais sans notion de dépendance

La majorité des groupes constate aussi que les demandes d'aide sont davantage à l'initiative des personnes en difficulté, mais que ces dernières fréquentent les groupes sur de courtes durées, font souvent des allers et retours et ne s'investissent pas dans le fonctionnement de l'association.

Les évolutions dans le discours et l'accompagnement des groupes d'entraide

Du fait de ces importants changements, les groupes d'entraide connaissent des évolutions à la fois dans leur discours, mais également dans l'accompagnement proposé à ces personnes.

Dans les réunions, le mot abstinence est moins utilisé, les participants parlent surtout de parcours de soins, d'étapes et donnent des objectifs à court terme. Ils insistent sur la notion de temps, de changement, et de retour à la liberté. Ils expliquent surtout que l'objectif d'accompagnement est d'atteindre une meilleure qualité de vie.

Le travail d'accompagnement a également changé dans ces groupes par rapport à la question de la consommation contrôlée d'alcool ; les groupes d'entraide ont toujours accueilli avec bienveillance les malades dépendants de l'alcool, qu'ils soient stabilisés dans leur abstinence ou bien en difficulté avec l'alcool avant une première démarche de soins ou encore en période de réalcoolisation après une période d'abstinence, la priorité ayant toujours été de maintenir un lien entre le groupe et ce patient demandeur d'aide. Les groupes d'entraide ont bien conscience que l'accompagnement d'un malade alcoolique est un long cheminement marqué par des étapes et qu'il faut accepter que chaque patient progresse à sa propre vitesse.

Un important travail a été fait sur la notion de tolérance vis-à-vis du discours autour de la consommation contrôlée d'alcool. Régulièrement, cette question de la consommation contrôlée est abordée au sein des groupes par des patients qui en font l'expérience souvent accompagnés par des professionnels. C'est un sujet qui, bien sûr, fait débat, en particulier avec des membres du groupe qui ont tenté cette expérience et ont été, le plus souvent, en situation de perte de contrôle de leur consommation d'alcool avec le risque de perdre le lien avec le groupe. Les membres des associations, grâce souvent à un travail d'explication des professionnels de l'addictologie, comprennent aussi que la notion d'expérimenter la consommation contrôlée d'alcool peut être une étape dans l'accompagnement d'un patient, le deuil de l'alcool s'avérant souvent difficile. Un temps de consommation contrôlée peut permettre à des personnes de récupérer partiellement un meilleur état de santé et les fonctions cognitives avec un renforcement positif de l'alliance thérapeutique, et enfin une ou des expériences de consommation contrôlée qui n'ont pas duré peuvent aider un patient à prendre réellement conscience de son état de dépendance à l'alcool. Un autre objectif dans le cadre de la réduction des risques est de recréer du lien social et du lien collectif.

La nécessaire collaboration et coordination des professionnels de l'addictologie et des groupes d'entraide

Pour favoriser cette évolution dans l'accompagnement du malade alcoolique, il paraît important de renforcer la collaboration entre les professionnels de l'addictologie et les groupes d'entraide, avec de la part des professionnels un nécessaire travail d'explication et de formation autour des nouveaux concepts de consommation contrôlée et de réduction des risques, et de la part des groupes d'entraide une meilleure communication vers les professionnels afin de mieux faire connaître leurs valeurs, leurs compétences et leurs modes d'intervention.

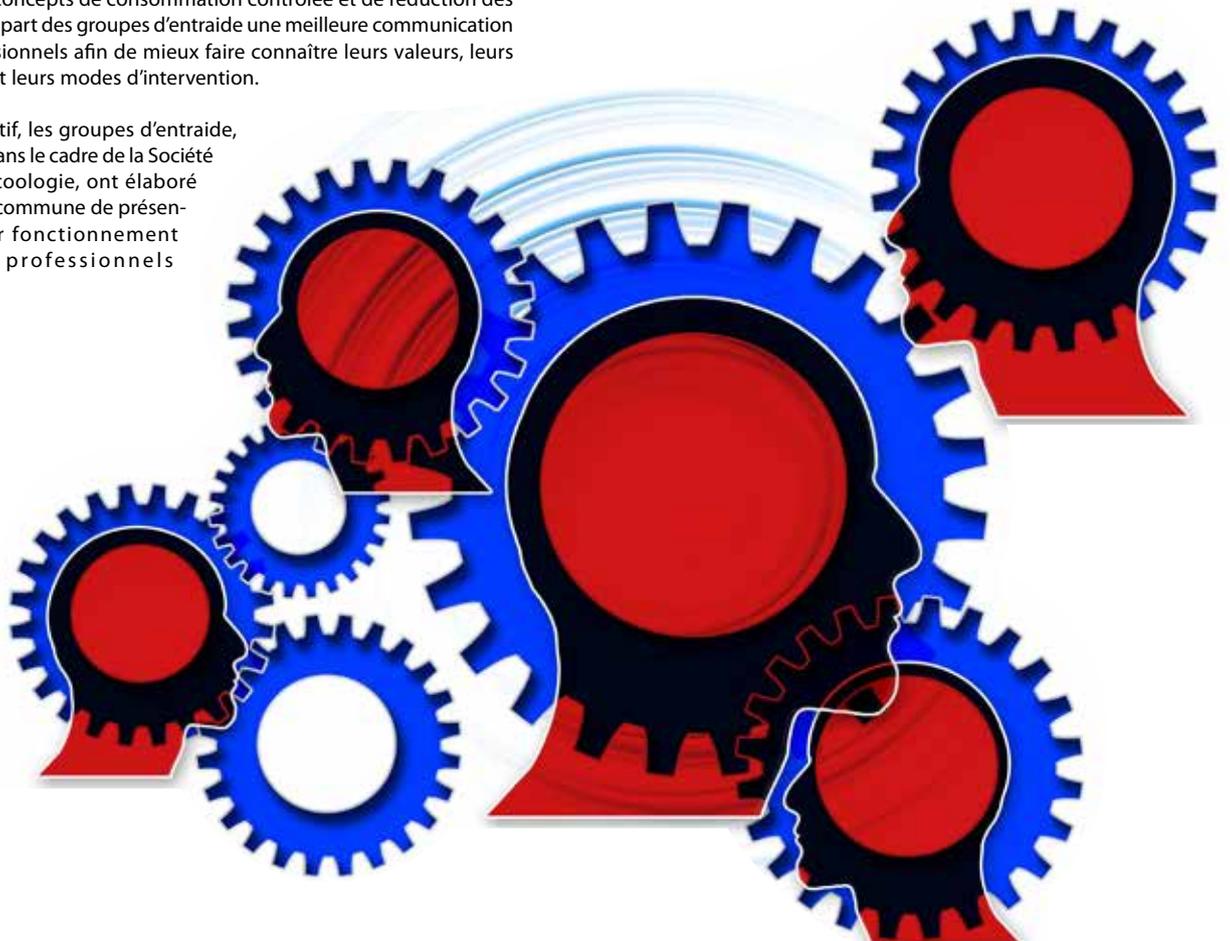
Dans cet objectif, les groupes d'entraide, en particulier dans le cadre de la Société Française d'Alcoologie, ont élaboré une plaquette commune de présentation de leur fonctionnement destiné aux professionnels

sanitaires et sociaux (<http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Mouvements-entraide.pdf>). Une autre plaquette de présentation des groupes destinée aux patients et à son entourage vient également d'être réalisée.

Par ailleurs, un important travail de réflexion et de concertation a été réalisé au sein du groupe de travail de la SFA consacré aux associations et a abouti à l'élaboration d'une charte qui a été validée par les différents groupes d'entraide.

En conclusion, nous aimerions insister sur les points suivants :

- la notion de complémentarité entre professionnels sanitaires et sociaux et les associations d'entraide dans l'accompagnement du malade alcoolique avec la nécessité que « chacun fasse un petit pas vers l'autre »
- la notion de temps dans l'accompagnement du patient marqué par des étapes
- l'objectif commun dans l'accompagnement entre professionnels et associations reste toujours le mieux-être du patient tant sur le plan de sa santé, de son environnement familial et social
- l'expérience des groupes d'entraide confirme que l'abstinence d'alcool constitue, le plus souvent, le moyen le plus efficace pour atteindre ce mieux-être.



Quels risques ?

Même si pour les anciens malades alcooliques, l'expérience démontre qu'il n'y a pas d'alternative à l'abstinence librement consentie, totale et définitive, l'action des associations s'inscrit dans la promotion d'un mode de vie non prohibitionniste.

La CAMERUP promeut une culture hors alcool et la réduction des risques dans tous ses aspects

LA RÉDUCTION DU RISQUE DE RÉDUCTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE

Plusieurs études ont en effet montré que toutes les formes de réduction de la consommation d'alcool favorisaient une diminution de la mortalité des alcoolodépendants avec un gain d'espérance de vie moyen de 8 ans.

LA RÉDUCTION DU RISQUE D'ISOLEMENT

Les réunions, groupes de paroles, activités de loisirs proposés par les associations aux personnes qui se sont retrouvées mises à l'écart voire au ban de la société et ressentent douloureusement cette solitude ont une vocation de réinsertion.

LA RÉDUCTION DES RISQUES DE PRÉCARITÉ ET DE DÉSOCIALISATION

En réintégrant la personne dans la durée et la stabilité, en la valorisant et en lui offrant le droit à l'expression, une place dans la société peut être retrouvée.

LA RÉDUCTION DU RISQUE DE PERTE DE CONFIANCE EN SOI ET DE DÉMOTIVATION

En lui redonnant de la valeur, du courage, de l'assurance, en lui faisant confiance, en la responsabilisant dans certaines des activités des associations, chacun peut se sentir utile et donner du sens à sa vie.

LA RÉDUCTION DU RISQUE DE RÉALCOOLISATION

La fréquentation régulière du groupe permet de trouver à tout moment un interlocuteur à son écoute, faisant abstraction de tout jugement.

LA RÉDUCTION DES RISQUES D'ACCIDENTS ET DE MALADIES

L'abstinence et son maintien dans la durée permettent de reconstituer un capital santé physique et psychologique.

LA RÉDUCTION DES ÉVENTUELS RISQUES FUTURS AUPRÈS DES JEUNES

Elle se fait dans le cadre des actions de prévention en milieux scolaires de tous niveaux, en accord et en collaboration avec les instances de l'Éducation Nationale, sur les lieux festifs et autres, ...

LA RÉDUCTION DU RISQUE DE SURCONSOMMATION

Les buveurs excessifs, encore en dehors de la dépendance, qui consultent les mouvements et qui sans s'astreindre à l'abstinence, sont en mesure d'accepter une réduction de leur consommation, représentent un succès et le premier pas vers le changement.

Toutes ces mesures de réduction du risque participent à confirmer la nécessité du travail de terrain des bénévoles des mouvements d'entraide dans le domaine de la santé et plus précisément concernant la problématique alcool. Toute personne est accueillie, considérée et écoutée, là où elle en est de son parcours et quelle que soit sa décision d'arrêter sa consommation ou de la réduire.

■ Jean Claude TOMCZAK
Président de la CAMERUP



Abstinence et réduction des risques en alcoologie

Quand la RdR rencontre l'abstinence

En France, la «Réduction des Risques» (RdR) est née il y a près de trois décennies avec la mise en vente libre de seringues en pharmacie, auxquelles ont succédé les trousses Stéribox, en 1994, et, cette même année, c'est l'apparition des TSO avec la Méthadone et la Buprénorphine HD. La RdR a conduit à d'incontestables résultats positifs sur le plan de la santé publique, comme ont pu en attester la baisse de la mortalité par overdose et la diminution de la transmission du VIH et de l'hépatite C. Compte tenu de ces résultats positifs, la question s'est donc posée à bon droit de l'introduction de la RdR dans le champ d'autres problématiques comme celles liées aux usages d'alcool. Dans le champ alcoologique, la RdR se traduirait alors par le retour à des alcoolisations "contrôlées". Cette éventualité vient, a priori, s'opposer au principe de l'abstinence comme voie unique de sortie de l'alcoolodépendance, comme le prônent les associations depuis longtemps.

La question "RdR - gestion ou Abstinence" est sensible, car elle a une résonance douloureuse dans le vécu des personnes alcoolodépendantes dont la grande majorité a échoué dans ses tentatives de retrouver une consommation socialement admissible. Ces échecs ont été parfois dramatiques, souvent répétés et toujours culpabilisants, altérant l'estime de soi un peu plus à chaque fois.

Du fait de ces expériences malheureuses et lorsque ces personnes sont devenues elles-mêmes accompagnantes, elles ne peuvent concevoir le retour de la personne accompagnée à une consommation dite contrôlée que comme une illusion qui lui apportera plus de problèmes qu'elle n'en résoudra. L'abstinence s'impose alors d'elle-même surtout si la toxicité du produit alcool a déjà fait son œuvre jusqu'à constituer une menace vitale et imminente pour la personne. Dans ces conditions, il peut être considéré comme dangereux, criminel diront certains, de parler de retour à une consommation ordinaire, gérée et inoffensive.

Mais hors cette situation extrême, le positionnement des associations vis-à-vis de l'abstinence est-il aussi dogmatique qu'il y paraît ?

Y a-t-il un dogme de l'abstinence dans le milieu associatif ?

Pour répondre à cette question, voyons d'abord quel sens donner à l'abstinence ?

Si l'on se place dans l'optique de la relation d'aide, de l'accompagnement • «groupes de parole», «entretiens individuels», «parrainages» ou autre • l'abstinence ne semble plus entendue comme une fin en elle-même, comme un objectif. Comment pourrait-on, en effet, bâtir un projet de vie sur une privation dans lequel il s'agirait de «tenir coûte que coûte» face à la menace permanente et de plus en plus obsédante d'une éventuelle rechute ?

Non, l'abstinence se présente plutôt comme un moyen, un moyen d'être heureux et la question devient : en quoi l'abstinence peut-elle constituer un moyen pour l'épanouissement de la personne ?

L'épanouissement de la personne est le contraire d'un processus de dépendance... Processus de dépendance qui consiste en l'abandon progressif de ses ressources auxquelles se substitue peu à peu le psychotrope alcool qui finit par envahir tous les compartiments de vie de la personne. Cela aboutit à un recroquevillement de plus en plus important et, à terme, à un renoncement à soi, aux autres, à un renoncement à la vie.

On peut alors voir une logique d'épanouissement comme son envers : ouverture à soi et aux autres, reconquête et mobilisation de ses ressources propres, développement de ses potentialités... Mais tout cela n'est possible que par la suspension ou par la suppression du psychotrope, autrement dit par l'abstinence.

Cependant, à l'initiation d'une démarche, en général, il ne saurait être question d'abstinence d'emblée, cette proposition serait vraiment contre-productive : l'idée de devoir être abstinent ad vitam fait généralement si peur, paraît si inaccessible, qu'elle peut conduire la personne à différer encore sa démarche, voire y renoncer complètement.



Dans les faits, la personne vient vers nous, souvent dans une situation de crise, parce qu'elle rencontre divers problèmes à cause de sa relation au produit et qu'elle nous demande de l'aide pour les régler. Pour y parvenir, c'est elle qui va faire ses choix d'objectifs et de moyens, notamment de l'abstinence ou de la «gestion».

Ce respect des choix de la personne n'est pas du tout contradictoire avec l'exposé des expériences vécues par l'accompagnant, en particulier les difficultés qu'il a lui-même rencontrées dans ses propres tentatives de diminution ou de gestion de ses consommations. En fait, au travers de sa parole et de son statut d'abstinant, le militant envoie plusieurs messages, au moins sur trois niveaux :

- 1- c'est possible de sortir des problèmes résultant des alcoolisations ;
- 2- c'est possible d'être abstinant ;
- 3- c'est possible d'être heureux.

Dans un tel schéma, il n'y a donc pas de dogme de l'abstinence, de fin de non-recevoir hors l'abstinence, mais plutôt des échanges authentiques, chaleureux et pragmatiques sur la situation vécue par la personne et les perspectives qu'elle peut déjà commencer à discerner.

RdR et Abstinence dans la relation d'Aide

Plus tard, lorsque la Relation d'Aide est engagée, il sera opportun, à un moment ou à un autre, de proposer une abstinence au moins provisoire, qu'on pourrait qualifier de «condition technique» à la Relation d'Aide. En effet, pour être efficace, la rencontre avec la personne ne peut avoir lieu que si elle n'est pas sous les effets du produit, au moins durant ce temps de la rencontre. Cela revient finalement à se placer dans une «logique RdR».

Il s'agit, à minima, d'une expérimentation de la personne au cours de laquelle elle se met en situation d'accéder à ses ressources propres et de

les mettre en œuvre à nouveau, autrement dit de se confronter au réel en réduisant ses recours au produit psychotrope. Dans cette configuration, elle pourra éprouver ses propres capacités à faire face au réel avec ou sans produit, en conséquence de quoi, elle pourra décider des moyens qui lui sont nécessaires pour atteindre ses objectifs personnels.

Pour résumer, on peut dire que la RdR se présente, de fait, comme l'une des étapes possibles dans le cheminement, avant la décision - ou non d'ailleurs - de l'abstinence, ... Et cela se pratique depuis longtemps ! D'ailleurs on réveille, on réactualise le très vieux débat entre tempérance et abstinence.

Il faut toutefois bien remarquer que là où la RdR se conçoit comme une stratégie de réduction des quantités de la substance pour en limiter les incidences toxiques (au sens large, sur tout le plan biopsychosociologique), l'abstinence, quant à elle, ouvre la perspective existentielle d'une nouvelle Logique d'Épanouissement. En simplifiant : d'un côté, avec la RdR on vise à réduire du négatif, de l'autre, avec l'abstinence, on construit résolument du positif. On n'est donc pas sur le même registre, mais il n'y a pas d'antagonisme entre les deux, plutôt la possibilité d'une chronologie prometteuse, ...

«Reboire» : un dogme émergent ?

Pour ceux qui auront choisi cette voie vers l'abstinence comme moyen, cette chronologie sera plus ou moins longue, plus ou moins chaotique, car la difficulté du passage du statut d'alcoolodépendant à celui d'abstinant est évidemment bien réelle. Pour autant, il ne faut pas confondre cette importante épreuve transitoire, souvent douloureuse, avec l'état d'abstinant lui-même lorsqu'il est acquis et intériorisé, lorsqu'il apporte tant de bénéfices.





22

En effet, l'abstinence acquise et intériorisée comme moyen n'est pas une souffrance pour l'alcool-dépendant affranchi (et nous serions nombreux à pouvoir en témoigner). Pourtant, on entend, ici ou là, l'expression d'une certaine compassion envers les «abstinents» - qui seraient en souffrance du fait de leur abstinence - et la RdR serait pour eux comme une planche de salut, qui leur permettrait de reprendre le "contrôle" (avec des guillemets) de leur consommation d'alcool et d'en finir avec la souffrance... qu'on leur imagine. Mais quel sens cela peut-il bien avoir dès lors que les concernés et leurs entourages sont heureux de leur nouvelle vie et n'ont aucun désir de la modifier, bien au contraire ? Avec ces questions, on peut se demander qui est véritablement dans la souffrance ou au moins dans un certain inconfort ?

On parle beaucoup depuis quelque temps du Baclofène qui participe plus ou moins de cette démarche. Ce médicament et tous ses «petits frères» annoncés - Nalméfène ou Selincro, Topiramate, Oxydate de Sodium et d'autres que je ne connais pas - permettraient de retrouver une consommation «contrôlée» en mettant en avant, en portant un nouveau concept en alcoologie, celui d'«indifférence à l'alcool». Ils permettraient notamment de surmonter la période délicate des pulsions, des épisodes de craving... Et ce serait vraiment intéressant !

Seulement, il faut une meilleure connaissance du produit et avoir un recul suffisant pour étayer tout cela et, le cas échéant - si «ça marche» -, tous ces médicaments pourraient alors venir enrichir la panoplie thérapeutique. Mais, même dans cette hypothèse favorable à leur usage, ni les uns ni les autres ne pourraient prétendre à un statut autre que celui de nouveaux médicaments à ranger à côté des anciens : d'évidence, ils ne sauraient restituer ses ressources à la personne ni lui donner de réponse à sa vulnérabilité et à tout ce qui touche à son ontogenèse.

Leur attribuer un autre statut, notamment en les opposant à l'abstinence, c'est minorer les problématiques de dépendance, les ramener à une simple question de gestion de quantités... Alors que l'abstinence, après avoir permis justement de dépasser ces questions obsédantes de quantités, ouvre des horizons autrement plus vastes, de portée bio-psycho-socioculturelle,...

La RdR, avec ou sans ces nouveaux médicaments, ne doit pas, à son tour, donner naissance à un nouveau dogme, qui serait le «Reboire» (de l'alcool «évidemment»), fondé sur le prétexte fallacieux d'éviter la souffrance aux alcool-dépendants devenus abstinents.

Chacun son histoire

Pour justifier le modèle du «Reboire» et défendre sa pseudo-innocuité, on rapporte des cas de personnes qui auraient retrouvé une consommation «normale» ou «contrôlée» ou «modérée», ... Je mets tout cela au conditionnel et entre guillemets, car nous sommes vraiment en pleine subjectivité...

Et outre le caractère éminemment subjectif de ces informations, elles comportent un «vice de fabrication» : elles ignorent la dimension du temps et ceci sous deux manières :

1- Que sait-on exactement de la relation de la personne au produit alcool ? Autrement dit : où en est-elle ? Toujours dans le désir, le plaisir, le mieux-être ? Qu'en reste-t-il ? Ou est-elle plus loin, dans le besoin physique avec l'apparition du syndrome de sevrage ? Ou est-elle encore plus loin, dans la nécessité physique de consommer pour éviter le Delirium Tremens ? Ou bien dans des épisodes intermédiaires, toujours difficiles à cerner, ...

2- En admettant que l'on puisse répondre à cette première question, que l'on puisse objectivement caractériser la nature de cette relation, qu'est-ce qui permet de penser que la personne en restera là, au même stade, quand bien même elle en aurait le désir impérieux ?

Dans ce questionnement, même avec son côté un peu sommaire, on peut voir que le vécu des personnes avec un produit comme l'alcool est d'une grande diversité et d'une grande complexité. Ce qui signifie aussi que le spectre des risques et dommages est très large et qu'il ne saurait y avoir de réponse univoque, statique, surtout énoncée «de l'extérieur». Là encore c'est la personne - «de l'intérieur» pourrait-on dire - qui sait le mieux où elle en est, ou, à tout le moins, qui peut se donner les moyens de le savoir en se confrontant à la réalité. Dans ce cadre pragmatique, c'est elle qui va construire et expérimenter ses propres réponses, avec le dialogue et les éclairages de ses accompagnants, leur écoute et leur soutien.

■ Daniel BOUETEL,
Association La Santé de la Famille
Porte-parole des associations d'entraide
à la journée INSERM/associations 2014

Décider de son abstinence

Synthèse d'une réflexion de la section CROIX BLEUE de Saint-Nazaire

La pire décision de toutes est celle que l'on n'a pas prise. Zig Ziglar

L'arrêt d'alcool est la première étape pour se donner les moyens du changement de vie pour une personne alcoolique.



La prise de conscience de l'emprise de l'alcool sur soi prend souvent naissance lors d'une occasion forte. Une circonstance de la vie, un coup dur, un fort sentiment de culpabilité font mesurer l'extrémité de la situation. Cela est parfois appelé «le déclic».

Certains ont le sentiment de vivre leur dernière chance, car continuer pourrait leur être fatal et ils prennent la décision de rompre avec l'alcool. D'autres, dans un premier temps, s'avouent contraints et forcés de prendre une décision à cause de facteurs extérieurs (conjoint, médecin, patron, hospitalisation, jugement d'un tribunal...).

Quelles que soient les circonstances, la personne s'aperçoit que toute seule, elle ne pourra pas y arriver. Il faut se faire aider.

La rupture est faite, la personne regarde en arrière et n'a plus envie de vivre comme pendant la période d'alcoolisation. L'arrêt d'alcool est une

première victoire éclatante qui conforte et stimule la décision d'abstinence.

Dans les tout premiers temps de la rupture, la personne peut ressentir plus ou moins fortement un état de manque et l'absence d'une gestuelle liée à la consommation. Comment rester sans boire un verre ? Le nouvel abstinent a peur des tremblements. Il éprouve de la fatigue, parfois une lassitude. Le doute peut s'installer. Il est tendu, angoissé et apparaît à l'extérieur instable.

Il essaye d'occuper ses journées sans penser à l'alcool et doit décider de changer ses habitudes de vie prises depuis, peut-être, des années.

Au tout début, il a surtout besoin de récupérer physiquement et moralement. Il est heureux d'avoir pu rompre, mais il se sent un peu comme en convalescence.

Le nouvel abstinent prend le temps de réfléchir et réalise la personne qu'il a été pendant un temps. Cette introspection peut l'effrayer. Il peut

avoir le sentiment qu'il ne sera plus jamais comme avant la dépendance. L'aide extérieure, psychologique, amicale, médicale peut s'avérer très utile.

Peu à peu, la personne reprend sa vie en main et pense à se reconstruire. Mais comment ? Elle doit retrouver une motivation, un but à atteindre. Elle fait des projets et met tout en œuvre pour les réaliser. Cette redécouverte du goût de vivre s'accompagne pour certains du «tout, tout de suite». Or, la réalisation des projets s'inscrit dans le temps. Elle doit accepter qu'on ne puisse pas toujours bousculer les choses rapidement, mais que cela se fasse petit à petit.

La réussite passe aussi par les relations avec les autres. Celle-ci sera facilitée par un bon entourage familial, amical et associatif. Par contre, il faudra éviter les «faux amis» qui font obstacle à la poursuite de l'abstinence.

En fait chacun consolide sa décision d'arrêt d'alcool à sa manière.

Franchir le cap est difficile, mais des moyens sont à portée de main : médecins et associations.

L'important est d'être sincère avec soi-même et d'accepter de se faire aider.

Dans une association, la personne profite de l'expérience des autres et peut parler librement.

À la CROIX BLEUE, on parle d'abstinence heureuse. Ne pas dire «je dois», mais je «veux». Vouloir c'est possible. La personne, d'abord concentrée sur l'arrêt, puis le maintien de la rupture avec l'alcool va comprendre peu à peu **qu'elle n'a pas à subir l'abstinence, ni même à l'accepter, mais à vivre pleinement ce choix d'existence. Décider d'être heureux tout simplement.**



Point bar !!!

Avec l'alcool, notre seule liberté était de choisir les fournisseurs où nous allions nous procurer notre drogue, point / barre. Hors alcool, nous savons que le risque restera toujours, nous restons très vigilants, le groupe nous y aide. Mais nous ne luttons plus pour l'abstinence. Notre objectif est de vivre. Et nous avons compris, et ressenti au plus profond de nous-mêmes que nous n'avons pas besoin de drogue pour construire notre chemin vers la liberté.

LA LIBERTÉ, C'EST POUVOIR CHOISIR SES CONTRAINTES.

Roger LARDOUX

Décider d'un nouveau mode de vie

"Un homme doit choisir. En cela réside sa force : le pouvoir de ses décisions". Paulo COELHO

Il est bien évident qu'à partir du moment où nous avons pris la décision de rompre avec l'alcool notre vie doit changer. Elle ne doit pas changer uniquement dans le fait que nous ne consommons plus d'alcool, mais aussi dans nos actes, dans nos façons de penser, de parler et d'agir. Nous avons parlé de renaissance, de naître à nouveau et je crois fermement que ces mots ne sont pas trop forts, car il s'agit bien à partir de la rupture avec l'alcool de mettre en gestation un être nouveau, un être à nouveau lucide, un être en quête d'un devenir, un être plein d'espérance, car débarrassé de ce handicap important que représentait pour lui la dépendance alcoolique.



Il est évident aussi que si nous sommes semblables à ceux qui nous entourent, car nous sommes des êtres humains comme eux, vivant dans le même milieu avec les mêmes lois et les mêmes contraintes dans notre lutte pour la vie, nous sommes aussi différents d'eux. Oui, en ce sens que nous avons pris nos distances envers un produit trop souvent banalisé, encensé, convoité par ceux qui en consomment. Il y a en effet ceux qui en consomment modérément et qui ne comprennent pas toujours pourquoi nous sommes passés du tout à plus rien du tout et il y a ceux qui sont déjà dans la dépendance alcoolique ou déjà bien engagés sur ce chemin et qui, tout en nous enviant d'avoir eu le courage de faire un choix, ne veulent pas admettre qu'il devient urgent pour eux de rompre.

Et cette différence, nous avons à l'expliquer et non pas à la justifier, nous avons à faire part de notre choix. C'est important, nous n'avons absolument pas à nous culpabiliser d'avoir été pris au piège de l'alcool, d'avoir par ignorance ou mal-être, été amenés à rechercher dans l'alcool un remède à nos difficultés, une compensation à certains manques ou l'oubli de situations douloureuses.



Alors, c'est vrai qu'il y a des obstacles à franchir : d'abord la souffrance dans un premier temps du manque d'alcool, il faut aussi affronter les sceptiques, ceux qui ne croient pas que cette décision tiendra. Il y a aussi les dégâts de notre alcoolisation à réparer et cela n'est certes pas la moindre des choses. Il nous faut admettre que ce n'est pas parce que l'on a pris la décision d'arrêter de boire de l'alcool que tout va aller mieux du jour au lendemain.

Une chose est certaine c'est que la décision à partir du moment où elle est prise engendre automatiquement un mieux-être qui, même s'il est infime, est pourtant, soyez-en certain, promoteur de paix et cela il faut y croire fermement et persévérer dans l'abstinence.

Mais l'abstinence n'est pas une fin en soi. C'est un tremplin pour s'élancer dans la vie. **L'abstinence n'est pas une arrivée, mais un départ pour une aventure merveilleuse à construire, à inventer, à vivre.**

À partir de la lucidité retrouvée, à partir de notre liberté reconquise, à partir de notre vraie personnalité redécouverte, à partir de l'inventaire des moyens que nous possédons et que nous allons pouvoir développer, à partir des possibilités qui nous sont offertes par la société actuelle et que nous devons exploiter, nous allons donner un nouveau sens à notre vie. Nous devons, c'est fondamental, car cela conditionne la réussite de notre choix, mettre en place les éléments nécessaires à cette nouvelle naissance.

Homme nouveau (ou femme nouvelle) nous le sommes devenus par ce changement d'orientation que nous avons donné à notre vie. Nous n'avons certes pas changé de peau, encore que, ... nous avons conservé notre identité, nos qualités et de nos défauts, mais la décision que nous avons prise nous engage au changement, nous appelle à apporter des modifications importantes dans notre manière de vivre.

Rien ne peut plus être comme avant. C'est à une véritable transformation de notre être que nous sommes appelés. Si nous n'en sommes pas conscients ou si nous refusons de faire ce qu'il faut pour que cette transformation ait lieu, nous risquons fort de ne pas aller plus loin que de tenter un essai qui ne serait pas transformé. Ce serait grave, ce serait dommage, pour nous certes, mais aussi pour ceux et celles qui auraient mis leur confiance et leur espérance en nous.

Nous n'étions pas sans rien lorsque nous avons rompu avec l'alcool, nous avons un capital, des connaissances, mais, quoi qu'il en soit, insuffisant. Il nous appartient donc maintenant de les améliorer, de les rentabiliser, de les utiliser, d'en faire bénéficier les autres, c'est-à-dire ceux qui nous sont proches d'abord et ensuite tous ceux qui ont un besoin énorme d'être aidés, écoutés, compris. Les moyens existent, il nous faut les recenser afin de pouvoir s'en servir utilement, efficacement. Il n'est jamais trop tard pour entreprendre, pour faire des projets qui auront pour but d'améliorer notre «Être» et accessoirement d'améliorer notre «Avoir».

Pierre SALINGUE



Alcool, ... médicaments, ... tabac, ...

Ma première abstinence (contrainte) a duré de mes 21 à 24 ans, puis j'ai rechuté de plus belle encore... À chaque rechute, on boit encore plus... On boit différemment... De plus, au moment de la rechute, je croyais être guéri en me disant que si j'avais su rester trois ans sans boire il me serait aisé de boire avec modération, intelligemment, comme tout le monde, quoi!

Suite à des erreurs professionnelles, j'ai perdu mon emploi et surtout ma femme et ma fille. J'ai continué à boire encore plus pour oublier l'échec. Chômeur, j'ai erré ainsi de bistrot en bistrot, de bouteille vide en bouteille pleine, ...

De l'âge de 27 à 29 ans, j'ai finalement à nouveau arrêté pour ma fille, car je ne voulais pas qu'elle subisse ce que j'avais souffert dans ma jeunesse : les cris, les colères et la déchéance humaine du père... Mais mon besoin d'alcool augmentait de jour en jour.

Dans ma 30^e année, pendant trois mois, je n'ai pas été sobre un seul jour. J'ai vraiment compris que l'alcool et moi, on ne pouvait pas vivre ensemble et mener une vie normale.

J'ai arrêté depuis bientôt douze années, je suis abstinente.

Je me suis rendu dans une association. J'ai retenu qu'il ne faut jamais prendre le premier verre et, ainsi, l'envie du deuxième ne se fera jamais sentir. On est persuadé, au début, que la vie sans alcool sera triste. Au début c'est difficile, mais on apprend petit à petit à réfléchir, la tête enfin sereine et non embrouillée par les vapeurs d'alcool...

L'alcoolique est l'acteur de sa déchéance tandis que lorsqu'il devient abstinente, il devient le réalisateur de sa vie. **Est-ce que la Vie est plus belle sans**

alcool ? Pour moi aujourd'hui : Oui, car dans toutes les fêtes et réveillons auxquels j'ai participé, je me suis aussi bien amusé que ceux qui buvaient. Le plaisir et le bonheur de la vie ne se trouvent pas au fond d'un verre. Quand la bouteille est vide, on est obligé d'en reprendre une pleine : une suite sans fin. Stop, couper les moteurs, voilà ce qu'il faut faire... Mais non pas parce qu'on te l'impose par chantage, pour une raison de famille ou encore de travail, ou même de santé, car tôt ou tard, tu trouveras en toi la faille qui te remettra sur le mauvais chemin. Il faut le faire pour soi, pour vivre bien avec soi et avec les autres !

J'ai cru au début, après une période d'abstinence, que je pouvais à nouveau boire un verre comme tout le monde. Erreur grave de croire que si l'on est dépendant d'une substance, on pourra un jour en consommer de manière normale. Chaque fois, c'était la rechute profonde. J'ai mis du temps à comprendre.

Aujourd'hui, je n'ai plus aucune tentation, ni envie sournoise, même dans les moments difficiles. J'ai de l'estime pour moi et pour ce que je suis. Abstinente et heureuse de l'être encore après 12 ans... Il y a eu une autre forme de dépendance à laquelle j'ai dû faire face.

Pour les médicaments (anxiolytiques, somnifères) pendant les mêmes périodes, cela a été la même chose : je ne pouvais me passer de XANAX, VALIUM, LEXOTAN, etc. Rien qu'à l'idée de faire une crise d'angoisse ou d'être privé de mes médicaments, j'avais des bouffées de panique.

Finalement je me suis aperçu que quand j'avais des malaises, tremblements, etc. ce n'était pas une

angoisse, mais tout simplement un manque du médicament. Mon corps demandait de plus en plus de substances médicamenteuses. J'ai tout arrêté, ça a été dur, pénible à pleurer, plié en deux, tremblant, le cœur battant à tout rompre, mais j'y suis arrivé. Aujourd'hui, j'accepte la vie et ses coups durs avec beaucoup de calme. Le yoga m'a beaucoup aidé. Durant des années et des années, à partir de mes 16 ans, j'avais constaté en moi une tristesse, un mal de vivre, que je ne pouvais nommer et c'est peut-être pour cela que j'essayais de chercher refuge dans l'alcool ou les médicaments (excuse ou vérité ? qu'importe).

C'est plus tard que je me suis attaqué à une autre dépendance « celle au tabac ». Depuis mes 16 ans, je fumais 50 cigarettes par jour. C'est la dernière dépendance que j'ai vaincue. Je me sens un autre homme, différent. Non pas que ça a été facile d'arrêter de fumer, mais je suis heureux d'avoir pris cette décision. Il n'est jamais trop tard même si je suis conscient que la cigarette après 25 années a très certainement fait des ravages dans mon corps. Arrêter ne pourra que m'être bénéfique. Il n'y a pas de solution miracle si ce n'est de ne jamais fumer la première cigarette... « Il est plus facile de ne pas fumer une cigarette, que de n'en fumer qu'une seule » Cela s'applique également à l'alcool.

Une dépendance, quelle qu'elle soit est toujours difficile à vaincre, mais on peut y arriver si on a en soi cette « Formidable Envie » de RÉUSSIR...

Armand





Un outil supplémentaire dans la trousse de guérison

Durant une vingtaine d'années, j'ai moi-même, utilisé un médicament naturel à base d'éthanol qui a été la solution à tous mes maux et qui a prouvé son efficacité pendant une dizaine d'années de son utilisation.

À force de nombreuses expérimentations sur le dosage de ce produit, j'avais la sensation et même la conviction de maîtriser mes angoisses, de contrôler mon comportement social, de réguler mes humeurs et de décupler mes aptitudes cognitives et créatives. Ce produit était devenu mon remède miracle puisqu'il m'aidait considérablement à assumer ma vie de tous les jours. Après une décennie d'utilisation de ce médicament, j'ai pris conscience progressivement que j'étais devenu dépendant physiquement et psychologiquement à ce remède. Non seulement je ne pouvais plus fonctionner sans cette aide, mais en plus, il fallait que je sois en surdosage constant pour que celui-ci fasse preuve d'un peu d'efficacité ! À la suite de plusieurs tentatives infructueuses de sevrage, j'ai compris que le facteur essentiel et indispensable de la réussite, c'était moi ! Mais que seul je n'y parviendrais pas ! Il fallait utiliser un maximum de ressources pour arriver à une solution satisfaisante et pérenne : association d'entraide, médecin alcoologue, soutien médicamenteux, psychologue, CCAA, etc.

J'ai compris quelque temps plus tard que la seule annihilation de l'envie de boire n'était qu'un des éléments qui me permettrait de retrouver un équilibre de vie satisfaisant.

L'arrêt de l'alcool n'était que le point de départ d'une nouvelle vie, de ma propre vie et non pas d'une vie par procuration. En résumé, je réalisais que l'arrêt de l'alcool n'était pas une fin en soi !

Le Baclofène est peut-être un produit de substitution, mais est-ce vraiment la panacée universelle ?

Que va-t-il se passer dès l'interruption du traitement ? Est-ce que j'ai vraiment choisi la rupture avec l'alcool ? N'est-ce pas cette contribution pharmaceutique qui me fait tenir, mais qui, en m'évitant les remises en question, m'empêche finalement d'être moi-même ?

Ne suis-je pas en train de passer d'une dépendance à une autre ?

Le Baclofène est-il le médicament miracle capable de guérir la maladie alcoolique dans toutes ses dimensions physiologique, sociale, psychologique, amoureuse, existentielle ou spirituelle ?

Je ne le pense pas.

Ne condamnons pas cette avancée, qui peut être un outil supplémentaire dans la trousse de guérison de la maladie alcoolique. Mais n'allons pas trop vite penser résoudre cette équation complexe qu'est cette maladie en certifiant qu'un médicament, quel qu'il soit peut systématiquement et durablement la guérir.



Vivre avec ou sans

27

Je vis sans alcool depuis plus de 30 ans. Au départ, je voulais seulement accompagner mon mari hors de cette alcoolo-dépendance qui détruisait la vie de toute la famille. Il s'est totalement libéré de l'alcool depuis. Et je suis restée abstinente parce que j'étais engagée dans la CROIX BLEUE mais aussi parce que je n'avais pas envie de guetter le verre de trop.

Si je réfléchis vraiment à mes motivations, je crois aussi que je suis assez satisfaite de ne pas me soumettre au lobby alcoolier toujours en recherche de nouveaux consommateurs.

Extrait d'une brochure ANPAA 2015 au sujet de la vente d'alcool : « Les moyens utilisés sont multiples, cohérents entre eux, et développés avec constance. Ils s'appuient sur le marketing qui consiste à bien connaître son marché, à prendre en compte les besoins et les attentes de la cible visée, et à développer des outils efficaces pour inciter les consommateurs à acheter et à consommer. Parmi ces outils marketing, la publicité, le packaging, une politique des prix attractifs. À cela s'ajoutent la négation des données scientifiques et la revendication d'une image de responsabilité sociétale pour accréditer un prétendu commerce responsable. »

Que les consommateurs modérés puissent du plaisir dans la dégustation d'un bon vin ne me pose aucun problème, mais je trouve dommage qu'ils considèrent l'abstinent comme quelqu'un qui ne sait pas vivre et qui se prive.

Si tel est le cas, il ne restera pas abstinent, car l'abstinence forcée ne tient pas dans le temps.

L'abstinence choisie est l'expression d'une liberté, liberté d'adopter un mode de vie plutôt qu'un autre. Liberté de ne pas se fondre dans la norme en se soumettant aux règles du « bien-vivre » quand on n'y trouve pas son compte.

Quand l'abstinence est difficile à envisager du fait de la dépendance, on constate que c'est d'autant plus difficile du fait du regard de la société.

Le concept de gestion de la consommation ou encore de consommation contrôlée tient compte de la difficulté de certains d'accepter une vie hors alcool. Et cela peut être utile, mais si on s'interdit de prononcer le mot « abstinence », une personne en difficulté n'entamera sans doute que bien tardivement et peut-être même jamais un vrai processus de changement.

La volonté actuelle de trouver absolument une alternative à l'abstinence montre à quel point celle-ci véhicule une image négative. L'alcool, lui, continue d'être valorisé (force, virilité, convivialité, fête). On aimerait que les trouble-fêtes « apprennent » à boire !

L'objectif de notre société est de rester consommateurs coûte que coûte.

Il n'y a pas si longtemps, en 2011, le Docteur William LOWENSTEIN disait : « l'abstinence : une vieille croyance liée à l'époque de la prohibition, un concept socioreligieux du puritanisme américain qui tient plus de la rédemption que de la guérison. » (sic)

Il serait quand même plus confortable pour celui qui décide d'être abstinent de ne pas se voir coller ce genre d'étiquette !

J'ai rencontré des abstinents heureux dans les associations d'entraide qui n'éprouvent ni manque, ni nostalgie, mais plutôt un grand soulagement de ne plus marcher sur une corde raide, centrés sur le produit qu'il faut « gérer ».

On rencontre aussi des personnes pour qui, comme moi, l'abstinence est devenue une hygiène de vie participant à la qualité de vie.

▀ Françoise EVRARD

La petite chenille



C'est au cœur d'une forêt sauvage que notre petite chenille voit le jour. Toute petite, fragile et innocente, elle part bien jeune à la découverte de son environnement. Sans méfiance aucune elle avance à son rythme et se délecte de tout ce que mère nature lui offre. Sous son corps, la terre moelleuse et chaude lui prodigue de douces caresses et lorsque les rayons du soleil deviennent un peu trop chauds, elle s'en va s'abriter sous l'ombre des fleurs. Au matin, la fraîcheur de la rosée la chatouille et lui annonce une nouvelle journée.

Pourtant, notre petite chenille apprend bien vite que la vie n'est pas faite que de quiétude. Ce matin là, alors qu'elle repose sur une feuille de fougère, une violente rafale de vent la projette sans prévenir sur le sol et elle roule et roule encore, se prenant des coups les uns après les autres.

Lorsque le vent se retire enfin, la peur au ventre elle reprend ses esprits et se demande ce qu'elle a bien pu faire pour mériter ça. Elle ne comprend pas et aucune réponse ne vient éclairer ses interrogations. Alors que faire d'autre que de continuer à vivre ?

Elle trouve le courage au fond d'elle-même pour continuer sa route, mais elle sait qu'elle n'oubliera jamais cette terrible expérience.

Néanmoins, elle retrouve la joie de vivre, mais à peine avait-elle récupéré, qu'un nouveau coup dur la surprend. Ce jour-là, elle est sur la branche d'un mélèze et a juste eu le temps de s'engouffrer dans un orifice étroit qui lui sauve la vie. Le bec pointu d'un oiseau a quand même eu le temps de lui lacérer le dos, lui laissant une vilaine blessure. Elle n'a jamais eu aussi peur de sa vie et elle reste cloîtrée dans ce minuscule abri durant trois jours.

La vie continue, et notre petite chenille se prend encore des coups. Pourtant elle trouve chaque fois les forces nécessaires pour se relever et aller de l'avant, car elle a l'intuition que quelque chose de merveilleux l'attend et qu'un jour elle sera libérée de cette vie douloureuse.

Un jour elle ressent une impression très bizarre qu'elle ne connaît pas. Cette sensation lui cause une peur terrible et elle se replie sur elle-même. Cela lui donne le sentiment d'être protégée du monde extérieur. Elle n'a plus le goût à rien et n'attend rien d'autre que d'en finir avec ses souffrances.

Elle s'abandonne totalement au courant de la Vie.

C'est alors que le miracle se produit. La lumière perce son cocon et l'inonde de douceur. Elle se sent légère comme une aile de papillon. Ce qu'elle pressentait depuis tant d'années se réalise à l'instant.

Toute peur s'est évaporée et le monde lui apparaît soudain harmonieux et vibrant d'amour.

Elle réalise que tous ces moments difficiles qu'elle a traversés avec courage l'ont amenée vers la plus belle des délivrances. Elle déploie ses ailes délicatement et s'élance en douceur, portée par le souffle silencieux de la Vie.

