

Rapport final de recherche

Évaluation de l'impact de la viabilité et de la transférabilité d'un dispositif d'accompagnement en RDRD Alcool basé sur le rétablissement en santé mentale (VITAE)

Appel à recherches Lutte contre les addictions aux substances psychoactives 2020

Judith Martin Fernandez, Sarah Perrin, Amandine Fillol,
Sarah Moriceau, Fuschia Serre, Linda Cambon et Marc Auriacombe,

15/12/2024

Soutenu par : Iresp et Inca

TABLE DES MATIERES

I. PARTIE SCIENTIFIQUE.....	6
Résumé	7
Abstract	8
Synthèse longue	9
Évaluation de la transférabilité de l'intervention	11
Perspectives pour l'intervention.....	12
Des enseignements plus larges pour le secteur et la prise en charge des usagers dans une visée de RDR	13
Une diversité d'initiatives mais peu d'usagers inclus dans les programmes	13
Un réel besoin pour les professionnels d'être sensibilisés et formés.....	14
Les structures ne sont pas toujours adaptées à la mise en œuvre de certaines interventions....	14
Une pratique plus diffuse de l'approche RDRDA	15
Un besoin de lignes directrices claires et de diffusion des méthodes avec une adaptation aux besoins des usagers	15
Besoin de déconstruction, déstigmatisation et déculpabilisation plus diffuse.....	16
Rapport scientifique complet	18
[Rapport scientifique	19
Introduction	19
La consommation d'alcool en France	19
L'addiction à l'alcool et les prises en charge.....	19
L'approche de réduction des risques	21
Rétablissement en santé mentale	22
L'intervention IACA!.....	24
Étudier la transférabilité	25
Méthodes.....	26
Recueil des données qualitatives.....	27
Recueil des données quantitatives	28
Méthodes d'analyse des données	30
Méthodes d'investigations complémentaires	31
Participants	32
Description de l'échantillon de professionnels.....	33
Echantillon usagers	33
I. Description de l'intervention IACA !	38

Origines	38
Objectifs	38
Méthode	39
II. Théorisation de l'intervention IACA !	41
Les références théoriques.....	41
Les conditions d'efficacité et leviers supposés	42
III. Mise en œuvre de la méthode IACA !	51
Une adaptation difficile dans les centres.....	51
Une philosophie plus qu'une méthode ?	52
Profils des usagers	52
Professionnels mobilisant la méthode.....	53
<i>Une entrée dans le programme qui fait suite à un historique de prise en charge en addictologie</i>	53
Le déroulement « type » du programme dans les centres.	54
IV. Analyse de la transférabilité de la méthode IACA !	55
Viabilité	55
« Affordable »: la soutenabilité économique de l'intervention ainsi que son accessibilité.....	56
Utile :	58
Compatible culturellement	61
Adéquate	64
Pratique	68
Évaluable.....	70
Capacité à reproduire l'efficacité mesurée de l'intervention dans son cadre originel	71
Un effet diffus mais présent pour les usagers	71
Évolution des consommations	74
Autres résultats quantitatifs	76
Évolution Craving pour l'alcool :	76
Prise en charge pour l'alcool :	77
Demande de prise en charge pour l'alcool :	78
Empowerment	79
Conditions de transférabilité de IACA !.....	80
Évolution des conditions d'accueil des usagers (Ce) permettant la libération de la parole (M) ..	80
Formation : outillage et sécurisation des professionnels (M).....	80
Une formation continue (Ci) pour pérenniser la pratique	81
Une implication de la structure/ de l'équipe et un réseau d'acteurs cohérent.....	81
Permettre une adaptation matérielle à cet accompagnement afin de favoriser un accompagnement plus soutenant voire global.....	81

Permettre la constitution d'un lien et d'une alliance professionnel/usager(M)	82
S'adapter aux besoins des usagers et des structures	83
V. Panorama des pratiques actuelles en RDRDA	84
Revue de littérature	84
Methodologie	84
Results.....	87
Effectiveness of interventions	102
Discussion	105
Conclusions.....	107
Panorama des pratiques actuelles de RDRDA en France	108
Sélection des participants.....	108
Méthode de recherche choisie	108
L'enquête par questionnaire	108
Les entretiens	109
Résultats	110
Description de l'échantillon	110
Les structures.....	112
Les partenaires.....	114
Le profil des usagers concernés	114
Les accompagnements de RDRDA	115
Autres types d'accompagnements	120
Les leviers et freins dans une perspective d'accompagnement RDRDA	121
Définition de la RDRDA	122
Conclusion du panorama	125
VI. Limites de l'évaluation	129
VII. Discussion et conclusions.....	131
Résumé des résultats	131
L'intervention IACA !.....	131
Évaluation de la transférabilité de l'intervention	131
Perspectives pour l'intervention.....	133
Des enseignements plus larges pour le secteur et la prise en charge des usagers dans une visée de RDR	134
Une diversité d'initiatives mais peu d'usagers inclus dans les programmes	134
Un réel besoin pour les professionnels d'être sensibilisés et formés.....	135
Les structures ne sont pas toujours adaptées à la mise en œuvre de certaines interventions..	135



Une pratique plus diffuse de l'approche RDRDA	136
Un besoin de lignes directrices claires et de diffusion des méthodes avec une adaptation aux besoins des usagers	136
Besoin de déconstruction, déstigmatisation et déculpabilisation plus diffuse.....	137
Bibliographie	139
II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	154
Publications.....	154
Articles soumis	154
Articles en cours d'écriture	154
Liste des communications au grand public.....	154
Renseignements scientifiques :	156
Description générale des travaux menés au cours du projet	156

I. PARTIE SCIENTIFIQUE

Résumé

Évaluation de l'impact de la viabilité et de la transférabilité d'un dispositif d'accompagnement en RDRD Alcool basé sur le rétablissement en santé mentale (VITAE)

Judith Martin Fernandez, Sarah Perrin, Amandine Fillol,
Sarah Moriceau, Fuschia Serre, Linda Cambon et Marc Auriacombe

CONTEXTE

L'intervention IACA ! (Intégrer et Accompagner les Consommations d'Alcool) est élaborée et orientée vers les pratiques professionnelles pour accompagner les intervenants de terrain à mettre en œuvre une relation avec les personnes consommatrices d'alcool basée sur des postures RdR Alcool (RDR A). Cette intervention a comme objectif de proposer une déclinaison opérationnelle de la RDR A à travers un cadre d'intervention destiné à structurer et piloter des accompagnements dans une logique de coordination de parcours. Cette méthode globale est destinée à proposer un environnement ressource et protecteur pour la personne même si celle-ci poursuit ses consommations.

OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la transférabilité de IACA! en termes de résultats dans 11 centres de prise en charge aux fonctionnements différents en régions Nouvelle Aquitaine et PACA

MÉTHODOLOGIE

L'étude Vitae adhère au cadre d'évaluation axé sur la théorie, dans lequel la méthode d'évaluation réaliste et l'analyse de la contribution sont utilisées pour explorer les effets, les mécanismes et l'influence du contexte sur les résultats et pour développer et ajuster une théorie d'intervention. Cette étude est une étude descriptive longitudinale multi-cas de 12 mois utilisant des méthodes mixtes. Elle est multicentrique et menée dans 10 centres. Le nombre de participants ciblés était de 100 bénéficiaires et 23 professionnels.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Plusieurs conditions d'efficacité supposées ont été identifiées : Une mise en œuvre concrète de la RDRDA, la considération de l'utilisateur en tant qu'expert, la mobilisation des consommations comme levier, la constitution d'un discours différent, l'évolution de la posture professionnelle orientée par la proactivité, la disponibilité et la persistance, la constitution d'une culture commune appuyée par des rencontres professionnelles régulières permettant la fabrique des pratiques.

L'étude a relevé les défis et conditions de transférabilité de l'IACA!, comme la pérennité financière et l'accessibilité. L'intervention est perçue comme utile mais son effet est parfois diffus. Le cadre culturel reste un obstacle, nécessitant une diffusion plus large de la philosophie de la réduction des risques pour faciliter l'adhésion des structures et des utilisateurs. Le manque de ressources et la complexité d'implantation dans certaines structures d'accueil compliquent également le déploiement.

Malgré un faible échantillon, les résultats indiquent une tendance positive sur la réduction de la consommation et des cravings. La reproductibilité reste difficile à évaluer à cause de la spécificité du public cible et des contraintes de recrutement, bien que des éléments encourageants justifient la poursuite de la méthode.

Cette étude souligne l'importance d'une sensibilisation accrue des professionnels et d'une formation continue en réduction des risques. Elle identifie aussi le besoin de clarifier les lignes directrices et de déconstruire les représentations normatives de l'abstinence, encore majoritairement valorisée, au profit d'une vision plus inclusive et déstigmatisante.

APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS

En conclusion, l'intervention IACA ! présente une approche prometteuse mais son adoption à large échelle nécessite des ajustements dans la formation des professionnels, une meilleure sensibilisation du public et des usagers, ainsi qu'une coordination accrue des acteurs du secteur de la santé.

Abstract

Evaluation of the Impact, Viability, and Transferability of a Mental Health Recovery-Based Alcohol Harm Reduction Support Program (VITAE)

Judith Martin Fernandez, Sarah Perrin, Amandine Fillol,
Sarah Moriceau, Fuschia Serre, Linda Cambon et Marc Auriacombe

CONTEXT

The IACA! (Integrate and Support Alcohol Consumption) intervention is designed and oriented towards professional practices, supporting field practitioners in establishing harm reduction (HR) approaches with people who consume alcohol. Its goal is to provide an operational framework for HR through structured and coordinated support. This comprehensive approach aims to create a supportive and protective environment for individuals, even if they continue drinking.

OBJECTIVES

The primary objective of this study was to evaluate the transferability of IACA! in terms of outcomes across 11 treatment centers with varying structures in the Nouvelle Aquitaine and PACA regions.

METHODS

The Vitae study follows a theory-based evaluation framework, using realist evaluation methods and contribution analysis to explore the effects, mechanisms, and contextual influences on outcomes while developing and refining an intervention theory. It is a 12-month, longitudinal, multi-case descriptive study employing mixed methods, conducted across 10 centers, targeting 100 beneficiaries and 23 professionals.

MAIN RESULTS

Several presumed conditions for effectiveness were identified: concrete implementation of HR, recognition of users as experts, use of consumption as a lever, development of a different narrative, evolution of professional attitudes driven by proactivity, availability, persistence, and establishment of a shared culture supported by regular professional meetings to foster practices. The study identified the challenges and conditions for IACA!'s transferability, such as financial sustainability and accessibility. The intervention is perceived as valuable, though its effect is sometimes diffuse. The cultural framework remains an obstacle, requiring broader dissemination of the HR philosophy to facilitate adherence by institutions and users. The lack of resources and complexity of implementation in some centers also complicates deployment.

Despite a small sample size, results indicate a positive trend in reducing consumption and cravings. Reproducibility is challenging to assess due to the specificity of the target audience and recruitment constraints, though encouraging elements support the method's continuation.

This study highlights the importance of increased professional awareness and ongoing training in HR. It also identifies the need to clarify guidelines and deconstruct normative views on abstinence, which remains highly valued, in favor of a more inclusive and destigmatizing perspective.

OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS

In conclusion, the IACA! intervention presents a promising approach, but its widespread adoption requires adjustments in professional training, greater public and user awareness, and improved coordination among health sector stakeholders.

Synthèse longue

Évaluation de l'impact de la viabilité et de la transférabilité d'un dispositif d'accompagnement en RDRD Alcool basé sur le rétablissement en santé mentale (VITAE)

Judith Martin Fernandez
Equipe PHARes : axe MéRisp
ISPED - Université de Bordeaux
146 rue Léo Saignat
33076 Bordeaux cedex

Appel à recherches Lutte contre les addictions aux substances psychoactives 2020
2011133-00

Sommeil, Addiction et Neuropsychiatrie (SANPSY) - U.Bordeaux
CIC 1401-EC INSERM CHU de Bordeaux, Équipe émergente de recherche Inserm-UB U1219,
BPH
Santé!

◀ Modalité du projet (Projet de recherche complet) Modalité du projet ▶

Messages clés du projet

- **L'intervention IACA! adopte une approche de réduction des risques axée sur le terrain** : Elle soutient les professionnels dans l'accompagnement des consommateurs d'alcool en créant un cadre protecteur et coordonné, même si la consommation se poursuit.
- **Défis de transférabilité et de durabilité** : La viabilité de l'intervention varie selon les contextes, et bien que perçue comme utile, son accessibilité reste complexe. Le succès dépend d'une adoption culturelle plus large de la philosophie de réduction des risques.
- **Résultats encourageants malgré des défis d'évaluation** : Bien que les participants montrent des signes positifs de réduction de consommation et de cravings, la faible taille de l'échantillon limite la généralisation des résultats.
- **Besoins de formation et de sensibilisation** : Les professionnels expriment un besoin accru de formation en réduction des risques pour mieux accompagner les usagers, et une sensibilisation publique est nécessaire pour déconstruire les stéréotypes autour de l'abstinence et de la consommation d'alcool.

L'intervention IACA ! est une méthode novatrice de Réduction des Risques et Dommages liés à l'Alcool (RDRDA) visant à aider les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool à atteindre un rétablissement médical et fonctionnel, tout en intégrant la consommation d'alcool dans l'accompagnement. Elle se distingue par une approche pragmatique, sur le terrain, ancrée dans l'expérience des usagers et la déconstruction des normes sociales autour de l'alcool le rétablissement médical et fonctionnel de la personne et le faire avec l'alcool.

Plusieurs conditions d'efficacité supposées ont été identifiées : Une mise en œuvre concrète de la RDRDA, la considération de l'utilisateur en tant qu'expert, la mobilisation des consommations comme levier, la constitution d'un discours différent, l'évolution de la posture professionnelle orientée par la proactivité, la disponibilité et la persistance, la constitution d'une culture commune appuyée par des rencontres professionnelles régulières permettant la fabrique des pratiques.

Évaluation de la transférabilité de l'intervention

Cette étude a permis d'identifier différents éléments concernant la transférabilité de l'intervention IACA !. La viabilité de l'intervention semble variable selon le contexte de déploiement et les composantes observées. Concernant la soutenabilité économique de l'intervention ainsi que son accessibilité nous pouvons donc dire que, s'agissant de l'intervention IACA !, la soutenabilité financière a été facilitée lors du déploiement (par la mise à disposition de fonds dédiés) mais reste possiblement problématique. L'accessibilité est, quant à elle, à différents niveaux, complexe mais pourrait être facilitée par une flexibilité des structures (en termes d'organisation) et une adaptation aux capacités langagières et parfois cognitives des usagers mais surtout par une ouverture paradigmatique. L'utilité de l'intervention est assez clairement identifiée et relevée par les professionnels et les structures. Si les effets sont plus diffus, il n'en reste pas moins que l'intervention IACA ! constitue une offre nécessaire et pertinente générant la diffusion d'une philosophie et parfois des espoirs importants chez les usagers. La compatibilité culturelle de IACA ! avec les contextes de déploiement est complexe et doit fonctionner conjointement avec une diffusion plus large de la philosophie de RDRDA auprès des structures et professionnels du secteur mais aussi plus largement auprès de la population afin que cette proposition soit culturellement acceptable par les usagers et leurs proches. L'adéquation de l'intervention IACA est donc perçue difficilement tant par les professionnels que leur direction. Celle-ci, du fait du manque de temps disponible à y consacrer mais aussi des temporalités des usagers ou de leur profil, ou encore lié au fonctionnement spécifique des structures concernées ainsi qu'à leur écosystème. La dimension de la praticité de l'intervention s'est avérée plus complexe dans les structures d'hébergement engendrant une certaine réticence des professionnels. La mise en œuvre concrète de cette méthode a été complexe pour ces structures tant par ses modalités (binômes, temporalité, continuité des accompagnements). Les usagers néanmoins, lorsqu'ils suivent la méthode vont évoquer sa praticité. L'évaluabilité de cette intervention est donc complexe et est rendue difficile tant par la spécificité de l'intervention très proche du « management case », des objectifs « sur

mesure » mais aussi par la spécificité du public concerné et va donc nécessiter la construction d'un design innovant et peu généralisable.

Concernant la capacité à reproduire les résultats, la majorité des participants ayant débuté le programme IACA! ont présenté une amélioration de la sévérité d'usage de l'alcool (score composite Alcool à l'ASI) au cours des 12 mois d'étude. Les bénéficiaires présentaient une tendance (non statistiquement significative) à la diminution de leur consommation d'alcool (en nombre d'unités d'alcool), et du craving (nombre de jour sur les 30 derniers jours, et intensité maximale ressentie) pour l'alcool. Ces résultats sont encourageants sur la transférabilité des résultats observés dans le contexte originel à des contextes de déploiement. Néanmoins la faiblesse de recrutement de l'intervention et donc de l'échantillon de cette étude pointe la difficulté pour cette méthode d'intervention à se mettre en œuvre mais aussi à être évaluée. Sur les 110 inclusions prévues, 29 sujets ont pu être inclus dans 7 centres sur les 11 initialement prévus. Moins de la moitié des participants ont suivis le programme IACA! durant les 12 mois d'étude, mais la majorité a continué d'être suivis pour leur consommation d'alcool dans le centre participant ou un autre centre.

En comparaison d'une cohorte de personnes suivies pour une addiction à l'alcool dans un CSAPA au cours de la période de 2018 à fin 2022 (données internes Cohorte ADDICTAQUI, PIEA Addictologie – CHCP, Bordeaux), les personnes présentaient des caractéristiques sociodémographiques similaires à l'exception que les personnes suivant le programme IACA ! étaient majoritairement moins en emploi et habitaient plus seules comparés aux personnes suivies dans un CSAPA. Les bénéficiaires du programme IACA ! avaient un profil de sévérité de l'usage de l'alcool similaire comparé à une population de personnes venant dans un CSAPA pour l'alcool.

L'évolution de la sévérité de consommation d'alcool (score composite Alcool de l'ASI) parmi des sujets débutant une prise en charge pour l'alcool en CSAPA était aussi similaire à celle observées par les personnes suivies par le programme IACA !

Les scores d'empowerment ne présentaient pas d'évolution significative au cours du suivi ces scores restent assez stables. Nos données quantitatives indiquent que le programme IACA ! ne semble pas avoir eu d'effet sur l'empowerment des usagers.

L'étude Vitae a permis d'identifier avec finesse les composantes essentielles de la méthode IACA ! ainsi que ses modalités de transfert. Comme nous l'avons vu plus haut, il conviendrait de réaliser une étude plus large avec un design mixte afin de tenter de mesurer avec exactitude les effets de cette méthode pour les usagers.

Perspectives pour l'intervention

Le déploiement de l'intervention IACA! se poursuit dans d'autres centres et régions. L'association Santé ! propose ainsi des accompagnements aux structures et professionnels souhaitant développer leurs propositions de RDRDA. En 2023, 252 professionnels ont été formés par l'association Santé ! et 57 usagers ont été accompagnés par l'association. En parallèle, l'association Santé ! a développé la plateforme « SOLALE » afin de faciliter la diffusion de la RDRDA aux professionnels et aux différentes structures.

L'identification de conditions de transfert variées, tant en termes de contextes extérieurs favorables (au sein des structures, professionnel et populationnel) qu'en termes de contextes interventionnels (implication de la structure préalable, formation généralisée et continue) devrait faciliter le déclenchement de mécanismes permettant la survenue d'effets tant chez les professionnels que pour les usagers.

Des enseignements plus larges pour le secteur et la prise en charge des usagers dans une visée de RDR

L'étude Vitae a, grâce à ses investigations complémentaires, produit des enseignements plus larges pour le secteur spécialisé dans la prise en charge avec une orientation de RDR auprès des personnes consommatrices d'alcool.

Une diversité d'initiatives mais peu d'usagers inclus dans les programmes

Tout d'abord nos investigations ont confirmé la diversité d'initiatives proposées mais le peu d'usagers inclus dans ces programmes. En effet, lors des évaluations et investigations menées, les différents programmes de RDRDA présentent une faible inscription ou participation des usagers. Ceci vient confirmer d'autres études menées précédemment (1,2) présentant le même écueil. Cette difficulté de recrutement trouve son fondement dans la conjonction de plusieurs facteurs. Tout d'abord, **la persistance de l'abstinence comme but recherché chez les usagers**. Cet objectif d'abstinence se retrouve chez beaucoup d'usagers à l'instar de ce qui est vu par la société comme la « seule solution » aux problématiques d'addiction. Vestige de la guerre de paradigme entre abstinence et RDR, les positions normatives et les imaginaires collectifs gardent toute leur vigueur encore aujourd'hui. En effet, la philosophie de la RDRDA semble totalement absente du discours courant et seule l'abstinence est valorisée socialement. Le fait que les interventions de RDRDA se positionnent résolument dans une dynamique différente où l'abstinence n'est pas nécessairement l'objectif peut expliquer le peu d'inscription d'usagers dans ces programmes.

Il est à noter également que **peu de communications** sont réalisées auprès des publics ciblés et/ou du grand public concernant ces programmes. Quand des outils de communication sont mis en place, ceux-ci sont parfois jugés peu attractifs ou explicites. Des professionnels pointent aussi le fait que les usagers ne sont pas à un stade de motivation concernant leur changement de comportement compatible avec une intervention.

Autre piste explicative, le fait que les usagers fréquentant les centres concernés n'évoquent **pas l'alcool comme le premier produit dommageable**, ce qui les oriente, de fait, vers d'autres types d'accompagnement.

Certains professionnels abordent également **les prérequis et les contraintes liées au suivi d'un programme** qu'elles soient liées aux « capacités cognitives » nécessaires afin « d'accéder à sa réalité » ou organisationnelles (langue, nombre de séances ou rdv, horaires, modalités) comme pouvant limiter le nombre de personnes à qui les programmes pourraient être proposés.

Dernier élément pouvant engendrer une difficulté de mobilisation des personnes est qu'une partie des personnes ciblées par les interventions ne va pas y accéder. En effet, **les usagers à risque mais ne se considérant pas ou peu dépendants ne fréquentent pas les structures spécialisées** dans les addictions (pour des raisons liées au stigma, à la méconnaissance de l'existence de tels lieux, à une autocensure etc...) et donc, n'y ont, de fait, pas l'opportunité de se voir proposer de telles interventions qui y sont majoritairement diffusées. Ce constat de difficile mobilisation, fait émerger la **nécessité d'adapter les stratégies d'intervention ainsi que leur modalité de diffusion et de proposition.**

Un réel besoin pour les professionnels d'être sensibilisés et formés

Les investigations ont pointé **le besoin ressenti par les professionnels de formation** sur la thématique de l'alcool et de la RDR. Ces interventions sont souvent **l'occasion pour les professionnels d'acquérir un savoir et des connaissances pratiques pour accompagner les usagers** sur la thématique alcool. Les formations proposées par les différents programmes sont ainsi vues comme un **outillage, une sécurisation par les professionnels, leur donnant l'assise, le sentiment de légitimité pour aborder la question de l'alcool avec les personnes qu'ils suivent.**

Les professionnels également peuvent, grâce aux méthodologies et formations de RDRDA, se **sentir valorisés dans leurs pratiques**, leur permettant parfois de trouver une issue pour un usager ou une situation face à laquelle ils se sentaient auparavant impuissants

Les structures ne sont pas toujours adaptées à la mise en œuvre de certaines interventions

Un des leviers particulièrement important dans la mise en œuvre des interventions de RDRDA est l'implication de la structure et de l'équipe autour de cette dynamique.

L'acceptation, ou du moins la tolérance, de la philosophie RDRDA chez les différents professionnels du centre est primordiale afin de permettre au professionnel de mettre en œuvre la RDRDA. Le fait que les structures ou **institutions ne soient pas motrice et n'engagent pas une certaine fédération concernant la pratique d'accompagnement** des usagers va nécessairement impacter la mise en œuvre des interventions. L'impression, chez les professionnels, de **ne pas être soutenus dans leur pratique** ou dans les modalités d'accompagnement proposées entraîne un sentiment d'isolement. Certains vont ainsi rapporter **le manque d'orientation des usagers suivis par leurs collègues vers l'intervention, l'incompréhension pouvant parfois générer des tensions en interne dans les équipes.**

Autre point fondamental freinant la mise en œuvre des interventions, le **manque moyens et de ressources qu'ils soient humains, financiers ou matériels est majoritairement évoqué.**

Les interventions de RDRDA venant souvent s'ajouter aux autres fonctions et accompagnements des professionnels, ceux-ci déclarent ne pas avoir le temps à consacrer à ces accompagnements souvent coûteux en temps et énergie. Les usagers pointent également le fait que ces suivis ne sont pas adaptés à leur profil ou souhaits. De plus les structures rencontrées présentent souvent des déficits et **instabilités en ressources humaines** ce qui freine d'autant la mise en œuvre de ces interventions. Ainsi, le temps

partiels, turn-over des professionnels rendent difficile l'appropriation et la tenue des programmes tels qu'ils ont pu être pensés par les concepteurs. Enfin, des usagers déplorent les horaires des structures, qui sont **des horaires de bureau** et qui compliquent le suivi lorsque l'utilisateur a une activité.

A une échelle plus large, les professionnels soulignent la **nécessité d'être inséré dans un réseau d'acteurs, de partenaires qui pourraient servir de relais** pour les soutenir et leur orienter des usagers, afin d'augmenter le nombre d'utilisateurs concernés, mais aussi apporter cohérence et cohésion dans leurs parcours de soin. Cette mobilisation plus large peut être portée par certains professionnels mais n'est, actuellement, pas intégrée aux interventions étudiées.

L'ensemble de ces points soulignent le besoin d'une vision stratégique, concertée et souple des structures dans le cas d'implémentation d'intervention de RDRDA

Une pratique plus diffuse de l'approche RDRDA

Ces difficultés de mise en œuvre de la RDRDA vont donc naturellement conduire les professionnels et les centres, vers une application plus diffuse de la RDRDA ou **à relayer vers une autre structure plus spécialisée** ou compétente avec, cependant, toujours l'idée de mettre en œuvre la méthode à un autre moment.

Les professionnels et leur direction pointent ainsi une **mobilisation plus diffuse de la méthode ou de la « philosophie »** de la RDRDA sans nécessairement mobiliser de méthode. Cette pratique plus diffuse indique la nécessité d'identifier les composantes interventionnelles potentiellement efficaces sur lesquelles il importe de concentrer son action et de les adapter aux caractéristiques des usagers, des professionnels et des structures.

Un besoin de lignes directrices claires et de diffusion des méthodes avec une adaptation aux besoins des usagers

De plus, on constate que **les actions de RDRDA sont encore mal connues, et ce, également par les professionnels susceptibles d'être en contact avec des consommateurs d'alcool.**

Face à cette méconnaissance, qui est source d'inquiétude et de maladresse de la part des différents professionnels, des actions de formation devraient être menées par des professionnels spécialisés en RDRDA.

A cela s'ajoute, la **non-existence de ligne directrice officielle encadrant de manière précise les pratiques d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool en RDRDA**, ce qui rend la tâche difficilement applicable pour les acteurs de terrain. Les principes et valeurs de la RDRDA donnent envie de les rendre opérationnels, par contre, il faut aussi avoir les moyens de le faire. Les différentes actions de RDRDA mises en place par les professionnels dans les différentes structures semblent cohérentes les unes des autres et tiennent tous en compte les souhaits des personnes concernées, mais c'est dans leurs applications sur le terrain qu'elles diffèrent. Ainsi, l'élaboration **d'un référentiel national de formation qui permettrait de veiller à la qualité des formations dispensées en RDRDA** comme préconisé

dans le récent rapport de G. Benech (3), tout en incluant tous les professionnels recevant les usagers d'alcool. Mais également, en faisant un diagnostic précis sur les consommateurs d'alcool acceptant un accompagnement en RDRDA. Et enfin, en recensant les différentes actions de RDRDA imaginées et mises en place par des acteurs désireux de promouvoir cette démarche, cela permettrait une meilleure structuration de ces actions et leur évaluation afin de les diffuser et les faire connaître par les différents acteurs intervenant dans ce domaine. Aussi, cela permettrait **d'améliorer la compréhension des objectifs de la RDRDA, faire accepter les actions entreprises et leurs bénéficiaires**. De plus, Ceci éviterait aux personnes consommatrices d'être prises dans des discours opposant la RDRA à l'abstinence. L'ensemble de ces éléments faciliterait le travail avec la personne grâce à un accompagnement adapté et spécialisé.

Besoin de déconstruction, déstigmatisation et déculpabilisation plus diffuse

Ces éléments viennent également confirmer la nécessité d'une déconstruction et d'une déstigmatisation des consommations d'alcool.

Des professionnels, des centres

Le changement des représentations que peuvent avoir les professionnels concernant les usagers ou les consommations d'alcool doit se poursuivre, afin de rendre la prise en charge la plus inclusive et la plus efficace possible. Ce changement de représentation, qui se concrétise par un discours et des pratiques moins culpabilisantes et stigmatisantes, peut se travailler durant des formations spécifiques et des séances d'analyse de pratique.

Réseau cohérent d'acteurs

Cette déstigmatisation et déculpabilisation des usagers ne peut se faire grâce à la seule implication des professionnels et des centres. **Les acteurs gravitant autour des usagers et des centres (médecine de ville, hôpitaux, services d'aides sociales ...) doivent eux aussi déconstruire les représentations, discours et pratiques stigmatisants afin de favoriser une cohérence dans la prise en charge et le suivi des usagers avec une addiction à l'alcool.**

Plus largement de l'opinion

Enfin, plus largement, cette déconstruction doit également concerner l'opinion publique. Les discours stigmatisants et culpabilisants sont largement relayés par les médias et nourris durant des échanges au sein de la famille, à l'école, au travail, dans la rue... Cette déconstruction des opinions stigmatisantes et culpabilisantes passent par deux choses. Premièrement, il faut faciliter la prise de **conscience de la population que l'addiction est une problématique que la volonté seule ne suffit pas à résoudre** ». Deuxièmement, **il faut aussi faire sortir l'alcool de la place spécifique qui lui a été attribuée en France, en communiquant sur le fait que l'alcool est une drogue au même titre que le tabac ou l'héroïne, malgré son statut légal et culturellement valorisé**. Cette « dénormalisation » de l'alcool peut se faire *via* des campagnes de santé publique, et *via* l'inscription de messages de prévention sur les bouteilles d'alcool, stratégie avortée par le passé qui pourrait pourtant permettre une prise de conscience collective sur le fait que l'alcool est une « drogue » comme les autres. Enfin, la diffusion de la philosophie de la RDRDA permettra que la

solution de la diminution ou le contrôle des consommations puisse apparaître comme **une solution envisageable, acceptable et valorisée par les usagers.**

L'ensemble de ces éléments questionne les pratiques actuelles de RDRDA telles que menées en France. En effet, si ces interventions constituent une réelle évolution de positionnement, de réflexion et un outillage pour les professionnels formés, leur difficile insertion dans les pratiques professionnelles du fait des oppositions fortes paradigmatiques au sein des structures et avec les partenaires, l'adhésion délicate des usagers (du fait de croyances et de valeurs sociétales très ancrées) questionnent la viabilité de ces interventions. La question de la compatibilité culturelle apparaît cruciale tant elle a du mal à s'inscrire durablement et majoritairement dans la demande des usagers mais aussi dans les pratiques professionnelles.

La compatibilité culturelle de la RDRDA reposerait certainement sur une définition plus claire et cadrée permettant aux usagers comme aux professionnels une adhésion. Actuellement, en effet, mise à part l'abstinence comme opposition fondamentale les acceptions de la RDRDA sont multiples et peuvent aller de la réduction des risques pour les professionnels accueillant les usagers à l'accompagnement global de ceux-ci en passant par le fait de « parler alcool », de trouver des petites solutions ou encore de créer des salles de consommation. Il est donc nécessaire de dessiner les contours de la pratique de la RDRDA afin de lui permettre d'être identifiée et de s'implanter dans les pratiques et les usages.



Rapport scientifique complet

Rappel : Ce document n'est requis que pour les projets soutenus par la CNSA

Évaluation de l'impact de la viabilité et de la transférabilité d'un dispositif d'accompagnement en RDRD Alcool basé sur le rétablissement en santé mentale (VITAE)

Judith Martin Fernandez
Equipe PHARes : axe MéRisp
ISPED - Université de Bordeaux
146 rue Léo Saignat
33076 Bordeaux cedex

Appel à recherches Lutte contre les addictions aux substances psychoactives 2020
2011133-00

Sommeil, Addiction et Neuropsychiatrie (SANPSY) - U.Bordeaux
CIC 1401-EC INSERM CHU de Bordeaux, Équipe émergente de recherche Inserm-UB U1219,
BPH
Santé!

« Modalité du projet » **Projet de recherche complet** « Modalité du projet »

/Rapport scientifique

Introduction

La consommation d'alcool en France

En France, 86,5 % de la population âgée de 18 à 75 ans indique avoir bu de l'alcool dans l'année (4). Parmi eux, 10,0 % des personnes déclarent boire quotidiennement. En France, 11% des cancers chez les hommes et 4,5% des cancers chez les femmes sont attribués à la consommation d'alcool. C'est la deuxième cause de cancers dits évitables (5), avec 28 000 cancers liés à l'alcool sur 352 000 nouveaux cas de cancer touchant les adultes de plus de 30 ans chaque année (6). Le risque de cancer existe dès la consommation d'un verre par jour (œsophage, cavité buccale, pharynx et sein chez la femme) (7–9). Toutefois, les risques liés à la consommation d'alcool restent influencés par les quantités consommées (6). Il y a donc un intérêt, notamment pour les grands consommateurs, à réduire les quantités consommées et ou à reprendre le contrôle sur leurs usages.

En Europe, les personnes qui boivent plus de 60 g/j d'alcool pour les hommes et 40 g/j pour les femmes, bien qu'elles ne représentent que 16,1% de la population pour les hommes et 9,3% pour les femmes, représentent en revanche respectivement 87% et 82% de la morbidité et de la mortalité dues à l'alcool (10). Les personnes ayant une addiction sont, par définition, des individus qui présentent une perte de contrôle de leur usage, et ressentent des difficultés à s'abstenir malgré l'observation de conséquences négatives (11). La persistance de l'usage conduit au fait que les sujets souffrant d'addiction présentent un risque accru de dommages sociaux (1,5 à 3 fois plus élevé que celui des consommateurs d'alcool sans addiction ; les dommages sociaux englobent la perte d'emploi et de logement et/ou la difficulté à trouver un emploi ou un logement, la baisse des revenus, la dégradation des liens avec l'entourage familial et amical...) (12), une mortalité plus élevée (1,4 à 6,5 comparativement à la population générale) et une espérance de vie de 9 à 20 ans inférieure à celle de la population générale (13,14). En outre, même si les quantités consommées ne constituent pas un critère de diagnostic individuel valable, les études montrent une forte association entre la quantité consommée et le diagnostic de troubles de l'usage (15,16). Enfin, certaines études suggèrent que la prévalence des méfaits secondaires (englobant les conséquences sanitaires et psychosociales) de la consommation d'alcool suit une courbe exponentielle en fonction de la consommation d'alcool (7,9).

Finalement, ceux qui consomment le plus d'alcool sont aussi ceux qui répondent le plus aux critères diagnostiques de trouble de l'usage d'alcool. Ils présentent plus de dommages et de risques de cancer en raison de leur consommation que les usagers sans addiction. En raison du trouble de l'usage, ces personnes sont moins réceptives aux informations de prévention.

Un soutien particulier est nécessaire pour diagnostiquer et gérer l'addiction à l'alcool.

L'addiction à l'alcool et les prises en charge

L'addiction (ou trouble de l'usage) est considérée comme une « maladie psychiatrique chronique et récidivante » (17) associée à un taux élevé de rechute. Dans cette **perspective, le traitement (englobant les traitements médicamenteux et les psychothérapies), quelle**

que soit la substance, vise à obtenir et à maintenir l'abstinence, ou du moins une réduction significative de la consommation, en évitant les situations à risque de rechute. La plupart des travaux thérapeutiques actuels portent sur la notion de prévention ou d'évitement des rechutes et sur le contrôle de leurs déterminants (18). Le *craving*, défini comme une envie irrépressible et involontaire de consommer, a été identifié comme un facteur prédictif majeur de rechute, et est une cible majeure de la plupart des traitements pharmacologiques et psychosociaux développés dans ce domaine (19–23).

Les médicaments utilisés pour le traitement de l'addiction et la prévention des rechutes sont des médicaments qui peuvent réduire le *craving* (20). Actuellement, en France, ces traitements sont utilisés pour les addictions aux opiacés, au tabac et à l'alcool (18,24,25). Des études ont montré que le *craving* est réduit par l'Acamprosate®, la Naltrexone®, le Nalmefen® et le Baclofène®. L'efficacité et l'innocuité de ces traitements ont été démontrées par de nombreuses études randomisées (26–30). De nombreuses psychothérapies se concentrent sur l'identification et la réduction du *craving* et des situations pouvant l'induire. Ces interventions s'inscrivent dans une approche globale du traitement de l'addiction. Les approches cognitivo-comportementales, par exemple, visent à aider le sujet à éviter les situations à risque de rechute, ou à l'accompagner vers une meilleure gestion de telles situations lorsqu'elles surviennent. Ces techniques sont typiquement basées sur l'identification des situations à risque et des facteurs déclenchant le *craving* afin de mieux les anticiper et les maîtriser (31–33). Bien que les données de la littérature soulignent l'importance d'aider les patients à mieux gérer les épisodes pulsionnels et à mieux identifier et contrôler les stimuli associés à l'usage (34,35), les traitements axés sur l'évaluation et la régulation de ces pulsions demeurent peu utilisés par les thérapeutes et ne sont parfois accessibles qu'après une période de désintoxication et une gestion du sevrage.

Cependant, malgré la forte prévalence de l'addiction dans la population générale et l'existence de traitements, on estime que moins de 25% des personnes que l'on estime souffrir d'un trouble de l'usage reçoivent effectivement un traitement (« **Treatment gap** »), et ce chiffre est estimé à moins de 10% pour l'alcool et le tabac, y compris en France (36,37). En France, on estime qu'au moins **2 à 3 millions de personnes répondraient aux critères de trouble de l'usage de l'alcool** (OFDT). En termes d'utilisation des soins de santé, en France, 135 000 personnes ayant un trouble de l'usage de l'alcool se rendent dans des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), mais d'autres sont également vues dans les hôpitaux ou en médecine de ville (38). Les omnipraticiens voient environ 50 000 patients chaque semaine pour le sevrage (données de 2009 (39)). Les statistiques des hôpitaux non psychiatriques ont enregistré plus de 136 000 séjours avec un diagnostic primaire de troubles mentaux et comportementaux liés à l'alcool en 2016 : deux tiers étaient liés à une intoxication aiguë (ivresse) ; 58 000 séjours étaient liés au sevrage de l'alcool. Un peu plus de 500 000 personnes ont été hospitalisées en 2011 avec un diagnostic lié à la consommation d'alcool (hors cancer et maladies cardiovasculaires attribuables à l'alcool).

La faible proportion d'accès au traitement de l'addiction à l'alcool, et le taux élevé d'abandon après une rechute pourraient s'expliquer par des obstacles tels que la stigmatisation associée à l'addiction, y compris par les professionnels de santé (40) le désir d'essayer de faire face seul, le manque de connaissance et de prise de conscience sur sa pathologie, la méconnaissance des dispositifs existants, ou encore des obstacles organisationnels (contraintes en termes d'horaires, de coûts...) (41). En outre, de nombreux patients n'ont pas accès au traitement ou abandonnent le traitement en raison de la condition préalable fréquente d'une période de désintoxication en hospitalisation. En effet, l'offre de soins actuelle pourrait ne pas correspondre en totalité aux attentes des personnes souffrant d'addiction, et notamment selon leur niveau de sévérité et/ou leur volonté actuelle de s'engager vers l'abstinence ou la réduction de l'usage. Enfin, l'accès tardif aux soins est associé à une augmentation de la sévérité de l'addiction et de ses conséquences, susceptibles de rendre les futures prises en charges moins efficaces (42).

L'approche de réduction des risques

D'autres approches qui ne sont pas axées uniquement sur la désintoxication et le traitement habituel de l'addiction sont nécessaires. C'est le cas de l'approche de réduction des risques et des dommages (RDRD) et de la perspective de rétablissement en santé mentale, telles que développées dans les trois interventions que nous analysons dans cette évaluation. La RDRD est une approche pragmatique et humaniste (43) qui a émergé suite à la mise en lumière du lien entre usage de substances par voie intraveineuse et risques de contamination au VIH. La RDRD se base sur le respect de la personne et de ses besoins, et part du principe que l'abstinence n'est pas la seule réponse à apporter aux personnes consommatrices de substances psychoactives. **L'objectif de la RDRD n'est pas ainsi le sevrage ou l'abstinence, mais la gestion et la diminution des risques et des conséquences sanitaires associées aux consommations de substances (légalles ou illégales), sans que ce soit nécessaire d'accéder à la prise en charge de l'addiction** (44,45). La RDRD comporte de nombreuses méthodes, qui vont de la diffusion d'informations sur les produits, les risques et les manières de réduire la consommation, aux traitements de remplacements, en passant par les salles de consommation à moindre risque, la pair-aidance, les psychothérapies, les traitements médicamenteux, la distribution de matériel de consommation, l'analyse de drogues... La RDRDA (la réduction des risques et des dommages liés à l'alcool) est la déclinaison de cette approche concernant l'alcool. Sa définition et son périmètre sont encore en construction mais ils s'appuient sur les fondements généraux de la RDRD.

Les initiatives en France

En France, les actions de réduction des risques et des dommages comprennent des actions visant à (i) délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ; (ii) orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ; (iii) promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des

risques ; (iv) promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques (Code de la Santé publique).

Actuellement, les interventions de RDRDA proposées en France ont des formes, modalités et cibles variées et multiples. Celles-ci peuvent être universelles comme la récente campagne de communication de Santé Publique France « C'est la base » diffusant des messages de réduction des risques auprès d'un public large. D'autres interventions sont plus ciblées soit par leurs modalités (comme par exemple, les applications sur téléphone ciblant un public actif et n'ayant pas recours à des centres spécialisés), leurs thématiques ou champs d'action (consommations en milieux festifs par exemple) ou encore par leurs lieux d'implémentation (CSAPA, CAARUD ou CHRS par exemple).

Les interventions de RDRDA sont des interventions complexes

Les interventions en santé des populations sont généralement considérées comme complexes, telles que définies par le Medical Research Council (46). La complexité d'une intervention se caractérise en particulier par ses multiples composantes en constante interactions et la place du contexte dans la production éventuelle d'effets (47).

Les interventions de RDRDA sont donc des interventions complexes car faisant interagir de nombreuses composantes et des contextes très spécifiques.

Ce qui implique des enjeux méthodologiques

Pour appréhender ces interventions, l'approche de recherche ou d'évaluation doit au-delà des résultats, interroger les processus et mécanismes qui conduisent à l'efficacité, qu'ils soient liés à l'intervention, au contexte ou à l'interaction des deux (47,48).

Les évaluations de ces interventions doivent donc s'inscrire dans le champ plus réflexif tel que celui des évaluations basées sur la théorie (theory-based evaluation). Cette approche mobilise des méthodes de collecte des données variées et vise, entre autres, à produire une théorie d'intervention. **Cette théorie permet d'explicitier les éléments sur lesquels repose l'intervention et d'identifier comment, pourquoi et dans quelles conditions une intervention produit des effets.** Pour reprendre la célèbre métaphore de la « boîte noire », l'évaluation basée sur la théorie revient à ouvrir la boîte noire d'un cockpit après un accident d'avion afin de mieux comprendre ce qu'il s'est passé, comment et pourquoi (49). Au-delà de savoir que l'intervention X a produit un effet Y, il s'agit de comprendre la logique qui a pu permettre cet effet.

Pour créer une théorie d'intervention, il faut expliciter les hypothèses qui ont guidé, de façon implicite ou explicite, la conception et la mise en œuvre de l'intervention. Ces hypothèses sont ensuite confrontées à la réalité du terrain et de la mise en œuvre pour être améliorées ou consolidées. L'ensemble de ces hypothèses constituent une théorie d'intervention, qui est ensuite discutée et améliorée grâce à une rencontre avec l'ensemble des parties prenantes de l'intervention.

Rétablissement en santé mentale

Par certains de ses aspects, le concept de RDR est très similaire à celui du rétablissement en santé mentale, laquelle articule soin et prendre soin, autonomie et dépendance, vulnérabilité et capabilité. Il s'agit d'un processus non-médical de rétablissement clinique,

social et fonctionnel. Ce processus s'appuie sur la mise en valeur et le renforcement des compétences propres de la personne et de sa capacité à construire ses propres solutions. Il se concentre sur les transformations positives vécues par la personne au cours de sa guérison et sur les facteurs environnementaux qui les facilitent ou les entravent. Il s'agit de se remettre de la « maladie » (50).

Les éléments clés du rétablissement en santé mentale comprennent : i) Une redéfinition du rapport à soi, aux autres, à la société et à la vie en général (51); ii) Une reconstruction d'un sens de soi fonctionnel, basée, entre autres, sur la restauration des capacités altérées par la maladie (52) ; iii) Une recherche de sens dans l'expérience de la maladie et un regain d'espoir pour une évolution positive du trouble mental ou une vie meilleure(53) ; l'Empowerment (54) qui recoupe: motivation, auto détermination, sentiment d'auto-efficacité, stratégies d'adaptation efficaces. Au niveau environnemental, l'accent est mis sur la lutte contre les préjugés et la discrimination sociale contre la maladie mentale (55) et la création d'une relation dynamique entre la personne et l'environnement (53). Ce concept fait écho aux facteurs de protection du modèle stress-vulnérabilité-compétence. Un autre modèle est le modèle l'épanouissement de la Santé Mentale, qui a une conception salutogène de la santé mentale (56,57) et qui est constitué de 13 dimensions (58,59). Certains auteurs ont tenté de réconcilier ces deux modèles en un seul, appelé "les deux continuums"(58). Il s'agit d'une nouvelle approche de la guérison à partir d'une conception plus large de la santé mentale, orientée vers la restauration de la santé mentale et l'optimisation d'une santé mentale positive. Selon ce modèle, il existe deux processus : la restauration et l'optimisation.

Le processus de restauration est caractérisé par : (i) l'apprentissage et l'utilisation de stratégies pour gérer les symptômes et réduire les déficits associés au trouble, (ii) la restauration des rôles sociaux et des droits civils, (iii) la primauté de la personne et de ses choix dans ses projets de vie, (iv) le recours à des transformations subjectives en relation avec la maladie par la redéfinition de soi-même, l'appropriation du pouvoir d'agir, l'espoir ou la recherche de sens, (v) de l'intervention pour lutter contre l'exclusion sociale.

Le processus d'optimisation se caractérise par : (i) la recherche de moyens pour surmonter les obstacles qui entravent la recherche du plaisir et de la satisfaction dans la vie, (ii) la participation à des activités et des rôles perçus comme enrichissants (soutien à la socialisation), (iii) le développement de leurs forces et de leurs talents. Il s'agit de promouvoir une vie interpersonnelle épanouie en renforçant les compétences et les attitudes interpersonnelles (par exemple, l'empathie, l'intimité), en favorisant le développement communautaire pour accroître l'inclusion sociale par l'accès à des structures participatives, en contribuant également à soutenir la participation sociale et civique, et en soutenant la réduction de la pauvreté ou l'accès à diverses ressources (par exemple, l'éducation, l'emploi, le logement abordable).

Même si ce n'est pas leur objectif premier, ces deux concepts de rétablissement de la santé et de rétablissement de la santé mentale sont susceptibles d'influencer les facteurs de gravité et de rechute de la dépendance préalablement identifiés par leur fondements

philosophiques ainsi que par les stratégies concrètes qui les caractérisent - accueil, intervention sociale et communautaire, décentrement du produit lui-même et de son utilisation, renforcement de la position d'agent des personnes, reconnaissance de ses capacités et talents. La question se pose alors de savoir comment mesurer les bénéfices de ces stratégies sur l'exposition à l'alcool.

L'intervention IACA!

Créée en 2013 à Marseille par un professionnel de l'addictologie et un professionnel de l'accompagnement social, l'association Santé! en région PACA développe une approche de réduction des risques et des dommages (RDRD) pour les personnes consommatrices d'alcool, mobilisant notamment le principe du rétablissement psychosocial tel qu'utilisé dans le programme " Housing First " (60) pour les personnes souffrant de maladie mentale incluant la dépendance. Nommé IACA!, il s'agit de réintégrer la personne dans un parcours de soins, en supprimant les obstacles qui provoquent son isolement médical et social (honte, culpabilité, sentiment d'échec), en stabilisant sa consommation et en lui assurant la sécurité, et en soutenant son rétablissement psychosocial. Plus précisément, le soutien poursuit un certain nombre d'objectifs contribuant à la déconstruction du sentiment de honte et à la reprise du contrôle au cours de la vie, comme l'illustre le schéma présenté en figure 1. Pour ce faire, l'accompagnement est global en agissant sur les facteurs qui influent sur la consommation, à partir des priorités d'amélioration souhaitées par la personne (et non celles prévues par le professionnel) et en proposant des objectifs visant le " bien-être " et le rétablissement.

Concrètement, l'équipe est composée de professionnels du secteur du travail social, ayant une expérience dans l'accueil et l'accompagnement de personnes très vulnérables et en grande précarité, ayant des problèmes liés à la consommation de substances addictives (dont l'alcool).

Le dispositif, appelé IACA!, s'adresse à ceux qui, pour une raison quelconque, ne cherchent pas à arrêter leur consommation dans une approche traditionnelle de prise en charge de l'alcoolisme. Plusieurs actions sont proposées par l'association selon ces principes et les objectifs suivants :

- Accueillir, valoriser les stratégies de consommation, créer une alliance, déconstruire la honte
- Pour faire ressortir les besoins, co-construire une demande réalisable et évolutive
- Définir et partager les objectifs

Selon les besoins, il s'agit de 1/ Conseiller, réassurer, écouter, apaiser 2/ Sécuriser et/ou réorganiser la consommation afin d'éviter les périodes de syndrome de sevrage (facteurs de vulnérabilité) 3/ Activer les droits pour maintenir/obtenir une intégration sociale appropriée et satisfaisante 4/ Apporter un soutien psychologique 5/ Adapter, construire et coordonner un parcours de santé (pour éviter la rupture ou le non-recours aux soins) 6/ Promouvoir le

lien social, 7/ Consolider les stratégies de consommation d'alcool à long terme et 8/ A la demande de la personne : Accompagner une expérience d'arrêt.

Ce soutien est organisé en 4 séquences :

- 1ère phase - accueil/ alliance : Dans cette phase, l'objectif est de libérer la parole et déconstruire les représentations pour lever le sentiment de honte, de culpabilité et d'échec et créer les conditions de l'alliance.
- 2ème phase - Action d'évaluation / analyse des besoins : Dans cette phase, l'objectif est de recueillir suffisamment d'informations RDRA puis de les traiter spécifiquement de manière à établir un plan d'action adapté
- 3ème phase - Action de sécurisation : Dans cette phase, l'objectif est d'agir sur les urgences vitales, les ruptures et les risques pris ou encourus et d'engager des actions qui permettent de pallier les ruptures de soins et aux situations qui renforcent les consommations.
- 4ème phase - Action de stabilisation / amélioration : Dans cette phase, l'objectif est de vérifier la pérennité du parcours de santé et d'accompagner la gestion des consommations.

Étudier la transférabilité

La transférabilité est la capacité à reproduire l'efficacité mesurée d'une intervention dans un autre cadre. Elle dépend de multiples facteurs contextuels (environnement, caractéristiques de la population et des parties prenantes) et interventionnels (modalités de mise en œuvre de l'intervention (61)). Considérer la transférabilité implique de considérer systématiquement le contexte primaire et le contexte cible comme le montre le modèle de transférabilité Population-Intervention-Environnement-Transfert (PIET-T¹) (62). Selon la définition de la transférabilité, les trois éléments du contexte primaire : Personne-Intervention-Environnement doivent être comparés entre contextes.

Ainsi, les informations obtenues à partir du contexte primaire influencent la manière dont le transfert est conçu. Ainsi, dans notre cas, nous nous sommes appuyés pour concevoir l'étude VITAE sur une précédente étude réalisée par l'équipe dirigée par Linda Cambon (BPH Inserm Centre/Université de Bordeaux) avec le CRES PACA pour le compte de Santé!. L'objectif était de repérer les fonctions clés (63) hypothétiques du programme, c'est-à-dire les leviers à priori essentiels à maintenir intègre et définir les modalités de transfert vers un autre site (et, si nécessaire, d'adaptation) pour assurer les mêmes résultats que dans l'association

¹ Le modèle PIET-T a été conçu pour évaluer la transférabilité de l'intervention en santé. Ce processus s'effectue en identifiant et en systématisant les critères influents, y compris les facilitateurs et les obstacles.

Santé! (64) et déterminer les modalités d'accompagnement à prévoir pour implanter IACA. Cette étude s'est appuyée sur la grille Astaire (65), qui permet de rendre compte de l'ensemble des facteurs interventionnels et contextuels pouvant influencer l'impact qu'a une intervention. Sur la base de cette étude, nous avons identifié : 14 principes d'intervention ; 9 compétences nécessaires aux intervenants ; 3 principes de fonctionnement ; 13 conditions environnementales de réussite ; 18 mécanismes cibles en rétablissement en santé mentale (cf annexe 1). Ces éléments ont permis de structurer le dispositif d'accompagnement et de formation mis en place par Santé! dans son déploiement auprès d'autres centres (centres cibles) et bâtir des hypothèses sur le fonctionnement de IACA.

Comme précisé ci-dessous, dans les éléments susceptibles d'influencer le résultat il y a des éléments liés au contexte – l'environnement d'implantation, les caractéristiques des patients et des professionnels – et ceux liés à ce que l'on appelle la viabilité de l'intervention (66). Selon la définition de Chen, la mesure de la viabilité " évalue la mesure dans laquelle un programme d'intervention est viable dans le monde réel. Plus précisément, elle évalue si l'intervention : peut recruter et/ou retenir des bénéficiaires ordinaires, peut être mise en œuvre de manière adéquate par des personnes non spécialistes, convient aux organismes d'exécution habituels pour coordonner les activités liées à l'intervention, est abordable, est évaluable et permet aux bénéficiaires ordinaires et aux autres parties prenantes de voir et d'expérimenter dans quelle mesure elle résout le problème ».

Méthodes

Cette étude est une étude pilote *descriptive longitudinale* multi-cas *sur 12 mois* mobilisant les méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives)(67,68). Elle évalue principalement la transférabilité de l'intervention IACA!, intégrée dans la prise en charge courante de réduction des risques et des dommages (RDRD) telle que recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Elle est multicentrique et nationale, réalisée dans 1 centres de soins ou de prévention en addictologie (4 en région PACA et 6 en région Nouvelle-Aquitaine). L'étude a été réalisée sur trois types de population :

- des patients bénéficiant de IACA! (appelés usagers)
- les professionnels mettant en œuvre IACA! c'est-à-dire les binômes chargés de l'accompagnement des bénéficiaires dans les centres mais également les responsables de ces centres,
- les professionnels de l'association Santé! accompagnant le déploiement de IACA!.

Recueil des données qualitatives

Analyse du corpus documentaire

L'analyse du corpus documentaire a concerné l'ensemble de la documentation disponible sur l'intervention qu'ils concernent la formation ou la mise en œuvre. Ces documents fournissent des **informations sur le programme dispensé, sa construction, son exécution**. Ils ont contribué à l'élaboration d'hypothèses causales sur le fonctionnement du programme, permettant la construction des hypothèses interventionnelles constitutives des théories d'intervention.

Entretiens semi-directifs

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de **plusieurs catégories de professionnels** des structures ayant mis en œuvre l'intervention : les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les membres de la direction des structures ; et **auprès d'usagers** dans les structures. **Des experts ou informateurs**, ayant participé à la création de l'intervention, faisant partie de la direction des structures, ont également participé à des entretiens. Ces entretiens avaient des utilités différentes. Les entretiens avec les professionnels des structures et des usagers avaient pour objectif d'informer sur les modalités de mise en œuvre de l'intervention dans les structures et sur leur perception (par exemple : utilité perçue, accessibilité, faisabilité, points saillants, difficultés, etc.). Les entretiens avec les experts / informateurs avaient pour objectif de recueillir des données plus précises sur les éléments clés de l'intervention afin de formaliser les premières hypothèses constitutives des théories d'intervention. Les entretiens individuels ont été réalisés par téléphone ou en petit comité. Les grilles d'entretien se trouvent en annexe 2. Ces entretiens, enregistrés vocalement à l'aide d'un dictaphone, ont fait l'objet d'une retranscription textuelle et d'une analyse thématique à l'aide du logiciel N'Vivo®.

Entretiens avec les professionnels et des membres de la direction des structures

Les entretiens avec les professionnels et les membres de la direction des structures ont permis de recueillir des données **concernant la perception du programme** (utilité, accessibilité, faisabilité, points saillants, difficultés, etc.). Afin d'encourager les participants à s'exprimer librement nous avons réalisé ces entretiens de manière semi-directive. Nous avons ainsi défini certains thèmes à aborder et certaines questions de relance (69). Ces entretiens ont été réalisés au moins six mois après le déploiement du programme en question dans le centre. Face aux spécificités du terrain que nous avons rencontrées en termes de déploiement et de mobilisation des usagers dans la méthode, nous avons réalisé des entretiens différents avec les structures ayant un recrutement d'usagers plus faible.

Entretiens avec les usagers de l'intervention

Les entretiens avec les usagers de l'intervention dans les structures ont permis de **recueillir des données sur la perception du programme** (utilité, accessibilité, faisabilité, points forts, difficultés, etc.). Comme pour les entretiens avec les professionnels, nous avons également choisi un processus semi-directif pour ces entretiens. Ces entretiens ont été réalisés au moins six mois après l'inclusion l'intervention. Lorsqu'un usager refusait de suivre la

méthode IACA ! nous avons tenté de lui proposer un entretien afin de comprendre les motivations de ce refus.

Entretiens avec les experts / informateurs

Les grilles d'entretien ont été réalisées à l'aide de l'outil ASTAIRE et du « template for intervention description and replication » TIDieR (70,71).

L'objectif de ces entretiens était **d'identifier les principaux éléments actifs des programmes en émettant des hypothèses causales : quelles sont les activités des intervenants ?**

Comment les réalisent-ils ? Dans quel contexte ? Pourquoi ou par quel(s) mécanisme(s)

l'effet recherché est-il obtenu ? Il s'agissait donc de recueillir un maximum d'informations sur l'intervention. Ces informations ont permis de **formaliser des hypothèses liant**

l'intervention et son contexte aux effets supposés ou observés afin d'identifier des théories sous-jacentes. Ces hypothèses, aussi appelées théories sous-jacentes, peuvent être basées sur des savoirs académiques ou des savoirs dits profanes (non académiques), et elles guident les actions des professionnels auprès des usagers pour chaque programme étudié.

Observations

Plusieurs observations se sont déroulées au cours de l'étude Vitae. Celles-ci avaient des temporalités et des objectifs distincts. Une première série d'observation avait pour objet d'étudier les modalités de transfert de l'intervention en assistant aux formations des équipes identifiées pour déployer la méthode mais aussi leur acquisition des modalités et caractéristiques interventionnelles. Nous avons ainsi observé 3 journées de formations et 4 temps de regroupements consacrés à la fabrique des pratiques et à la restitution des expérimentations faites par les équipes.

Des observations ont été réalisées **dans les structures participant au projet**, mettant en œuvre l'intervention. Elles se sont déroulées lorsque la structure mettait effectivement en pratique l'intervention, que les activités constitutives des accompagnements le permettaient et que les professionnels et les usagers concernés étaient d'accord pour nous accueillir. Nous avons donc réalisé 8 observations. Elles ont permis d'identifier les modalités de mise en œuvre concrètes des accompagnements et de repérer des éléments contextuels environnementaux, supposés participer de l'efficacité des interventions. La grille d'observation se trouve également en annexe (cf. Annexe 3).

Recueil des données quantitatives

Modalités de recueil

Les données quantitatives ont été recueillies auprès des usagers seulement. L'étude était proposée à toutes les personnes débutant le programme IACA ! dans les centres participants. L'étude était expliquée et une notice d'information était donnée au participant du programme, et s'il acceptait de participer il devait alors signer un consentement.

Une évaluation avait lieu lors de l'inclusion (entretien d'environ 1h30) avec un attaché de recherche clinique formé à la passation de ces entretiens. Les entretiens de suivis avaient ensuite lieu à 3, 6, 9 et 12 mois par téléphone (entretiens d'environ 30 minutes).

Au cours de l'étude, un participant pouvait avoir arrêté le programme IACA ! mais continuer à participer à la recherche et donc aux entretiens de suivis. A l'inverse un participant pouvait continuer à participer au programme et arrêter l'étude en cours de route.

Les participants qui arrêtaient l'étude en cours de route ont été considérés comme en *sortie d'étude*.

Les participants pour lesquels nous n'arrivions plus à les joindre ont été considérés comme *perdu de vue*.

Description des outils de mesure

Addiction Severity Index (ASI)

L'ASI est un hétéro-questionnaire **évaluant différents domaines pouvant être impactés par l'addiction (72) état médical, emploi/ressources, substances et addictions sans substances, situation légale, relation familiales et sociales et état psychologique**. Nous avons utilisé une version modifiée et validée en français de l'ASI prenant en compte le tabac et les comportements addictif (73). L'ASI dure environ 45 minutes et permet d'établir un profil de sévérité de l'usage sur la vie entière et les 30 derniers jours. Des scores composites (SC) sont obtenus pour chaque domaine. Le score composite ASI correspond à une mesure valide de la condition du sujet pour chaque domaine. Il mesure de façon multidimensionnelle la sévérité de l'addiction en prenant en compte des données objectives et des données subjectives propre à l'individu. Ce score varie de 0 (le moins sévère) à 1 (le plus sévère). Pour chaque domaine, l'évaluateur demande au sujet s'il a des préoccupations dans ce domaine et le sujet évalue alors ces préoccupations sur une échelle de 0 « pas du tout préoccupé » à 4 « extrêmement préoccupé », la demande de prise en charge est aussi évalué à l'aide de cette même échelle pour chaque domaine si le sujet présente des préoccupations (« Dans quelle mesure êtes-vous en demande d'aide pour ces problèmes... »).

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Le Mini International Neuropsychiatric Interview est un entretien structuré permettant de **diagnostiquer les 18 troubles psychiatriques majeurs** définis selon l'axe I du DSM-IV (troubles de l'anxiété, troubles de l'humeur, troubles psychotiques, troubles de l'usage et troubles alimentaires) et le diagnostic du trouble de la personnalité antisociale (74). Une version adaptée pour les critères du DSM-5 d'une durée de passation d'environ 30 minutes a été utilisée. Le diagnostic de trouble de l'usage était accompagné d'une indication de sévérité diagnostique selon le nombre de critères positifs : 2-3 critères : trouble léger ; 4-5 critères : trouble modéré ; 6 critères ou plus : trouble sévère.

Échelle d'évaluation du craving

L'échelle d'évaluation du craving a été développée par l'équipe addiction du laboratoire SANPSY de l'université de Bordeaux. C'est une **hétéroévaluation d'environ 5 minutes mesurant le craving pour toutes les substances et comportements addictifs consommés de façon régulière dans le passé ou actuellement**. Cet outil explore la fréquence du craving correspondant au nombre de jours de craving rapportés au cours des 30 derniers jours (de 0 à 30) ainsi que l'intensité moyenne et maximale sur une échelle allant de 0 (pas de craving) à 10 (craving extrême).

Échelle d'empowerment

L'échelle d'empowerment mesure **l'autonomisation personnelle en examinant les concepts d'espoir, d'acceptation sociale et de qualité de vie**. C'est une échelle comprenant 28 items de 4 points chacun allant de « Complètement en désaccord » à « Entièrement d'accord ». Le score total d'empowerment est une variable quantitative, allant de 28 à 112. Plus le score est élevé, plus l'empowerment est élevé. Cette échelle peut être divisée en sous dimensions mesurant l'auto-efficacité et l'estime de soi, la puissance et impuissance, l'activisme et l'autonomie de la communauté, l'optimisme et la maîtrise de l'avenir et la colère vertueuse (75,76). Le questionnaire d'empowerment, ainsi que l'ensemble des questionnaires mobilisés sont présentés en annexe .

Méthodes d'analyse des données

Stratégie d'analyse quantitative :

Une analyse descriptive a été effectuée afin de décrire les caractéristiques sociodémographiques et la sévérité de l'usage de l'alcool des sujets à l'inclusion.

La sévérité de l'usage de l'alcool est décrite par le score composite ASI pour l'alcool (SC Alcool). La sévérité de l'usage de l'alcool est aussi décrite par la sévérité du trouble de l'usage (nombre de critères diagnostiques), le nombre d'années de consommation régulière d'alcool, le nombre d'unités moyennes d'alcool consommées par jour, ainsi que la fréquence, l'intensité moyenne et maximale du craving pour l'alcool au cours des 30 derniers jours.

Les variables qualitatives ont été décrites selon leur fréquence et leur pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites selon leurs moyennes, écart-types, médianes, minimum et maximum

Objectif principal :

Pour répondre à l'objectif principal (évaluer l'utilité de IACA), le critère de jugement principal était l'évolution (delta) du score composite alcool entre l'inclusion et le suivi à 12 mois. Un delta négatif correspondait à une amélioration, un delta positif correspondait à une dégradation.

Objectifs secondaires :

Pour répondre aux objectifs secondaires, les variables de consommation d'alcool et de sévérité de l'addiction ont été décrites à chaque temps au cours des 12 mois de l'intervention, puis nous avons examiné si elles présentaient des différences au cours des suivis par le test ANOVA pour mesures répétées (ou des tests non paramétriques : test de Friedman ou test de Kruskal-Wallis). Si le test révélait une différence significative, des tests post-hoc 2 à 2 ont été réalisés pour examiner quels temps étaient significativement différents (tests non paramétriques : test de Wilcoxon ou test exact de Fisher). Elles ont également été comparées entre les centres.

Pour ces analyses de comparaisons, seules les données des participants ayant fait l'entretien au 12^{ème} mois et ayant minimum 4 évaluations ont été conservées (N=19), les autres ont été exclues de ces analyses (N=10).

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels JMP PRO 16 et R.

L'analyse des données qualitatives

Les entretiens semi-directifs ont été analysés à partir des retranscriptions qui ont fait l'objet de codages à l'aide du logiciel N'Vivo®. Une **analyse thématique** a été réalisée à partir d'une grille de codage comprenant plusieurs thématiques correspondant à nos objectifs : description de l'intervention, mise en œuvre, résultats, théories sous-jacentes, perspectives et critères de viabilité. Certaines thématiques ont été définies de façon inductive à la lecture des entretiens. Certaines thématiques étaient spécifiques au type de participant à l'entretien (professionnel, membres de la direction, usager ou expert / informateur). Par exemple, une des thématiques des usagers était la perception des effets de l'intervention sur ses consommations. L'inclusion du corpus documentaire ont permis d'affiner la grille de codage et d'alimenter les réflexions et la phase d'analyse.

L'analyse des différents thèmes, recoupée avec l'analyse des autres matériaux qualitatifs a permis plusieurs résultats : i) **avoir une description fine de l'intervention** (objectifs, déroulement théorique, déroulement réel, conditions d'efficacité, stratégies d'action) ; ii) **l'identification des références ou savoirs qui ont permis la conception et la mise en œuvre de l'interventions**, iii) **les conditions d'efficacité supposées de l'intervention**, iv) **les modalités de mise en œuvre**. Ces trois derniers éléments nous ont permis de **proposer des théories d'interventions**. Enfin, nous avons pu analyser la viabilité de l'intervention à l'aide du cadre théorique proposé par H. Chen et précisé par C. Decroix (77,78). L'ensemble de ces éléments a également permis d'analyser la question de la transférabilité de l'intervention IACA! Et de formuler les conditions pouvant faciliter celle-ci.

Analyse mixte des données

Une analyse mixte de données de type convergent a été réalisée (79) : les données ont été recueillies dans la même temporalité, puis synthétisées et analysées de manière indépendante et une deuxième étape d'analyse imbriquée a ensuite eu lieu (79).

Méthodes d'investigations complémentaires

Les premiers résultats de notre étude nous ont indiqué un défaut de recrutement et de mobilisation des usagers avec la méthode IACA ! sur ce qui avait été originellement prévu. Nous avons donc souhaité compléter nos investigations à l'aide d'un panorama des pratiques actuelles en RDRDA à l'international mais aussi plus spécifiquement auprès du secteur spécialisé français. Nous avons complété ce panorama à l'aide d'un séminaire permettant de mettre en lumière les freins et les leviers des acteurs du champ pour la mise en œuvre des interventions de RDRDA. Ce séminaire a été réalisé le 30 juin 2022 dans les locaux du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux. Ce séminaire a rassemblé 14 professionnels des structures qui participent à la mise en œuvre de différentes interventions

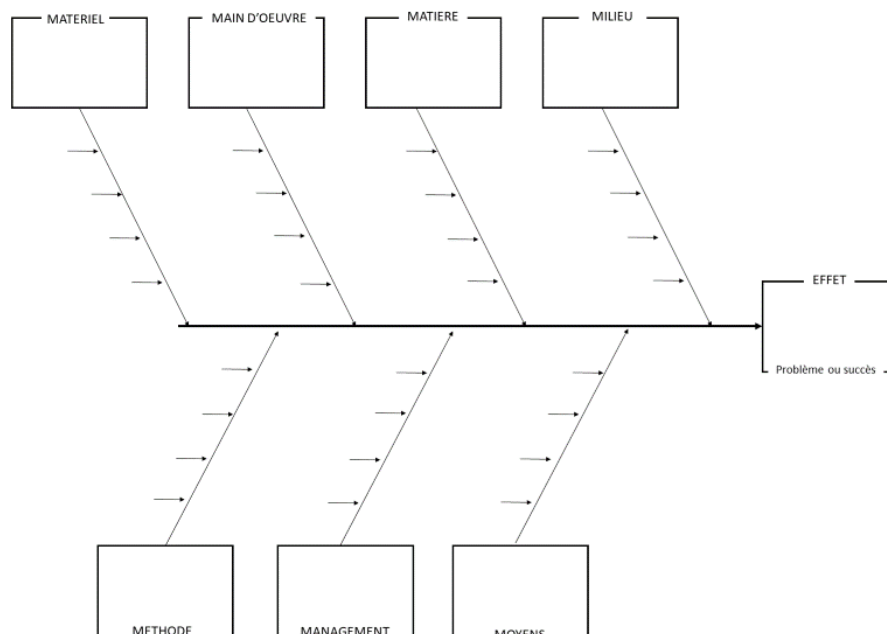
(alcochoix, ETP Conso-repères, IACA !) experts / informateurs et les deux équipes de recherche menant l'évaluation. Il s'est déroulé en hybride (présentiel pour 12 personnes et à distance pour 2 personnes).

Ce séminaire a été organisé à l'aide du diagramme « d'Ishikawa ».

Encart 1 : Description de la démarche Ishikawa

La démarche d'Ishikawa permet d'explorer un large éventail de causes menant à la production d'effet désirable ou non. La première étape de cette investigation consiste à identifier les différentes causes pouvant expliquer les effets observés. La seconde étape consiste à faire émerger des leviers ou solutions permettant de contourner ou de lever les difficultés rencontrées (pour chaque cause identifiée).

7 familles de causes peuvent être explorées (méthode des 7 M) : Matériel, Main d'œuvre, Matière, Milieu, Méthode, Management et Moyens. Chaque famille présente des sous-thématiques à questionner. Le diagramme d'Ishikawa s'enrichit au fil des investigations.



L'ensemble de ces échanges a été l'objet d'une prise de note et d'une retranscription des feuilles de travail de chaque groupe.

L'ensemble des méthodes d'investigations complémentaires feront l'objet d'une présentation plus précise dans les parties consacrées à celles-ci dans un souci de clarté.

Participants

L'étude Vitae a concerné 11 centres. Dix avaient été identifiés l'association santé ! afin de participer au déploiement. Ces centres étaient des CSAPA (n=4), Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (n=4), les deux derniers étaient une structure mixte Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

(CAARUD)et CSAPA et une structure d'intermédiation locative (IML). La 11^{ème} structure est incluse est l'association Santé !. Une liste des structures se trouve en annexe 5

L'étude a été proposée aux professionnels et à toutes les personnes mobilisant ou inscrite dans le programme au sein des centres participants durant la période d'inclusion (entre juillet 2021 et janvier 2022). L'étude était expliquée et une notice d'information était donnée au participant afin que toutes les informations lui soient transmises.

Pour répondre aux objectifs nous avons estimé qu'il fallait recueillir des données de 110 participants (10 par structure) de manière prospective, par du personnel de recherche clinique formé.

Au cours de l'étude, un participant pouvait avoir arrêté l'intervention, mais continuer à participer à la recherche et donc aux entretiens de suivis. A l'inverse un participant pouvait continuer à participer au programme et arrêter l'étude en cours de route. Les participants qui arrêtaient l'étude en cours de route ont été considérés comme en *sortie d'étude*. Les participants que nous n'arrivions plus à joindre ont été considérés comme *perdu de vue*.

Description de l'échantillon de professionnels

Professionnels et responsables de centres

Vingt-neuf professionnels et responsables de centres ont participé à cette étude. Parmi ces entretiens, 11 se sont déroulés avec des responsables de centres, 18 avec des professionnels dont 2 infirmières, 16 travailleurs sociaux.

Echantillon usagers

L'échantillon comprenait 29 sujets inclus entre avril 2021 et janvier 2022. Comme décrit dans la **figure 1**, au cours de la recherche, certains participants n'ont pas effectué toutes les évaluations prévues : 4 personnes ont arrêté l'étude, 5 ont été perdus de vue, et un participant est décédé au cours de l'étude.

Les inclusions ont eu lieu sur 7 centres (**figure 2**), 4 centres n'ont pas inclus de participants.

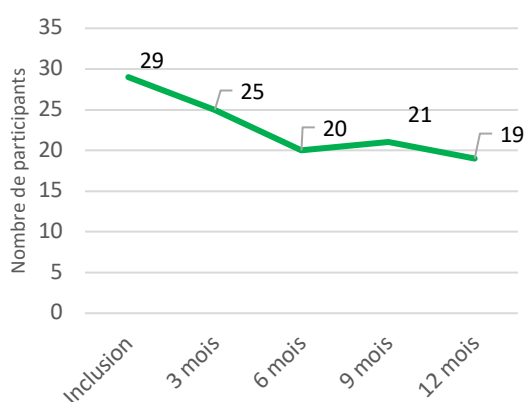


Figure 1: Évolution du nombre de participants à chaque temps d'évaluation

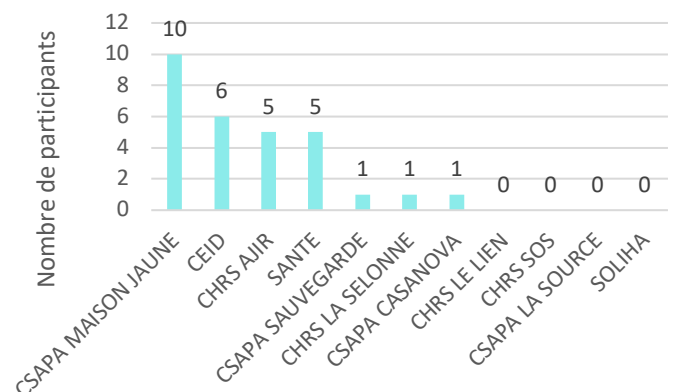


Figure 2: Nombre de participants à l'étude par centre

Au sein de ces 29 usagers, 19 ont pu être rencontrés pour un entretien qualitatif.

Données sociodémographiques :

Comme décrit dans le **tableau 1**, les participants étaient âgés de 43 ans en moyenne, et étaient majoritairement des hommes (65,5%). 48% avaient un niveau d'étude équivalent au bac ou supérieur.

Concernant la situation d'emploi la plus représentée au cours des trois dernières années, 45% étaient sans emploi, 41% avaient un emploi et 14% recevaient une pension d'invalidité ou de retraite. Dans les trente derniers jours précédant l'évaluation à l'inclusion, la majorité (65,5%) n'avaient pas travaillé.

Concernant les conditions de vie majoritaires dans les 3 dernières années, plus de la moitié des participants (58,6%) habitaient seuls, 8 (27,6%) habitaient avec des amis ou de la famille, et 4 n'avaient pas de conditions de vie stables.

Les analyses pour comparer les données selon les centres ont été effectuées uniquement sur les centres qui avaient inclus plus d'un participant. Nous n'observons pas de différences significatives selon les centres pour les données sociodémographiques.

Tableau 1: Données sociodémographiques des 29 participants à l'étude VITAE :

	% / m	N / E-T	Comparaison entre les centres (p)
Age	43,4	10,3	0,57
Genre (homme)	65,5%	19	0,80
Niveau d'étude (niveau bac ou plus)	48,3%	14	1
Type d'emploi 3 dernières années			
Travail (temps plein ou temps partiel)	41,4%	12	0,06
Sans emploi	44,8%	13	
Retraite ou invalidité	13,8%	4	
Travail dans les 30 derniers jours (pas de travail)	65,5%	19	0,94
Conditions de vie dans les 3 dernière années			
Avec amis ou famille	27,6%	8	NA
Seul(e)	58,6%	17	
Pas de conditions de vie stables	13,8%	4	

Comparaison entre les centres : variables qualitatives : test exact de Fisher, variables quantitatives : Test de Wilcoxon

Comorbidités psychiatriques :

Parmi les 28 participants pour lesquels l'information était disponible, ils étaient 13 (48%) à avoir au moins une comorbidité psychiatrique actuelle (cela pouvait comprendre des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, un syndrome de stress post-traumatique, des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles psychotiques ou un trouble de l'attention et de l'hyperactivité). 8 d'entre eux (29%) avaient des troubles anxieux actuels et 5 (18%) des troubles de l'humeurs actuels selon les critères du DSM-5 (voir **tableau 2**).

Tableau 2 : Comorbidités psychiatriques selon les critères du DSM-5 (N=28) :

	%	N	Comparaison entre les centres (p)
Au moins une comorbidité psychiatrique			
Actuel	48,1%	13	1
Passé	81,4%	22	0,67
Troubles de l'humeur			
Actuel	18,5%	5	0,59
Passé	63,0%	17	0,09
Troubles anxieux			
Actuel	29,6%	8	0,62
Passé	33,3%	9	0,14

Comparaison entre les centres : variables qualitatives : test exact de Fisher

Diagnostics Trouble de l'usage autre que l'alcool :

Comme décrit dans la **figure 3**, la majorité (N=23) des participants avaient au moins un trouble de l'usage actuel pour une substance/comportement addictif autre que l'alcool. Les troubles de l'usage étaient principalement le tabac (N=18), puis le cannabis (N=8), la cocaïne (N=5) et les opiacés pour 4 participants. Certains avaient des troubles de l'usage du comportement tels que les jeux d'argent et de hasard, addiction à l'alimentation et aux achats compulsifs.

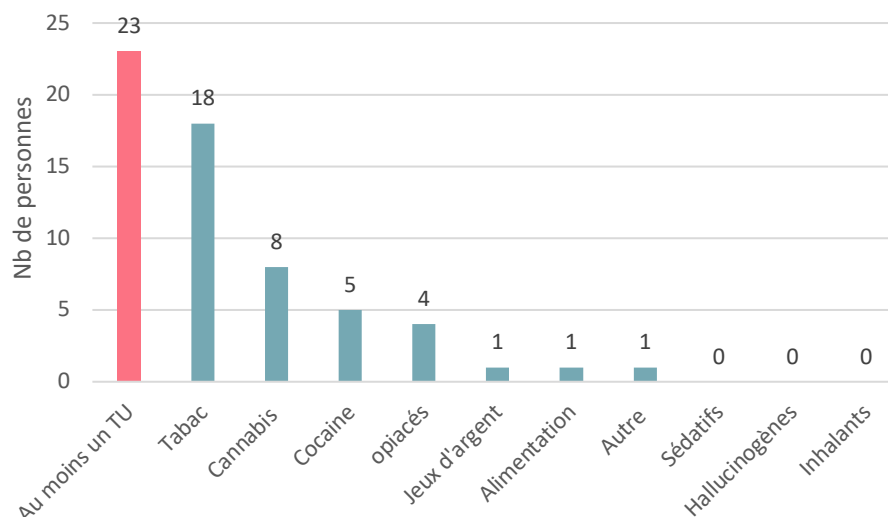


Figure 3: Trouble de l'usage actuel selon les critères du DSM-5 (N= 28)

Sévérité d'usage de l'alcool :

Trouble de l'usage d'alcool :

Quasiment la totalité des participants avaient un trouble l'usage actuel de l'alcool (N=27/28), dont la majorité était sévère (75%), le détail des sévérités des troubles de l'usage de l'alcool est décrit dans la figure 4, ci-dessous.

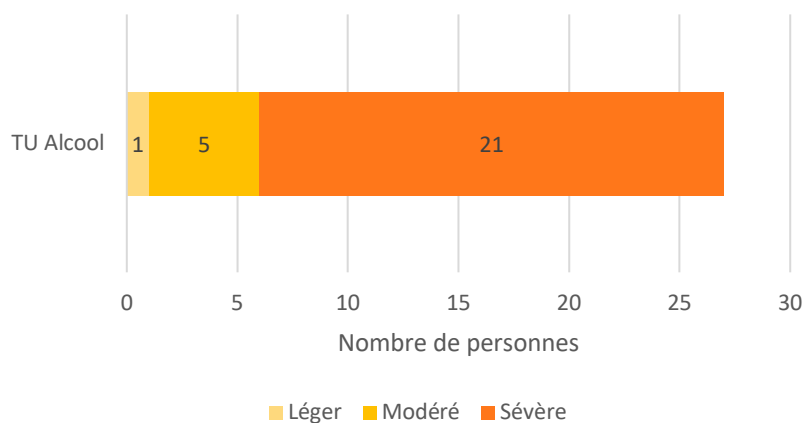


Figure 4: Sévérité des troubles de l'usage de l'alcool selon le DSM-5

Consommation d'alcool :

Les participants avaient en moyenne 20,7 ans (ET=11,1) de consommation régulière d'alcool.
A l'inclusion, ils consommaient en moyenne 26 jours (ET=8,1) sur les 30 jours précédents
l'évaluation, et en moyenne 17 unités d'alcool par jour (ET=11,8).

I. Description de l'intervention IACA !

Origines

L'association SANTé !, créée en 2013 par un professionnel de l'addictologie et un professionnel de l'accompagnement social, met en place un an après sa création une action recherche « Expérimenter la Réduction des Risques dans le cadre des usages d'alcool en situation d'exclusion sociale ». En 2016, SANTé ! met en place une Equipe d'appui aux parcours de santé complexes auprès des personnes en situation de consommation d'alcool, ainsi qu'une action de repérage, recueil et valorisation des besoins et attentes des personnes usagères d'alcool, avec un objectif visé de démocratie sanitaire.

Entre 2015 et 2016, l'association met en œuvre trois projets permettant d'ouvrir trois axes de réflexion amenant par la suite au programme IACA!. La structure expérimente tout d'abord l'**accueil avec alcool** au sein de structures chargées d'accompagner des personnes en situation d'exclusion, afin d'**éviter le non-recours ou l'absence d'accès à la prise en charge**. SANTé ! met ensuite en place des groupes d'expression d'usagers et un soutien à la participation des personnes consommatrices, avec la mobilisation de mouvements d'autosupport opérationnels dans le champ de l'usage de substances et de la santé mentale. Enfin, l'association crée une équipe d'appui pour accompagner les personnes consommatrices d'alcool, dont la logique repose sur l'alliance entre l'intervenant et la personne(80).

Ces différents projets mettent en lumière un **manque dans la prise en compte des besoins des personnes usagères d'alcool dans l'offre de soin actuelle**, qui justifie la création de IACA!, expérimenté en 2017 et 2018. Cette approche mobilise notamment le principe du rétablissement psychosocial tel qu'utilisé dans le programme « Housing First » (60). Il s'agit de **réintégrer la personne dans un parcours de soins, en supprimant les obstacles et mécanismes qui conduisent à son isolement médical et social (honte, culpabilité, sentiment d'échec), en stabilisant sa consommation, en lui assurant la sécurité et en soutenant son rétablissement psychosocial**.

Le projet est ensuite déployé auprès de dix sites partenaires que SANTé ! accompagne dans deux régions différentes (PACA et Nouvelle-Aquitaine) (81). Pour le présent rapport, seuls les centres de Nouvelle-Aquitaine ont été inclus.

Objectifs

La méthode IACA! est **globale, axée sur l'individu** et met au centre la **notion d'accueil avec consommation**. Le programme se veut **inclusif**, et peut concerner n'importe quel individu qui se questionne sur ses usages d'alcool, qui souhaite faire le point et/ou cherche un soutien. Le programme privilégie les **interventions précoces**, et peut être proposé par n'importe quel professionnel formé dans les dix structures partenaires. La méthode IACA! a pour objectif de **mettre à disposition des usagers un environnement sécuritaire et protecteur, en autorisant les usagers en consommer sur ces temps et dans ces espaces d'accueil**, incluant les séances individuelles avec des professionnels. Cette méthode vise à **outiller les intervenants** souhaitant mettre en œuvre la réduction des risques et des

dommages liés à l'alcool, en facilitant l'appropriation de la méthode pour les professionnels exerçant auprès de personnes en difficulté avec leurs usages d'alcool.

L'objectif final visé est le **rétablissement**, plutôt que l'abstinence. En autorisant les consommations dans les temps et espaces d'accueil, le programme se veut inclusif et vise à **lutter contre le non-recours à la prise en charge** tout en améliorant la qualité de vie des usagers et en permettant une gestion des consommations. Il s'agit de favoriser la création de nouvelles relations entre les intervenants et les usagers, **de favoriser la participation des personnes concernées et la co-construction entre professionnel et usagers**, d'offrir un espace d'échange pour « faire autrement ensemble ».

Également, le programme IACA! a, dès son élaboration, **une vocation de transférabilité**.

L'objectif est ici de **formaliser les principes de la RdRDA**, en proposant une déclinaison opérationnelle à travers un cadre d'intervention destiné à structurer et piloter des accompagnements dans une logique de coordination de parcours² », en définissant une méthodologie, en mettant à disposition des outils, en élaborant des argumentaires et en construisant des supports pédagogiques. L'association a créé la plateforme numérique Solale, qui met à disposition des ressources en ligne visant la réalisation de cet objectif.

Méthode

L'accompagnement est **global**, en agissant sur les facteurs qui influent sur la consommation à partir des priorités d'amélioration souhaitées par la personne (et non celles prévues par le professionnel) et en proposant des objectifs visant le bien-être et le rétablissement. Selon les besoins, il s'agit de :

1. **Conseiller, réassurer, écouter, apaiser**
2. **Sécuriser et/ou réorganiser la consommation afin d'éviter les périodes de syndrome de sevrage** (facteurs de vulnérabilité)
3. **Activer les droits pour maintenir/obtenir une intégration sociale appropriée et satisfaisante**
4. **Apporter un soutien psychologique**
5. **Adapter, construire et coordonner un parcours de santé** (pour éviter la rupture ou le non-recours aux soins) ;
6. **Promouvoir le lien social**
7. **Consolider les stratégies de consommation d'alcool à long terme**
8. A la demande de la personne : **Accompagner une expérience d'arrêt.**

Ce soutien est organisé en **quatre séquences** :

² Plateforme Solale, « La méthode IACA! », Les ressources RdR alcool, en ligne, <https://www.plateforme-solale.fr/phasesmethodeIACA!>

1^{ère} phase, dite d'accroche où se mêlent **accueil et alliance** : Dans cette phase, l'objectif est de libérer la parole et déconstruire les représentations pour lever le sentiment de honte, de culpabilité et d'échec et créer les conditions de l'alliance.

Actions menées :

- Informer sur l'approche RdR Alcool et présenter la méthode IACA.
- Trouver les mots et arguments appropriés en utilisant un discours résolument positif.
- Mettre en confiance.
- Rendre lisible cette offre de soin et informer sur la co-construction du parcours.

2^{ème} phase d'évaluation / analyse des besoins: Dans cette phase, l'objectif est de recueillir suffisamment d'informations RDRA puis de les traiter spécifiquement de manière à établir un plan d'action adapté.

Actions :

- Identifier les ruptures, les risques et les besoins spécifiques.
- Identifier les ressources mobilisables chez la personne et dans son environnement

3^{ème} phase de sécurisation: Dans cette phase, l'objectif est d'agir sur les urgences vitales, les ruptures et les risques pris ou encourus et d'engager des actions qui permettent de pallier les ruptures de soins et aux situations qui renforcent les consommations.

Actions :

- Identifier les pics de consommation : manque / sur et sous alcoolisation.
- S'assurer de la satisfaction des besoins primaires
- Eviter les mises en danger et l'aggravation des situations.
- Rechercher avec la personne des solutions concrètes et adaptées pour réduire les risques dans une approche pragmatique.

4^{ème} phase de stabilisation/ d'amélioration : Dans cette phase, l'objectif est de vérifier la pérennité du parcours de santé et d'accompagner la gestion des consommations.

Actions :

- Coordonner le parcours de santé.
- Faire des propositions d'amélioration et accompagner la personne à faire des tentatives pour trouver un équilibre de consommation plus satisfaisant
- Accompagner la personne dans ses nouvelles pratiques de consommation.



II. Théorisation de l'intervention IACA !

Les références théoriques

Né d'une rencontre de professionnels de différents champs (addictologie, accompagnement social, précarité), ce programme puise ses fondements dans **différentes théories et savoirs expérientiels**.

« Alors (...) il y avait d'abord l'expertise des personnes concernées avec lesquelles on a beaucoup travaillé, à recueillir leurs besoins, leurs témoignages et on a ensuite regardé en effet ce qui pouvait se faire dans le champ médico-social. Une des influences, ce sont les pratiques de rétablissement qui ont fait leurs preuves en santé mentale, et on pensait qu'elles pouvaient, de manière adaptée, être déclinées, puisque la réduction des risques est une approche à la fois théorique et pratique très proche des pratiques de rétablissement. Une autre influence, ce sont les impacts sociaux qui ont émergé avec des sciences sociales qui commencent à se questionner sur le boire, les fonctions du boire, et tout ça, ça ouvre un champ (sur lequel) il y avait peu de recherches et du coup, peu de déclinaisons et d'applicabilité [...] En termes d'influence, ce sont ces trois influences-là qui viennent nourrir le modèle qu'on a imaginé. »

Experte 1

L'expertise des personnes concernées, « Rien pour nous, sans nous ! »

L'initiative IACA! a été élaborée à partir de l'**expertise des usagers et des professionnels** du champ concerné. C'est une intervention qui se caractérise donc par l'**influence du terrain**, elle se rapproche donc d'une intervention dite **field-based** avec une démarche **bottom-up**. Les usagers ont contribué à la conception du programme afin de construire les outils et orientations en fonction de leurs besoins spécifiques. Ces « **contributrices et contributeurs** » ont donc « **participé à l'amélioration de l'offre de soins** » en partageant leurs **retours d'expériences des usagers** sur leurs suivis précédents.

« À l'époque, on appelait ça des rêves de comptoir. On a réfléchi à l'offre de soins idéals, on a réfléchi aux soignants idéaux... dans le cadre de difficultés avec sa consommation, ça serait quoi.... Le lieu de cure idéale, ça serait quoi. On a également travaillé avec elles (les personnes usagers) à ce qu'elles puissent témoigner et faire retour sur des expériences passées de ce soin. Qu'est-ce qui a été porteur ? Qu'est-ce qui a été plus délétère ? Qu'est-ce qu'elles auraient aimé trouver ? Qu'est-ce qu'elles n'ont pas trouvé ? »

Experte 1

L'intervention s'est donc construite à l'aide des temps collectifs d'organisés, permettant la formalisation d'outils et d'orientations « **pour prendre en compte leurs remarques et leurs besoins spécifiques**. » Par ce recueil de la parole et de l'expertise des usagers, Santé ! a

voulu incarner un **espace d'expression de cette parole autre**, différente de celle « communément attendue et admise »(80) et construire et **porter ensemble un discours du « faire avec alcool »** (80).

Le boire

La sociologie et l'anthropologie ont investi le « boire » « véritable domaine d'études et de recherche, constitué autour de la pratique socialement et culturellement signifiante du *boire*, qui s'étend bien au-delà des boissons elles-même » (82). Il s'agit ici **d'appréhender la consommation d'alcool dans ce qu'elle peut avoir de social mais aussi de normatif**. En effet, les troubles de l'usage d'alcool constituent un « mal boire » socialement critiqué, opposés au « bien boire » valorisé dans nos sociétés. Le programme IACA! souhaite donc « parler alcool autrement » afin de « **déconstruire les représentations sociales** à l'œuvre sur les consommateurs d'alcool. »(80)

Le rétablissement en santé mentale

Santé ! a développé cette approche de RdRD liés à l'alcool en mobilisant notamment le principe du **rétablissement**, tel qu'utilisé dans le programme « Housing First » (60). Cette notion de rétablissement est complexe et multidimensionnelle. Elle peut, en effet, renvoyer à deux conceptions : l'une **médicale** et l'autre **existentielle** (83). Si le modèle médical vise à favoriser le traitement en vue d'une réduction des symptômes et à ce que la personne puisse de nouveau « fonctionner³ » dans ces activités quotidiennes, le modèle existentiel va d'abord mettre l'accent sur le support social, le sens, l'expérience personnelle et le bien-être.

Ces deux conceptions (médicale et existentielle) orientent les actions de l'intervention IACA!. Il s'agit de **réintégrer la personne dans un parcours de soins**, en **supprimant les obstacles et mécanismes qui conduisent à son isolement médical et social** (honte, culpabilité, sentiment d'échec), en **stabilisant sa consommation**, en lui **assurant la sécurité** et en soutenant son **rétablissement psychosocial**. Plus précisément, le soutien poursuit un certain nombre d'objectifs contribuant à la déconstruction du sentiment de honte et à la reprise du contrôle au cours de la vie.

Les conditions d'efficacité et leviers supposés

Un soutien des structures, le partage d'une culture commune

Un des leviers identifié par les directions des centres mobilisant la méthode IACA! est la création ou le renforcement d'une certaine **culture commune**. La création de **groupes de travail** ou de **références** communes a permis d'identifier et de mobiliser des éléments pertinents pour les populations accompagnées.

³ Le terme « fonctionner » mobilisé ici renvoie au fait de pouvoir mener des activités, vivre en société.



« On va organiser encore des groupes de travail avec le reste de l'équipe, (...) pour que ce binôme puisse faire des retours de leur dernière session de formation. Et que du coup, l'ensemble de l'équipe puisse participer à cela, même si c'est à une petite échelle. Parce qu'au-delà de la méthode à proprement parler avec les entretiens, etc., on compte vraiment développer une culture de la réduction des risques sur le centre. Du coup, même si c'est que des petites étapes et si on essaye de l'adapter avec notre réalité de terrain, ça été hyper bénéfique et le reste de l'équipe en est super content aussi. »

Direction centre

L'accès à cette formation a également permis de **renforcer les compétences notamment sur les thématiques liées aux consommations d'alcool (d'un point de vue sanitaire, pragmatique etc.)** des professionnels et a pu ainsi leur permettre de **participer activement aux décisions** du centre, de rendre les suivis plus collégiaux.

L'infirmière de par son diplôme d'État (...), elle avait cette légitimité clinique on va dire, notamment sur l'aspect alcool. Après, une éducatrice non formée en addicto qui se permet de dire à un médecin : « Peut-être que cet usager devrait tester IACA! ». »... Ça, grâce à cette formation et à cette méthodologie de projet, je pense qu'il y a une écoute, un endroit pour l'éducatrice. Donc, ça a permis de décloisonner et de donner du sens à une équipe pluridisciplinaire qui peut des fois être transdisciplinaire, et notamment sur la RDR alcool.

Direction centre

C'est finalement ce levier qui a pu amener **une nouvelle proposition de prise en charge** ou d'accompagnement à des usagers pour lesquels il n'y avait pas ou plus de pistes de suivi.

« On faisait déjà de la RdR, mais pas de la même manière. C'était moins global. Ça m'a donné aussi beaucoup de pistes d'action sur des situations un peu complexes, où on se décourage un peu en disant « bon, finalement, il n'y a rien à faire pour lui ! ». Et si, en fait, IACA!, ça remet en perspective des solutions, en fait. »

Infirmière

« Parce que souvent je me suis rendu compte que ces personnes-là qui se rendent compte que : « Oh là là, ça ne va pas, il faut, il faut vraiment faire quelque chose » elles, elles étaient visées par une hospitalisation qui allait durer un certain temps et du coup qui allait les précariser assez souvent. (...) IACA! évite ça euh... eh ben, on pouvait rattraper et raccrocher les wagons assez facilement avec un suivi hebdo »

Travailleur social

Une posture du professionnel différente : proactivité, disponibilité et persistance

La mise en œuvre de IACA! implique une modification de la pratique et de la posture du professionnel. Véritable levier, **la proactivité** (l'anticipation des attentes ou la prise

d'initiative) est ainsi évoquée. Ceci peut, par exemple, s'incarner dans le fait de recontacter les usagers, même si ceux-ci ne se présentent pas au rendez-vous. Cette pratique est demandée et incitée dans le cadre de IACA!

« Et le... le fait d'être proactif, le fait de pas... Nous, au centre on n'appelait pas les gens. Quand les gens ne venaient pas aux rendez-vous, on ne les appelait pas. Là, avec IACA!, on les appelle, par exemple. »

Travailleur social

Un levier majeur partagé par professionnels et usagers est le fait que le professionnel soit dans une **posture très englobante et soutenante**. L'accompagnement se veut global, et peut impliquer pour le professionnel de se rendre sur le lieu de vie ou de travail de la personne, de l'aider à se repérer dans le système de soin, d'organiser ses rendez-vous médicaux, de le soutenir dans des démarches administratives, de l'accompagner à des rendez-vous médicaux, de l'appeler pour prendre des nouvelles, d'acheter de l'alcool. Ce changement de posture peut parfois apporter une **légitimité au professionnel** afin qu'il s'intéresse aux éléments de la vie de l'utilisateur qu'il n'osait pas jusque-là aborder.

« Oui, mais en fait, avec du coup... Moi de par ma fonction, c'est aussi la globalité, les infirmières, mais ça donne plus de légitimité à intervenir dans le domaine social par exemple. Que je n'aurais pas eu fait avant, en tant qu'infirmière(...) Enfin, ça donne de la légitimité... à un moment sur des domaines qui ne relèvent pas forcément de notre système. »

Infirmière

Nécessitant une grande « rythmicité » et « disponibilité » dans l'accompagnement, cette posture peut être particulièrement chronophage et va nécessiter **un grand investissement** des professionnels. Cœur de la méthode IACA!, cette posture a pu être **facilitée par les moyens financiers attribués aux centres** pour la mise en œuvre de la méthode IACA!. Les centres ont ainsi pu donner aux professionnels du téléphone portable ce qui a permis d'instaurer un lien avec les usagers, et de maintenir le contact.

« Euh... par exemple avec la méthode IACA! je peux acheter un téléphone portable, un ordi portable. Ça change tout en fait [...] Parce que... les... tous les... tous mes suivis ont un numéro de portable, pas que les suivis IACA!, et ça peut apparaître anodin, mais ça ne l'est pas, et c'est assez, assez rare en fait chez les TS parce que ben ils fonctionnent souvent dans des structures beaucoup plus rigides, les gens il faut qu'ils viennent au rendez-vous, s'ils sont en retard, ils ne sont pas pris, il faut qu'ils reprennent un rendez-vous ben là... et faire ça avec un public aussi précaire, c'est absurde. Ils ne peuvent pas quoi. »

Travailleur social

*Symbole du lien et de la disponibilité du professionnel, cette modalité de contact conjuguée à la nouvelle posture professionnelle a un **impact sur la perception que l'utilisateur va avoir de l'accompagnement**, faisant de l'accompagnant un réel soutien « rassurant », y compris en*



cas d'urgence. Réelle action de réduction de des risques, cette possibilité laissée aux usagers de contacter leur accompagnant en cas de problème évitant ainsi des pics de consommation.

«Valentin⁴, le, le fait qu'il s'autorise à appeler en catastrophe sur le portable, parce qu'il est complètement dépassé par un truc qu'il a reçu, qui, qui le fait flipper, euh... ben ça a évité qu'il se suralcoolise le soir même, ça a sûrement évité de rajouter des tensions avec sa femme, et avec son fils. Et euh... ça, c'est important quoi. »

Travailleur social

Cette posture doit également être associée à une **mobilité générale des professionnels** afin que ceux-ci puissent aller vers les usagers (lieu de vie, de rencontre etc.) et sortir des modalités d'accompagnement classiques. En effet, les visites à domicile parfois dans de horaires en dehors de ceux généralement pratiqués dans les structures spécialisées. Plusieurs usagers apprécient la disponibilité des professionnels, qui peuvent parfois se déplacer jusqu'à chez eux s'ils ne peuvent ou ne veulent pas aller dans la structure et être disponibles « H24 » par téléphone. Ces usagers soulignent aussi la prise en charge globale proposée par le programme, qui ne prend pas en compte uniquement l'alcool mais aussi des aspects financiers ou du quotidien : les professionnels peuvent soutenir les usagers dans leurs démarches administratives, juridiques, les aider à faire le ménage, etc.

Un discours différent

Réel élément fondamental de la méthode IACA!, le changement de discours passe concrètement par la mobilisation de **termes moins stigmatisants et enfermants**.

L'intervenant doit porter un **discours positif qui dédramatise les consommations et déconstruit les préjugés**, afin de libérer la personne de son sentiment de honte et de culpabilité et retrouver confiance en elle.

« Moi sur pas mal de structures où j'ai été, l'alcool reste un sujet un peu tabou et chacun y allait un petit peu comme il pouvait pour... pour amorcer le sujet avec les personnes. Mais quand on n'a pas d'avis pour amorcer sans être dans des préjugés ou des choses telles que les préjugés c'était un peu compliqué d'avoir un discours, en fait, apaisant, ou bienveillant ou en tout cas qui ouvre une porte. C'était un peu c'est soit bien. C'est tout blanc ou tout noir, en fait. C'est un petit peu... c'est aussi l'historique des institutions »

Travailleur social

Il s'agit d'abandonner certains termes (« alcoolique », « guérison », « rechute », « déni »), trop stigmatisants, pour en privilégier d'autres (« personne consommatrice d'alcool », « rétablissement », « recherche », « possibilité »...), correspondant davantage à une approche RdRDA. Ces **changements sémantiques** sont importants pour les professionnels et permettent une « facilitation » de la relation :

⁴ Pseudonyme



« Quand une personne me disait systématiquement : « Oui, voilà, ben, moi, je suis alcoolique », tous les, les stigmatisations majeures comme ça, ben, du coup on ne relevait pas. Et puis on, enfin on fonctionnait avec ça. (...)» Et une personne qui boit c'est forcément une personne alcoolique, c'est forcément une personne qui a une, une grosse responsabilité au niveau de, de, de la situation qu'elle vit actuellement ». Donc, c'était comme ça à la base. Donc ça, ça permet complètement autre chose donc c'est faire un bon pas de côté et ça facilite.

Travailleur social

Loin d'être un simple changement sémantique, ce changement de discours va également impliquer un **intérêt pour la question de l'alcool** et donc une prise en compte par ces professionnels des consommations qui jusque-là pouvaient être occultées, ou susciter un motif de « *réorientation* » vers d'autres structures.

Faire avec les consommations, utiliser la consommation comme levier

La méthode IACA! repose sur une logique de « **faire avec les usages** » et propose un travail sur le **lien entre des situations vécues et des pratiques de consommation**. Cette méthode vise à agir contre la stigmatisation et l'exclusion, et sur les risques vécus ou encourus par les personnes, en évaluant les besoins spécifiques et les réponses à y apporter, en repérant les ruptures, non-recours et retards de soins. Ce postulat implique donc que l'alcool puisse être considéré comme « nécessaire » pour l'usager faisant face à certaines situations.

« c'était l'idée que justement c'est on a des touches d'amélioration de la vie de la personne, en fait, c'est déjà de la RDR alcool. Et sur des situations aussi catastrophiques au niveau social, on voit bien qu'on ne va pas travailler la question de l'alcool, quand la personne elle s'est fait frapper la veille, qu'elle est à la rue, que le chien du coup mord tout le monde, bon (rires) c'est... L'alcool est, est nécessaire là. »

Travailleur social

En **accueillant les personnes avec leurs consommations**, l'intervenant valorise leurs stratégies et ressources et leur montre qu'elles ont trouvé du soutien. C'est aussi l'occasion de « remettre l'alcool à sa juste place » afin d'aborder les éléments de la situation de l'usager qui pourraient être travaillés.



« Effectivement ce n'est pas, parfois les personnes par, comment dire (silence) stratégies ou alors humilité je ne sais pas, vont, vont dire que c'est l'alcool qui leur pose le plus de problèmes. Mais en fait, en grattant on se rend compte que non. L'alcool ou... allume des mèches pour d'autres consos, des, des deals, etc. Et puis, c'est le reste qui est, qui est peut-être plus compliqué après. Donc une fois qu'on a, qu'on est d'accord sur l'ennemi (rire) à battre, disons, ben une fois que ce, ce mode de, de, de, d'accompagnement est proposé si, si la personne adhère et accepte, ben, on part sur ce type de, d'accompagnement. »

Travailleur social, IACA!

L'accueil, avec ou sans alcool, doit être **convivial**, « sans aucune symbolique dévalorisante concernant l'alcool »(80), dans l'idée que tout le monde se sente à l'aise, que l'accueil soit individuel ou collectif. Les personnes doivent toujours se sentir bienvenues et attendues, rassurées et **non-jugées**. Si nécessaire, **l'alcool doit être mis à disposition pour les personnes en manque**, afin de leur permettre de réguler les pics de consommation. Une offre de boissons diversifiées non-alcoolisées doit également être présente, pour permettre aux personnes de s'hydrater et d'alterner, ainsi que des collations. Une signalétique doit indiquer le fonctionnement du lieu et les autorisations (boire, vapoter...), et une information de RdRDA doit être mise à disposition. Lors du déploiement de IACA! dans les centres, peu ont pu mettre en œuvre cette autorisation de consommation. Les avis des usagers sont assez nuancés concernant la possibilité de consommer de l'alcool durant les rendez-vous : une interviewée explique que ça lui a « *fait bizarre, le jour où elle m'a dit 'tu n'as pas l'air bien, tu peux prendre une bière* », expliquant être mal à l'aise à l'idée de boire devant l'intervenante.

Cette posture d'acceptation implique également pour le professionnel un travail sur ce qui est l'objectif de sa mission et de l'accompagnement et parfois certains renoncements, un « *deuil de quelque chose en fait, que les gens, on ne va pas les sortir de leur consommation...* ».

Les usagers apprécient le fait que ce programme n'impose pas l'abstinence et soit moins contraignant que d'autres interventions : « *On ne m'impose pas de boire tant ou tant, c'est moi qui gère. (...) Parce que dans les autres accompagnements, c'est 't'arrêtes de boire tout de suite', et puis voilà, (...) tu prends ton traitement et tu te fais* ».

Tous ces éléments doivent faciliter l'accès au service et la rencontre, créer les conditions pour libérer la parole et anticiper les difficultés des personnes.



*« Si elle a bu 17 bières hier, elle va me le dire en fait, parce que ça lui fait...
parce qu'elle a besoin de le dire, mais euh... pas parce que je vais lui dire qu'il
faut qu'elle en boive moins (rires) et c'est ce rapport, ce changement en fait de, de
paradigme ça, ça a des effets plutôt positifs, ça soulage la personne de cette
pression qu'elle se met elle-même »*

Travailleur social

Des « fabriques » des pratiques

Un des leviers évoqué par les professionnels est le fait qu'en parallèle du déploiement de la méthodologie IACA! dans leur centre, les professionnels étaient conviés à des **rendez-vous réguliers d'analyse des pratiques** avec les professionnelles de Santé ! et les professionnels des autres centres mobilisant également cette méthode. Cette analyse des pratiques, adossée ponctuellement au déploiement de l'intervention, aide à la mise en pratique de la méthode, et semble indispensable. Les professionnels évoquent le rôle de **boussole « indispensable »** qu'elle a pu occuper dans la révision de leurs pratiques souvent ancrées depuis des années.

*« Après je trouve que la méthode IACA!, elle nécessite effectivement qu'il y ait
derrière des gens qu'on puisse appeler en tant que professionnels, sans ça, ça me
paraît compliqué sur les premiers suivis ... »*

Travailleur social, IACA!

L'usager expert de sa propre situation

Dans la méthodologie IACA!, le **professionnel ajuste l'accompagnement selon la situation individuelle du usager** : sécuriser les moments de consommation à risque, intervenir sur les renoncements ou ruptures de soin, coconstruire des solutions adaptées, stabiliser les usages... L'accompagnement doit **prendre en compte l'organisation de la personne au quotidien**, donner l'envie de prendre soin de soi, agir sur le sentiment d'échec et sur l'isolement, donner espoir et favoriser les relations positives avec autrui, sans condition préalable de changement. C'est le cas par exemple lorsqu'un professionnel aide un usager à trouver un avocat, ou lorsqu'un intervenant soutient un usager dans ses démarches administratives, qui dit que sans cette aide il se « *laisse submerger* ». Cela permet d'envisager ensemble des pistes d'action pragmatiques, dans l'ici et le maintenant. Le professionnel doit guider l'usager pour qu'il trouve lui-même ses propres « *petites solutions* », sans considérer l'alcool comme un problème. Ces solutions vont être variées et toujours choisies par les usagers.



« on accepte de réfléchir à des, à des petites solutions. Et donc ces petites solutions elles se vérifient sur du court terme en fait, sur, bon, ben, plutôt que de boire tel alcool, réfléchis à un autre. Donc ça, ça se fait très vite. Ben, celui-là OK, ben, on met ça en place. »

Travailleur social

La co-construction de ces solutions est essentielle afin qu'elles soient acceptables et accessibles aux usagers sans trop d'enjeux et donc de difficultés si celles-ci ne fonctionnent pas.

« L'idée c'est l'inverse en fait, on va, on va tenter des choses ensemble. Ça sera à vous de faire le plus gros du travail forcément puisque ce sera toujours vous qui, à un moment donné, déciderez ou pas de consommer. Par contre, par contre on va essayer d'être le mieux, le plus souvent connecté par rapport à cette question. Et puis, et tous les petits outils justement de, de, euh..., d'anticipation par exemple ou de prise un peu de, de distance par rapport à ce qui se passe quand on fait ça plutôt que ça. Plein de petits trucs auxquels on ne faisait pas attention avant»

Travailleur social

Une formation concrète à la RDRDA

Le dernier levier évoqué par les professionnels est le fait que la formation à la méthode IACA! soit une mise en œuvre de principes généraux parfois philosophique ou paradigmatique de la RDR.

« Et pour moi, c'est l'optique de la formation aussi qui m'intéressait pour... Alors on avait... On avait déjà une philosophie « réduction des risques » au sein du centre. Avant que Juliette arrive, il y avait eu tout un tas de groupes de travail sur... un petit peu des techniques, plus que des outils... Mais des techniques de prise en soins un petit peu euh... au... enfin pour créer une philosophie du soin, on va dire au sein du centre ... Il y avait déjà de la réduction des risques. Et, en fait, ce qui m'intéressait c'étaient les outils, de nouvelles... de nouveaux outils, voilà de nouvelles perspectives de techniques de prise en soins de l'alcool. »

Infirmière

Cette formation est vue comme une possibilité de **s'outiller, de mettre en pratique au quotidien les fondements de la réduction des risques** spécifiquement sur la thématique de l'alcool

« Mais heu... mais oui, c'était plus heu... ouais, on sentait qu'il y avait... en tout cas nous, on sentait qu'on avait un vrai besoin de, de s'outiller pour, pour aussi parler autrement. Voilà dans cette problématique-là, avec les personnes qu'on accompagnait, puisque heu... »

Travailleur social



III. Mise en œuvre de la méthode IACA !

Le programme IACA! devait se déployer dans 10 centres (4 en PACA et 6 en NA). Sur ces 10 centres, seuls 7 centres ont pu réaliser des accompagnements IACA! Lors de l'étude. La description de la mise en œuvre de l'intervention porte néanmoins sur l'ensemble des 10 centres car, même si certains n'ont pas réussi à mobiliser la méthode, ils témoignent d'une pratique plus diffuse liée à la formation reçue. Nous allons ici développer les caractéristiques de ce déploiement.

Une adaptation difficile dans les centres

Comme nous venons de l'aborder, le déploiement de la méthode IACA ! a été difficile dans les centres sélectionnés. Le faible échantillon d'utilisateurs inclus dans notre étude (N=29) doit être considéré comme un indicateur, un résultat en soi. En effet, le nombre d'inclusions prévues était de 100 et celui-ci n'a pas été atteint après les 6 mois d'inclusion. A titre d'illustration, des centres n'ont pas pu accompagner d'utilisateur au cours de cette période d'inclusion. Cette faible participation ne semble pas refléter une non-volonté des utilisateurs de participer à la recherche, car seul un des utilisateurs rencontrés a refusé de participer à la recherche, mais bien le faible nombre de personnes concernées par la proposition RDRDA au sein des centres.

La variété de centres et de professionnels a induit des **difficultés de mise en œuvre du programme tel qu'il a été conçu**. En effet, certaines caractéristiques telles que les modalités d'accompagnement, la temporalité nécessaire aux accompagnements sont parfois difficilement réalisables dans ces structures.

« Mais il n'y a pas d'ordre vraiment préétabli non plus, euh... des adaptations non, parce que la méthode, elle est plutôt basée sur l'adaptation justement, donc le fait de pouvoir aller faire des entretiens en extérieur, de... voilà, s'adapter aux situations, au fait qu'ici il n'y a plus de locaux. (Rires) bon, ben, ça fait partie du truc donc ça va, mais c'est justement cette... toute cette adaptation qui peut être difficile à mettre en place plutôt... »

Travailleur social

Pour les centres, la solution est donc parfois **de relayer vers une autre structure plus spécialisée** ou compétente avec, cependant, toujours l'idée de mettre en œuvre la méthode à un autre moment.

« On se rend compte que nous, c'est compliqué de l'adapter, donc on va essayer de plutôt aller vers l'extérieur, vers le d'autres structures addicto ou quelque chose de ce style, une association de ce style, pour pouvoir les accompagner là-dedans. Par contre, si, c'est sur l'urgence accompagnée, on voit qu'il y a... et si on peut adapter la méthode complètement ? Parce que la personne reste longtemps chez nous, et il y a une confiance qui s'installe, etc., elle sera adaptée comme elle a été faite. Ça, c'est sûr et certain, elle sera appliquée. Voilà. »

Direction centre

Les différents points abordés expliquant cette adaptation difficile sont le manque de temps dédiés à ce type d'accompagnement et les modalités ou le public accompagné. Ces points seront abordés plus longuement dans la section des freins.

Une philosophie plus qu'une méthode ?

Les professionnels et leur direction vont pointer une **mobilisation plus diffuse de la méthode ou de la « philosophie »** IACA. Ainsi, auprès de personnes ne souhaitant pas aborder les consommations ou qui disent vouloir s'orienter vers l'abstinence, les professionnels peuvent mobiliser l'accompagnement global et s'intéresser à d'autres éléments de la situation actuelle de l'utilisateur.

« Donc en fait, là IACA!, je l'utilise, mais plus dans les axes de sa vie qui sont problématiques et qui viennent majorer les consos. Mais on ne travaille pas encore les consos. Parce qu'il ne souhaitait pas travailler les consommations. Il souhaitait... Il a un objectif d'abstinence, mais il souhaite poursuivre... Il ne veut pas trop s'engager sur un travail des consos... Donc j'ai plutôt traité l'aspect social avec lui. M'assurer qu'il puisse avoir à manger, qu'il puisse avoir un logement décent. Qu'il puisse avoir accès à l'hygiène... »

Infirmière

Cette posture va également pouvoir se retrouver diffusée dans le centre afin d'entreprendre une discussion d'équipe

« Au sein de l'équipe, je pense que ça mérite encore qu'on travaille avec eux. Ils n'ont pas eu la formation, donc forcément, ça a mis un peu plus de temps. Mais du coup, comme Victor qui fait partie du binôme il est passé coordinateur, on va essayer, du coup, de dédier des réunions à ça, à une réflexion avec l'ensemble de l'équipe. Pas forcément faire un protocole où leur faire un exposé sur la méthode, mais juste avoir une réflexion d'équipe sur les derniers recours que l'on a eus et que chacun puisse appliquer la même chose, enfin, ils n'ont pas eu la formation, c'est compliqué, mais qu'au moins il y des dires pour aller dans le même sens que le binôme.. »

Direction centre

Profils des usagers

D'après les analyses quantitatives, **l'âge moyen des usagers accompagnés par la méthode IACA! était de 43 ans**, ils étaient majoritairement des hommes (65,5%). 48% avaient un niveau d'étude équivalent au bac ou supérieur. Ils **ne travaillaient pas** (dans les 30 derniers jours précédant l'inclusion) pour la majorité (65,5%).

plus de la moitié des participants (58,6%) habitaient seuls, 8 (27,6%) habitaient avec des amis ou de la famille. Comme exposé plus haut, les patients IACA!, pour la majorité (N=23), avaient au moins un trouble de l'usage actuel pour une substance/comportement addictif autre que l'alcool. Quasiment la totalité des participants avaient un trouble l'usage actuel de

l'alcool (N=27/28), dont la majorité était sévère (75%) et avaient en moyenne 20,7 ans (ET=11,1) de consommation régulière d'alcool.

Les usagers rapportaient une **demande de prise en charge pour l'alcool importante** (moyenne de 2,5 sur une échelle de 0 à 4). Vingt-six participants (90%) rapportaient à l'ASI être en demande de prise en charge pour leur usage d'alcool à la première évaluation.

Professionnels mobilisant la méthode

Comme évoqué plus haut, cette méthode a été déployée dans différents centres suite à une candidature de ces derniers. Il s'agit donc d'une **démarche volontaire impulsée par les directions ou par les professionnels de terrain**. La diversité des centres est à l'image de la **diversité des professionnels** formés à la méthode IACA ! lors de ce déploiement. Infirmières, assistantes sociales, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés sont autant de profils ayant été formés à la méthode et mettant en œuvre IACA ! dans leur centre.

Une entrée dans le programme qui fait suite à un historique de prise en charge en addictologie

Les usagers du programme IACA! **sont souvent des personnes précaires polyconsommatrices. Elles sont prises en charge dans une structure en addictologie depuis plusieurs années**, et se voient proposer le programme comme une solution alternative à d'autres méthodes expérimentées et potentiellement à des échecs de ces prises en charge. Le début de la prise en charge dans la structure peut faire suite à l'orientation de professionnels de santé (psychologue, médecin, SECOP...) ou de proches inquiets de la consommation de leur ami ou parent. Parfois le programme va être proposé à des usagers connus du centre

« Il y a eu des gens aussi à qui on a proposé la méthode qu'on connaissait déjà. Voilà qui étaient déjà sur le CHRS. Donc, on connaissait déjà la problématique. Je dirais que (Raclement gorge) la plupart des gens à qui on l'a proposé, c'était, c'était surtout des gens qu'on avait, que l'on connaissait déjà, On connaît aussi les problématiques qu'ils peuvent rencontrer. Donc, du coup, ça a été aussi plus simple, enfin plus simple. Déjà pour se dire bah tiens, il y a cette, ces personnes-là pour repérer déjà les personnes qui, potentiellement, pouvaient intégrer le, l'expérimentation. »

Travailleur social

Un usager fréquente ainsi sa structure de prise en charge depuis 2013, et a débuté le programme IACA! suite à la proposition d'une professionnelle. Un autre usager est pris en charge depuis un an dans une structure, et s'est vu proposer le programme IACA! « *dans un deuxième temps* », tout comme un homme suivi depuis « *sept ou huit ans* » entré dans le programme il y a un an.

Le professionnel va alors mobiliser la méthode IACA ! comme autre approche, permettant de travailler différemment ce qui peut constituer une réelle porte de sortie.



« Quand... enfin, eux le vivent comme tel en tout cas. Et euh... les personnes, elles ont fait euh... trois, quatre, cinq tentatives euh... et reprennent les consommations. Et effectivement euh... ben quand ils en parlent avec eux et qu'ils se disent : « Ben tu sais, il y a peut-être une autre méthode, est-ce que tu veux en discuter, machin. » Et ça... il y a des gens pour qui effectivement, ça, ça les soulage qu'on leur propose autre chose quoi. »

Travailleur social

La décision d'entamer ou non cette méthode repose, d'après certains professionnels sur un choix de l'usager

Alors, ben, ce sera toujours le patient (rire) qui décidera... Et, et en général quand..., alors quel que soit les, comme on disait au tout début, le... la porte d'entrée.....Bon, si la personne est, est volontaire et qu'elle, qu'elle déballe tout sur le premier entretien et qu'elle insiste sur la, la question de la... de l'alcool, s'il n'y a que cette question-là je vais lui proposer à peu près tout ce qu'on peut, tout ce que je peux lui proposer à ce niveau-là.

Travailleur social

Le déroulement « type » du programme dans les centres.

Comme évoqué plus haut, concernant la méthode IACA! la mise en œuvre dans les centres a été variée et nous n'avons pas identifié de déroulement type. Les composantes interventionnelles et la philosophie de l'intervention sont certainement autant de modalités de réalisation de la méthode. Un point récurrent dans les entretiens avec les professionnels est le fait que le **programme n'a pas pu être déroulé dans toutes ses étapes**.

Certains professionnels et directions de centres évoquent le fait que cette méthode nécessite un temps long et que l'application de la méthode va devoir se limiter aux premières étapes d'accroche et de diagnostic devant parfois orienter ailleurs les usagers qui doivent sortir du centre ou du dispositif.

Le fait que le déploiement soit relativement jeune peut également expliquer la non réalisation des 4 étapes nécessitant plusieurs mois voire années pour se concrétiser.

Et je dirais que du coup, nous, en tout cas, l'expérimentation, les un an d'expérimentation globalement, ne nous ont pas permis d'aborder les quatre étapes. Voilà. On n'a pas pu aller jusqu'à heu... la phase de, de stabilisation. On a pu expérimenter dans le meilleur des cas. Je crois que pour, pour deux cas, la phase vraiment de sécurisation, enfin la première, première et deuxième phase heu... parler autrement. Je ne sais plus.

Travailleur social

Par ailleurs, la moitié des participants du programme IACA! ont suivi le programme durant les 12 mois d'étude, mais certains ont continués à recevoir un traitement pour leur consommation d'alcool dans le centre participant ou un autre centre.

IV. Analyse de la transférabilité de la méthode IACA !

La transférabilité est la capacité à reproduire l'efficacité mesurée d'une intervention dans un autre cadre. Elle dépend de multiples facteurs contextuels (environnement, caractéristiques de la population et des parties prenantes) et interventionnels (modalités de mise en œuvre de l'intervention (61)). Considérer la transférabilité implique de considérer systématiquement le contexte primaire et le contexte cible. Selon la définition de la transférabilité, les trois éléments du contexte primaire : Personne-Intervention-Environnement doivent être comparés entre contextes.

Ainsi, les informations obtenues à partir du contexte primaire influencent la manière dont le transfert est conçu. Ainsi, dans notre cas, nous nous sommes appuyés sur une précédente étude réalisée par l'équipe dirigée par Linda Cambon (BPH Inserm Centre/Université de Bordeaux) avec le CRES PACA pour le compte de Santé!. L'objectif était de repérer les fonctions clés (63) hypothétiques du programme, c'est-à-dire les leviers a priori essentiels à maintenir intègre et définir les modalités de transfert vers un autre site (et, si nécessaire, d'adaptation) pour assurer les mêmes résultats que dans l'association Santé! (64) et déterminer les modalités d'accompagnement à prévoir pour implanter IACA. Cette étude s'est appuyée sur la grille Astaire (65), qui permet de rendre compte de l'ensemble des facteurs interventionnels et contextuels pouvant influencer l'impact qu'a une intervention. Sur la base de cette étude, nous avons identifié : 14 principes d'intervention ; 9 compétences nécessaires aux intervenants ; 3 principes de fonctionnement ; 13 conditions environnementales de réussite ; 18 mécanismes cibles en rétablissement en santé mentale (cf. annexe 1).

Ces éléments ont permis de structurer le dispositif d'accompagnement et de formation mis en place par Santé! dans son déploiement auprès d'autres centres (centres cibles) et bâtir des hypothèses sur le fonctionnement de IACA. A partir de là, analyser la transférabilité de IACA! revient à observer, en regard des résultats obtenus dans d'autres centres, l'intégrité de ces hypothèses appelées fonctions clés et dégager les éléments qui du fait de leur moindre importance sur le résultat peuvent être adaptés. Au sein des éléments susceptibles d'influencer le résultat il y a des éléments liés au contexte – l'environnement d'implantation, les caractéristiques des patients et des professionnels – et ceux liés à ce que l'on appelle la viabilité de l'intervention. Nous allons aborder tout d'abord la viabilité pour ensuite nous consacrer à l'analyse de la transférabilité et de ses conditions.

Viabilité

L'étude de viabilité est souvent envisagée comme un prérequis à la mise à l'échelle d'une intervention elle vient également renseigner la pérennité de l'intervention. Notons également qu'une haute pérennité est le signe d'une intégration complète de l'intervention dans le système. La viabilité d'une

intervention peut s'envisager à l'aune de différents critères tels qu'ils ont été définis par Chen et précisés par C. Decroix (78) . Nous allons donc présenter cette analyse à l'aide de ces critères.

« **Affordable** »: la **soutenabilité économique** de l'intervention ainsi que son **accessibilité**.

Ce critère correspond « à la capacité d'une organisation porteuse de l'intervention à assumer le coût de la coordination et du déploiement de l'intervention » (traduction libre), (77). Nous développerons deux dimensions à ce critère : la soutenabilité économique de l'intervention ainsi que son accessibilité.

Soutenabilité économique de l'intervention à court et long terme

L'introduction d'une nouvelle intervention dans une structure peut souvent entraîner un coût économique conséquent ce qui peut être un frein à la réalisation de cette intervention dans les conditions réelles.

L'intervention IACA !, dans le cadre de son déploiement, a doté les structures d'une enveloppe budgétaire permettant de compenser le temps nécessaire à la formation mais aussi permettant aux professionnels formés de s'équiper afin de mettre en œuvre la méthode.

Les professionnels vont indiquer que ce budget alloué, lorsqu'il est mobilisé, a pu servir à s'équiper d'un téléphone professionnel, de boissons ou d'avance d'argent aux usagers. Certains professionnels vont également indiquer que cet argent n'a pas été mobilisé car il n'a pas été nécessaire ou qu'il n'a jamais été réceptionné par les professionnels. Néanmoins nous devons noter que cette dotation financière était ponctuelle et limitée au cadre du déploiement de l'intervention et que celle-ci pouvant nécessiter des accompagnements plus intensifs ou de rester en contact avec les usagers peut impliquer des coûts supplémentaires qui risquent d'être difficilement supportables pour un secteur professionnel déjà fragilisé.

Ainsi, certaines activités telles que les regroupements de professionnels formés à la méthode afin de pouvoir confronter, élaborer ou s'orienter sur les pratiques peuvent être limitées ou même rendue impossibles par manque de financement dédié.

Accessibilité de l'intervention pour les bénéficiaires (financière, géographique, connaissance, compréhension de l'intervention / des modalités d'accès)

L'accessibilité de l'intervention est un élément clé de la viabilité et de son utilisation par les usagers. Dans le cadre de Vitae, les structures ont majoritairement rencontré des difficultés pour mettre en œuvre l'intervention IACA !, l'accessibilité a été ainsi évoquée comme un frein important. Au sein de ce critère nous avons développé les points soulevés par les personnes rencontrées pouvant limiter l'accès à l'intervention : la temporalité nécessaire à la mise en œuvre, le positionnement paradigmatique de l'intervention, les capacités cognitives des usagers et enfin la langue mobilisée.

Temporalité :

Tout d'abord la temporalité de l'intervention a été évoquée à de nombreuses reprises. Que ce soit le temps nécessaire à la mise en œuvre ou encore le rythme intensif que cette intervention implique. Cette temporalité intensive nécessite de recevoir ou d'être en contact

avec les usagers de façon régulière. Cette intensivité sera plus adaptée à certaines structures de type hébergement d'urgence ou de type CAARUD mais sera moins adaptée à des structures où l'accompagnement est plus espacé.

Paradigme

L'intervention IACA ! est une intervention de RDRDA qui, comme nous l'avons vu, ne vise pas l'abstinence en première intention mais bien une gestion des consommations, un faire avec l'alcool afin de s'attaquer dans un premier temps aux autres dimensions de la vie permettant un rétablissement.

Ce positionnement face aux consommations est radicalement différent de celui proposé historiquement dans les structures de soin et du médico-social ce qui peut donc engendrer des oppositions de principe tant des professionnels que des usagers.

Cette opposition paradigmatique va souvent se retrouver chez les usagers ce qui va logiquement freiner leur participation à l'intervention.

« Ça reste quand même, comme on l'a dit, très rural, et on a beaucoup de personnes (rires) qui se présentent et demandent l'abstinence. Et qui demandent véritablement, j'ai presque envie de dire, la fessée quoi. Qui ont envie d'avoir cette image du centre addicto année 70-80, qui culpabilise énormément les consommations. Voilà quoi, il faut s'arrêter, il faut transpirer, il faut être en sevrage. On a quand même une bonne partie de la file active qui le pense comme ça. Et qui limite, verraient la méthode IACA! comme voilà, quelque chose de pas bien. »

Travailleur social

Lorsque les usagers acceptent de s'inscrire dans un programme ne visant pas l'abstinence, l'opposition paradigmatique peut néanmoins perdurer et il est parfois long et laborieux de permettre aux usagers « de s'approprier un autre langage, un autre regard sur leurs consommations ».

Cognitive :

Autre frein à l'adhésion des usagers à l'intervention, les capacités cognitives ou l'existence de pathologies psychiatriques chez les usagers.



« Quand on est confronté ben au frein euh... Parce qu'on a aussi beaucoup de gens qui ont de gros gros troubles psychiatriques. On est de plus en plus confrontés à ça aujourd'hui ce n'est pas toujours simple, voilà ! d'accompagner des gens avec des troubles comme ça et... et... et sur la réduction des risques, aussi. »

Travailleur social

Les usagers des structures concernées sont souvent des usagers ayant un parcours long de consommations, parfois avec des consommations multiples ce qui va générer des pathologies neurologiques pouvant également freiner la compréhension et l'élaboration nécessaire à l'intervention et donc l'accessibilité de la méthode.

« Alors moi j'avais identifié un gros frein aussi à la méthode, ce sont les capacités cognitives, les élaborations. Euh, du coup, ça donne des patients un peu réfractaires à réfléchir sur leur propre situation. Ils n'arrivent pas ... à se représenter heu... autre chose que ce qui leur a des, de ce qui leur a déjà été proposé jusqu'à présent en termes d'accompagnement pour l'alcool, c'est-à-dire qu'elles n'ont jamais réussi à, à entendre. Qu'en fait, on allait intervenir autrement et pas et pas justement pour leur dire que ce n'est pas bien, qu'il faut arrêter, mais qu'en fait, on allait du coup parler autrement. »

Travailleur social

Langue

Autre frein à l'accessibilité de la méthode, la langue dans laquelle est proposée l'intervention. Nous pouvons tout d'abord évoquer le français en tant que langue qui n'est parfois pas la langue parlée par les usagers. Ceci rend donc impossible la proposition de cette intervention.

Mais nous pouvons également évoquer le fait que la formalisation de l'intervention a pris un soin spécifique à formuler les documents ainsi que les terminologies mobilisées afin que celles-ci se situent au plus près de l'expérience des usagers et qu'ils soient donc accessibles à ceux-ci. Notons néanmoins que certains documents ont pu freiner un peu les usagers pour qui la formalisation peu évoquer des situations administratives ou des expériences peu agréables.

Utile :

L'utilité d'une intervention a été décrite comme « la question de savoir si les parties prenantes peuvent constater et éprouver des améliorations en ce qui concerne l'atténuation ou l'amélioration de problèmes » (77). Une définition large semble pertinente au vu des dimensions que peut comprendre ce critère selon les parties prenantes, leurs parcours de vie, leurs parcours professionnels, leurs référentiels, leurs systèmes de valeurs. Quatre dimensions ont été identifiées : l'identification d'un besoin, le potentiel de l'intervention a

être efficace et juste socialement, les effets perçus et enfin les effets imprévus ou indésirables.

Besoin et/ou demande pour lesquels il manque une réponse

La création de cette intervention souhaitait répondre à un besoin d'outillage des professionnels face à des situations d'usagers jusque-là peu abordées. L'arrivée de l'intervention IACA ! a donc été l'occasion pour les professionnels d'acquérir un savoir et des connaissances pratiques pour accompagner les usagers sur la thématique alcool. La formation proposée est ainsi vue comme un outillage, une sécurisation par les professionnels, leur donnant l'assise, le sentiment de légitimité pour aborder la question de l'alcool avec les personnes qu'ils suivent.

« Le cadre leur permet d'aller discuter avec des personnes plus sereinement de leur consommation et quand les personnes arrivent en état d'ivresse, c'est aussi sur ces situations où, du coup, on leur demande le lendemain, comment ils en sont arrivés là, est-ce qu'ils ont... besoin d'un accompagnement. Ça permet vraiment d'ouvrir la discussion. Et ça, l'ensemble de l'équipe le fait. C'est clair et net. »

Direction centre

Potentiel de l'intervention à être efficace et juste socialement

L'acquisition de nouvelles connaissances et perspectives, ainsi que de nouveaux outils vont permettre aux professionnels de faire face à des situations qui semblaient parfois être trop complexes ou problématiques et pour lesquelles ils n'avaient pas de solutions : « Ça m'a donné aussi beaucoup de pistes d'action sur des solu... sur des situations un peu complexes, où on se décourage un peu, on laisse un peu tomber les bras en disant « bon, finalement, il n'y a rien à faire pour lui ! ». Et si, en fait, IACA!, ça remet en perspective des solutions, en fait » (Professionnels de santé et sociaux).

Ces situations étant souvent celles d'usagers poly-consommateurs ou ayant des situations socio-économiques ou personnelles très complexes, cette intervention permet d'avoir un niveau d'action possible, socialement répartie.

Effets perçus

De manière générale, les usagers rencontrés disent que la prise en charge dans le programme IACA! leur fait du bien, mais ne constatent pas toujours d'effet sur leurs consommations et leur capacité à les gérer.

Lors des observations réalisées les rendez-vous avec les professionnels sont pour les usagers une opportunité de faire un point sur leur situation globale. De nombreux sujets sont abordés et des situations peuvent être trouvées à des problèmes sans liens réels avec la consommation d'alcool.

Un usager explique ainsi que le programme n'a pas d'impact sur sa consommation, hormis le conseil de boire de l'eau entre deux verres d'alcool, ce qui lui permet d'avoir moins de maux de tête. Un usager rapporte avoir beaucoup apprécié l'aide fournie par les professionnels concernant la gestion administrative de ses papiers pour la Sécurité Sociale, mais avoir encore des difficultés avec ses polyconsommations :



« Ça m'a beaucoup aidé pour les papiers, (...) je n'aurais jamais su, moi tout seul, appeler la sécu, puis leur poser toutes les questions qu'il pose. (...) Après, bah les consommations... voilà quoi. (...) J'ai trop bu, j'ai chopé de la coke il y a quelques jours, (...) j'ai pris un demi-gramme et j'ai basé, (...) voilà, des choses comme ça ».

Les effets du programme IACA! rapportés par les usagers semblent donc concerner divers aspects (reconversion professionnelle, démarches juridiques et sociales, calmer l'anxiété, améliorer la mémoire, meilleure gestion financière...) en dehors de la consommation d'alcool.

Les professionnels quant à eux directement semblent convaincus des effets de l'intervention (qu'ils aient été observés ou anticipés).

Effets imprévus ou indésirables

L'étude réalisée a permis de mettre en lumière le fait que si cette méthode peut avoir des difficultés à rencontrer son public et ses modalités de réalisation, elle peut participer à une diffusion de la philosophie RDRDA au sein des structures et auprès des usagers. Les professionnels et leur direction vont pointer une **mobilisation plus diffuse de la méthode ou de la « philosophie » IACA**. Ainsi, auprès de personnes ne souhaitant pas aborder les consommations ou qui disent vouloir s'orienter vers l'abstinence, les professionnels peuvent mobiliser un accompagnement global et s'intéresser à d'autres éléments de la situation actuelle de l'utilisateur.

« Donc en fait, là IACA!, je l'utilise, mais plus dans les axes de sa vie qui sont problématiques et qui viennent majorer les consos. Mais on ne travaille pas encore les consos. Parce qu'il ne souhaitait pas travailler les consommations. Il souhaitait... Il a un objectif d'abstinence, mais il souhaite poursuivre... Il ne veut pas trop s'engager sur un travail des consos... Donc j'ai plutôt traité l'aspect social avec lui. M'assurer qu'il puisse avoir à manger, qu'il puisse avoir un logement décent. Qu'il puisse avoir accès à l'hygiène... »

Infirmière



Cette posture va également pouvoir se retrouver diffusée dans le centre afin d'entreprendre une discussion d'équipe

« Au sein de l'équipe, je pense que ça mérite encore qu'on travaille avec eux. Ils n'ont pas eu la formation, donc forcément, ça a mis un peu plus de temps. Mais du coup, comme Victor qui fait partie du binôme il est passé coordinateur, on va essayer, du coup, de dédier des réunions à ça, à une réflexion avec l'ensemble de l'équipe. Pas forcément faire un protocole où leur faire un exposé sur la méthode, mais juste avoir une réflexion d'équipe sur les derniers recours que l'on a eus et que chacun puisse appliquer la même chose, enfin, ils n'ont pas eu la formation, c'est compliqué, mais qu'au moins il y des dires pour aller dans le même sens que le binôme.. »

Direction centre

Certains professionnels ont pu également indiquer qu'un des effets « pervers » de l'intervention lié à la proposition souvent innovante et disruptive que constitue IACA ! auprès des usagers peut engendrer une attente très forte de certains usagers allant parfois jusqu'à un espoir providentiel peu réalisable :

Ça aussi. Il y en a attend, il y en a, ils attendaient vraiment quelque chose de... d'incroyable qui allait leur changer la vie en quelque temps et que malheureusement ce n'est pas du tout comme ça.

Travailleur social,

Compatible culturellement

Un des points majeurs de la viabilité va être la capacité de l'intervention à être compatible culturellement avec le contexte de déploiement de l'intervention tant au niveau des structures, des professionnels que des usagers. Concernant le critère de compatibilité culturelle, il ne dispose pas à notre connaissance de définition dans les travaux de Chen. Derrière le concept de culture, se trouvent différentes définitions en fonction des auteurs, de leurs disciplines et courants théoriques(84). La compatibilité culturelle se réfère ainsi à la question de savoir si les parties prenantes considèrent que l'intervention est en adéquation avec la culture au niveau individuel, professionnel, organisationnel, sociétal ainsi qu'à tous les niveaux que les parties prenantes considèrent pertinents au regard de l'intervention et du contexte dans lequel elle s'intègre. Ce critère s'intéresse ainsi à la compatibilité de l'intervention avec les façons de vivre ensemble, les systèmes de valeurs, les traditions, les croyances, les pratiques manifestes et les conventions subtiles des parties prenantes (bénéficiaires, professionnels, décideurs, financeurs) de l'intervention en tant qu'individu ou collectif. Par compatibilité de l'intervention, nous entendons la compatibilité de la finalité de l'intervention, de ses objectifs, méthodes et de toutes composantes de l'intervention relevant des croyances des parties

prenantes. Nous retiendrons, dans ce travail, deux dimensions de cette compatibilité : la compatibilité de l'intervention IACA ! avec les façons de vivre ensemble, les conventions et les systèmes de valeurs, les traditions, les croyances.

Avec façons de vivre ensemble et conventions

L'arrivée de l'intervention IACA ! constitue souvent une rupture avec les conventions et modalités d'actions usuelles au sein des structures. Cette intervention véhicule, en effet, une posture paradigmatique différente quant aux consommations et à leur prise en charge. Ceci a pu impacter la cohésion ou la dynamique collective au sein équipes de professionnels, des partenaires ou de la structure. Cela va pouvoir se manifester dans les discours tenus aux usagers qui, selon les professionnels et leurs formations/orientations, vont varier et peuvent ainsi, constituer une réelle dissonance.

De plus, le fait que les structures ou institutions ne soient pas motrices dans la mise en place de l'intervention et donc n'engagent pas l'équipe de professionnels dans une certaine fédération concernant la pratique d'accompagnement des usagers va nécessairement impacter la mise en œuvre de l'intervention et donc sa viabilité. L'impression, chez les professionnels, de ne pas être soutenus dans leur pratique ou dans les modalités d'accompagnement proposées entraîne un sentiment d'isolement. Certains vont ainsi rapporter le manque d'orientation des usagers suivis par leurs collègues vers l'intervention, l'incompréhension pouvant parfois générer des tensions en interne dans les équipes.

A une échelle plus large, les professionnels soulignent la nécessité d'être inséré dans un réseau d'acteurs, de partenaires partageant une certaine culture commune qui pourraient servir de relais pour les soutenir et leur orienter des usagers, afin d'augmenter le nombre d'usagers concernés, mais aussi apporter cohérence et cohésion dans leurs parcours de soin. Autre point pouvant contrevenir au « vivre ensemble » va être lié à la prise d'espace par cette nouvelle dynamique ce qui peut entraîner une certaine animosité voire rivalité au sein de l'équipe.

- *« Parce que ça a pris, à un moment donné le projet IACA!, il a pris beaucoup de place dans l'institution, on avait deux personnes motivées, très motivées, et des formes de... des réactions d'équipe un petit peu, comment dire, oui :
« Regardez ces deux-là ils nous en mettent un peu plein les oreilles et ça nous fatigue quoi, voilà ils en font trop, ils sont présents, ils veulent faire de la coordination, de la médiation. »»*

Direction centre

Autre élément pouvant affecter le vivre ensemble des structures et donc la viabilité de l'intervention, les répartitions de tâches ou de rôles au sein de la structure vont, lors de cet accompagnement global, devoir être réorganisés et réévalués comme nous l'indique ce travailleur social :



«Moi je me demande si aussi la question des fonctions et des rôles de chacun dans notre équipe pluridisciplinaire, si l'arrivée d'une méthode d'accompagnement globale du coup, qui nous fait être présents sur... sur des...[...] Sur plusieurs aspects, c'est aussi ben... mettre en difficulté le professionnel qui est censé s'occuper de ça »

Systèmes de valeurs, croyances et traditions

Vestige de la guerre de paradigme entre abstinence et RDR, des positions normatives et des imaginaires collectifs gardent toute leur vigueur dans ce secteur. En effet, la philosophie de la RDRDA semble totalement absente du discours courant et seule l'abstinence est valorisée socialement. Le fait que les interventions de RDRDA se positionnent résolument dans une dynamique différente où l'abstinence n'est pas nécessairement l'objectif, va donc se confronter au système de valeurs et de croyances diffus dans la société et intégré tant par les usagers que par les professionnels.

« Il faut le dire aussi, parce que les personnes, je pense, tellement formatées, portées par l'entourage et, et avec une pression de l'entourage souhaitaient qu'on leur propose ça. Donc, j'en ai eu des, des personnes comme ça, ils, à la rigueur ils ne comprenaient pas pourquoi on pouvait faire preuve de... d'autant de, de souplesse, de tolérance et, et il fallait les, les... il fallait punir, mais il fallait absolument leur proposer un sevrage et c'est ce qu'ils souhaitaient parce qu'ils, certaines personnes ne se représentaient, euh... la réussite de, de cet objet, enfin la... l'atteinte de, de cet objectif »

Travailleur social

C'est donc tout un système de traditions et de valeurs que le déploiement de l'intervention IACA ! vient questionner. Cette confrontation de paradigmes va donc entraîner des discussions internes aux structures ou avec les usagers et peut potentiellement enrailler le déploiement de l'intervention au sein des structures et auprès des usagers.

« ils sont eux aussi un peu comme les professionnels dans ce fantasme d'une réalité sans alcool euh... complètement idéalisée. Ils pensent que, que leur vie euh... tout ira mieux s'ils arrêtent de boire et euh... en fait, ils faisaient... ils partent de cette idée-là et en même temps, par exemple Victoire elle sait très bien qu'après toutes les écritures qu'elle a faites, tout ça, ça ne marche pas. Et pourtant, elle jouait ça tout le temps, à se mettre en manque tous les jours avec des syndromes de manque le matin terrible, euh... une vraie souffrance ».

Travailleur social

A contrario, cette position paradigmatique de RDR peut aussi rentrer dans une certaine rigidité des professionnels qui vont incarner l'opposition paradigmatique en se refusant à entendre certains changements d'objectifs ou de souhaits des usagers. Les professionnels ont ainsi pu indiquer à des usagers que cette intervention n'était qu'à destination des

personnes souhaitant contrôler leurs consommations, pas de celles qui souhaitaient arrêter. L'ambivalence de l'utilisateur, fréquente dans ces populations où la volonté d'arrêter toute consommation peut alterner avec une volonté de gérer celles-ci, peut donc difficilement s'exprimer. Une volonté d'arrêt peut engendrer un risque d'interruption du suivi ou de complication des relations avec l'accompagnement. Le témoignage d'une usagère est illustratif du manque de flexibilité de certains professionnels face aux tentatives d'utilisateurs qui ne correspondent pas à l'objectif de l'intervention. Cette usagère rapporte un échange houleux avec une intervenante, qui l'a « *engueulée* » car l'utilisagère « *voulait aller plus vite que le programme* » en s'imposant de ne pas boire pendant plusieurs heures alors qu'elle en avait envie.

Adéquate

L'adéquation a été définie comme « *la possibilité pour les agences locales et les organisations communautaires de coordonner ou d'organiser une intervention* » (77). En effet, afin que l'intervention puisse se déployer et exister dans un écosystème il est primordial que celle-ci puisse être supportée par les structures. Ce point a été très souvent abordé et ce quelle que soit la structure concernée. En effet, cette intervention a été construite dans une structure associative bénéficiant d'une grande agilité tant en termes d'organisation que d'articulation ce qui n'est pas le cas des structures sélectionnées pour ce déploiement. Nous allons aborder cette adéquation à l'aide de deux éléments : la possibilité pour les organisations de coordonner l'intervention et le potentiel d'articuler l'intervention avec l'écosystème pour former un tout cohérent

Possibilité pour les organisations de coordonner l'intervention

Le déploiement de l'intervention IACA ! rencontré plusieurs difficultés concernant sa possible mise en œuvre concrète dans les structures. Souvent évoqué par les centres d'hébergements, il semblerait que ce critère de viabilité soit plus difficilement réalisable dans ces structures. En effet, ce point d'achoppement a été rencontré dans plusieurs CHRS que ce soit concernant la temporalité ou la disponibilité, l'adéquation avec les populations reçues ou en termes de possibilité d'organisation ou même physique d'accueil des structures.

Disponibilité, temporalité

La réactivité des travailleurs sociaux est au cœur de la méthode, il s'agit d'être disponible au plus près de la demande de l'utilisateur. Cette disponibilité ou temporalité est difficile à mettre en œuvre dans des structures où les professionnels sont déjà très sollicités et peu disponibles.



« C'est ça la difficulté aussi que j'ai au CHRS. C'est que la personne, c'est au moment où elle, elle se présente en fait qu'il faut que je fasse le temps-là. Je ne peux pas prévoir ça dans une semaine. ... Ce n'est pas évident parce que j'ai les autres personnes à m'occuper. Et que ben des fois, je... prendre une heure du temps comme ça, ce n'est pas évident. Et après, si je leur dis : « Écoute, alors on se voit cet après-midi ou quoi » bon l'après-midi, voilà, ils sont déjà partis et... Donc en fait je pense que c'est beaucoup des rendez-vous loupés comme ça »

Travailleur social

De surcroît, certaines de ces structures n'ont pas vocation à suivre de façon durables les usagers. C'est par exemple le cas des CHRS qui ont une durée d'hébergement limitée et variable selon les centres. Ainsi certains suivis ont dû être interrompus car les usagers sont sortis de la structure.

« Après, les difficultés qu'on rencontre, qu'on a beaucoup rencontrées c'est quand même que les personnes voulaient et puis après, on a des difficultés parce que les personnes ben sont parties du centre. Ce n'est pas assez long. Et après, ben voilà, des personnes où on commencerait et puis qui partent au bout de deux mois, trois mois, c'est sûr qu'on ne peut pas instaurer ça sur la longueur. »

Travailleur social

Population reçue

Parfois la méthode était présentée comme ne convenant pas aux besoins de la population reçue à ce moment-là par les structures. Si cela apparaît davantage lié à la contingence du moment il convient néanmoins de le présenter comme étant une réelle question de viabilité et donc comme étant un élément central lors de l'identification de la structure où l'intervention doit se déployer.

« c'est vrai qu'au début, quand on a commencé un peu la méthode et qu'on nous a dit : « Bah voilà, il faudra idéalement 10 personnes » nous, on reste un petit temps. Déjà, de base, il n'y a que 38 places et sur les 38, il y en a heu... il n'y a que 10 personnes qui sont heu... seules, enfin voilà, célibataires qui est quand même plus concernée sur ces problématiques-là parce qu'au niveau des familles, les consommations d'alcool sont très peu présentes. Donc déjà, on va dire que ça, on se concentrait au niveau de l'échantillon sur que 10 personnes, sur ces 10 personnes-là, toutes ne sont pas consommatrice

Travailleur social

Structures et organisation

Les professionnels pointent également que cette méthode peut nécessiter des ajustements en termes d'organisation des structures, de locaux et de fonctionnement.

« Ça peut s'adapter, mais il y a des choses à ajuster, à améliorer. C'est ce que je vous disais tout à l'heure, en termes de... de nos locaux, en termes des logements des gens, en termes de nos parties collectives, en termes de formations de nos collègues, en termes de formations des partenaires. Si tout ça, tout ça, tout ça, euh... continue à évoluer positivement, oui, bien évidemment, « IACA » peut se faire en CHRS quoi ! Oui !

Travailleur social

En effet, les organisations des modes de suivis peuvent parfois conduire à la non adhésion de l'intervention. Les répartitions des dossiers, le système de référence ou de recommandations va donc être un point important à envisager avant de déployer la méthode IACA ! .

« Donc ouais, des personnes qui pouvaient être concernées, heu... sauf qu'il y avait déjà deux collègues heu... intervenantes sur la situation. Donc c'est vrai que du coup, rajouter une autre personne supplémentaire, c'est compliqué. Heu... et du coup, en parallèle, les collègues pas formés donc compliqué d'appliquer de, d'appliquer la méthode ... et que ce n'est pas forcément tout le temps possible parce que bah, on a, on a un nombre de références maximum à avoir et que bah, on ne peut pas nous, en avoir 14 et les collègues, cinq et heu... donc quand on peut, on le fait, mais c'est, ce n'est pas du systématique. »

Travailleur social

Potentiel d'articuler l'intervention avec l'écosystème pour former un tout cohérent

L'arrivée de l'intervention IACA ! dans les structures a pu être difficile en termes d'articulation et d'organisation interne. En effet, cette arrivée s'est souvent déroulée auprès d'une partie de l'équipe ce qui peut avoir un impact en termes de dynamique collective. De plus, les structures dans lesquelles IACA ! a été déployé sont régies par des modalités de fonctionnement spécifiques en termes de règlement intérieur par exemple ou de liens avec les partenaires.

Formation de l'équipe

Tout d'abord la dynamique d'équipe et donc son articulation ont pu être impactées par le fait que la formation et donc la diffusion de la proposition de IACA ! ne se fasse qu'auprès d'un nombre réduit d'entre eux comme en témoigne ce directeur de structure.



« c'est le but, de toute façon, nous, c'est ce qu'on avait fait retour à Elsa, c'est que la limite, c'est d'être 50 % effectif formé et 50 % pas formé, et où il peut y avoir un décalage dans l'approche et dans l'accompagnement et surtout sur des suivis où heu... bah moi, je ne peux pas avoir tous les suivis IACA! du centre et heu... qui utilisent forcément du coup la formation de, de, de l'équipe entière. »

Direction centre

Fonctionnement des centres

De plus, les règlements intérieurs propres aux structures permettant à celles-ci de fonctionner et de se repérer quant aux droits et devoirs de chacun peuvent parfois se confronter à la dynamique de la proposition IACA ! prônant un accompagnement global et inconditionnel. Ainsi certains usagers avec lesquels avait été entrepris un travail à l'aide de la méthode IACA ! ont été exclu du fait de leur comportement virulent ou violent.

« Et puis là, je reviens de congé depuis un mois, c'est un Monsieur qui a eu euh... qui a... qui a un parcours très délictuel et qui n'arrive pas trop à s'en... comment dire à s'en extraire. Et là, je reviens de congé, il a pris un deuxième avertissement parce qu'il a causé des troubles assez importants sur la résidence. Parce que nous, c'est du collectif, enfin c'est du semi-collectif, puisqu'ils ont leur appartement individuel... où sont Monsieur H. et Monsieur A. C'est une résidence où ils sont 10 voilà hein ! Donc il y a quand même une sorte de vie collective, quand même, un respect de la vie en collectivité, euh... troubles du voisinage tout ça ! Et ce Monsieur WA, régulièrement, il y a des gros problèmes voilà... d'insolence, de violences, de... de non-respect du cadre et là, ben voilà hein ! C'est la direction qui parle et c'est normal ! Rappel du cadre et des règles du CHRS et là, vous voyez, prochain, prochain, prochain, euh... prochain avertissement, c'est une sortie pour ce Monsieur, quoi ! Donc on est confronté avec cette réalité-là. »

Travailleur social

Partenaires

La rencontre des partenaires et le partage des principes de la méthode IACA ! semble essentiel à son articulation dans l'écosystème, néanmoins celle-ci semble délicate et peu réalisable en l'état actuel des choses comme nous le présente ce directeur de structure.



« Mais on ne fait pas la, voilà on ne fait pas cette démarche-là, on est, enfin, et j'ai dit aux collègues : « Ne le, surtout ne le faites pas », ce qui est dommage parce que ce serait aussi faire évoluer les mentalités de nos partenaires et, et, et du coup les, les représentations sociétales. Je trouve que ça sera un très bon moyen d'aller aborder ça avec nos partenaires. Mais on ne peut pas, là faute de temps on ne pourra jamais faire ça. »

Direction centre

Pratique

L'aspect pratique permet de « *déterminer si les responsables du déploiement et le personnel d'une communauté peuvent mettre en œuvre convenablement une intervention* » (77). Le terme « convenable » (“adequately”) renvoie à la balance entre fidélité et adaptation de l'intervention lors de son déploiement. Dans la perspective du réalisme critique, une intervention mise en place de manière « *convenable* » pourrait correspondre à un ensemble d'activités coordonnées dans l'espace et dans le temps permettant, en interaction avec le contexte, d'activer les mécanismes à l'origine des effets recherchés. Nous allons aborder ce critère à l'aune de deux indicateurs : la possibilité pour les acteurs du monde réel de piloter et/ou mettre en œuvre concrètement les activités de l'intervention IACA ! et la compatibilité concrète entre, ce qu'implique l'intervention pour le professionnel et les possibilités de ce dernier dans son propre contexte et enfin, les aspects pratiques de l'intervention pour les usagers.

Possibilité pour les acteurs du monde réel de piloter et/ou mettre en œuvre concrètement les activités d'une intervention

Ce point est largement revenu au cours de nos investigations comme étant potentiellement un élément problématique. En effet, que ce soit concernant la charge de travail que peut représenter l'intervention, les documents de supports ou encore le travail en binôme, les professionnels leur ambivalence face au dispositif.

Peur de la charge

Lors de la présentation de la méthode, les professionnels disent avoir été en même temps séduits par la méthodologie mais également un peu effrayés par la charge de travail que cela représentait

« Et puis ça fait peur aussi, avoir la méthode premièrement, deuxièmement, troisièmement en quatre temps, enfin tout ça.Ça nous a paru un truc énorme quand même donc il y a eu un premier temps où le fait de parler alcool ça nous a parlé et puis après quand on a vu concrètement, on a dit oh putain, on a eu peur un peu. »

Outils et supports

Cette même ambivalence a pu se retrouver concernant les outils mis à disposition par l'association Santé ! pour soutenir le déploiement de l'accompagnement. Ces documents rendent la méthode attractive mais semble perdre le professionnel et peuvent, parfois, limiter la possible adoption de la méthode.

Oui alors par contre des super outils, du beau matériel qui donne envie, la communication, c'est coloré, c'est ludique, c'est nouveau, ça c'était plutôt chouette. Mais après voilà, il y avait beaucoup beaucoup beaucoup de documents, moi ça m'a un peu perdue à des moments. Voilà.

Travailleur social

Temps :

Point majeur de la méthode IACA !, la globalité de l'accompagnement ainsi que son intensité dans les premiers temps nécessite que le professionnel puisse se dédier à un certain nombre d'activité. Les professionnels rencontrés ont largement évoqué leur incapacité à consacrer le temps nécessaire à l'accompagnement intensif demandé. Cela va donc demander aux structures d'alléger la charge de travail ou de diminuer la file active des professionnels afin de mener à bien la méthode IACA !

« On n'a pas la capacité vraiment réelle, faut se la donner et beaucoup donner, je pense, de pouvoir suivre les personnes de manière aussi intensive, c'est-à-dire réadapter à la fois au téléphone, pouvoir faire une VAD deux jours après parce qu'il y a une difficulté, de pouvoir fixer un rendez-vous aussi rapidement. Moi j'ai pu le faire vraiment avec la patiente témoin parce que j'étais sur cette mission de création de partenariat, rien qui n'était vraiment installé donc bon j'avais cette mission à côté, mais j'avais un planning beaucoup moins lourd que mes collègues quand même. »

Travailleur social

Cette méthode doit également être associée à une **mobilité générale des professionnels** afin que ceux-ci puissent aller vers les usagers (lieu de vie, de rencontre etc.) et sortir des modalités d'accompagnement classiques. En effet, les visites à domicile parfois dans de horaires en dehors de ceux généralement pratiqués dans les structures spécialisées.

Binôme

Autre élément important, le déploiement de cette méthode a été envisagé en binôme afin d'assurer un suivi constant des usagers en cas de congés ou d'indisponibilité. Cette organisation était souvent nouvelle pour les professionnels et les structures et si elle a pu

parfois fonctionner (lorsque le binôme exerçait sur le même site, qu'il était disponible et mobilisé) il a pu également être limitant lorsque celui-ci n'était pas fonctionnel.

« Et après, on a eu notre problème donc de binôme parce que voilà, on n'était pas du tout en accord ensemble et ça a posé problème aussi..... l'autre personne que... avec qui j'étais en binôme, c'était plus du travail personnel en fait. Voilà. Ah ! Ben j'ai une personne. Ah ! Ben j'ai des personnes, j'ai des personnes. Et puis au final, il n'y avait aucune communication alors que je pense que cette... ce déploiement, c'était pour que vraiment en binôme et avec toute l'équipe après, voilà, qu'on fasse réunion d'équipe, qu'on parle de ça, de notre avancement, de tout ça. Après, c'est vrai que l'équipe sociale, on a été bloqué aussi parce qu'il y en a beaucoup qui ont été très réfractaires à ça. »

Travailleur social

Compatibilité concrète entre : ce qu'implique l'intervention pour le professionnel et les possibilités de ce dernier dans son propre contexte

La mise en œuvre de l'intervention est tributaire de sa possible implantation dans le contexte de pratique courante du professionnel. L'intervention laconique ! comme nous l'avons dit plus haut peut impliquer une redistribution des rôles ou des positions des différents professionnels au sein des structures. Elle implique également une continuité dans la pratique de la structure ce qui parfois, par manque de personnels ou de personnes formées à la méthode comme le témoigne ce professionnel :

« Et c'est ça qui... ça, c'est vraiment important. Je veux dire, moi, je m'absente pendant deux semaines. Une personne qui veut parler et tout ça, si elle n'a aucun point de repère à part une personne, ça, ce n'est pas bon. Il faut qu'il y ait plusieurs pour que justement les personnes puissent se tourner en cas de besoin. »

Travailleur social

Aspects pratiques pour les bénéficiaires de l'intervention

Comme dit précédemment, cette intervention nécessite d'aller au plus près des besoins de la personne usagère. Ceci implique une certaine adaptation des modalités concrètes de l'intervention aux situations et besoins spécifiques des usagers et ce de façon très progressive. Cette dimension « sur mesure » de l'intervention (lorsqu'elle est rendue possible par la structure) doit donc engendrer une praticité pour les usagers. Dans les faits, lorsque l'intervention se déroule, les usagers sont assez satisfaits de sa praticité et trouvent celle-ci facile à mettre en œuvre

Evaluable

Dans les travaux de Chen de 2014, ce critère faisait référence à « la clarté et à la mesurabilité des résultats escomptés d'une intervention et à l'existence d'une logique cohérente concernant la capacité

de cette intervention à influencer les résultats attendus » (traduction libre), (77). D'une définition peu développée dans l'article de 2010, ce critère a été détaillé en 2014 avant d'être enlevé de la définition de viabilité en 2023 (Chen, 2010, 2023; Chen et al., 2014b). Nous aborderons ce point plus longuement dans la partie consacrée à la faisabilité de l'essai.

Capacité à reproduire l'efficacité mesurée de l'intervention dans son cadre originel

La transférabilité est la capacité à reproduire l'efficacité mesurée d'une intervention dans un autre cadre. Lors de nos premières investigations les résultats de ce programme sur un an étaient prometteurs puisque, sur les 17 personnes ayant bénéficié de l'intervention, toutes ont eu un bénéfice social ou sanitaire, et 13 de ces bénéfices ont été associés à une stabilisation (n=4), une réduction (n=7) ou un arrêt (n=2) de la consommation d'alcool après un an. Ainsi, outre les résultats positifs en termes de rétablissement psychosocial, et même si l'objectif n'est pas l'arrêt de la consommation d'alcool, le programme est potentiellement prometteur puisqu'il conduit parfois à l'arrêt de la consommation et sécurise/réduit la consommation pour la moitié des personnes (retour à une consommation occasionnelle). Nous avons donc mis en regard ces résultats avec ceux obtenus lors de notre étude.

Un effet diffus mais présent pour les usagers

Le delta du score composite ASI pour l'alcool entre l'inclusion et le 12^{ème} mois permet de montrer que sur 19 participants, 15 ont eu une amélioration de leur score composite alcool, 1 une stabilisation et 3 une dégradation (**figure 5**).

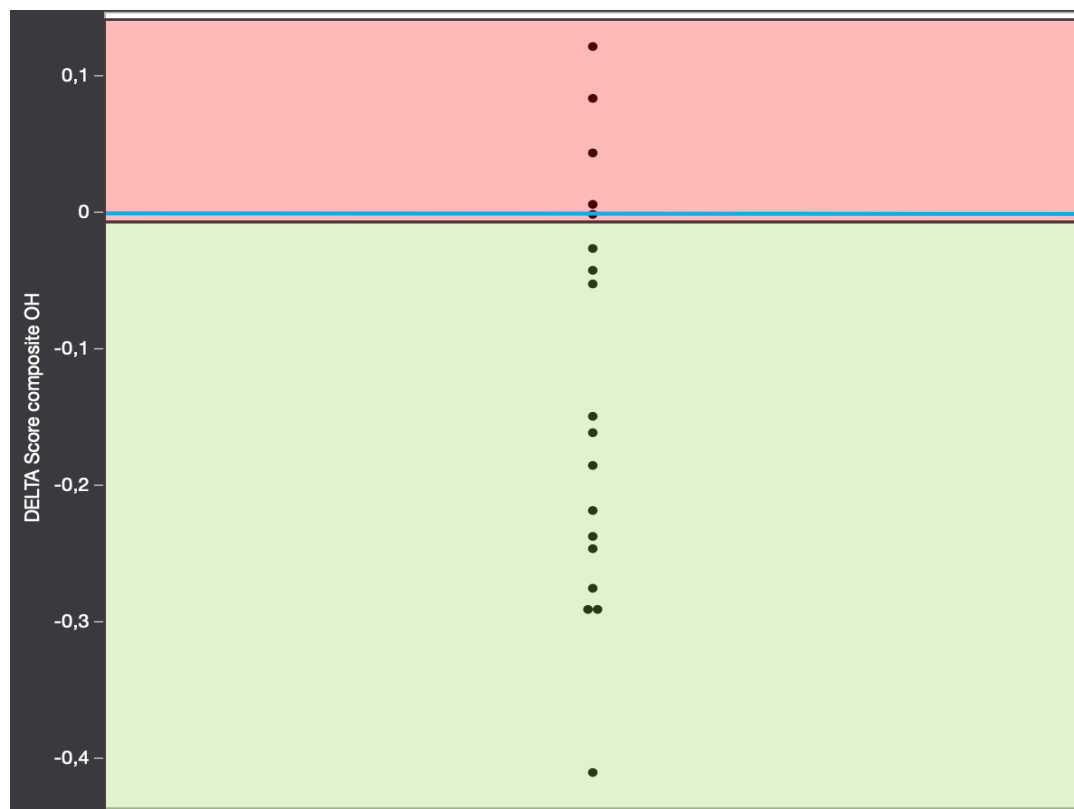


Figure 5: Delta du score composite pour l'alcool entre l'inclusion et le 12ème mois (vert : amélioration ; rouge : dégradation du score composite ASI pour l'alcool).

De manière générale, les usagers rencontrés disent que la prise en charge dans le programme IACA! leur fait du bien, mais ne constatent pas toujours d'effet sur leurs consommations et leur capacité à les gérer.

Lors des observations réalisées les rendez-vous avec les professionnels sont pour les usagers une opportunité de faire un point sur leur situation globale. De nombreux sujets sont abordés et des situations peuvent être trouvées à des problèmes sans liens réels avec la consommation d'alcool.

Un usager explique ainsi que le programme n'a pas d'impact sur sa consommation, hormis le conseil de boire de l'eau entre deux verres d'alcool, ce qui lui permet d'avoir moins de maux de tête. Un usager rapporte avoir beaucoup apprécié l'aide fournie par les professionnels concernant la gestion administrative de ses papiers pour la Sécurité Sociale, mais avoir encore des difficultés avec ses polyconsommations :

« Ça m'a beaucoup aidé pour les papiers, (...) je n'aurais jamais su, moi tout seul, appeler la sécu, puis leur poser toutes les questions qu'il pose. (...) Après, bah les consommations... voilà quoi. (...) J'ai trop bu, j'ai chopé de la coke il y a quelques jours, (...) j'ai pris un demi-gramme et j'ai basé, (...) voilà, des choses comme ça ».

Ces résultats sont en accords avec les résultats quantitatifs, qui ne montrent pas de différence significative au cours des suivis sur le nombre de jours de consommation (dans les 30 derniers jours), le nombre d'unités d'alcool consommées par jour et le score composite de l'alcool (cf. table 3).

Les effets du programme IACA! rapportés par les usagers semblent finalement concerner divers aspects (reconversion professionnelle, démarches juridiques et sociales, calmer l'anxiété, améliorer la mémoire, meilleure gestion financière...) en dehors de la consommation d'alcool.

Un usager de 44 ans, polyconsommateur, explique comment la prise en charge globale dont il a bénéficié l'a aidé :



« Bah déjà, on faisait de... bah rien qu'avec (nom de l'intervenant) j'ai parlé des problèmes au niveau des papiers. Donc il y a la Sécu qui ne vous paye pas parce que mon patron n'avait jamais de papiers au bon moment, enfin, on a fait tout ça pour voir. Et on a checké que c'était mon patron, enfin la secrétaire qui n'envoyait jamais au bon moment les papiers. Du coup, il y a des fois où j'étais payé le... 25, le 30, au début le deux. Enfin, des fois, je n'étais pas payé pendant trois mois et ainsi de suite. Donc, ça, ça fait déjà un mal-être en ayant, déjà en alcoolique, bah on n'a rien de maladie heu... ça pèse. Donc, ce programme a beaucoup plus dans le sens qu'on a vachement aidé dans les papiers quoi déjà. Et ça m'a beaucoup aidé là dans le sens que là on va se marier. Je peux aller sur la Sécu par internet même si je ne me débrouille pas encore très bien là-dessus heu... voilà quoi. Déjà dans les démarches administratives, ça m'a beaucoup aidé quoi. »

Une usagère estime quant à elle que la prise en charge au sein du programme IACA! n'a aucun intérêt et qu'elle ne constate aucun effet sur ses usages :

« Je ne vois pas d'évolution. (...) C'est vraiment une bagatelle, d'ailleurs, j'ai l'impression de perdre mon temps. (...) (Nom de sa professionnelle référente), elle, elle n'a joué aucun rôle dans ma vie. (...) Ce qu'elle a fait, c'est qu'elle m'a dit : 'Je peux vous présenter une dame comme vous quoi heu... de IACA!.' Et heu... j'ai fait : 'Oui, j'accepte.' »

D'après les résultats quantitatifs, l'évolution des scores composites concernant les différents domaines de la vie (l'état médical, l'état psychologique, la situation familiale et sociale et l'emploi/ressources) est assez stable au cours des suivis (cf. Figure 6).

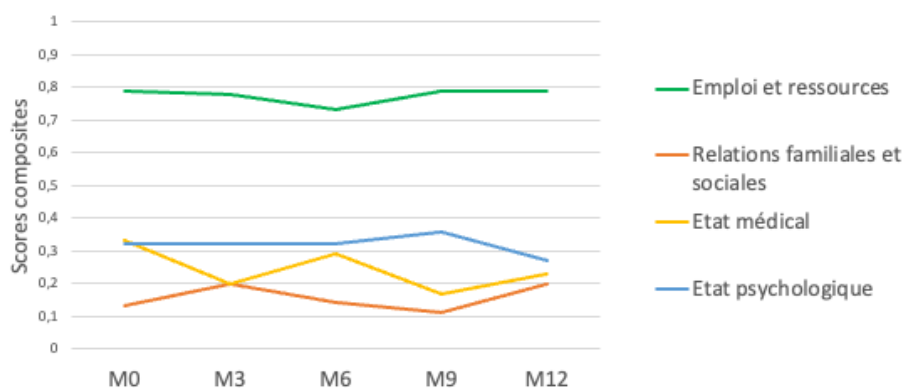


Figure 6: Évolution des scores composites dans les différents domaines de la vie au cours des suivis pour le programme IACA! (N=19). Score composite allant de 0 (plus sévère) à 1 (moins sévère).

Les résultats observés dans le contexte originel de développement semblent se reproduire dans les contextes de déploiement mais, la faiblesse de l'échantillon nous incite cependant à rester prudents dans nos interprétations. Nous allons maintenant développer les résultats quantitatifs observés dans cette étude en termes de consommations, de craving, de demande de prise en charge pour l'alcool et d'empowerment seront autant de mesure permettant d'identifier des effets de l'intervention.

Évolution des consommations

A 12 mois, ils consommaient en moyenne 22 jours (ET=10,1) sur les 30 jours précédents l'évaluation, et en moyenne 12,6 unités d'alcool par jour (ET=8,4) et une seule personne ne consommait plus d'alcool dans les 30 jours précédents l'évaluation.

Tableau 3 : Sévérité de la consommation d'alcool à l'inclusion et à 12 mois :

	Inclusion (n=29)		12 mois (n=19)		P-value
	m	ET	m	ET	
Nombre de jours de consommation (/30 derniers jours)	25,6	8,1	22,3	10,1	0,23
Nb d'unités d'alcool par jour (/30 derniers jours)	16,9	11,8	12,6	8,4	0,66
Score composite	0,65	0,2	0,52	0,27	0,62
Fréquence du craving (nb de jours /30 derniers jours)	14,3	12,9	10,6	11,9	0,37
Intensité moyenne du craving (/30 derniers jours) (de 0 à 10)	5,9	1,8	5,6	2	0,39

❧

L'évolution de ces variables au cours des suivis sont représentées par les figures 7, 8 et 9 parmi les 19 participants ayant fait l'entretien au 12^{ème} mois, et ayant répondu à un minimum de 4 évaluations sur les 5 prévues.

Le score composite de l'alcool diminue légèrement (figure 9) au cours des suivi mais ne diffère pas significativement (p=0,62). De la même façon, le nombre de jours de consommation d'alcool dans les 30 derniers jours et le nombre d'unités d'alcool consommés par jour ne diffèrent pas significativement au cours des suivi (respectivement p=0,23 et p=0,66).

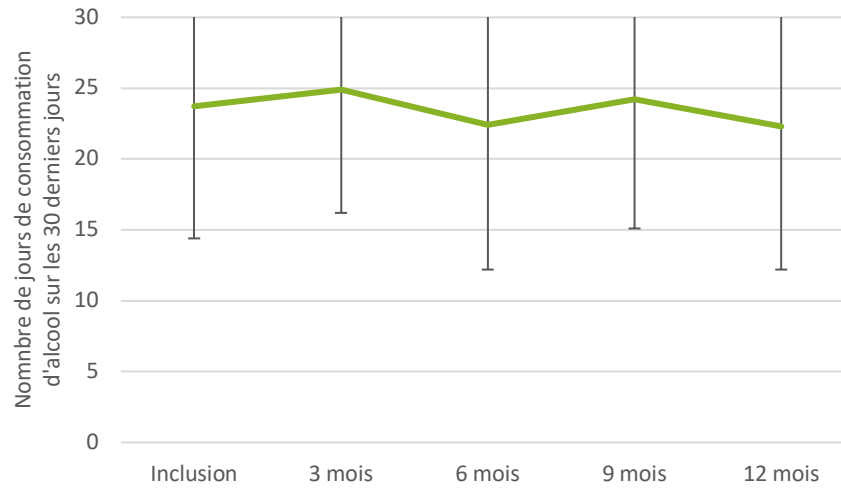


Figure 7: Nombre de jours de consommation d'alcool sur les 30 derniers jours (N=19)

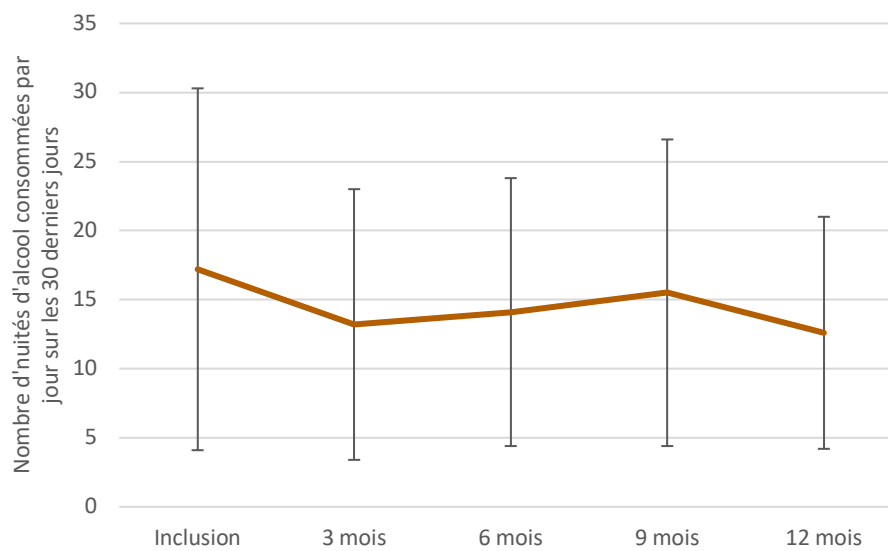


Figure 8: Nombre d'unités d'alcool consommées par jour dans les 30 derniers jours (N=19)

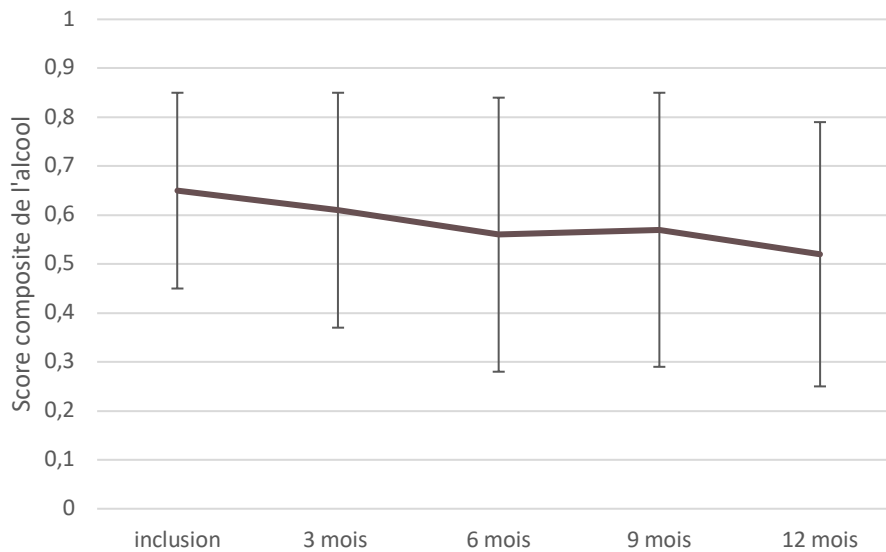


Figure 9: Évolution du score composite de l'alcool au cours des suivis (N=19)

Autres résultats quantitatifs

Évolution Craving pour l'alcool :

L'évolution de la fréquence du craving pour l'alcool (nombre de jours de craving dans les 30 derniers jours) est décrite dans la figure 10. Bien qu'une tendance à la diminution soit observée à partir du 6^{ème} mois, puis une légère augmentation au 12^{ème} mois, ces variations ne diffèrent pas significativement de la fréquence de craving à l'inclusion ($p=0,37$, test de Kruskal-Wallis).

L'intensité moyenne et maximale du craving ressenti pour l'alcool dans les 30 derniers jours sont décrites dans la figure 11. Aucune différence significative n'a été observée au cours des suivis pour l'intensité moyenne ($p=0,39$) et pour l'intensité maximale ($p=0,79$) d'après le test de Kruskal-Wallis.).

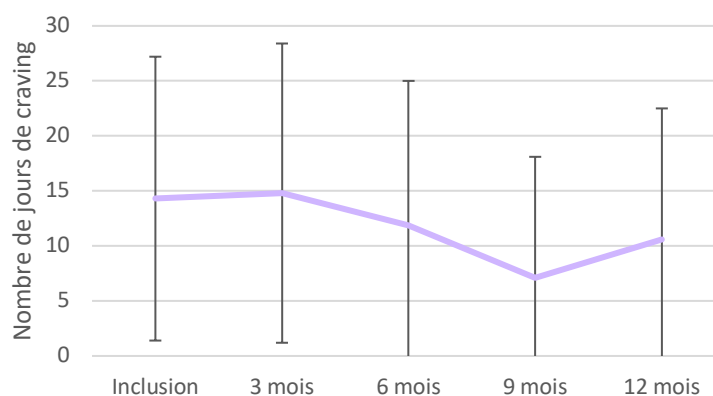


Figure 10: Moyennes de la fréquence du craving dans les 30 derniers jours au cours du suivi de l'étude (N=19)

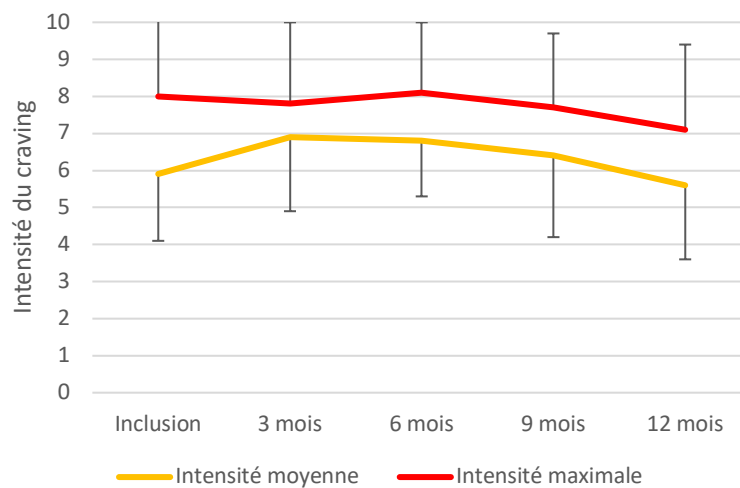


Figure 11: Moyennes de l'intensité moyenne et maximale du craving dans les 30 derniers jours au cours du suivi de l'étude (N=19)

Prise en charge pour l'alcool :

La figure 12, décrit le nombre personnes ayant continué à recevoir un suivi pour l'alcool (comprenant le programme IACA ! ou tout autre type de prise en charge pour l'alcool) à chaque temps d'évaluation.

Sur les 29 participants, 12 ont bénéficié du programme IACA! au cours des 12 mois de suivis, 10 ont arrêté de suivre ce programme entre le mois suivant l'inclusion et le 9^{ème} mois, et nous n'avons pas l'information pour 7 personnes.

Indépendamment du programme IACA!, les personnes pouvaient être prises en charge pour l'alcool par d'autres structures ou avec d'autres méthodes. Le tableau ci-dessous indique le nombre de personnes ayant au moins une prise en charge (programme IACA! compris) pour l'alcool depuis le dernier suivi.

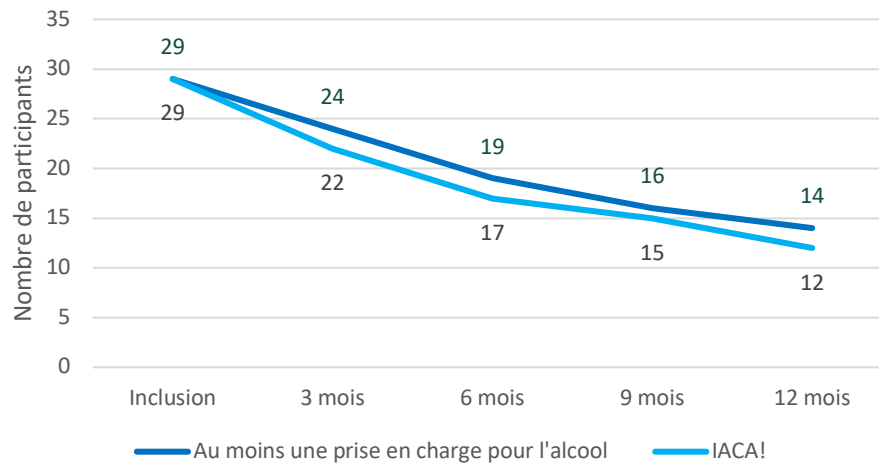


Figure 12: Évolution du nombre de bénéficiaires recevant une prise en charge pour l'alcool (tous types, IACA! compris) et uniquement le programme IACA!

Demande de prise en charge pour l'alcool :

Vingt-six participants (90%) rapportaient à l'ASI être en demande de prise en charge pour leur usage d'alcool à la première évaluation. La figure 13 décrit l'évolution au cours de l'étude de la demande de prise en charge pour l'alcool (supplémentaire à celle éventuellement déjà reçue). On observe une légère diminution de la demande d'aide supplémentaire à partir du 6^{ème} mois. Cette diminution ne diffère pas significativement au cours des suivis ($p=0,066$, test de Kruskal-Wallis).

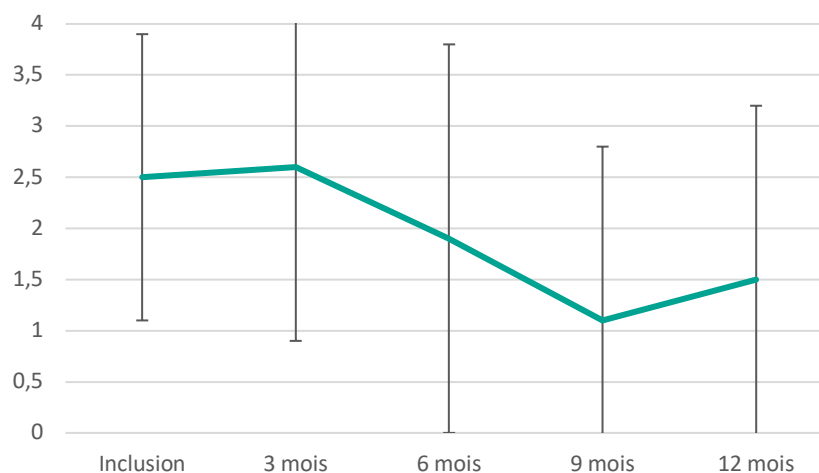


Figure 13: Moyennes de la demande d'aide pour l'alcool selon les participants au cours du suivi de l'étude (de 0, « pas du tout » à 4, « extrêmement ») (N=19)

Empowerment

La figure 14 décrit l'évolution des scores d'empowerment au cours du suivi. Les scores totaux restent assez stables. Les moyennes des scores des sous échelles au cours du temps ne diffèrent pas de façon significatives ($p =$ de 0,12 à 0,80).

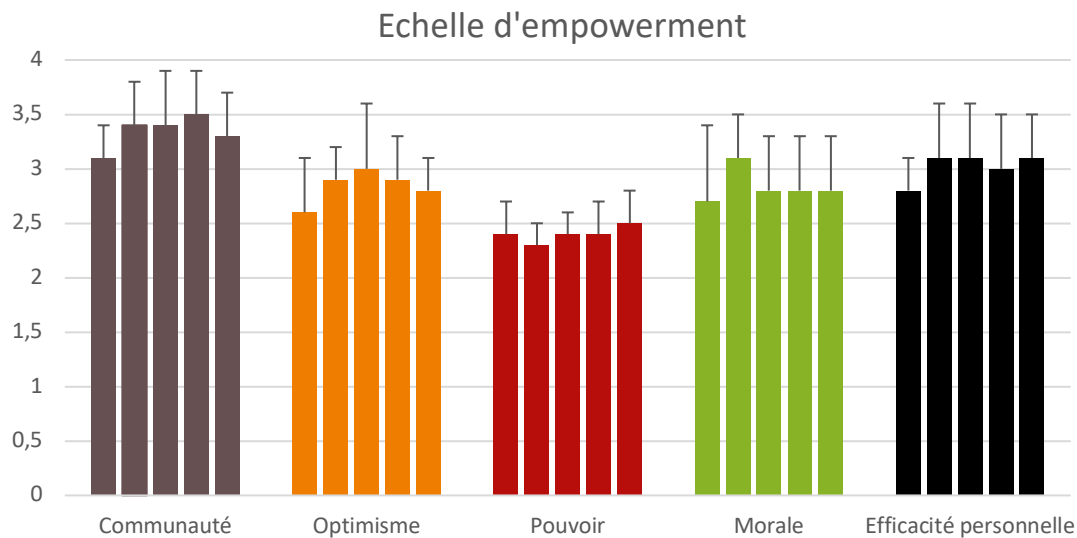


Figure 14: Moyennes des scores des sous échelles du questionnaire sur l'empowerment au cours du suivi (inclusion, 3, 6, 9 et 12 mois) (N=19)

La majorité des participants ayant débuté le programme IACA! ont donc présenté une amélioration de la sévérité d'usage de l'alcool (score composite Alcool à l'ASI) au cours des 12 mois d'étude. Les bénéficiaires présentaient une tendance (non statistiquement significative) à la diminution de leur consommation d'alcool (en nombre d'unités d'alcool), et du craving (nombre de jour sur les 30 derniers jours, et intensité maximale ressentie) pour l'alcool. Ces résultats sont encourageants sur la transférabilité des résultats observés dans le contexte originel à des contextes de déploiement. Néanmoins la faiblesse de recrutement de l'intervention et donc de l'échantillon de cette étude pointe la difficulté pour cette méthode d'intervention à se mettre en œuvre mais aussi à être évaluée.

Conditions de transférabilité de IACA !

L'étude de la transférabilité d'une intervention, au-delà de la capacité à reproduire des résultats observés dans le contexte initial, doit également permettre d'identifier les conditions favorisant cette transférabilité.

Comme nous l'avons vu précédemment, la mise en œuvre dans les centres ciblés a été difficile et parfois rendue impossible par certains contextes spécifiques. Nous allons donc, au sein de ces conditions, aborder des éléments contextuels interventionnels (Ci) et contextuels externes (Ce) et mécanistiques (M) pouvant faciliter ou limiter les effets de l'intervention IACA ! dans le cadre de son transfert.

Évolution des conditions d'accueil des usagers (Ce) permettant la libération de la parole (M)

L'introduction de cette intervention va parfois être à l'origine ou être concomitante à une autorisation de consommer sur place. Ces modifications de cadre réglementaires ou de modalité d'accompagnement vont engendrer une facilitation du positionnement du professionnel.

« Parce que du coup, ça leur bénéficie, donc clairement c'est beaucoup plus facilitant pour l'accompagnement des personnes puisqu'ils ne sont pas dans une position de contrôle et en mode : « ouvre-moi ton sac pour savoir s'il y a une canette. » Je vais dans l'extrême, mais volontairement. Mais ils ne sont pas du tout là-dedans, et du coup, »

Direction centre

Inversement, les structures où les consommations restent interdites vont rendre le déploiement de l'intervention plus complexe, entravant la libération de la parole des usagers. D'autres évolutions des conditions d'accueil sont envisageables permettant la libération de la parole. Une structure a ainsi mis en place un bar sans alcool mais nous pouvons aussi indiquer qu'un espace confortable et permettant une certaine confidentialité pourrait également favoriser la libération de la parole.

Formation : outillage et sécurisation des professionnels (M)

Les formations liées au déploiement (Ci) sont l'occasion pour les professionnels d'acquérir un savoir et des connaissances pratiques pour accompagner les usagers sur la thématique alcool. Elles sont ainsi vues comme un outillage, une sécurisation par les professionnels, leur donnant l'assise, le sentiment de légitimité pour aborder la question de l'alcool avec les personnes qu'ils suivent.

Le cadre leur permet d'aller discuter avec des personnes plus sereinement de leur consommation et quand les personnes arrivent en état d'ivresse, c'est aussi sur ces situations où, du coup, on leur demande le lendemain, comment ils en sont arrivés là, est-ce qu'ils ont...besoin d'un accompagnement. Ça permet vraiment d'ouvrir la discussion. Et ça, l'ensemble de l'équipe le fait. C'est clair et net.

Direction centre

Une formation continue (Ci) pour pérenniser la pratique

En complément, les « fabriques des pratiques » ou regroupements de professionnels mobilisant la méthode IACA ! sont identifiés par les professionnels comme essentiels et participant clairement à leur sécurisation. Notons néanmoins la nécessité d'une cohérence entre la formation et cette analyse des pratiques afin qu'il n'y ait pas de dissonance pouvant amener le professionnel à de mauvaises interprétations voire pratiques. Ces incohérences ont pu être observées lors des observations menées lors de cette étude.

Une implication de la structure/ de l'équipe et un réseau d'acteurs cohérent

Un des leviers semblant particulièrement important dans la mise en œuvre de cette intervention est l'implication de la structure et de l'équipe autour de cette dynamique. L'acceptation ou du moins la tolérance de la philosophie RDRDA au sein des différents professionnels du centre est primordiale afin de permettre au professionnel de réaliser ces accompagnements. Elle permet en effet une certaine cohérence, cohésion d'équipe et, *in fine*, permet d'orienter l'utilisateur vers le programme (si celui-ci est adapté au projet de l'utilisateur) et de ne pas le confronter à une certaine dissonance d'injonctions. De la même façon, la création d'un réseau de professionnel en accord avec la philosophie RDRDA permet d'entourer l'utilisateur dans une dynamique cohérente.

Permettre une adaptation matérielle à cet accompagnement afin de favoriser un accompagnement plus soutenant voire global

Cet accompagnement global ne peut exister sans la **mise à disposition de ressources pour les professionnelles (Ce)**. De nombreux professionnels mettent en effet en avant les difficultés qu'ils rencontrent pour mettre correctement en œuvre les programmes : manque de temps, d'argent, de personnel, d'autorisations (déplacements, activités annexes)... Les ressources mises à disposition peuvent être **financières** (budget suffisant dédié à la mise en œuvre du programme, aides financières dédiées aux usagers), **matérielles** (hébergements et/ou locaux d'accueil, téléphones portables...), **humaines** (recrutement de personnel, lien avec d'autres services spécialisés...), **alimentaires, d'hygiène...**

Élément fondamental de la méthode IACA !, l'accompagnement doit en effet être intensif et s'adapter aux besoins de l'utilisateur allant du soutien impliquant rappel téléphonique et disponibilité à l'assistance plus globale comprenant une aide dans différents domaines de la vie des usagers. La disponibilité de l'intervenant est présentée comme condition majeure :

« (Nom de l'intervenant), (...) j'avais ressenti que son suivi était plutôt qualité et plutôt... plus efficace (...), parce que, justement, il est beaucoup plus dipo-... disponible et les psychiatres, eux, ils sont... c'est, c'est des... c'est, c'est des stars pour les avoir au téléphone, bonjour. (...) Alors que (nom de l'intervenant) c'est quand même quelqu'un de très... de très disponible. Il faut dire ce qui est, il se rend disponible » -

Usagère de 35 ans

Cet accompagnement peut parfois nécessairement être très engageant et entraîner une présence et un investissement fort et constant des professionnels.



« C'est vrai qu'avec cette méthode de pouvoir investir de manière globale vraiment le suivi, et quelque part d'être euh... ce n'est pas de l'assistanat, mais j'ai l'impression parfois qu'il faut vraiment porter les gens et ben oui, il faut le faire en fait. »

Travailleur social

Cet accompagnement doit parfois impliquer les familles voir des structures plus contenantes afin de soutenir l'utilisateur :

« Bref, c'était compliqué. Avec un très bon appui de, de la famille, enfin de, de la mère en l'occurrence. Ce... cette personne, si elle n'avait pas été là, ça aurait été compliqué aussi. Et, et donc, ben, non pour lui ça ne fonctionnait pas. Ou alors ça aurait... enfin si, ça aurait pu fonctionner, je pense, s'il y avait eu en permanence chez cette personne, mais je dis bien en permanence 24 h/24, ne pas, ne pas lui laisser une fenêtre de... ouverte sur les contours. Il fallait vraiment que ça puisse être, ce qui est impossible à mettre en place, ou alors apprendre l'institution, enfin, en ambulatoire. »

Travailleur social

Cet accompagnement intensif doit être favorisé par la structure (Ci et Ce) afin de permettre au professionnel d'avoir le temps et la mobilité nécessaire afin de réaliser les accompagnements des usagers.

Permettre la constitution d'un lien et d'une alliance professionnel/utilisateur(M)

L'incarnation plus ou moins concrète d'un lien entre les usagers ou entre l'utilisateur et le professionnel semble particulièrement importante. En effet, le fait que l'utilisateur s'appuie et compte sur une relation plus proche avec le professionnel semble fondamental. Ainsi, différents outils ou modalités sont mobilisés tels la mise en place de moyens de communication privilégiés (téléphone par exemple) ou encore les rencontres très rapprochées, les interventions à domicile au plus près de la demande de l'utilisateur. Des usagers mentionnent ainsi apprécier « *d'avoir un seul interlocuteur, au lieu de multiplier les spécialistes* », « *une seule référente* » ce qui permettrait de développer des relations plus profondes.

Cette construction d'un lien est souvent liée à la possibilité pour le professionnel d'intervenir parfois hors du cadre habituel de son poste. En effet, les professionnels évoquent le fait de parfois devoir aller accompagner les usagers à leurs rendez-vous médicaux, les aider à faire le ménage chez eux, faire une médiation avec les employeurs ou les proches des usagers.

Le téléphone portable professionnel est ainsi **un outil de prise en charge pour le professionnel en dehors des rendez-vous avec l'utilisateur**. Le téléphone portable favorise le lien avec l'utilisateur. L'utilisateur comme le professionnel peuvent s'appeler, échanger par SMS, ce qui **favorise la transmission d'informations, le soutien et le conseil, l'alerte en cas d'urgence, la mise en place ou le déplacement de rendez-vous...** Le téléphone portable spécifiquement dédié à la prise en charge de l'utilisateur permet aussi de sécuriser le professionnel, en **lui permettant de distinguer sa vie professionnelle de sa vie privée**, et la prise en charge de ses patients de ses autres responsabilités.

S'adapter aux besoins des usagers et des structures

Adapter la méthode aux structures : une co-construction nécessaire (Ci)

Un des leviers fondamental de la mise en œuvre de IACA ! réside dans la participation des professionnels et des usagers. En effet, afin que l'intervention soit viable et adaptée aux réalités des professionnels et des usagers fréquentant la structure et qu'elle ne leur apparaisse pas déconnectée de la réalité ou de leurs préoccupations il semble important que la méthodologie IACA ! puisse être adaptée. Cette adaptation est essentielle tant les disparités entre les types de structures, les modalités de fonctionnement ou même les caractéristiques des usagers sont importantes.

Choix de l'objectif réévalué régulièrement (Ci)

Dans le cadre de cette étude, l'objectif exprimé par un certain nombre des usagers interrogés est l'abstinence. Comme dit précédemment, il est possible qu'une part de l'échantillon estime qu'il ne leur est pas possible de maîtriser leurs consommations, après des échecs répétés dans leurs tentatives de gestion des usages. Pour les usagers présentant une addiction sévère et des épisodes de craving fréquents et intenses, l'abstinence pourrait représenter un objectif plus clair/appréhendable que de devoir quotidiennement décider quel usage s'autoriser et quel autre doit-il éviter, et lui permettre de se détacher de façon plus radicale des environnements pouvant le pousser à consommer. Pour ce type d'utilisateur, la perte de contrôle est importante, et un usage qui se voudrait limité pourrait entraîner une consommation plus importante un fois sous les effets de l'alcool. D'autres usagers, dont on peut faire l'hypothèse qu'ils ont des degrés d'addiction moins sévères, expriment quant à eux le souhait de gérer leurs consommations, de diminuer les quantités consommées, de réduire les dommages sociaux ou sanitaires associés aux consommations... **Ces objectifs peuvent évoluer dans le temps, et sont parfois ambivalents.** Ainsi, les objectifs des usagers sont diversifiés et changeants, parfois flous, tandis que les trois programmes analysés ciblent principalement et clairement la gestion des consommations. **Afin de respecter la philosophie de la RDRD, il apparaît ainsi essentiel que les intervenants ne fixent pas à la place des usagers leurs objectifs de consommation, et que les professionnels questionnent et soient à l'écoute des changements d'avis des usagers concernant ces objectifs.**

Comme dit au début de ce rapport, la RDRD est une philosophie pragmatique et humaniste qui préconise de partir des besoins et des objectifs de la personne. Dans cette idée, c'est aux méthodes de RDRD de **s'adapter aux usagers, plutôt qu'aux usagers de s'adapter aux méthodes proposées.** Dans ses origines, cette philosophie trouve son fondement dans sa distinction avec l'approche abstinentielle dominante en France dans les années 1970-1980, qui affirmait que la seule réponse valable pour toutes les personnes en difficulté avec leurs consommations était l'arrêt complet des usages. **Les interventions de RDRDA doivent donc s'adapter tant au besoin de l'utilisateur en fonction de la sévérité de son addiction de son niveau de craving ainsi qu'aux demandes- exprimées.**

V. Panorama des pratiques actuelles en RDRDA

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la conduite de cette évaluation a soulevé plusieurs questionnements quant aux pratiques de RDRDA. En effet, le peu d'utilisateurs ayant pu suivre le programme pour les différentes raisons évoquées plus haut mais aussi la variété des programmes ou modalités d'accompagnements en RDRDA nous ont incité à prolonger nos investigations afin de réaliser un panorama des pratiques actuelles en RDRDA à l'international et en France. Nous avons donc réalisé une revue de littérature au sujet des interventions actuellement menée dans le champ de la RDRDA afin d'en identifier les types d'interventions mais également les ingrédients actifs. Nous avons ensuite complété ce travail par un panorama centré sur la pratique actuelle en France métropolitaine en termes de programmes. Cette investigation nous a également permis d'interroger ce qui était entendu par les professionnels comme étant une pratique de RDR et de RDRDA. Nous allons donc présenter premièrement la revue de littérature et ensuite les investigations complémentaires que nous avons menées auprès du secteur spécialisé français.

Revue de littérature⁵

Methodologie

This scoping review with evidence appraisal aims to provide a panorama of the interventions on AHR. We used the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for scoping reviews guidelines (PRISMA-ScR) 2020 statement to report the method section (85) see additional file n°1.

Eligibility criteria

The following key words have been included: "alcohol", "addiction", "intervention", "harm reduction" and "manage alcohol" (see additional file 2). For inclusion, the intervention goals needed to be concerned with reducing harm, not only reducing alcohol use. The articles had to mention "harm reduction" in their title or abstract. There were no restrictions on study types included.

We identified the inclusion and exclusion criteria with the PICo (population-phenomena of interest-context) framework (see table 1) which is an adaptation of the PICO (population-intervention-comparison-outcomes) framework for review including qualitative reviews (86) (i.e. searching for research evidence from primary qualitative studies and drawing the findings together(87)) (table 1).

Tableau 4: Inclusion and exclusion criteria for the scoping review

Inclusion criteria	Exclusion criteria
Year of publication	

⁵ Cette revue de littérature faisant l'objet d'une publication a été rédigée en anglais, une version française peut être produite sur demande.

Between 2011 and 2022	
Population	
Population included in the study are at least 18 years old	
Phenomena of interest	
The study addresses one or more alcohol harm reduction intervention(s) directly directed to users	The study focuses only on pharmaceutical intervention The study is about intervention which aim only to reach abstinence The study isn't about alcohol intervention The intervention is not targeting individuals but general population for example The study doesn't describe the intervention (with a method section)
The study focuses on intervention stakeholders (users / patients / beneficiaries or professionals)	
Context	
The study takes place in North industrialized countries (Europe, North America, Australia)	

Information sources

We searched the following electronic databases: EBSCOHOST (APA PsycInfo, APA PsycArticles, Psychology and Behavioral Sciences Collection), Web of sciences, Pubmed. Reference lists of key publications have also been hand searched by the review team to capture any paper missed in the electronic searches.

Search methods

The search strategy was developed by 3 of the authors (NS, SP and JMF) with regular meetings with the other authors. It was implemented on January, 2023.

To capture as many relevant publications as possible, the list of terms was iteratively revised after searching the databases and discussing with the other authors. The strategy is detailed in an additional file (additional file 3). The different syntaxes are detailed in additional file (additional file 3).

Selection of sources of evidence

In this scoping review we included various sources of evidence : protocol papers, literature reviews and research papers (such as cohort studies, qualitative studies, Randomized Controlled Trials and Case control studies).

The study selection process consisted in three stages: i) title screening, ii) title and abstract screening, iii) full-text screening. Title and title/abstract screening were conducted independently by two reviewers (NS and JMF), while full-text screenings were conducted independently by three reviewers (SP, AF, and JMF). Covidence (a review software program) has been used to identify and screen the studies.

Data charting process

Data extraction has been carried out once we had a final list of all the studies to be included in the review. We generated a form for the extraction and tested it before its systematic use. Extraction was made by four independents reviewers (NS, SP, AF and JMF) and discussed during consensus meetings.

The calibrated forms contained 2 main dimensions: the intervention and the study.

Interventional items

For the intervention, we utilized the TIDieR tool (88) including the following categories: nature of the intervention, objectives, creation or replication, frequency or duration, characteristics of the intervention, population, context of the intervention, consumption goals and resources.

Study items

The following elements regarding the study were extracted: description of the study (design objectives, place, duration, inclusion and exclusion criteria), number of participants, number of “lost of sight”, recruitment, population, main outcome, secondary outcome, tool for data collection, methods for data collection, main results, potential bias and suggested improvements.

In addition, we also extracted the general presentation of the article (title, authors, date of publication, type of the article) the keywords in relation to harm reduction used, the definition of harm reduction (if available).

Critical appraisal of individual sources of evidence

Quality of included articles was systematically assessed by 4 authors (SM, LT, AA, LLT, AA and FS) using *Critical Appraisal Skills Program* (CASP) checklists to evaluate risk of bias, according to each included article study design (89). For protocol articles, only items about introduction and method sections have been evaluated. Based on a previous study (90), a traffic light system was devised to visually describe the articles in terms of each of the CASP criteria; that is, addressed (green), not addressed (red), or unclear (orange).

Synthesis of results

Two steps were followed to analyze the results: i) description of the included studies and intervention, ii) data analysis referring to the research questions and the main purpose of the scoping review.

The first author (SP) conducted the two steps, the analysis was discussed and refined with the other authors.

Data were analysed to help answer the following:

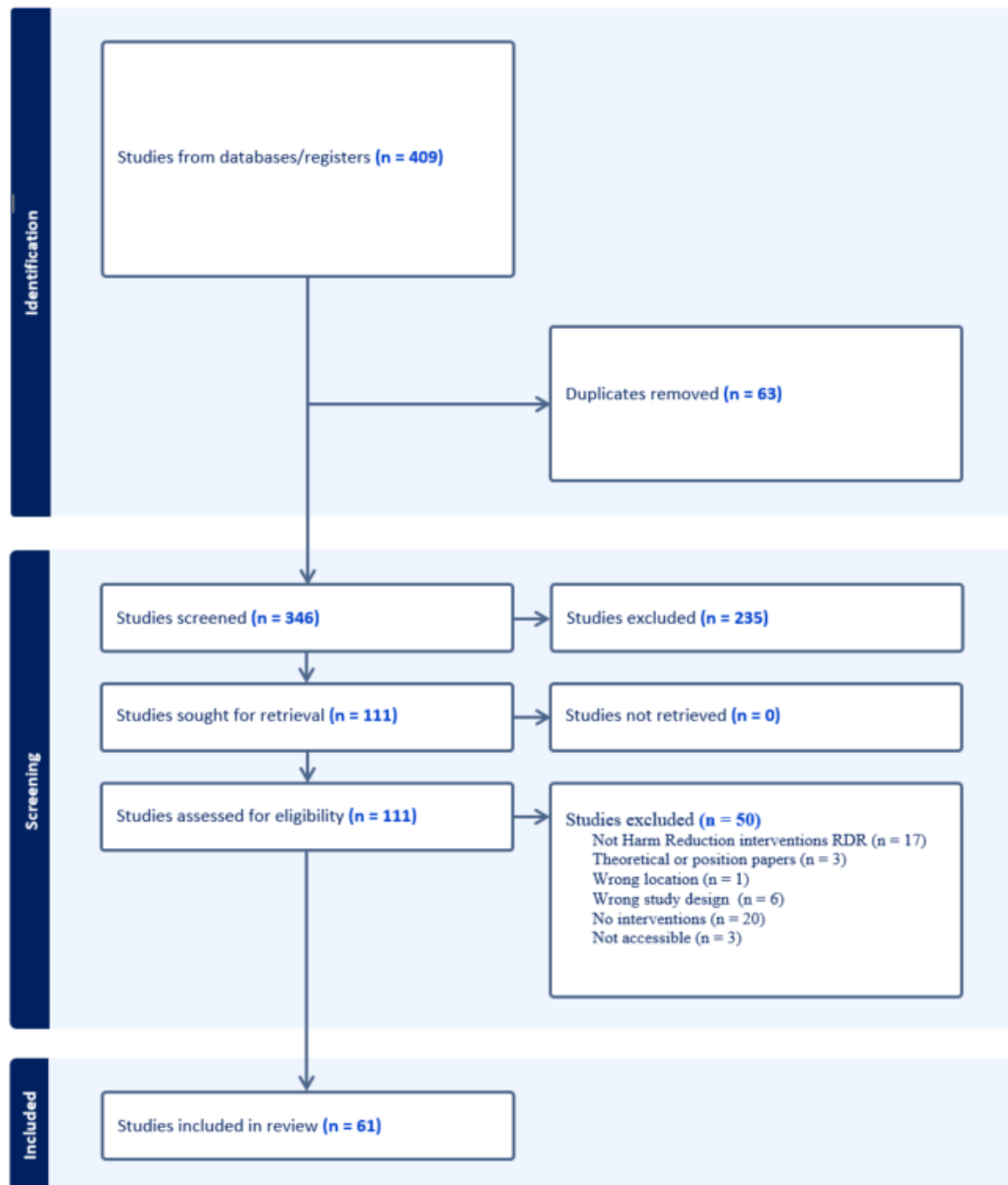
- What kind of studies (i.e. the purpose of the study; the target population; the characteristics of the study; the study designs) were conducted regarding AHR interventions? Completed with an appraisal of their quality. details of the intervention implemented;

How AHR are currently designed and implemented : the aim of these interventions; the identified effects of the intervention; and the facilitators or barriers associated with these interventions (i.e., what condition or interventions’ modalities can lead to the success of the intervention?). Regarding this point we separated elements related to the principles, theories or perceptions of the users and the role of the professionals from those related to the action model (91).

Results

Selection of sources of evidence

Figure 15: Flow chart



We identified 409 articles. After selection, based on inclusion and exclusion criteria, and elimination of the duplicates, 61 articles were selected (see figure 1).

Characteristics of sources of evidence

Among the 61 papers selected, 8 are protocol papers, 11 are literature reviews and 42 are research papers. Among these 42 studies, 8 are cohort studies, 14 are qualitative studies, 15 are Randomized Controlled Trials (RCT), 5 are Case control studies. The majority of

interventions analyzed in the articles included took place in North America, then in Europe, and to a lesser extent in Australia. Some articles offer a comparison between an European and a North American countries.

Critical appraisal within sources of evidence:

The results of the CASP assessments are presented in the tables in Appendix X. Overall quality was good, as the most part of studies demonstrated a minority of criteria not addressed (in red in the tables). The greatest limitation in assessing quality was the lack of information to assess some of the criteria (shown in orange in the tables). Here is a summary of the main pitfalls by type of study: there was a frequent lack of information and/or failure to address confounding factors (criteria incomplete/absent/not specified in 6/8 studies) or to ensure that follow-up was complete or long enough in cohort studies (criteria incomplete/absent/not specified in 5/7 studies); lack of information concerning the consideration of the relationship between researcher and participants in qualitative studies (criterion incomplete/absent/not specified in 9/16 studies); lack of information about the evaluators/investigators blinding in RCT (criteria incomplete/absent/not specified in 16/19 studies); lack of information about selection of controls in case-control studies (criterion incomplete/absent/not specified in 4/6 studies); and difficulty to conclude concerning the generalizability (criterion incomplete/absent/not specified in 5/9 studies) and benefits (criterion incomplete/absent/not specified in 4/9 studies) of results in systematic reviews

Tableau 5: CASP checklist bias assessment – Cohort :

	1	2	3	4	5a	5b	6a	6b	9	10	11	12			
AUTHOR	Address a clearly focused issue?	Cohort recruited in an acceptable way	Was exposure accurately measured to minimise bias	Was outcome accurately measured to minimise bias	Identified all confounding factors?	Take account of confounding factors in design or analysis	Follow up of subjects complete enough?	Follow up of subjects long enough?	Do you believe results?	Can results be applied to local population?	Do results of this study fit with other available evidence	What are the implications of this study for practice?	YES	CAN'T TELL	NO
Collins 2012b	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	12	0	0
Majer, John M.	YES	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	CAN'T TELL	NO	NO	YES	CAN'T TELL	YES	YES	6	4	2
Muroff, J.	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	NO	YES	CAN'T TELL	3	8	1
Parkes, T. 2022	YES	YES	CAN'T TELL	YES	YES	NO	NO	NO	YES	CAN'T TELL	YES	YES	7	2	3

Quanbeck, A. R. (protocol)	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	YES	YES									
Swendeman, D.	YES	NO	YES	CAN'T TELL	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	CAN'T TELL	4	7	1
van Draanen, Jenna	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	NO	YES	YES	CAN'T TELL	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	5	6	1
Zhao, Jinhui	YES	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	NO	NO	YES	NO	YES	YES	8	1	3

Tableau 6: CASP checklist bias assessment - Qualitative studies

	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
AUTHOR	Clear statement of aims?	Is qualitative methodology appropriate?	Was research design appropriate?	recruitment strategy appropriate?	Data collected in a way that addressed the research issue?	relationship between researcher and participants considered?	Ethical issues considered?	Data analysis is rigorous?	Clear statement of findings?	YES	CAN'T TELL	NO
Collins, 2012a	YES	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	YES	5	4	0
Collins, 2015	YES	YES	CAN'T TELL	YES	YES	CAN'T TELL	YES	YES	YES	7	2	0
Costa, M.	YES	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	YES	CAN'T TELL	YES	7	2	0
Ford, J. H., 2nd	YES	CAN'T TELL	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	8	1	0
Hawkins, Eric J.	YES	YES	NO	YES	YES	CAN'T TELL	YES	YES	YES	7	1	1
Ingram, I.	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	9	0	0
Klingemann, Justyna I.	YES	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	YES	CAN'T TELL	YES	7	2	0
Laitman	YES	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	6	3	0
Martin-Fernandez (protocol)	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES					
Minian, Nadia	YES	YES	YES	YES	YES	NO	YES	YES	YES	8	0	1
Parkes, T 2021	YES	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	6	3	0
Pauly, B.	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	7	2	0
Pauly, Bernie	YES	YES	CAN'T TELL	YES	YES	YES	YES	NO	YES	7	1	1



Rumball, K (protocol)	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES					
Schwebel, F. J.	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	YES	YES	YES	YES	8	1	0
Volmmer, J Domma	YES	YES	YES	CAN'T TELL	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	5	4	0

Tableau 7 : CASP checklist bias assessment – Randomized controlled trials (RCT)

	1	2	3	4	4	4	5	6	7	8	9			
AUTHOR	Address a clearly focused Issue?	Was assignment of participants to interventions randomised	Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion?	Were the participants 'blind' to intervention they were given?	Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants?	Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'?	Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial?	Did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?	Were the effects of intervention reported comprehensively?	Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?	Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?	YES	CAN'T TELL	NO
Braitman, A.	YES	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	YES	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	8	3	0
Collins 2021	YES	YES	YES	NO	NO	NO	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	YES	YES	6	2	3
Gilbert H (protocol)	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES						
Gustafson, D. H.	YES	YES	YES	NO	NO	CAN'T TELL	YES	YES	YES	YES	YES	8	1	2
Ilgén, M. A.	YES	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	YES	YES	YES	NO	CAN'T TELL	8	2	1
Lévesque, A.	YES	YES	NO	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	NO	YES	4	5	2
Malte, C. A.	YES	YES	NO	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	7	3	1
Marsden (protocol)	YES	YES	CAN'T TELL	YES	YES	CAN'T TELL	YES	YES						

McKay, J. R. (protocol)	YES	YES	CAN'T TELL	YES	NO	NO	CAN'T TELL	YES						
Moskal, D.	YES	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	NO	CAN'T TELL	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	6	4	1
Oslin, D. W.	YES	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	YES	YES	YES	YES	YES	9	2	0
Pedersen, E. R. (protocol)	YES	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	YES						
Pettigrew, S.	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	8	3	0
Rotenberg, J. R.	YES	YES	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	YES	YES	6	5	0
Saitz, R.	YES	YES	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	YES	YES	YES	NO	7	3	1
Srivastava, A.	YES	CAN'T TELL	YES	YES	YES	YES	YES	YES	NO	YES	CAN'T TELL	8	2	1
Terlecki, M. A.	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	10	1	0
Tofighi, B.	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	CAN'T TELL	YES	YES	YES	8	3	0
Upshur, C.	YES	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	YES	NO	YES	NO	YES	8	1	2

Tableau 8 : CASP checklist bias assessment – Case control studies :

	1	2	3	4	5	6	9	10	11			
AUTHOR	Address a clearly focused issue?	Did the authors use an appropriate method to answer their question?	Were the cases recruited in an acceptable way?	Were the controls selected in an acceptable way?	Was the exposure accurately measured to minimise bias?	Have the authors taken account of the potential confounding factors in the design and/or in their analysis?	Do you believe the results?	Can the results be applied to the local population?	Do the results of this study fit with other available evidence?	YES	CAN'T TELL	NO
Amaro, Hortensia	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	9	0	0
Antwerpes, S. (protocol)	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	YES						
Carpentier, D.	YES	NO	NO	CAN'T TELL	NO	NO	NO	CAN'T TELL	YES	2	2	5
Chilton, J.	YES	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	NO	YES	YES	YES	6	2	1
Darker, Catherine D.	YES	YES	YES	NO	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	YES	6	2	1
Larimer, M. E.	YES	YES	NO	CAN'T TELL	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	6	2	1

Tableau 9 : CASP checklist bias assessment – Systematic review :

	1	2	3	4	5	8	9	10			
AUTHOR	Address a clearly focused issue?	Did the authors look for the right type of papers?	Do you think all the important, relevant studies were included?	Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?	If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?	Can the results be applied to the local population?	Were all important outcomes considered?	Are the benefits worth the harms and costs?	YES	CAN'T TELL	NO
Bahadoor, R.	YES	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	YES	NO	6	1	1
Barrio, P.	YES	YES	CAN'T TELL	YES	YES	CAN'T TELL	YES	CAN'T TELL	5	3	0
Kelly, J. F.	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	8	0	0

Klimas, J.	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	7	1	0
Kruse, Clemens Scott	YES	YES	YES	YES	YES	NO	YES	YES	7	0	1
Muckle, W.	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	CAN'T TELL	YES	CAN'T TELL	5	3	0
Ray, L. A.	YES	YES	YES	CAN'T TELL	YES	YES	YES	YES	7	1	0
Vanderplasschen, W.	YES	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	YES	YES	7	1	0
Watson, Judith M.	YES	YES	YES	YES	CAN'T TELL	YES	YES	YES	7	1	0

Description of the interventions

The interventions described in the articles included in our literature review all have similar objectives, namely to reduce alcohol consumption and control usage habits.

Forms of support

The different forms of support available may be categorised on the basis of their organisational format: in person or remote, individual or in groups, residential, structural or dependent upon spontaneous, individual initiatives.

Table 10: Types of support available*

			References
		Number of references	
Remote or in person	Face to face	34	(Amaro et al., 2014; Antwerpes S et al., 2022; Barrio P & Gual A, 2016; Carpentier et (Pauly et al., 2021)al., 2015; Chilton et al., 2018; Collins et al., 2015, 2021; Costa et al., 2022; Darker et al., 2012; Gilbert et al., 2012; Ilgen et al., 2020; Ingram et al., 2021; Kelly et al., 2020; Klimas et al., 2012, 2014; Klingemann & Klingemann, 2017; Laitman et al., 2014; Marsden et al., 2020; Martin-Fernandez et al., 2022; Moskal et al., 2018; Oslin et al., 2014; Parkes, Carver, et al., 2022; Parkes, Matheson, Carver, Foster, Budd, Liddell, Wallace, Pauly, Fotopoulou, Burley, Anderson, & MacLennan, 2022; Ray et al., 2020; Rotenberg et al., 2018; Rumball & Tober, 2013; Saitz et al., 2013; Tait & Hulse, 2012; Terlecki et al., 2021; Upshur et al., 2015; van Draanen et al., 2013; Vollmer & Domma, 2020; Watson et al., 2013)
	Digital		
	Web	4	(Larimer et al., 2022; Lévesque et al., 2017; Minian et al., 2021; Tofighi et al., 2018)
	Telephone	4	(Ingram et al., 2021; Kruse et al., 2020; Saitz et al., 2013; Tofighi et al., 2018)
	Application	8	(Ford et al., 2015; Gustafson et al., 2014; Hawkins et al., 2022; McKay et al., 2018; Muroff et al., 2017; Pedersen et al., 2022; Quanbeck et al., 2014; Tofighi et al., 2018)
	Email/SMS	3	(Braitman et al., 2022; Kruse et al., 2020; Swendeman et al., 2021)
	Voicemail	1	(Kruse et al., 2020)
	Chat	2	(Kruse et al., 2020; Tofighi et al., 2018)
	Television/video	4	(Kruse et al., 2020; Pedersen et al., 2022; Pettigrew et al., 2021; Watson et al., 2013)
Collective or individual	Group	18	(Amaro et al., 2014; Antwerpes S et al., 2022; Chilton et al., 2018; Collins et al., 2021; Costa et al., 2022; Ilgen et al., 2020; Kelly et al., 2020; Klingemann & Klingemann, 2017; Laitman et al., 2014; Martin-Fernandez et al., 2022; Minian et al., 2021; Parkes, Carver, et al., 2022; Parkes, Matheson, Carver, Foster, Budd, Liddell, Wallace,

		Pauly, Fotopoulou, Burley, Anderson, & MacLennan, 2022; Pauly et al., 2021; Ray et al., 2020; Rumball & Tober, 2013; van Draanen et al., 2013; Vollmer & Domma, 2020)
Individual	25	(Antwerpes S et al., 2022; Carpentier et al., 2015; Collins et al., 2015; Costa et al., 2022; Darker et al., 2012; Gilbert et al., 2012; Ingram et al., 2021; Kelly et al., 2020; Klimas et al., 2012, 2014; Laitman et al., 2014; Marsden et al., 2020; Martin-Fernandez et al., 2022; McKay et al., 2018; Moskal et al., 2018; Oslin et al., 2014; Ray et al., 2020; Rotenberg et al., 2018; Rumball & Tober, 2013; Saitz et al., 2013; Tait & Hulse, 2012; Terlecki et al., 2021; Upshur et al., 2015; Vollmer & Domma, 2020; Watson et al., 2013)
Residential	8	(Collins, Clifasefi, et al., 2012; Collins, Malone, et al., 2012; Majer et al., 2014; Muckle et al., 2012; Parkes, Carver, et al., 2022; Parkes, Matheson, Carver, Foster, Budd, Liddell, Wallace, Pauly, Fotopoulou, Burley, Anderson, Price, et al., 2022; Pauly et al., 2021; Zhao et al., 2022)
Structural	3	(Malte et al., 2017; Srivastava et al., 2021; Vanderplasschen et al., 2019)
Individual initiatives	1	(Schwebel et al., 2022)
Mix	9	(Costa et al., 2022; Ingram et al., 2021; Kelly et al., 2020; Laitman et al., 2014; Martin-Fernandez et al., 2022; Ray et al., 2020; Rumball & Tober, 2013; Saitz et al., 2013; Vollmer & Domma, 2020)

Face-to-face or remote support

Support may take the form of **face-to-face sessions**: this was the case of 23 interventions identified in the 61 articles analysed as part of our scoping review. In these interventions, users meet directly with healthcare professionals (92,93), social workers (94), trained professionals (95) or peers (96) in person, in a care environment (97,98) or a community setting (96,99). For instance, Antwerpes and al. (92) study and intervention in which healthcare professionals teach people with alcohol use disorder psychosocial skills to help them to manage their consumptions and reduce alcohol-related harms. Ilgen and al. (97) focus on an intervention in a care environment targeting pain management to prevent relapses, with discussions about nutrition and addiction's évolutions. Gilbert and al. (99) analyze an assertive community treatment mobilizing, during one year, contact at least once a week, with over 50% of contacts in the participant's home or local community, with consideration of the health and social needs of individuals.

15 of the interventions identified were organised **remotely**, with the use of **digital tools** and new **technologies**: this includes web-based interventions (n=4) (99–102), telephone calls (n=4) (98,103–105), mobile applications (n=8) (105–112), emails and text messages (n=3) (103,113,114), chat functions (n=2) (103,105), videos or television programs (n=4) (103,111,115,116) and voicemail message (n=1) (103). Some interventions make use of multiple technologies: Kruse *et al.* (2020) analyse telemedicine interventions combining telephone calls, emails, text messages, chat functions, voicemail messages and videos. Tofighi *et al.* (2018) also include interventions making use of webinars, telephone calls, a mobile application and a chat tool for healthcare professionals and service users. Some interventions can be described as **mixed**, combining in-person and remote forms of support. They might involve face-to-face motivational interviews backed up with cognitive and behavioral therapy conducted over the telephone (98), or else interventions combining in-person appointments with psychiatric, medical and social professionals with telephone therapy sessions aimed at boosting motivation (104).

Individual or collective support

11 of the articles in our corpus look at support programs conducted exclusively in **group format**: these may include mindfulness-based relapse prevention sessions (MBRP – (95), psycho-educational support (97) and group therapy (117), working sessions and peer support (118–120) and online training sessions aimed at healthcare professionals (102).

17 of the articles in our corpus focus on support provided exclusively on an **individual basis**. Such programs generally involve psychological support (116,121,122) or skills development initiatives (92,123) for alcohol users; this category also includes a number of training courses for healthcare professionals (99). For instance, Darker and al. (122) focus on a brief intervention targeting the reduction of harmful alcohol consumption in opiate-dependent methadone-maintained patients. Collins and al. (123) highlight that chronically homeless individuals with alcohol dependence, during the individual interventions studied, do not necessarily seek abstinence, and may have objectives linked to alcohol consumption, but also more broadly to quality of life and health.

6 interventions utilize **mixed formats**, combining individual and collective forms of support. Such programs may focus on skills development and learning (93)) or improving the socio-economic conditions of alcohol users (94) combined with long-term psychological follow-up (98,124–126), peer support (96) or targeted coordination and adaptation of care provision (104,127).

Support in residential settings

8 of the interventions are conducted in **residential settings**, i.e., within the facilities (hospitals, communities, emergency housing, sheltered accommodation etc.) housing the participating alcohol users. All of the residential-based interventions we analyzed seek to improve the socio-economic conditions faced by alcohol users. Several of these residential interventions aim to help users by providing accommodation (128–130). This category includes Managed Alcohol Programs (MAP) conducted in users' home environments (120,131–133), as well as MAPs offering controlled access to alcohol along with housing solutions (134).

Structural interventions

3 of the selected interventions operate at a **structural level**; that is to say that these interventions do not involve individual or collective exchanges, in person or remotely, between alcohol users and healthcare professionals. Instead, they focus on providing access to housing for alcohol users (135) or coordinating, scheduling and adapting healthcare responses (136,137).

Interventions dependent upon spontaneous, individual initiatives

Finally, there is one category of intervention which involves neither collective nor individual exchanges, nor in person nor remote meetings, nor structural interventions. This category corresponds to the alcohol protective behavioral strategies (APBS) spontaneously established by students, **without external intervention** (138).

Strategies used in interventions

We identified 5 major types of intervention strategy, defined in terms of their key priorities:

- 1) learning and skills development; 2) psychological support; 3) socio-economic conditions;
- 4) coordination and adaptation of healthcare systems; and 5) support from peers. We also

identified two strategies regularly deployed as secondary strategies, but never as primary strategies in their own right: financial and material incentives (observed in 7 interventions) and treatments involving medication (in 6 interventions).

Table 11: Summarizing the strategies utilized by interventions:

Strategies		Number of references	references
Strategies based upon learning and skills development	<i>Learning and information (knowledge)</i>	13	(Antwerpes et al., 2022; Braitman et al., 2022; Costa et al., 2022; Ford et al., 2015; Gustafson et al., 2014; Hawkins et al., 2022; Larimer et al., 2022; McKay et al., 2018; Muroff et al., 2017; Pettigrew et al., 2021; Tofighi et al., 2018)
	<i>Skills (know-how)</i>	18	(Antwerpes et al., 2022; Collins et al., 2015; Costa et al., 2022; Ford et al., 2015; Gustafson et al., 2014; Hawkins et al., 2022; Lévesque et al., 2017; Malte et al., 2017; Marsden et al., 2020; McKay et al., 2018; Muroff et al., 2017; Pedersen et al., 2022; Pettigrew et al., 2021; Schwebel et al., 2022; Swendeman et al., 2021; Terlecki et al., 2021; Tofighi et al., 2018; Watson et al., 2013)
Strategies based upon psychological support	<i>Motivational interview</i>	9	(Barrio & Gual, 2016; Chilton et al., 2018; Darker et al., 2012; Ingram et al., 2021; Klimas et al., 2014; Laitman et al., 2014; Tait & Hulse, 2012; Vollmer & Domma, 2020; Watson et al., 2013)
	<i>Mindfulness-based relapse prevention</i>	3	(Amaro et al., 2014; Carpentier et al., 2015; Vollmer & Domma, 2020)
	<i>Cognitive behavioral therapy</i>	3	(Ingram et al., 2021; Ray et al., 2020; Vollmer & Domma, 2020)
	<i>Other therapies</i>	6	(Collins et al., 2021; Ilgen et al., 2020; Klimas et al., 2012, 2014; Oslin et al., 2014; Vollmer & Domma, 2020)
Strategies focusing upon socio-economic conditions	<i>Employment</i>	2	(Klingemann & Klingemann, 2017; Marsden et al., 2020)
	<i>Housing</i>	6	(Collins, Clifasefi, et al., 2012; Collins, Malone, et al., 2012; Klingemann & Klingemann, 2017; Majer et al., 2014; van Draanen et al., 2013; Zhao et al., 2022)
	<i>Managed Alcohol Programs</i>	8	(Martin-Fernandez et al., 2022; Muckle et al., 2012; Parkes et al., 2021; Parkes, Carver, et al., 2022; Parkes, Matheson, Carver, Foster, Budd, Liddell, Wallace, Pauly, Fotopoulou, Burley, Anderson, Price, et al., 2022; Pauly, Brown, et al., 2021; Pauly, King, et al., 2021; Zhao et al., 2022)
Coordination and adaptation of of the care system		13	(Gilburt et al., 2012; Kruse et al., 2020; Minian et al., 2018; Moskal et al., 2018; Oslin et al., 2014; Quanbeck et al., 2014; Rotenberg et al., 2018; Rumball & Tober, 2013; Saitz et al., 2013; Srivastava et al., 2021; Upshur et al., 2015; Vanderplasschen et al., 2019; van Draanen et al., 2013)
Strategies based on peer support		5	(Kelly et al., 2020; Majer et al., 2014; Parkes, Matheson, Carver, Foster, Budd, Liddell, Wallace, Pauly, Fotopoulou, Burley, Anderson, & MacLennan, 2022; Pauly, Brown, et al., 2021; van Draanen et al., 2013)
Financial or material incentives		7	(Klingemann & Klingemann, 2017; Lévesque et al., 2017; Muroff et al., 2017; Pauly, Brown, et al., 2021; Pedersen et al., 2022; Schwebel et al., 2022; Swendeman et al., 2021)

Strategies based upon learning and skills development

Strategies based on **learning** seek to nurture the **acquisition of new knowledge**; strategies based on **skills development** are more focused on **developing know-how**. Two of the interventions in our corpus, both digital in format, are exclusively focused on the acquisition of new knowledge. The intervention studied by Braitman *et al.* (113) involves the sending of *booster emails* containing information designed to prolong the impact of another online intervention aimed at university students with concerns around drinking. The intervention studied by Larimer *et al.* (100) makes use of descriptive and injunctive *personal normative feedback* (PNF); these PNF messages provide students with information regarding recommended weekly consumption limits, average individual consumption, behavior under the influence and the alcohol intake of students. The aim of such interventions is to encourage alcohol users to modify their behavior on the basis of the new knowledge acquired.

Nine interventions in the corpus are focused entirely on the **development of new skills**. These skills can relate to handling unexpected problem and reinforcing positive social experiences (101). Interventions can also target the development of skills in terms of access to employment (139), resource (135) and alcohol use management (45, 48, 50, 69), with in one case the administration of naltrexone (123). Interventions aimed at alcohol use management can target a reduction of the consumption, or a reduction of the negative consequences associated with consumption. Some interventions offers financial and material incentives by means of a prize system (101). These interventions targeting development of new skills can be brief interventions (140).

Nine articles are devoted to interventions which simultaneously foster **the learning of new knowledge** and the **development of new skills**. Antwerpes *et al.* (92) study an intervention defined as therapeutic patient education (TPE), making use of both collective sessions and individual meetings to help individuals better understand the risks associated with alcohol consumption, and develop the necessary skills to act. Costa *et al.* (93) also describe a TPE intervention focusing on techniques of self-control and the development of coping strategies in order to improve self-image, reduce self-stigma, strengthen people with problematic alcohol use's autonomy and improve their knowledge about alcohol consumption. Hawkins *et al.* (108) take as the object of their study an application which includes the development of coping and motivational strategies, as well as risk reduction skills. The A-CHESS intervention (106,107) is based on the theory of self-determination and cognitive-behavioral relapse prevention: it uses a mobile application to appeal to users' sense of capability, relations with others and intrinsic motivation to improve their quality of life, providing relaxation exercises, reminders, information on products and medication, trauma, discrimination and stigma, as well as a messaging tool and forum, testimonies and recovery education tools. The A-CHESS application, used in conjunction with Telephone Monitoring and Counseling (109), also encourages users to learn more about alcohol and its negative

effects, as well as developing patients' capacities as part of the follow-up support they receive after leaving hospital. In certain cases, A-CHESS interventions may involve financial or material incentives (110). Pettigrew *et al.* (115), meanwhile, look at a television program whose goal is to inform viewers of the risks associated with alcohol consumption, and to assist with APBS. Finally, Tofighi *et al.* (105) discuss a web-based intervention which seeks to encourage the uptake of healthcare services and improve people's understanding of alcohol usage and its attendant risks.

Strategies based upon psychological support

Psychological support is based on listening and helps reassure the patients and relieve their anxiety. The objective is to relieve suffering, and to allow the patient to have a new approach of the health problem.

We were able to identify 4 sub-categories of strategies which form part of a broader program of psychological support: motivational interviews; mindfulness-based relapse prevention; cognitive and behavioral therapy (CBT) and various other forms of therapy. We found five articles devoted to interventions relying exclusively upon **motivational interviews**. The purpose of motivational interviews is to encourage discussion without judgment, based on a relationship of collaboration between users and professionals, with a view to defining risks and objectives, providing encouragement to users along with medical advice and risk reduction recommendations, and involving patients in their own treatment by helping them to modify their consumption habits (122,124,141–143). Motivational interviews require face-to-face meetings, which may be individual (122,144), collective (142) or a combination of both (124,141). In some cases, motivational interviews may be used in parallel to drug-based treatments (141).

MBRP is utilized by just two of the interventions included in our corpus. MBRP may be useful in identifying the role played by post-traumatic stress in relapses by women with alcohol issues (95). MBRP may also be combined with more traditional relapse prevention strategies, with a view to reducing alcohol intake and improving quality of life for alcohol-dependent patients hospitalized on psychiatric wards (121).

CBT and other types of therapy are less frequently-encountered than motivational interviews. In the two interventions we identified where CBT was utilized, it was always combined with another intervention strategy. CBT may thus be used in combination with motivational interviews in order to prevent relapse (98), or combined with medication to promote abstinence (125). Finally, other forms of therapy (conversational therapy, psychoanalysis etc.) are occasionally encountered in some interventions, combined with medication (117), motivational interviews (145) or without any particular intervention strategy, as part of the psycho-educational support provided in residential settings (97) or else psychosocial interventions aimed at reducing alcohol consumption and related problems, in parallel to drug-based therapies (146). It is worth noting that one intervention uses all four of these forms of psychological support (motivational interviews, MBRP, CBT and other forms of therapy) concomitantly (126), within the framework of a collective and individual therapy program aimed at achieving total abstinence from all substances except nicotine and caffeine.

Strategies focusing upon socio-economic conditions

Socio-economic conditions can be perceived through a certain number of well-being factors, which can include sufficient food, drinking water, safe shelter, safe environmental and social environment, resource access... Among those strategies concerned primarily with socio-economic conditions, we distinguish between strategies focusing on access to employment, strategies focusing on access to housing, and strategies involving controlled alcohol distribution (Managed Alcohol Programs – MAPs). Four articles in the corpus deal with interventions which strategically prioritize **access to housing**. These include programmes such as Housing First, whose first goal is to providing beneficiaries with stable accommodation in order to have a positive impact on alcohol use trajectories and quality of life, and to attenuate the negative effects of homelessness and substance abuse. These programs provide immediate and permanent access to supervised housing for homeless people with alcohol issues but no other substance consumption (128,129). Residential programs also seek to resolve housing problems. The rules of such residential programs may be restrictive: the self-governed Oxford Houses, a network of recovery homes in the USA, require residents to pay rent and abstain from alcohol (130). Day centers also provide a more temporary form of shelter for homeless people. In some such centers users are permitted to consume alcohol, while still participating in leisure activities and “survival” support services (personal hygiene, food, clothing etc.); some interventions involve financial or material incentives (118).

Eight of the articles in our corpus deal with interventions such as **Managed Alcohol Programs** (MAPs), which provide users with regular, controlled doses of alcohol in order to stave off withdrawal symptoms while avoiding intoxication. MAPs may take a variety of forms: the programs generally involve both collective and individual sessions (131), and include access to shelters or housing (134), or at least day centers. Some of these interventions are conducted by multidisciplinary teams, while others are peer-led (133,147–149). MAPs sometimes involve various secondary intervention strategies, such as psychosocial recovery (94) or substituting cannabis for alcohol, along with financial or material incentives (120).

Finally, two articles look at strategies primarily concerned with **access to employment**. Marsden *et al.* (139) analyse an intervention which involves providing bespoke individual support to alcohol and/or drug-dependent beneficiaries, helping them to find work, access training and retain steady employment. Some day centres also offer paid work: the Veeg Project, for example, enables participants to work three days each week as part of street cleaning teams. They are provided with breakfast, lunch and beer, and paid ten euros per day (118).

Strategies focusing on the coordination and adaptation of the care system

Coordination and adaptation of the care system aim to limit barriers to care and encourage the use of care, notably by reducing treatment times and costs, and facilitate the work of professionals. We identified 13 articles focusing on interventions which seek to coordinate and adapt care systems. These include **Assertive Community Treatment** (ACT), a model of care designed for patients whose primary dependency is upon alcohol (99). ACT ensures that

patients are in contact with a professional from a community-based addiction centre at least once per week, with more than half of these sessions taking place in the home or within the patient's community setting, backed up with comprehensive social and healthcare for a one-year period.

Alcohol Case Management (ACM) and **Chronic Case Management (CCM)** also seek to coordinate and adapt the care system to better meet the needs of alcohol-dependent people. ACM aims to tackle one of the priorities of the health system, namely facilitating access to care and social services for patients with alcohol use disorder. The goal of this patient-oriented approach is to improve the coordination and continuity of care provision (137,150), helping the patient and/or the primary care provider to tackle problematic drinking in an autonomous fashion (151). In certain cases, ACM may incorporate drug-based treatments for alcohol-dependent patients (150). Intensive Case Management (ICM) fulfils the same objectives as ACM, with the difference that it is also open to patients with multiple addictions (152), whereas ACM is restricted to patients who are alcohol-dependent only. CCM is aimed at people with addictions to alcohol and other drugs, and seeks to facilitate access to long-term care (motivational therapy, relapse prevention counseling, medical and psychiatric treatment, social work), in collaboration with a primary care practitioner (104). Other interventions, which do not explicitly define themselves as ACM or CCM but which share similar goals and methods, also aim to **facilitate access to care**. The intervention studied by Srivastava *et al.* (136) seeks to simplify the process of making appointments at short notice (one to three days) with specialist addiction doctors working at clinics within easy reach of patients' homes. Patients are accompanied to their first appointment, and given public transport tokens to help them attend future appointments. Upshur *et al.* (153) also detail an intervention which involve primary care providers redirecting patients to addiction treatment services, with support from a case manager. Interventions aimed at adapting care provision may also use digital formats, making use of telemedicine to simplify access to care providers and reinforce coordination between facilities (103), improving the organisation of care pathways for patients with AUD (112) or bringing in a primary care provider to conduct a brief intervention on the subject of alcohol for patients already undergoing treatment for tobacco addiction (102).

Finally, we also find interventions devoted to **training healthcare professionals** (nurses and assistant nurses) in motivational approaches, making them more capable of identifying and approaching patients with AUD, in order to steer them towards specialist professional care, for instance through the modification of a traditional motivation interviewing-based brief intervention training for hospital staff (127).

Strategies based on peer support

Peer support is based on mutual assistance between people suffering or having suffered from the same health or social problem. Sharing your experience allows everyone to progress beyond their personal history. Peer support is founded on experience and reciprocal exchanges rather than professional expertise. Five articles look at peer support strategies, but only two of these focus on peer support as the principal intervention strategy; in the three other cases, peer support constitutes a secondary strategy. Kelly *et al.* (96) look in

detail at **Alcoholics Anonymous** (AA) and the twelve-step program, designed to help participants recover from alcohol dependency, remain sober and improve their quality of life. AA meetings are held in community spaces, are run by members (with a current or past AUD) and last for between 60 and 90 minutes; professionals from outside the group may be called in at the participants' request, in order to provide more specialist advice (96). Parkes *et al.* (119) also describe an intervention **organized by and for** homeless people with drug and/or alcohol use.

With regard to the 3 articles which address peer support as a secondary strategy, these interventions are tailored to the **socio-economic** conditions of alcohol users, for example an intervention focusing on housing (130,152) and a MAP based on peer-to-peer support (148).

Effectiveness of interventions

In this section we propose to consider the effectiveness of the intervention i.e. the different results observed and the degree of beneficial effects reported the studies included in this literature review. As this review is not a meta-review, this paragraph present how interventions are reported to be effective or not by the studies analyzed. As the majority of the studies included are quantitative studies, their effectiveness criteria are often based on the frequency of consumption and the quantity of alcohol consumed (154).

All of the interventions analyzed in these studies are presented as being **effective**, with the exception of certain psychosocial interventions, specifically CCM and AHCM, where the studies do not provide any results which can be considered significant when compared with other types of intervention (104,135,145).

More specifically, digital interventions, interventions focused on psychological support, interventions prioritising socio-economic conditions and those based on peer support, are all reported as having an impact on addiction severity (95), alcohol intake (100,103,113,121,122,138,143) limiting at-risk behavior (107,119,152), encouraging abstinence (96,116,155) and nurturing feelings of physical and psychological well-being (93,97,103,129,129,133,148,156). Interventions involving day centers or residential centers serve to reduce relapse rates, time spent in hospital (134) and social inequalities in healthcare (120), while helping to keep beneficiaries in employment or education (119,130). Interventions focused on treatment engagement are effective at reducing alcohol use (150,151) and keeping users in treatment (157), as are digital interventions (110,115), which are presented as both viable and acceptable (114). Interventions focused on facilitating the access and adhesion to addiction medicine also help to improve the social service referral rate (136,137,153) and improve the training available to professionals (127,136).

Interventions focused on tackling users' socio-economic conditions and improving the healthcare system, along with peer-led interventions, also help to reduce the need for social service involvement and the associated costs (96,129).

Interventions involving **multiple therapeutic strategies** are regarded as being particularly effective. By way of examples, we might cite peer-led interventions which incorporate motivational support, relapse prevention and self-efficacy (96); interventions utilizing both personalized normative feedback and multicomponent personalized feedback interventions (100); interventions combining medication and therapeutic education (101) or behavioral

cognitive therapy (125); and digital interventions employing different materials and strategies (114,115).

Interventional facilitators and barriers

Cross-comparative analysis of the different types of intervention designed to reduce the risks and harm associated with alcohol can help us to identify various facilitators and barriers to intervention. These facilitators and barriers fall into two categories: some are consequences of the fundamental characteristics of interventions (that is to say the structural elements which underpin the forms and active manifestations of interventions, as well as the positioning of the professionals in relation to users, or their attitudes to users), while others are practical concerns arising from the intervention process itself.

Facilitators and barriers linked to fundamental characteristics of interventions

Several studies highlight the need to refrain from imposing too many constraints on users if an intervention is to be both acceptable and effective. Personal autonomy and a spirit of collaboration must be prioritized, helping users to make their own choices (98,152). The objective is to **promote the empowerment and autonomy of beneficiaries** (132) while establishing a relationship of trust in order to engage patients more effectively. Paternalist relations, implying a condescending attitude on the part of the carers and a degree of asymmetry between patient and professional, are regarded as a barrier to successful intervention (118). This relationship of trust may be fostered by interventions led by peers, and by involving beneficiaries in the design and deployment of interventions (119). Establishing a relationship of trust with users makes it possible to **set objectives tailored to individual needs** (141), taking into account alcohol users' own point of view on their intake (128). The very fact of setting objectives is regarded as an inherently positive thing (98). Such objectives must be adapted to the level of consumption, the support requirements and the specificities of each user (132). Setting objectives which do not match the individual goals expressed by users (for example, demanding total abstinence from alcohol) tends to reduce the efficacy of interventions (118).

Several articles highlight the fact that, in order for an intervention to be implemented effectively, it is crucial that all of the professionals and structures involved should **harmonize their values**: is it possible to treat alcohol and tobacco abuse at the same time (98)? How can cannabis be used as a substitute if a MAP forbids the consumption of marijuana within its center (120)? Several studies have discovered tensions between professionals on various subjects (e.g. the consumption guidelines issued to users (102)). It is essential that professionals should consult one another and seek consensus in order to establish clear rules (132,148). This ties in to the need, detailed hereunder, to involve staff in the implementation of interventions. This harmonization of professional values, which will of course never be complete and absolute, cannot be done without taking into account the needs and objectives of users, which must be integrated into this approach.

On the subject of harmonisation, several studies insist on the need for **evidence based** interventions (98,158), as this increases their legitimacy and is conducive to greater cohesion in professional discourse and practices. Harmonization of values cannot be achieved without **properly taking account of the cultural contexts** in which interventions are conducted

(138,145). Depending on the context, cultural representations of alcohol and harm reduction can vary significantly, with consequences for the efficacy of interventions (102,118,130). Interventions enabling **comprehensive, holistic support**, for example by offering help managing personal finances as part of a peer-led intervention (152), or efforts to be more attuned to anxiety during brief interventions focused on protective behavioral strategies (140), are presented as having positive results for example on linking with and staying engaged (retention) in care services (98,115,137), since they help to establish positive environments and empowering resources to reduce harmful behaviours, positive service engagement, and improvements in physical and mental health (132).

Practical facilitators and barriers arising from the intervention process

Increasing the number of sessions appears to increase intervention efficacy, in the case of interventions involving individual and/or collective sessions, interventions focused on psychological support (117) and learning and skills development (110,114). The impact of interventions (reduced addiction severity, attenuation of harm arising from alcohol abuse etc.) is greater for beneficiaries attending a greater number of sessions (95,141). Studies have also highlighted the importance of **involving members of staff** in the implementation of interventions, for example by systematically discussing interventions in team meetings, convening internal working groups and putting in place financial strategies for interventions (106). The roles of all parties must be clearly defined (particularly in the case of interventions involving both peers and professionals, cf. Parkes et al., 2022) and managers must clearly support interventions (98). **Staff must be trained** (in terms of initial training before starting work, as well as training on the job) to handle the specific challenges faced by the intervention's target audience, for example in terms of intake levels, the distribution of alcohol, or how to deal with victims of violence presenting symptoms of post-traumatic stress (119).

It is also indispensable to ensure that **all of the necessary resources are in place** for the intervention to be implemented correctly, i.e., time, manpower, financial resources, training, technologies, administrative support, facilities etc. (98,102). For example, some MAP programs run into problems because they do not have the resources required to keep users in their centres for longer than initially expected (132). In another case, professionals who had received training on motivational interviews were unable to put those lessons into practice, due to a lack of time (127).

As regards the **use of technological tools** (smartphone, telephone, computer etc.), they can be effective as means of enroll hard-to-reach users. These tools can also help to circumvent the stigma which may be attached to actually attending addiction support centres, and to reduce appointment waiting times and other such barriers and to improve patients' autonomy (103). Combined with other intervention strategies, technological tools may improve the scope and flexibility of interventions, facilitating communication with participants (114). Nonetheless, such tools (particularly telephone consultations) can also present certain challenges for those conducting interventions, who may find it difficult to gauge participants without seeing them face-to-face (98). Technological tools such as

applications, emails etc. appear to require a degree of human intervention in order to ensure that they are truly adapted to the needs of individuals (101).

Discussion

Summary of evidence

In this literature review, 61 articles from the past 11 years provide us with a considerable mass of information regarding AHR interventions. The general quality of the included articles was good. The articles in our corpus encompass a wide variety of support formats (in person and remote; individual and group; residential; structural; and based upon spontaneous, individual initiatives). We also identified 6 main types of strategies mobilized by interventions: learning and skills developments, psychological follow-up, socio-economic conditions, coordination and adaptation of healthcare systems and peer support. 2 strategies were regularly encountered as secondary strategies: financial or material incentives, and drug-based treatments. The majority of interventions studied are reported to be effective at reducing addiction severity, intake and risky behaviors, while improving feelings of physical and psychological well-being and increasing abstinence. We also identified various facilitators and barriers linked to fundamental characteristics of interventions and those connected to the intervention process.

Limitations

This review thus yields a number of invaluable lessons which can help us to achieve a more precise understanding of AHR interventions as a field. Nevertheless, certain limitations must be acknowledged:

firstly with regard to the formulation of our search equation which, despite being designed to be as exhaustive as possible, may not have succeeded in capturing all of the published references to this domain in their entirety. Moreover, we excluded from this review a number of articles which did not deal directly with the term AHR. Since there is no clear and universally-established definition of this concept, this decision may have inadvertently excluded some articles utilizing slightly different definitions of harm reduction. Nonetheless, we designed our search criteria to embrace the broadest possible definition of AHR, thus including a broad variety of interventions. Also, we analyzed articles published between 2013 and 2022, with the aim of having a representative vision of what is currently being done in the field of alcohol harm reduction; de facto, the interventions presented are not exhaustive of everything that has been done in the field of AHR. The exclusion of geographical areas not belonging to Europe, North America and Australia, and the exclusion of people under 18 also generates biases. We also have to note that we do not have a previously published protocol to describe this study, which constitutes a limitation in itself. One final limitation is the fact that some interventions are not described or analyzed in a comprehensive, detailed manner, which naturally has consequences for our attempt to catalogue approaches, strategies, facilitators and barriers.

Discussions and perspectives

This literature review raises several points which we feel are worth highlighting. Firstly, the sheer variety of AHR interventions demonstrates that this is a fertile field in terms of intervention design and innovation. Nevertheless, despite the high rate of addiction among

the general population, the percentage of person with addiction in the world who receive treatment is estimated at below 25% for all conditions, and under 10% for alcohol and tobacco, including France (37). This illustrates the importance of prioritizing interventions which make support more accessible to more people.

Another point worth considering is the difference in the stated objectives of interventions. The indicators used to assess the efficacy of interventions in the articles are testament to the lack of consensus on this point. Indeed, most indicators are based on the reduction or cessation of consumption. It would therefore be profitable to establish an analytical framework capable of integrating factors ranging from perceived well-being to reduction of risky behaviour. We must also question the role of abstinence as an outcome of AHR interventions as we saw in some studies. We could then turn our attentions to establishing an accepted definition of AHR, in order to achieve clearer consensus on the scope of such interventions. Indeed, we define, as said in the introduction, risk reduction as “a philosophy aiming to reduce the negative effects of health behaviors without any requirement for a commitment to stop substance use or to a care or integration approach (4)”. This broad definition is also quite vague and can bring together very different things: continuing to consume in a safer manner, reducing consumption or possibly stopping consumption. We could consider harm reduction interventions as a spectrum (159) bringing together objectives (management of alcohol use, abstinence, giving information to the users...) and methods (psychological or financial support, substance analysis, diffusion of information on products and ways to consume them with lower risks...), ultimately targeting the well-being of users (160). What would mainly distinguish the philosophy of harm reduction from an abstinent moral ideology is the capacity of harm reduction to adapt to the individual objectives of users, to take into account their autonomy and their empowerment (161,162). Numerous studies also highlight the need to conduct more evaluations (110), randomized controlled trials (95,121,133,145,152) and cost-effectiveness analyses (115,152) in order to prove the efficacy of interventions. We would like to emphasize here that there are ethical issues concerning randomized controlled trials in connection with alcohol harm reduction interventions, linked to the loss of opportunity for individuals included in the control group. Other studies call for more researches involving more diverse populations, in a greater variety of cultural contexts (148) and over longer periods of time (107) particularly qualitative studies engaging directly with beneficiaries (98). Indeed, most existing studies are quantitative and use criteria such as quantity of alcohol consumed and alcohol use's frequency (154). The existing qualitative analyses deal primarily with professionals. Hence the need for more evaluations, randomized controlled trials and cost-effectiveness assessment of AHR interventions, along with more qualitative surveys aimed at beneficiaries and alcohol users. It would therefore be fruitful to set up qualitative studies using criteria such as quality of life, the positive (such as pleasure) and negative effects linked to alcohol consumption, and the maintenance of a social and professional life. Enhancing our understanding of existing interventions thus remains a crucial priority in order to ensure that future AHR interventions are viable, effective and transferable (163–165). The use of financial and material incentives raises questions as to the long-term viability and efficacy of interventions after the researchers are gone. Six articles in our corpus describe

interventions making use of financial or material incentives (101,110,111,114,118,138,148), and questions thus remain over their long-term viability and efficacy.

The target audience of these various interventions also merits further consideration: for example, interventions with a strategic focus on socio-economic conditions are aimed primarily at more vulnerable alcohol users (111,129,139), whereas digital interventions, if they do not involve the distribution of free telephones or computers or a specific training to avoid a digital literacy gap(166), are better-suited to more socially-included alcohol users who already have access to such digital equipment (103,105–108,112,133).

Ultimately, there do not appear to be many interventions capable of being tailored to the precise needs of different categories of people exposed to alcohol harm, which prompts us to consider the potential benefits of invoking proportionate universalism in the design of AHR interventions. Proposed in 2010, the principle of proportionate universalism (PU) is a useful approach to tackling health inequalities (167). The essence of this principle is that “actions should be universal, but with an intensity and a scale that is proportional to the level of disadvantage”. Despite a growing interest within the academic field, this principle is not widely applied (168). The first evaluated UP interventions had several forms, especially concerning the combination of universal and proportionate elements: some combined a universal component to different specific component tailored to each identified population, or combined with an increased dose of the same intervention adapted to individuals' needs (169–171). To our knowledge, this principle has never been formalized within the Alcohol Harm Reduction field. Yet, knowing that people concerned with AUDs could be found in every socio-economical categories and are experiencing various type and level of disadvantage or needs (linked to their gender or their working, geographical, housing situation, or the cognitive impact of long term use, or even the use of various products...) the need for a proportionate, adapted intervention is crucial. It is therefore essential to design UP interventions in collaboration with users and field experts in order to implement interventions that are acceptable. **Proportionate universalism** would thus appear to offer a pertinent theoretical framework for the development of AHR interventions capable of using universal strategies or facilitators and tailored ones according to different characteristics of beneficiaries from more vulnerable to those who are more socially-included.

Conclusions

To conclude, this review highlighted the wide range of interventions implemented for AHR. The main active components of these strategies were learning and skills development, psychological support, socio-economic conditions prioritization, coordination and adaptation of healthcare systems, and support from peers. Several of them demonstrated efficacy with improvement on addiction severity, alcohol intake, at-risk behavior and feelings of physical and psychological well-being. The detailed analysis of the literature has identified some facilitators related to intervention implementation, and suggests that, to be properly deployed, interventions require sufficient resource from the structure (financial, time), and involvement of trained staff members. On the contrary, important efficacy facilitators have been identified, including use of evidence-based interventions, comprehensive and holistic support, use of technological tools, promotion of empowerment and autonomy, and setting objectives tailored to individual needs.

Panorama des pratiques actuelles de RDRDA en France

A l'issue de ces deux travaux (évaluation et revue de littérature), nos questionnements nous ont incités à investiguer plus largement les pratiques actuelles en RDRDA en France afin d'en établir un panorama mais aussi de comprendre à quelles réalités ces pratiques faisaient référence.

Pour répondre à ces questionnements, une recherche documentaire a été menée pour mieux comprendre et cerner le sujet.

Nous n'avons pas limité notre étude à une région particulière, nous avons choisi de nous situer généralement en France afin d'avoir une diversité de structures intervenant dans le domaine.

Sélection des participants

En ce qui concerne la sélection des participants, nous avons choisi de cibler en premier lieu, les établissements spécialisés et non spécialisés en addictologie, accueillant toute personne consommatrice d'alcool sans distinction d'âge. Puis, nous avons décidé de nous focaliser sur des structures à la fois spécialisées en addictologie et n'accueillant que des personnes adultes. Nous avons fait ce choix, en raison de la diversité de structures œuvrant dans ce domaine et pouvant accueillir des consommateurs à n'importe quel âge. Par ailleurs, le public concerné par notre problématique est souvent majeur, mais aussi ce sont ces structures qui nous semblaient être les plus à même de répondre à nos interrogations.

Méthode de recherche choisie

Nous avons choisi de mener une étude mixte car elle nous offre la possibilité de mettre en synergie les forces des deux méthodes (quantitatives et qualitatives). Selon Greene et al., l'une des principales fonctions de base que l'on peut attribuer aux méthodes mixtes est la complémentarité, qui vise à étayer, illustrer ou clarifier les résultats d'une méthode par ceux d'une autre (172).

Dans cette étude complémentaire, nous avons choisi les méthodes mixtes selon le protocole séquentiel explicatif, « explanatory design », proposée par Creswell et Plano Clark dans la troisième édition de leur livre *Designing and conducting mixed methods research* (173). Ce devis ayant pour objectif d'expliquer des résultats quantitatifs à l'aide de données qualitatives, consistant à utiliser des données quantitatives pour sélectionner les participants de l'étude qualitative (173). Dans ce cadre le recueil et l'analyse des données est séquentiels, l'étude quantitative précède l'étude qualitative (174).

Nos études se sont déroulées comme suit :

L'enquête par questionnaire

Pour compléter ce travail, nous avons élaboré un questionnaire. Le questionnaire était organisé autour de 33 questions fermées, à choix multiples et quelques-unes ouverte, répartie selon thématiques suivantes :

- Le type de structure,
- La constitution des équipes,

- Les pratiques actuelles d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool,
- Les populations concernées,
- Les outils mobilisés,
- Les besoins
- Les leviers
- Et ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées.

Suite à cela, un questionnaire a été élaboré sur le logiciel Limesurvey

Ensuite, il a été envoyé le 09 septembre 2022 aux « Méta-structures⁶ » par mail afin qu'ils relayent le lien du questionnaire aux différentes structures rattachées à leur réseau (*le tableau des méta-structures et du nombre approximatif de structures partenaires en annexe 3*). Nous avons choisi de les contacter en premier car il nous semblait plus à même d'atteindre la majorité de structures possible. Après l'envoi du questionnaire, un délai d'un peu plus de trois semaines était proposé aux professionnels participant pour renseigner le questionnaire. Moins de 10 minutes étaient nécessaires pour remplir le questionnaire. Nous avons fait des relances toutes les semaines aux méta-structures, soit 4 relances par téléphone pour chacune. Nous avons arrêté le questionnaire le 07 octobre 2022.

Ainsi, nous avons eu 348 réponses au total, dont 106 réponses complètes au questionnaire (soit 30,0%), 169 réponses partielles (soit 48,5 %) et 73 n'ayant répondu à aucune question (soit 21,0%). Une description de ces structures sera présentée un peu plus bas.

Les entretiens

À la suite de cette enquête par questionnaire, 7 entretiens semi-directifs téléphoniques ont été menés entre le 10 et le 21 octobre. Ils ont été conduits auprès de 1 psychologue exerçant en CSAPA, 1 assistante sociale exerçant en CSAPA, 1 médecin exerçant en CSAPA et ELSA, 1 infirmier d'addictologie exerçant en ELSA, 1 cadre de santé au sein du SSR-CSAPA, 1 directeur d'établissement et 1 infirmier exerçant en CAARUD, qui lors de la passation du questionnaire quantitatif, avaient déclaré être favorable à un contact pour plus d'éclaircissement.

Chaque entretien avait été préparé en amont avec l'élaboration d'un guide d'entretien composé de questions ouvertes et adapté à notre interlocuteur. Ce guide d'entretien était découpé en plusieurs parties, selon les axes de notre travail et des réponses au questionnaire. La durée des entretiens variait de 08 min à 22 min. Ils ont été enregistrés avec par la permission des enquêtés au format audio puis retranscrits intégralement afin de faciliter leur analyse. La forme semi-directive nous a semblé la plus adaptée, car le guide

⁶ Le terme « **Méta-structure** » représente ici un organisme gestionnaire d'un regroupement de plusieurs structures ou une fédération de structures.

d'entretien permet de construire un dialogue centré sur les thématiques que nous souhaitons aborder, tout en laissant l'enquêté une liberté de parole qui favorise l'expression et le dialogue (175).

Cette deuxième phase compréhensive a été menée dans le but d'essayer de comprendre les réponses globales du questionnaire. Au total, 7 entretiens semi-directifs téléphoniques ont été menés entre le 10 et le 21 octobre. Ils ont été conduits auprès : d'une psychologue exerçant en CSAPA, 1 assistante sociale exerçant en CSAPA, 1 médecin exerçant en CSAPA et ELSA, 1 infirmier d'addictologie exerçant en ELSA, 1 cadre de santé au sein du SSR-CSAPA, 1 directeur d'établissement et 1 infirmier exerçant en CAARUD. La durée des entretiens variait de 08 min à 22 min. Six thématiques ont été investiguées et ont structuré le guide d'entretien semi-directif (en annexe 7) :

- La formation des équipes à la RDRDA
- Les programmes utilisés pour l'accompagnement des usagers
- Les modalités d'accompagnements dans une perspective de RDRDA
- La définition de la RDRDA
- La spécificité de la RDRD alcool par rapport à aux autres substances.
- Les usagers accompagnés uniquement pour alcool.

Résultats

Les données exposées dans cette partie concernent les 348 structures ayant répondu au questionnaire (en partie ou en totalité).

Ces données recueillies à travers cette étude mixte doivent nous permettre de nourrir une nouvelle compréhension des pratiques de réduction des risques et dommage dans le champ de l'alcool. Pour cela, nous livrons dans cette partie une description des données quantitatives recueillies et une analyse qualitative thématique sur la base des entretiens effectués.

Description de l'échantillon

Acteurs contactés et répondants

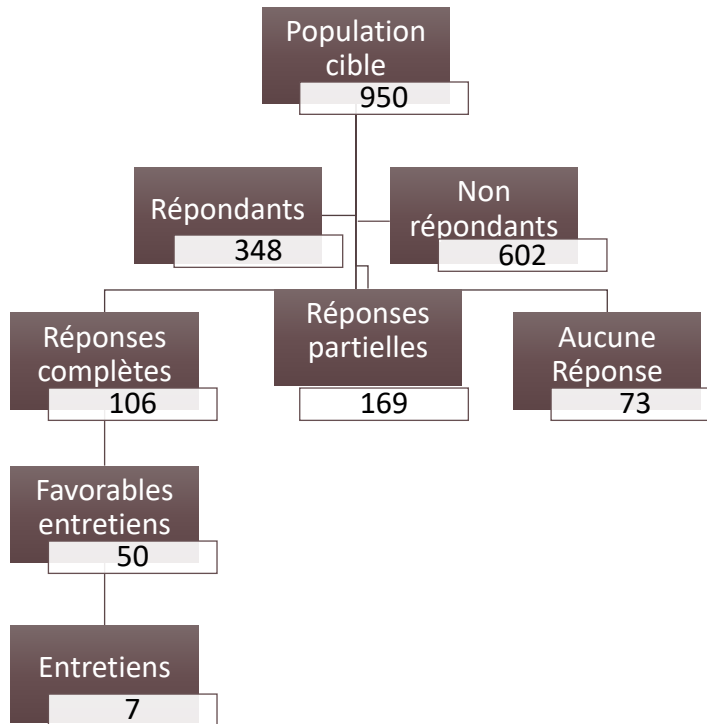


Figure 16 : Répartition générale des enquêtes.

§

Au total, environ 950 structures ont été sollicitées. Parmi ces structures, nous avons eu un retour de 348, dont 106 ayant répondu complètement au questionnaire, 169 ayant répondu partiellement et 73 n'ayant répondu à aucune des questions. A ces 106 ayant répondu complètement au questionnaire, 50 ont accepté d'être contactées pour un entretien. Nous les avons repartis en 3 catégories :

- Structure accompagnant dans une perspective de RDRDA et étant formé à la RDRDA
- Structure accompagnant dans une perspective de RDRDA et n'étant pas formé à la RDRDA
- Structure n'accompagnant pas dans une perspective de RDRDA et n'étant pas formé là-dessus.

La plus grande partie des structures favorables aux entretiens se retrouvait dans la seconde catégorie (38 sur 50), 4 et 8 respectivement dans la première et troisième catégorie. Nous avons choisi d'interroger des acteurs de chaque catégorie afin de réunir différents points de vue.

Il faut noter que sur les 38 structures favorables aux entretiens de la première catégorie, ne l'ont été que dans la partie quantitative car, une fois contactées pour les entretiens, n'étaient plus disponibles ou ne répondaient pas aux appels. Ce qui nous a donc ramené à un total de 4 sur 38 pour cette catégorie.

Concernant les 2 autres catégories, nous avons obtenu deux (2) et une (1) respectivement pour les structures accompagnant dans une perspective de RDRDA et étant formées à la RDRDA, et les structures n'accompagnant pas dans une perspective de RDRDA et n'étant pas formées à la RDRDA. Nous avons voulu interroger plus d'acteurs dans les différentes catégories, mais nous n'avons pas eu de réponses favorables malgré nos nombreuses relances. Au final, sept entretiens semi-directifs ont été réalisés.

Acteurs répondant au questionnaire

Les structures les plus représentées dans le remplissage de notre questionnaire étaient des CSAPA (139), suivies des CAARUD (46), ELSA (19) et l'hospitalisation complète en addictologie (18).

Par ailleurs, 77 acteurs ont répondu appartenir à d'autres types structures. Parmi les autres types de structures citées les associations d'entraide (16 sur 77) et les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) (13 SUR 77) étaient les plus représentées.

En outre, les acteurs ayant rempli le questionnaire ont des statuts différents. Les plus représentés étaient des infirmiers (45 acteurs), des éducateurs spécialisés (35 acteurs), des médecins (30 acteurs), ensuite suivent des chefs de service (29 acteurs) et des psychologues (27 acteurs), puis à égalité des directeurs et assistances sociales (20 acteurs). Les moins représentés étaient des pair-aidants (9 acteurs) et accompagnants en RDRDA (3 acteurs).

Les structures

Constitution des équipes et nombre d'ETP

Les acteurs ont eu des difficultés à renseigner cet item, au départ, seuls 2 d'entre eux avaient répondu et le reste limitait le remplissage du questionnaire à ce niveau. Nous avons dû modifier le nombre d'ETP en nombre de personnes pour faciliter le remplissage. Ainsi au final, 233 ont pu remplir cet item.

Sur les 233, plus de la moitié des structures ont répondu être constituées d'une équipe pluridisciplinaire. Il en ressort également de notre étude que les médiateurs-pairs et bénévoles sont les moins représentés. Seulement 43 et 37 ont déclaré respectivement en avoir au sein de leur équipe.

File active de l'année 2021

Tableau 12: file active pour toutes substances psychoactives confondues de l'année 2021 chez les acteurs ayant répondu à cette question (N=201).

Répartition par classe	Nombre de structure	Pourcentage
1-99	44	21,8%
100-199	19	9,4%

200-299	22	10,9%
300-399	15	7,4%
400-499	23	11,4%
500-599	14	6,9%
600-699	11	5,4%
700-799	6	2,9%
800-899	13	6,4%
900-1000	10	4,9%
>1000	24	11,94%

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur les 201 acteurs ayant renseigné cette question, 44 ont eu une file active comprise entre 0 et 99 usagers pour toutes les substances confondues au cours de l'année 2021.

Sur la totalité des structures ayant rempli le questionnaire (348), seulement 7 soit 2,67% ont répondu ne pas accueillir de consommateurs d'alcool au sein de leur établissement.

Tableau 13: Part de personnes accueillies uniquement pour une consommation d'alcool chez les acteurs ayant répondu à cette question (N=185).

Répartition par classe	Nombre de structure	Pourcentage
1-99	177	95,68%
100-199	6	3,24%
200-299	1	0,54%
400-500	1	0,54%

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur les 185 acteurs ayant répondu à cette question, 95,68% estiment avoir eu une file active comprise entre 1-99 usagers accueillies uniquement pour une consommation d'alcool au cours de l'année 2021.

Tableau 14c: Part de personnes accompagnées dans une démarche de RDRDA chez les acteurs ayant répondu à cette question (N=89).

Répartition par classe	Nombre de structure	Pourcentage
0-99	56	62,92%

100-199	16	17,98%
200-299	5	5,62%
300-399	3	3,37%
400-499	1	1,12%
500-600	6	6,74%
>600	2	2,25%

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MéRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur les 89 acteurs ayant renseigné cette question, 56 acteurs estiment avoir accompagné un nombre de personnes compris entre 1 et 99 dans une perspective de RDRDA au cours de l'année 2021. Par ailleurs, la part d'usagers accompagnée dans une démarche de RDRDA est de 44,2%.

Les partenaires

Sur la question à savoir quels sont les partenaires extérieurs mobilisés dans l'accompagnement des usagers, les acteurs ayant répondu à cette question ont majoritairement indiqués que c'est dans le cadre d'une cure et d'un hébergement que les partenariats sont les plus fréquents. Les CHRS et CSAPA plus spécialisés sont souvent mentionnés comme partenaires réguliers, mais c'est également le cas des médecins traitants et des associations d'entraide.

Le profil des usagers concernés

Majoritairement des hommes socialement défavorisés

répartition des usagers selon leurs profils chez les acteurs ayant répondu à ces questions :

- Le genre (homme/femme) : N=181
- Personnes socialement favorisées ou non : N=180
- Personnes insérées ou non : N=177
- Personnes avec emploi ou non : N=173
- Personnes venant de leur propre volonté ou non : N=196

Tableau 15: Répartition des usagers selon leurs profils chez les acteurs.

Profils des usagers accompagnés		
Le genre (N=181)	Hommes	163
	Femmes	18
Personnes insérées ou non (N= 177)	Personnes insérées	72
	Personnes non insérées	105

Personnes socialement favorisées ou non (N=180)	Personnes socialement favorisées	24
	Personnes socialement défavorisées	156
Personnes avec ou sans emploi (N=173)	Personnes avec emploi	52
	Personnes sans emploi	121
Personnes venant de leur propre volonté ou non (N=196)	Personnes venant de leur propre volonté	138
	Personnes venant dans le cadre d'une injonction de soins ou d'une décision de justice	58

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Interrogés sur les profils des usagers accompagnés, la majorité des acteurs, soit 163 ont répondu accueillir d'avantage d'hommes que de femmes (18 acteurs).

On constate qu'il existe une forte homogénéité des profils des usagers accueillis au sein des différentes structures. Selon les déclarations des acteurs ayant rempli ces questions, la majorité des usagers serait : Des hommes, des personnes socialement défavorisées, des sans-emplois, sans-domicile fixe, non insérés et le plus souvent venant de leur propre volonté.

Les accompagnements de RDRDA

Une rare prise en charge spécifique pour une consommation d'alcool

Les entretiens nous enseignent que l'alcool est le produit psychoactif le moins identifié dans les structures où exercent les acteurs entretenus. Ils estiment qu'une personne prise charge pour uniquement l'alcool est très rare et ces personnes sont souvent des ruraux. Les acteurs indiquent que la majorité des usagers pris en charge pour alcool ont souvent d'autres produits associés. Par conséquent, le mécanisme le plus fréquent est la poly-consommation. Mr M, psychologue en CSAPA rapporte : « *Quelqu'un qui est uniquement alcool, on a quelques-uns qui sont des ruraux, qui viennent sur la ville pour se soigner parce qu'il n'y a rien en zone rurale et qui sont plutôt âgés, c'est à dire, c'est des gens qui ont plus d'une cinquantaine d'années et qui n'ont pas touché au cannabis et qui, pour une raison X ou y ont arrêté le tabac, soit pour une raison de maladie, soit parce que ils en avaient plus les moyens. Mais voilà, moi je connais peu de personne qui sont qu'alcool. Je dirais que ça ne doit même pas représenter 2% de notre public. Les mécanismes de poly-consommation sont quand même les plus importants. Je vous dis le couple classique, c'est alcool tabac* »

Par ailleurs, une remarque qui revient souvent de nos acteurs entretenus est le fait que les usagers qui étaient sur des produits illicites (comme l'héroïne par exemple), généralement passent à l'alcool. C'est pourquoi, les acteurs ont souvent insisté sur la nécessité d'identifier les causes de la consommation afin de mieux adapter l'accompagnement à la situation de la personne.

Formation des professionnels en contact avec les usagers

Tableau 16: Formation des équipes en contact avec les usagers.(N=103).

		Prise en charge des l'addictions		Réduction des risques		Réduction des risques liés à l'alcool	
Options de réponses	Oui, tous	41	39,80%	34	33,00%	13	12,62%
	Oui, plus de la moitié	27	26,21%	20	19,42%	18	17,47%
	Oui, la moitié	13	12,62%	10	9,71%	11	10,67%
	Oui, moins de la moitié	12	11,65%	24	23,30%	28	27,18%
	Non, aucun	9	8,73%	11	10,67%	29	28,15%
	Je ne sais pas	1	0,97%	4	3,88%	4	3,88%
	Sans réponse	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Total	103	100%	103	100%	103	100%

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur les 103 acteurs ayant répondu à la question à savoir si les professionnels recevant des usagers étaient formés (à la prise en charge des addictions, la réduction des risques en générale et la réduction des risques en matière d'alcool spécifiquement), seulement 12,62% ont mentionné que toute leur équipe est formée à la RDRDA. Près de 28% ont répondu qu'aucun membre de leur équipe n'est formé.

Le tableau ci-dessus montre que les professionnels prenant en charge les usagers dans une perspective de réduction des risques dans le champ de l'alcool sollicitent un besoin important en moyens.

Les résultats issus de nos entretiens confirment ce manque de formation à la RDRDA spécifiquement pour les professionnels de terrain. La majorité des professionnels entretenue soutiennent avoir reçu une formation en RDRD pour toutes substances psychoactives confondues, mais pas spécifiquement à l'alcool. Ils ont mentionné que cette formation a été faite par la Fédération Addiction.

Sur la totalité des entretiens, seulement un acteur nous a confié avoir bénéficié, lui et son équipe, d'une formation en RDRDA spécifiquement. Il s'agit de la formation proposée par Mr. X, formateur et consultant indépendant en RDRDA.

Mme G, médecin en CSAPA et en ELSA nous confie :

« J'ai eu l'occasion aussi d'aborder la réduction des risques alcool au sein du CSAPA avec une formation spécifique de réduction des risques avec Monsieur X ».

Cette formation évoquée par Mme G, vise à permettre à chaque consommateur d'alcool d'être accompagné dans ses pratiques et ses difficultés afin d'améliorer sa qualité de vie sans contrainte d'arrêt ou de contrôle de ses pratiques (176).

La formation en matière de RDRDA reste encore impensable pour certains professionnels spécialisés en addictologie, cela s'explique souvent par le fait que cette démarche ne fait pas partie de leur projet d'établissement. Ces structures proposent encore aux consommateurs d'alcool de manière formelle qu'un projet d'accompagnement, notamment d'arrêt limité à l'abstinence.

Mme R, cadre de santé au sein d'un SSR, nous a confié :

« Alors non, au sein des établissements on aborde dans notre prise en charge, l'aspect prévention de la rechute mais par contre nous, on est basés sur une prise en charge ou c'est l'abstinence en fait qui est au cœur de la prise en charge. Donc on ne travaille pas sur la réduction des risques. On n'est pas formé à ça. ».

Les résultats issus des entretiens viennent confirmer ceux de l'enquête par questionnaire qui indiquent un taux de professionnels formés à la RDRDA faible par rapport à la RDR pour toutes substances confondues. La majorité des intervenants désireux de mettre en place des interventions dans une perspective de RDRDA n'est pas formés à cette démarche.

Programmes encadrant l'accompagnement des personnes concernées

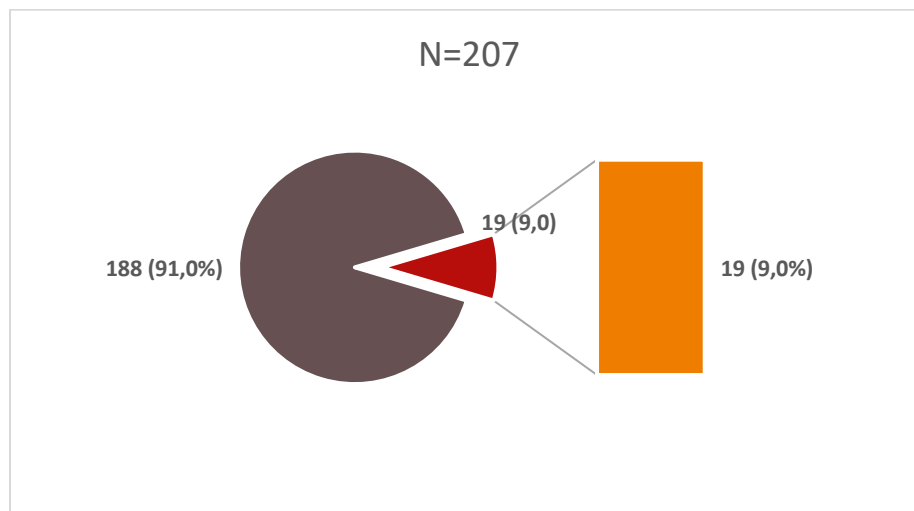


Figure 17: Acteurs s'appuyant sur des programmes pour accompagner les usagers chez les acteurs ayant répondu à cette question (N=207).

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MéRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur 207 acteurs ayant répondu à cette question, seulement 19 ont pu indiquer le nom des programmes qu'ils utilisent ou ont utilisé. Principalement 3 programmes ont été cités, sept (7) ont mentionné « Mes choix/ Alcochoix », sept (7) autres « Projet thérapeutique »⁷ et cinq ont mentionné le programme IACA !, **contre 188 qui ne s'appuient sur aucun programme.**

Lors des entretiens les professionnels ont en majorité (6 sur 7) indiqué ne pas s'appuyer sur des programmes spécifiques pour l'accompagnement des usagers. D'autres ne sont même pas au courant de leur existence. Ceux-ci insistent tous sur la nécessité d'avoir des programmes adaptés et outils pratiques pour une meilleure prise en charge des personnes.

« On ne s'appuie pas pour le moment sur des programmes, je ne sais même pas, en fait ce qui existe comme programme spécifique de réduction des risques alcool. » Rapporté Mr M, psychologue en CSAPA.

Seul un des acteurs nous a indiqué utiliser des programmes, il s'agit des programmes autour de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), des conditions physiques et des techniques de relaxation. Il nous indique qu'il existe de nombreux programmes de ce type qu'ils utilisent dans leur structure, mais qu'ils sont souvent confrontés à une difficulté dans leur mise en œuvre, du fait de la complexité à les adapter aux besoins des personnes accompagnées.

Par ailleurs, la majorité des professionnels entretenus disent partir de la demande de la personne et adapter l'accompagnement en fonction de cette demande. En plus, ils soutiennent plus s'appuyer sur des outils que sur des programmes. Ces outils sont principalement des outils d'évaluation et d'auto-évaluation, il s'agit de tableaux et agendas de consommations permettant d'avoir une idée sur les consommations, le rythme et l'impact qu'à la consommation sur la vie de l'utilisateur.

Comme nous l'a confié Mme B, infirmière d'addictologie en ELSA en ses termes :
« C'est plus avec des outils. Il y a les suivis de consommation avec des calendriers de consommation, à part ça il n'y a pas grand-chose hein ».

Mme G, médecin en CSAPA et en ELSA également nous confie :
« En fait, ça dépend comment lui est accessible et du coup, tout part de lui, [...] Je n'ai pas de trame défini à la base où je m'appuie, des fois ils vont ramener effectivement des tableaux comme ça où ils marquent leurs consommations et puis on parle de ça ».

⁷ Le projet thérapeutique est un « outil d'amélioration des pratiques des professionnels qui permet de suivre l'histoire, l'évolution et les perspectives du patient de manière synthétique et ciblée ; il contribue à maintenir la continuité des soins et à éviter des ruptures de prise en charge » (177).

Les modalités d'accompagnement dans une perspective de RDRDA

Par contre, malgré le manque de formation des intervenants et de programmes adaptés à la RDRDA, on constate quand-même l'implication des acteurs désireux d'entreprendre des actions de RDRDA pour promouvoir cette démarche auprès des consommateurs d'alcool. Comme nous le confi Mr. M, psychologue en CSAPA : « *Moi ça fait 10 ans que je travaille en addictologie. On a une réunion d'équipe hebdomadaire et c'est à partir de là qu'on crée et qu'on bricole ensemble. Bricole au sens noble du terme, c'est-à-dire on ajuste à chaque situation l'outil et on essaie de faire en sorte que ce soit adapté aux besoins* ».

Les entretiens nous renseignent que les pratiques de RDRDA sont souvent faites de manière intuitive. Elles semblent être non uniformes et variant d'un accompagnement à un autre selon la situation de la personne concernée. Ces accompagnements sont certes très hétérogènes pour les différents profils d'utilisateurs, néanmoins ils sont souvent très complémentaires. Les professionnels entretenus soutiennent partir des souhaits de la personne concernée avec une co-construction d'un plan personnalisé de soins et également d'un suivi régulier par une équipe pluridisciplinaire.

Objectif(s) fixé(s) dans le cadre des accompagnements des personnes consommatrices d'alcool

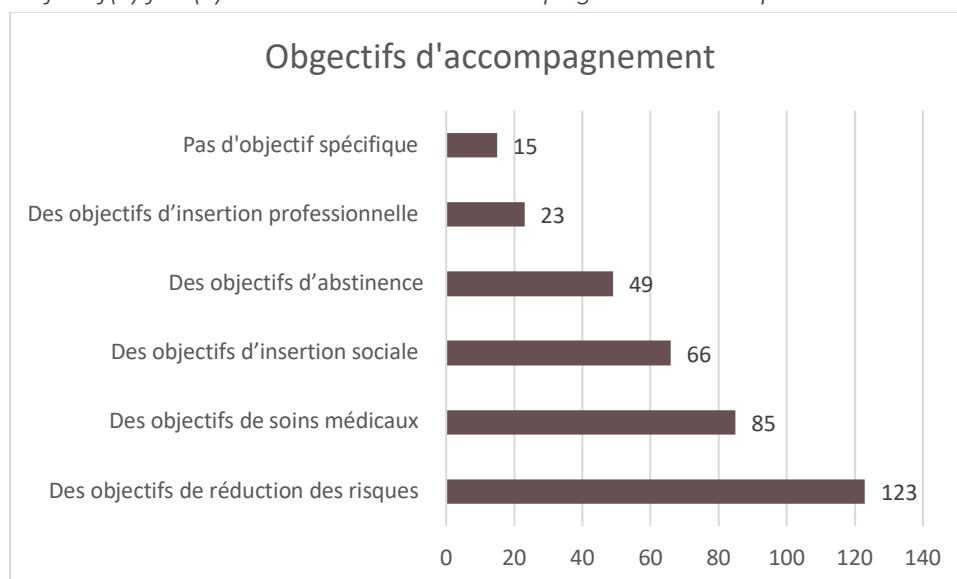


Figure 18: objectifs d'accompagnement des consommateurs d'alcool chez les acteurs ayant répondu à cette question (N=160).

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MéRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur 160 acteurs, 123 indiquent accompagner les usagers d'alcool dans une perspective de réduction des risques.

En ce qui concerne les objectifs que se fixent les acteurs, les plus fréquemment cités sont les objectifs de réduction des risques (123 acteurs sur 160), devant les objectifs de soins médicaux (85 acteurs), puis les objectifs d'insertion sociale (66 acteurs), enfin suivent les objectifs d'abstinence (49 acteurs) et les objectifs d'insertion professionnelle (23 acteurs). Quinze (15) acteurs ont indiqué ne pas se fixer d'objectifs spécifiques. Par ailleurs, dans la rubrique autres (29 acteurs), la majorité des acteurs ont mentionné partir de la demande de la personne concernée, c'est-à-dire de l'objectif que la personne elle-même souhaite.

Autres types d'accompagnements

Accompagnement ayant pour objectif l'abstinence

Tableau 17: Principales définitions énumérées par les acteurs ayant répondu à cette question (N=27) pour représenter un accompagnement ayant pour objectif l'abstinence.

Accompagnement ayant pour objectif l'abstinence	
Une orientation pour sevrage vers des centres de cure	11
Un travail sur les motivations à l'abstinence par de l'entretien motivationnel	8
Organisation du sevrage ambulatoire ou hospitalier en amont et mise en place d'un suivi personnalisé et régulier post sevrage	8
Une prise en charge pluridisciplinaire plus rapprochée	6
Co-construire avec la personne concernée un projet de soins et de vie mettant en jeu une hospitalisation pour une cure et prévoir un maintien du suivi pour consolider l'abstinence	6
Un travail sur le repérage et la lutte contre le craving	5
Un travail sur les stratégies de coping	4

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur les 27 réponses obtenues sur cette question, une majorité juge que l'accompagnement ayant pour objectif l'abstinence consiste à :

- Une orientation pour sevrage vers des centres de cure, cela concerne 11 acteurs ;
- Un travail sur les motivations à l'abstinence par de l'entretien motivationnel (8 acteurs) ;
- Organisation du sevrage ambulatoire ou hospitalier en amont, selon le profil de la personne et mise en place d'un suivi personnalisé et régulier post sevrage (8 acteurs) ;
- Une prise en charge pluridisciplinaire plus rapprochée (6 acteurs) ;
- Co-construire avec la personne concernée un projet de soins et de vie mettant en jeu une hospitalisation pour une cure et prévoir un maintien du suivi pour consolider l'abstinence (6 acteurs).
- Un travail sur le repérage et la lutte contre le craving (5 acteurs) ;
- Un travail sur les stratégies de coping (4 acteurs).

Accompagnement sans objectif spécifique

En ce qui concerne les acteurs ne se fixant pas ou ne fixant pas d'objectif spécifique dans l'accompagnement des usagers, la majorité (12 sur 14 acteurs) soutiennent mener un accompagnement en fonction des besoins identifiés chez la personne accueillie. Les autres, soit 4 acteurs, rajoutent que cet accompagnement peut être dirigé vers une réduction des risques ou l'abstinence et que c'est aux professionnels de s'adapter en fonction des demandes et des capacités des usagers.

Les leviers et freins dans une perspective d'accompagnement RDRDA

Leviers

Les principaux leviers dans l'accompagnement type RDRDA retenus par les acteurs sont de deux types. D'une part, du côté des professionnels et d'autre part du côté des usagers.

- Du côté des professionnels, ces éléments sont : la création d'un lien de confiance avec l'utilisateur qui passe par une écoute active non jugeant dès la première rencontre (23 sur 80), un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire (13 sur 80), un travail en partenariat (l'intersectorialité) (10 sur 80) et le fait d'avoir un espace dédié qui permet d'accueillir les usagers sereinement (7 sur 80). Travailler avec des bénévoles ayant connu des parcours identiques a été cité par 5 acteurs.
- En ce qui concerne les usagers, les éléments facilitateurs les plus retenus sont : le soutien affectif de la famille et de l'entourage (21 sur 80), le fait d'avoir un logement stable (11 sur 80), le respect de leurs choix (6 sur 80) et la prise en compte des bénéfices liés aux usages (4 sur 80).

Tableau 18: • Principaux leviers dans un accompagnement type RDRDA, énumérés par les acteurs enquêtés ayant répondu à cette question (N=80).

Leviers			
Côté des professionnels	Création de lien de confiance	23	25,84%
	Accompagnement par une équipe pluridisciplinaire	13	14,60%
	Travail en partenariat	10	11,23%
	Espace dédié	7	7,86%
	Travail avec des paires aidant	5	5,61%
Côté des usagers	Soutien affectif de l'entourage	21	23,59%
	Logement stable	11	12,35%

	Respect du choix des usagers	6	6,74%
	Prise en compte de leurs bénéfices	4	4,49%
	Total	89	100%

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Freins

Du côté des difficultés, le manque de moyens (de programmes et d'outils adaptés) est pointé par quinze sur 70 acteurs, ce qui en fait le frein le plus fréquemment cité. Le trouble de comportement associé aux comorbidités psychiatriques et somatiques des usagers (11 sur 70), tandis que le manque de formation à la RDRDA des professionnels arrive en troisième position (9 acteurs sur 70). Puis à égalité (6 acteurs) la précarité et l'isolement social. C'est ensuite l'incohérence dans les discours de certains professionnels (5 acteurs), qui sont les plus fréquemment cités.

Tableau 19: Principaux freins dans un accompagnement type RDRDA, énumérés par les acteurs enquêtés ayant répondu à cette question (N=70).

Freins		
Manque de programmes et outils pratiques	15	21,42%
Trouble de comportement associé aux comorbidités	11	15,71%
Manque de formation des professionnels	9	12,85%
Précarité	6	8,57%
Isolement social	6	8,57%
Discours incohérent	5	7,14%
Total	70	100%

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MÉRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Définition de la RDRDA

Afin de percevoir comment les professionnels du secteur définissaient la RDRDA nous leur avons posé différentes questions sur les accompagnements ayant pour objectif la réduction des risques et les termes reflétant le mieux ce type d'accompagnement.

Accompagnement ayant pour objectif la réduction des risques

Sur les 101 réponses obtenues sur cette question, une majorité (environ 95 acteurs) déclare que l'accompagnement ayant pour objectif la réduction des risques consiste à :

- Soutenir la personne concernée dans sa demande tout en lui apportant les outils et

informations nécessaires afin qu'elle puisse être actrice de sa propre santé,

- Aller vers des objectifs envisageables et atteignables pour la personne,
- Soutenir la personne concernée dans sa propre évaluation des consommations et des risques,
- Avoir une posture de non jugement qui permet de faciliter la discussion autour des consommations d'alcool (être dans une écoute active et dans une empathie bienveillante)
- Une prise en charge pluridisciplinaire médico-psycho-sociale.

Le reste des acteurs (3 acteurs) estiment qu'un accompagnement de ce type consiste essentiellement à la réduction des consommations (notamment, par la diminution du nombre de verres consommés par jour), et également à accompagner la personne dans sa consommation, sans vouloir une réduction ou un arrêt.

Mots représentant la réduction des risques dans le champ des addictions et dans le champ de l'alcool

:

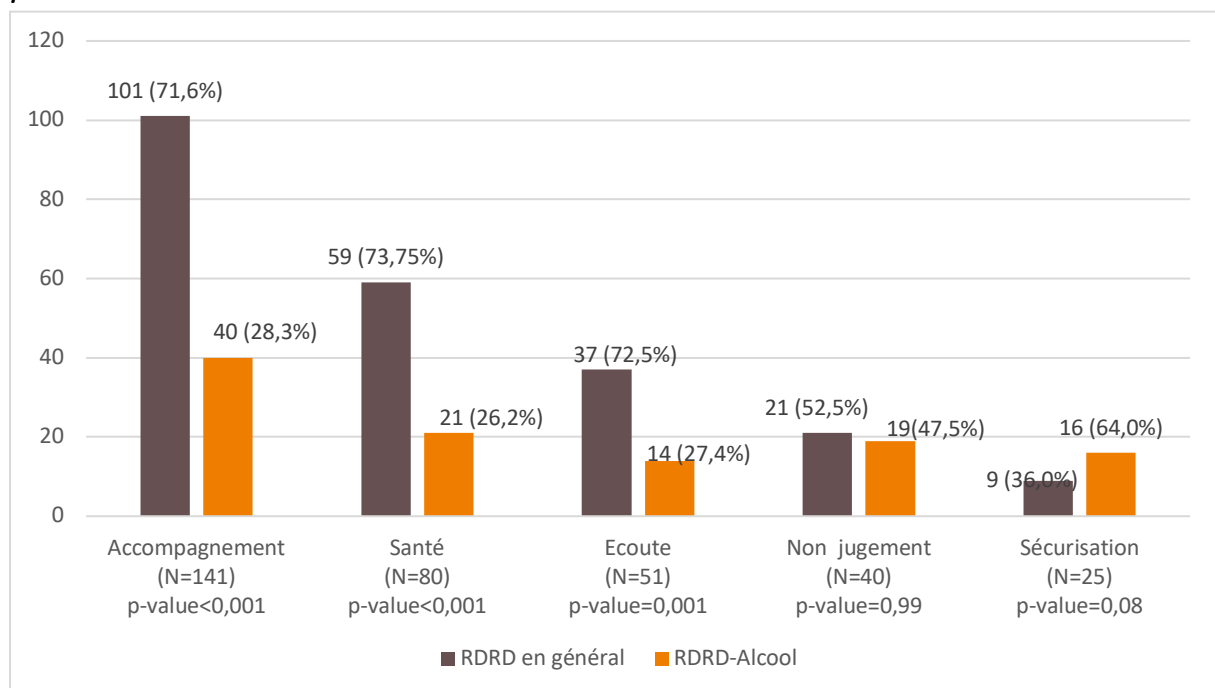


Figure 19: Principaux mots énumérés par les acteurs interrogés représentant la RDR dans le champ des addictions et de l'alcool plus spécifique.

Source : Enquête sur les modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool. Réalisée par l'équipe MéRISP, du 09 septembre 2022 au 07 octobre 2022.

Sur 141 acteurs ayant renseigné cette question, 101 (soit 71,6%) ont énumérés le

mot « accompagnement » pour représenter la RDRD pour toutes substances psychoactives confondues. Pour 40 d'entre eux (soit 28,3%), le mot « accompagnement » représentant la RDR dans le champ des addictions est identique à la réduction des risques dans le champ de l'alcool

Le tableau ci-dessus résume les principaux mots représentant la réduction des risques pour les acteurs ayant répondu à ces questions.

La RDRDA, une définition peu spécifique

En ce qui concerne la définition de la RDRDA, la majorité des acteurs (70 acteurs sur 94) n'identifie pas de différence entre la RDR et la RDRDA. Certains ont indiqué à l'occasion de ce questionnaire que cela induirait le fait qu'il existe une échelle de valeur entre consommateurs et ce qui est stigmatisant.

De nos entretiens, il en est ressorti qu'il y a encore une certaine confusion dans la définition de la notion de réduction des risques et dommages liés à la consommation de l'alcool. Cela laisse imaginer que cette notion n'est pas encore assez claire pour certains acteurs intervenant dans cette démarche. Certaines notions utilisées par les personnes entretenues portent d'ailleurs cette possible confusion. Par exemple, ce fut le cas de Mr A, infirmier en temps plein dans un CSAPA qui nous confie que :

« La réduction des risques, ça va être déjà commencer par baisser gentiment le nombre d'unités d'alcool ingurgitées dans la journée, [...] on leur rappelle bien de baisser doucement mais sûrement. Voilà, ça va être d'essayer de savoir avec précision un peu d'où on part pour pouvoir baisser un petit peu. Et après ça va être de l'accompagnement vers le soin, de l'accompagnement vers la cure, de l'accompagnement vers cure ambulatoire en CSAPA. »

Par compte, pour certains acteurs entretenus, les définitions de la notion de RDRDA vont dans le même sens et sont assez en adéquation et en cohérence avec les principes de la RDRDA. Tous ces acteurs parlent d'une approche globale co-construite avec la personne concernée, et le fait d'outiller la personne afin qu'elle puisse elle-même mieux gérer ses consommations et par conséquent, réduire les risques en lien avec cette pratique. Comme nous l'explique Mr. M, psychologue en CSAPA à ces termes :

« C'est changer un peu de postulat de travail. Bien sûr, on sait bien qu'il y a des personnes, que ce qui les sauvera c'est l'abstinence in fine. Mais si on n'exige pas d'emblée, Ben, c'est des personnes qu'on ne va plus revoir parce que la barre est trop haute en fait, donc on va être dans une recherche progressive de confort de vie en réduisant les quantités, l'intensité de la consommation, en essayant de comprendre à quoi ça sert cette consommation, de quoi ça protège et donc d'essayer de développer des compétences psychosociales, des compétences de traitement du stress, des émotions. Armer les personnes progressivement avant d'exiger qu'on enlève le produit immédiatement. Par ce que, si on ne les arme pas, bah du coup on se retrouve nu à nu sans leurs produits qui les protège et puis sans aucune compétence, par ailleurs, pour se protéger des aléas de la vie. »

Ces acteurs ont également tous mentionné le fait de s'adapter à l'usager en fonction de ses besoins et capacités et sur l'importance de l'information faite aux personnes concernées pour déconstruire le sentiment de culpabilité et lutter contre l'exclusion.

Spécificité de l'alcool comparée aux autres substances

La majorité des professionnels entretenus sont unanimes sur le fait que la RDRDA soit spéciale et très difficile à mettre en place par rapport à la RDRD pour d'autres substances. Pour ces derniers, les raisons évoquées sont principalement le fait que l'alcool soit un produit licite, facilement accessible et surtout socialement admis, c'est un produit qu'on rencontre en tout temps fort de la vie ayant un côté hyper convivial dans la société et présentant encore un tabou assez important.

Mme A, assistante sociale explique : « *Moi je dirai que c'est plus difficile. C'est très difficile parce que c'est un produit qu'on trouve partout, parce que c'est un produit qui est socialement admis. Le mois sans alcool est une des préventions que l'on fait, mais avant d'arriver, de le mettre dans les mœurs c'est compliqué. C'est plus facile de faire le mois sans tabac que le mois sans alcool. Je dirais que l'alcool a ce foutu défaut. Voilà, moi je trouve que l'alcool est compliqué, parce qu'il est banalisé, parce que ça ne fait pas de mal et que vous trouvez encore une PUB partout, ils vont dire qu'un verre par jour, c'est bien, que boire un verre de Bordeaux Bah ça amène des vitamines qui sont nécessaires au corps. Voilà, vous trouverez et vous trouverez encore partout des endroits qui attaques la loi Evin, qui attaque toute la politique de prévention contre l'alcool. Moi je trouve que l'alcool est plus compliqué que n'importe quel autre produit à faire* »

Par ailleurs, certains acteurs soulignent également le danger que représente l'alcool vis-à-vis de son arrêt brusque. L'alcool est encore le seul produit ayant un risque mortel lors de son sevrage brutal.

Mr. M, psychologue en CSAPA : « *Oui, il y a une spécificité, c'est qu'aucun autre produit, à part l'alcool en tout cas connu à ce jour est aussi dangereux, finalement que l'alcool lors de l'arrêt. Donc moi quelqu'un qui me dit qu'il veut arrêter du jour au lendemain la cocaïne, le crack, la MDMA, ce genre de produit, bah c'est son choix, il peut le faire, je veux dire, je vais à la limite, on peut même l'encourager. Maintenant, quelqu'un qui nous dit, moi, je vais arrêter l'alcool comme ça du jour au lendemain et en plus il y a des personnes qui ont une force de caractère assez incroyable et qui seraient capables de d'y arriver même quitte à en mourir. Bah là, forcément, on a une attention particulière envers les consommations d'alcool. Notamment, si la personne souhaite arrêter comme ça assez brusquement, on rappelle souvent qu'il faut descendre relativement doucement où se faire accompagner vers une cure avec un traitement de médicaments type Valium. C'est en ça que je dirais que c'est assez spécifique.* »

Conclusion du panorama

En somme, les points majeurs qui sont ressortis de cette étude annexe sont :

- Le peu de personnes qui sont accompagnées dans une démarche de RDRDA.
- Une définition de la RDRDA qui reste encore floue.
- Enfin, un manque de moyens vis-à-vis de la mise en œuvre de la RDRDA (formation des professionnels, manque d'outils pratique et d'investissement des programmes).

Par ailleurs, les résultats tirés de nos deux études sont convergents sur la majorité des points. D'une part, il en est ressorti une moindre représentation des usagers accueillis uniquement pour une consommation d'alcool et accompagnés dans une démarche de RDRDA. En effet, le concept de la RDRD reste spontanément associé en France à des programmes destinés en priorité aux consommateurs de drogues illicites, et moins souvent aux consommateurs d'alcool. Toutefois, comme le rappelle la MILDECA : « *Au-delà de l'acceptation traditionnelle du concept de réduction des risques centré sur l'usage de drogues illicites (notamment par voie intraveineuse), la réduction des risques et des dommages se développe pour d'autres substances psychoactives, notamment l'alcool* » (178).

D'autre part, nos deux études montrent bien que la définition de la RDRDA soit assez en adéquation et en cohérence avec les principes et valeurs de celle-ci. Toutefois, des professionnels ont encore quelques confusions autour de la définition de la RDRDA et de ses modalités d'intervention. Cette remarque a été aussi mise en évidence dans le rapport de l'association Addiction France (ex ANPAA) d'octobre 2020 (179). De même, l'OFDT fait le même constat « *faute d'une culture commune en RDRDA, les intervenants s'approprient différemment les missions qui leur sont confiées* » (180). Ces délimitations parfois floues, peuvent générer une très grande diversité de pratiques.

En outre, il en est ressorti, qu'il existe non seulement un manque d'investissement dans les programmes existant et d'outils pratiques, mais également de formations des professionnels intervenant dans ce domaine afin de répondre aux besoins des personnes consommatrices d'alcool dans une démarche de RDRDA. Le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 MILDECA rappelle ce constat. Dans ce plan, l'accent est également mis sur le manque de formation des professionnels de santé de premier recours (181).

Par conséquent, les interventions de RDRDA nécessitent des professionnels formés, disposant d'un ensemble de compétences et de connaissances et maîtrisant les principes essentiels de la RDRDA. Cependant, la formation de tous les intervenants (du secteur social, médical et médico-social) recevant et accompagnant des consommateurs d'alcool est nécessaire pour diffuser cette approche, car elle représente un enjeu majeur (3). Dans son récent rapport, G. Benech préconise entre autres, l'élaboration d'un référentiel national de formation qui permettrait de veiller à la qualité des formations dispensées en RDRDA (3). Selon une étude réalisée en 2015 par Junqueira et al. sur l'évaluation des attitudes et des connaissances des étudiants en soins infirmiers avant et après une formation sur un programme d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool, cette évaluation a montré un changement positif statistiquement significatif dans les connaissances et les

attitudes personnelles et professionnelles des étudiants en soins infirmiers dans le travail avec des personnes consommatrices d'alcool après la formation (182).

En ce qui concerne le point sur les modalités d'accompagnement dans une perspective de RDRDA, les valeurs et principes devant guider ce type d'accompagnement, conçus comme une réponse respectueuse des droits et de la dignité de l'utilisateur, dénués de jugement moral et résolument pragmatiques, font consensus parmi les acteurs de l'addictologie (36). En revanche, la manière de faire vivre ces valeurs et principes à travers des actions concrètes n'est pas encore précisée.

Si les objectifs, les modalités, les lieux d'intervention et les pratiques de RDRD en matière de stupéfiants sont clairement définis (39), il n'existe en effet à ce jour aucune ligne directrice officielle encadrant de manière précise les pratiques d'accompagnement de la consommation d'alcool en RDRDA (3). Cette situation n'a pas empêché l'émergence de nombreuses initiatives, souvent encouragées par les pouvoirs publics, et soutenues par l'intermédiaire de programmes de financements d'actions innovantes ou expérimentales (183). Cependant l'absence de recommandations opérationnelles rend la tâche difficile pour les professionnels (183). De notre étude, il en est ressorti très souvent des professionnels qui disent ne pas avoir de trame définie sur laquelle s'appuyer. De même, une enquête réalisée en 2015 par la Fédération Addiction met en lumière ce manque d'outils et de repères pour la RDRDA : « *Faute d'outils et d'assise conceptuelle, les équipes peinent à définir un plan d'action sur la réduction des risques liés à la consommation d'alcool* » (184).

La mise en place d'interventions dans le cadre d'une démarche RDRDA ne s'improvise pas et nécessite à la fois des temps de travail et de formation pour les professionnels afin qu'ils "sachent quoi dire et comment le dire" en fonction des personnes rencontrées et des arguments développés.

Par ailleurs, notre étude démontre une représentation moindre des personnes accueillies pour une consommation d'alcool et par conséquent, une moindre représentation de ce public également pour un accompagnement dans une perspective de RDRDA. En effet, il serait important dans les recherches futures de se concentrer sur la compréhension des raisons qui motivent la faible participation de ce public aux programmes de RDRDA.

L'ensemble du travail a permis de comprendre les différentes modalités d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool par les différents professionnels intervenant dans ce domaine. Ce travail nous a permis par ailleurs de mettre en évidence certains leviers et difficultés rencontrés par ces acteurs de terrain.

Les professionnels ont enrichi ce travail en acceptant d'évoquer leurs difficultés et de questionner leurs pratiques professionnelles. Les difficultés majeures mentionnées sont l'absence de formation et le manque de moyens pratiques (programmes, outils...) qui sont des freins considérables dans la mise en place d'intervention dans une démarche de RDRDA. Cette difficulté est reconnue par tous les acteurs : que ce soit par ceux du secteur social, médical et médico-social. En outre, nous constatons que malgré une définition de la RDRDA assez en adéquation avec ses principes par les acteurs, son application sur le terrain reste quand même difficile.

VI. Limites de l'évaluation

Comme nous l'avons évoqué au long de ce rapport, cette étude s'est confrontée à différents écueils ce qui a certainement impacté la mise œuvre mais également les résultats présentés. Tout d'abord, **les conditions sanitaires ont impacté** le déploiement ou la mise en œuvre de l'intervention dans certains centres.

De plus, la **réalisation des démarches réglementaires** a également été impactée par la crise sanitaire et a généré un retard dans le démarrage de l'étude ce qui a **pu entraîner une rupture dans la dynamique de déploiement** de certaines interventions.

Concernant le volet quantitatif de cette évaluation, le nombre de bénéficiaires participants à l'étude était trop faible pour avoir une bonne puissance statistique, seul 29 participants répartis sur 7 centres ont été inclus sur les 110 prévus. De plus, seules les données des 19 participants qui avaient fait l'entretien au 12^{ème} mois, et répondus à un minimum de 4 évaluations sur les 5 prévues, ont pu être analysées pour tester l'évolution de nos différentes variables au cours du temps. Plus de sujets seraient nécessaires pour fournir la puissance statistique pour mettre en évidence d'éventuelles différences significatives. De plus il n'y avait pas assez de sujets pour comparer les usagers selon les centres et ceux qui suivaient le programme IACA versus ceux qui arrêtaient le programme ou recevait une autre prise en charge.

Par ailleurs, les questionnaires ne permettaient pas de bien différencier les différents types de prise en charge reçus par les bénéficiaires. En effet, un participant pouvait suivre le programme IACA! et en parallèle ou en continuité avoir une autre prise en charge pour sa consommation d'alcool. On ne peut donc pas bien différencier l'effet propre au programme IACA!.

Loin d'être anecdotique, la confusion des usagers et parfois des professionnels entre les propositions d'accompagnement et l'étude réalisée a pu engendrer différentes conséquences allant de la mésinterprétation de ce qui constitue le programme (en termes de contenu mais également en termes de finalités), à une incompréhension de l'accompagnement proposé (confusion des rappels pour mesure avec les accompagnements), jusqu'à la confusion entre cette étude et la dernière étape d'un processus d'essai de type médicamenteux validant ainsi l'accompagnement avant une « mise sur le marché ». Cette confusion a rendu parfois difficile la compréhension et l'interprétation des données que ce soit en termes de composantes interventionnelles ou en termes de d'identification des effets de l'intervention. Les usagers ont, en effet, eu du mal à expliquer en quoi consistait exactement le programme et en quoi il se distingue des autres modalités de prise en charge. Plusieurs usagers expliquent que des professionnels, durant des rendez-vous hebdomadaires ou bimensuels d'une heure à une heure et demie, leur « *posent des questions* » sur la fréquence et l'intensité de la consommation d'alcool (référence directe aux suivis réalisés par l'équipe de recherche). Un autre usager n'arrive pas à dire, durant l'entretien, s'il suit ou non le programme :



Intervieweuse : Donc, là pour l'instant, vous diriez que vous ne suivez pas le programme alors, ou vous diriez que vous le suivez ?

Interviewé : C'est quoi le programme ?

Intervieweuse : (Nom du programme), le, celui que...

Interviewé Oui, oui. Oui, je, j'ai dû mal à comprendre.

Intervieweuse : Vous le faites ou vous ne le faites pas. Je n'arrive pas, moi, je n'arrive pas à savoir si vous êtes dedans ou si vous n'êtes pas dedans.

Interviewé : Bah, moi aussi. Non, pas vraiment. Il, me voit, il y avait, il y a presque un mois, je...

Ces éléments se retrouvent à de nombreuses reprises dans les entretiens réalisés et ont également été observés et doivent être pris en compte dans le potentiel d'évaluabilité de la méthode. Ainsi, à la question « Pouvez-vous nous dire comment on vous a présenté le programme ? », un usager répond ainsi qu'il a compris que « *c'était une étude* », et qu'il a accepté d'y participer car « *si ça peut aider d'autres personnes, tant mieux* ». Un professionnel, quant à lui, va clairement indiquer le fait que la présence de l'étude a pu représenter le fait que ça allait être « *vendeur ... que ça pourrait attirer beaucoup plus de personnes et éveiller les curiosités en disant, mais c'est un programme de recherche.* » Ensuite, cette confusion s'est également retrouvée particulièrement prégnante lorsque les usagers devaient expliquer en quoi consistait leur suivi. De nombreux usagers confondent le cadre de l'intervention avec le cadre de la recherche, comme cette consommatrice qui rapporte qu'un professionnel en addictologie lui a parlé du programme en l'amenant comme « *un projet de recherche, (...) développé par des chercheurs* », ou cet usager qui rattache l'intervention à un « *truc scientifique* ». Les usagers ont du mal à expliquer en quoi consiste exactement le programme et en quoi il se distingue des autres modalités de prise en charge. Plusieurs usagers expliquent que des professionnels, durant des rendez-vous hebdomadaires ou bimensuels d'une heure à une heure et demie, leur « *posent des questions* » sur la fréquence et l'intensité de la consommation d'alcool (référence directe aux suivis réalisés par l'équipe de recherche). Il est donc parfois difficile de bien comprendre les retours (positifs ou négatifs) des usagers sur le programme, tant la confusion entre intervention et recherche est présente dans les discours. Ces extraits d'entretien avec deux usagers sont révélateurs de ce flou :

« Je trouve que c'est (le programme) quelque chose d'en soi très positif. Moi, je trouve bien que des gens veuillent consacrer des recherches à ça dans le but de, ouais, de faire évoluer tout ce domaine. Moi, je trouve que c'est très très bien, oui, je trouve que ça a son sens, ça a son utilité ».

De plus, comme mentionné plus haut, l'intervention ayant eu du mal à se déployer pour différentes raisons, les professionnels et les usagers rencontrés n'ont que rarement suivi la méthode dans son entièreté. Enfin, nous n'avons pas pu rencontrer la totalité de

l'échantillon des personnes incluses dans l'étude (pour différentes raisons : départ, perdu de vue, refus) ce qui a limité d'autant notre échantillon.

Les analyses effectuées ont, bien entendu, pris en compte ces biais et incertitudes, en mobilisant d'autres matériaux et ressources de données complémentaires comme nous l'avons présenté dans le rapport.

Malgré ces différentes limites, les premières données quantitatives permettent de mettre en évidence des tendances et offrent une estimation des variables d'intérêts dans la population d'étude. Les données qualitatives recueillies ont permis d'identifier avec finesse la logique d'intervention de IACA ! ainsi que certains de ses effets et les freins et leviers potentiels.

L'ensemble de ces informations pourraient être utiles dans la construction d'une nouvelle étude plus large et complexe afin de pouvoir mesurer les effets de l'intervention IACA ! avec plus de précision.

VII. Discussion et conclusions

Résumé des résultats

L'intervention IACA !

L'objectif de cette étude était, entre autres, d'analyser précisément l'intervention IACA ! afin d'en caractériser les composantes, les effets (en termes d'évolution de la sévérité de l'usage de l'alcool, de la consommation d'alcool, de la fréquence et l'intensité du craving et de l'empowerment) ainsi que les conditions de son efficacité et sa mise en œuvre actuelle dans le cadre du déploiement de l'intervention à 10 nouveaux centres.

La proposition IACA ! présente une méthode globale « Field based », qui se caractérise par une approche pragmatique et sur-mesure conçue pour une application directe sur le terrain. Ancrant son origine et son action dans l'expertise des personnes concernées et la prise en compte de leurs besoins, la déconstruction de la norme du boire et de ses représentations sociales, ou encore le rétablissement en santé mentale, cette intervention de RDRDA vise le rétablissement médical et fonctionnel de la personne et le faire avec l'alcool.

Plusieurs conditions d'efficacité supposées ont été identifiées : Une mise en œuvre concrète de la RDRDA, la considération de l'utilisateur en tant qu'expert, la mobilisation des consommations comme levier, la constitution d'un discours différent, l'évolution de la posture professionnelle orientée par la proactivité, la disponibilité et la persistance, la constitution d'une culture commune appuyée par des rencontres professionnelles régulières permettant la fabrique des pratiques.

Évaluation de la transférabilité de l'intervention

Cette étude a permis d'identifier différents éléments concernant la transférabilité de l'intervention IACA !. La viabilité de l'intervention semble variable selon le contexte de déploiement et les composantes observées. Concernant la soutenabilité économique de

l'intervention ainsi que son accessibilité nous pouvons donc dire que, s'agissant de l'intervention IACA !, la soutenabilité financière a été facilitée lors du déploiement (par la mise à disposition de fonds dédiés) mais reste possiblement problématique. L'accessibilité est, quant à elle, à différents niveaux, complexe mais pourrait être facilitée par une flexibilité des structures (en termes d'organisation) et une adaptation aux capacités langagières et parfois cognitives des usagers mais surtout par une ouverture paradigmatique. L'utilité de l'intervention est assez clairement identifiée et relevée par les professionnels et les structures. Si les effets sont plus diffus, il n'en reste pas moins que l'intervention IACA ! constitue une offre nécessaire et pertinente générant la diffusion d'une philosophie et parfois des espoirs importants chez les usagers. La compatibilité culturelle de IACA ! avec les contextes de déploiement est complexe et doit fonctionner conjointement avec une diffusion plus large de la philosophie de RDRDA auprès des structures et professionnels du secteur mais aussi plus largement auprès de la population afin que cette proposition soit culturellement acceptable par les usagers et leurs proches. L'adéquation de l'intervention IACA est donc perçue difficilement tant par les professionnels que leur direction. Celle-ci, du fait du manque de temps disponible à y consacrer mais aussi des temporalités des usagers ou de leur profil, ou encore lié au fonctionnement spécifique des structures concernées ainsi qu'à leur écosystème. La dimension de la praticité de l'intervention s'est avérée plus complexe dans les structures d'hébergement engendrant une certaine réticence des professionnels. La mise en œuvre concrète de cette méthode a été complexe pour ces structures tant par ses modalités (binômes, temporalité, continuité des accompagnements). Les usagers néanmoins, lorsqu'ils suivent la méthode vont évoquer sa praticité.

L'évaluabilité de cette intervention est donc complexe et est rendue difficile tant par la spécificité de l'intervention très proche du « management case », des objectifs « sur mesure » mais aussi par la spécificité du public concerné et va donc nécessiter la construction d'un design innovant et peu généralisable.

Concernant la capacité à reproduire les résultats, la majorité des participants ayant débuté le programme IACA! ont présenté une amélioration de la sévérité d'usage de l'alcool (score composite Alcool à l'ASI) au cours des 12 mois d'étude. Les bénéficiaires présentaient une tendance (non statistiquement significative) à la diminution de leur consommation d'alcool (en nombre d'unités d'alcool), et du craving (nombre de jour sur les 30 derniers jours, et intensité maximale ressentie) pour l'alcool. Ces résultats sont encourageants sur la transférabilité des résultats observés dans le contexte originel à des contextes de déploiement. Néanmoins la faiblesse de recrutement de l'intervention et donc de l'échantillon de cette étude pointe la difficulté pour cette méthode d'intervention à se mettre en œuvre mais aussi à être évaluée. Sur les 110 inclusions prévues, 29 sujets ont pu être inclus dans 7 centres sur les 11 initialement prévus. Moins de la moitié des participants ont suivis le programme IACA! durant les 12 mois d'étude, mais la majorité a continué d'être suivi pour leur consommation d'alcool dans le centre participant ou un autre centre.

En comparaison d'une cohorte de personnes suivies pour une addiction à l'alcool dans un CSAPA au cours de la période de 2018 à fin 2022 (données internes Cohorte ADDICTAQUI,

PIEA Addictologie – CHCP, Bordeaux), les personnes présentaient des caractéristiques sociodémographiques similaires à l'exception que les personnes suivant le programme IACA ! étaient majoritairement moins en emploi et habitaient plus seules comparés aux personnes suivies dans un CSAPA. Les bénéficiaires du programme IACA ! avaient un profil de sévérité de l'usage de l'alcool similaire comparé à une population de personnes venant dans un CSAPA pour l'alcool.

L'évolution de la sévérité de consommation d'alcool (score composite Alcool de l'ASI) parmi des sujets débutant une prise en charge pour l'alcool en CSAPA était aussi similaire à celle observées par les personnes suivies par le programme IACA ! (figure 20).

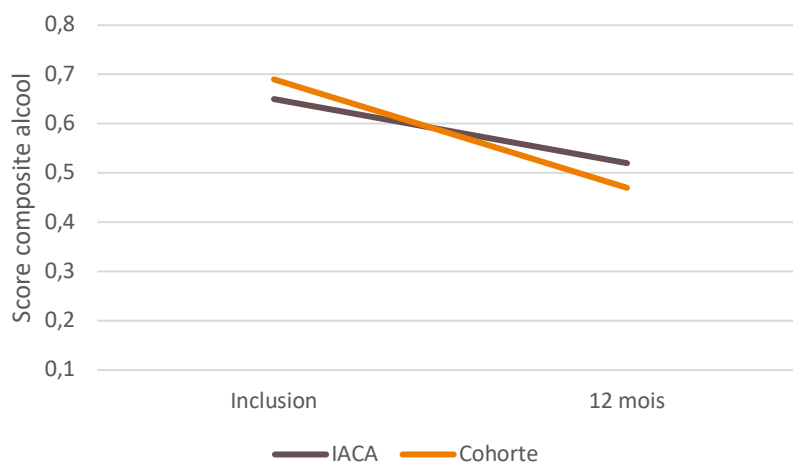


Figure 20: Evolution du score composite alcool à l'inclusion et à 12 mois pour le groupe de personnes participant aux programmes IACA (N=19) et les personnes de la cohorte suivies dans un CSAPA pour l'alcool (N=17).

Les scores d'empowerment ne présentaient pas d'évolution significative au cours du suivi : ces scores restent assez stables. Nos données quantitatives indiquent que le programme IACA ! ne semble pas avoir eu d'effet sur l'empowerment des usagers.

L'étude Vitae a permis d'identifier avec finesse les composantes essentielles de la méthode IACA ! ainsi que ses modalités de transfert. Comme nous l'avons vu plus haut, il conviendrait de réaliser une étude plus large avec un design mixte afin de tenter de mesurer avec exactitude les effets de cette méthode pour les usagers.

Perspectives pour l'intervention

Le déploiement de l'intervention IACA! se poursuit dans d'autres centres et régions.

L'association Santé ! propose ainsi des accompagnements aux structures et professionnels souhaitant développer leurs propositions de RDRDA. En 2023, 252 professionnels ont été formés par l'association Santé ! et 57 usagers ont été accompagnés par l'association. En parallèle, l'association Santé ! a développé la plateforme « SOLALE » afin de faciliter la diffusion de la RDRDA aux professionnels et aux différentes structures.

L'identification de conditions de transfert variées, tant en termes de contextes extérieurs favorables (au sein des structures, professionnel et populationnel) qu'en termes de contextes interventionnels (implication de la structure préalable, formation généralisée et

continue) devrait faciliter le déclenchement de mécanismes permettant la survenue d'effet tant chez les professionnels que pour les usagers.

Des enseignements plus larges pour le secteur et la prise en charge des usagers dans une visée de RDR

L'étude Vitae a, grâce à ses investigations complémentaires, produit des enseignements plus larges pour le secteur spécialisé dans la prise en charge avec une orientation de RDR auprès des personnes consommatrices d'alcool.

Une diversité d'initiatives mais peu d'usagers inclus dans les programmes

Tout d'abord nos investigations ont confirmé la diversité d'initiatives proposées mais le peu d'usagers inclus dans ces programmes. En effet, lors des évaluations et investigations menées, les différents programmes de RDRDA présentent une faible inscription ou participation des usagers. Ceci vient confirmer d'autres études menées précédemment (1,2) présentant le même écueil. Cette difficulté de recrutement trouve son fondement dans la conjonction de plusieurs facteurs. Tout d'abord, **la persistance de l'abstinence comme but recherché chez les usagers**. Cet objectif d'abstinence se retrouve chez beaucoup d'usagers à l'instar de ce qui est vu par la société comme la « seule solution » aux problématiques d'addiction. Vestige de la guerre de paradigme entre abstinence et RDR, les positions normatives et les imaginaires collectifs gardent toute leur vigueur encore aujourd'hui. En effet, la philosophie de la RDRDA semble totalement absente du discours courant et seule l'abstinence est valorisée socialement. Le fait que les interventions de RDRDA se positionnent résolument dans une dynamique différente où l'abstinence n'est pas nécessairement l'objectif peut expliquer le peu d'inscription d'usagers dans ces programmes.

Il est à noter également que **peu de communications** sont réalisées auprès des publics ciblés et/ou du grand public concernant ces programmes. Quand des outils de communication sont mis en place, ceux-ci sont parfois jugés peu attractifs ou explicites. Des professionnels pointent aussi le fait que les usagers ne sont pas à un stade de motivation concernant leur changement de comportement compatible avec une intervention.

Autre piste explicative, le fait que les usagers fréquentant les centres concernés n'évoquent **pas l'alcool comme le premier produit dommageable**, ce qui les oriente, de fait, vers d'autres types d'accompagnement.

Certains professionnels abordent également **les prérequis et les contraintes liées au suivi d'un programme** qu'elles soient liées aux capacités cognitives nécessaires afin « d'accéder à sa réalité » ou organisationnelles (langue, nombre de séances ou rdv, horaires, modalités) comme pouvant limiter le nombre de personnes à qui les programmes pourraient être proposés.

Dernier élément pouvant engendrer une difficulté de mobilisation des personnes est qu'une partie des personnes ciblées par les interventions ne va pas y accéder. En effet, **les usagers à risque mais ne se considérant pas ou peu dépendants ne fréquentent pas les structures spécialisées** dans les addictions (pour des raisons liées au stigma, à la méconnaissance de l'existence de tels lieux, à une autocensure etc...) et donc, n'y ont, de fait, pas l'opportunité

de se voir proposer de telles interventions qui y sont majoritairement diffusées. Ce constat de difficile mobilisation, fait émerger la **nécessité d'adapter les stratégies d'intervention ainsi que leur modalité de diffusion et de proposition.**

Un réel besoin pour les professionnels d'être sensibilisés et formés

Les investigations ont pointé **le besoin ressenti par les professionnels de formation** sur la thématique de l'alcool et de la RDR. Ces interventions sont souvent **l'occasion pour les professionnels d'acquérir un savoir et des connaissances pratiques pour accompagner les usagers** sur la thématique alcool. Les formations proposées par les différents programmes sont ainsi vues comme un **outillage, une sécurisation par les professionnels, leur donnant l'assise, le sentiment de légitimité pour aborder la question de l'alcool avec les personnes qu'ils suivent.**

Les professionnels également peuvent, grâce aux méthodologies et formations de RDRDA, se **sentir valorisés dans leurs pratiques**, leur permettant parfois de trouver une issue pour un usager ou une situation face à laquelle ils se sentaient auparavant impuissants

Les structures ne sont pas toujours adaptées à la mise en œuvre de certaines interventions

Un des leviers particulièrement important dans la mise en œuvre des interventions de RDRDA est l'implication de la structure et de l'équipe autour de cette dynamique.

L'acceptation, ou du moins la tolérance, de la philosophie RDRDA chez les différents professionnels du centre est primordiale afin de permettre au professionnel de mettre en œuvre la RDRDA. Le fait que les structures ou **institutions ne soient pas motrice et n'engagent pas une certaine fédération concernant la pratique d'accompagnement** des usagers va nécessairement impacter la mise en œuvre des interventions. L'impression, chez les professionnels, de **ne pas être soutenus dans leur pratique** ou dans les modalités d'accompagnement proposées entraîne un sentiment d'isolement. Certains vont ainsi rapporter **le manque d'orientation des usagers suivis par leurs collègues vers l'intervention, l'incompréhension pouvant parfois générer des tensions en interne dans les équipes.**

Autre point fondamental freinant la mise en œuvre des interventions, le **manque moyens et de ressources qu'ils soient humains, financiers ou matériels est majoritairement évoqué.**

Les interventions de RDRDA venant souvent s'ajouter aux autres fonctions et accompagnements des professionnels, ceux-ci déclarent ne pas avoir le temps à consacrer à ces accompagnements souvent coûteux en temps et énergie. Les usagers pointent également le fait que ces suivis ne sont pas adaptés à leur profil ou souhaits. De plus les structures rencontrées présentent souvent des déficits et **instabilités en ressources humaines** ce qui freine d'autant la mise en œuvre de ces interventions. Ainsi, le temps partiels, turn-over des professionnels rendent difficile l'appropriation et la tenue des programmes tels qu'ils ont pu être pensés par les concepteurs. Enfin, des usagers déplorent les horaires des structures, qui sont **des horaires de bureau** et qui compliquent le suivi lorsque l'utilisateur a une activité.

A une échelle plus large, les professionnels soulignent la **nécessité d'être inséré dans un réseau d'acteurs, de partenaires qui pourraient servir de relais** pour les soutenir et leur orienter des usagers, afin d'augmenter le nombre d'usagers concernés, mais aussi apporter cohérence et cohésion dans leurs parcours de soin. Cette mobilisation plus large peut être portée par certains professionnels mais n'est, actuellement, pas intégrée aux interventions étudiées.

L'ensemble de ces points soulignent le besoin d'une vision stratégique, concertée et souple des structures dans le cas d'implémentation d'intervention de RDRDA

Une pratique plus diffuse de l'approche RDRDA

Ces difficultés de mise en œuvre de la RDRDA vont donc naturellement conduire les professionnels et les centres, vers une application plus diffuse de la RDRDA ou **à relayer vers une autre structure plus spécialisée** ou compétente avec, cependant, toujours l'idée de mettre en œuvre la méthode à un autre moment.

Les professionnels et leur direction pointent ainsi une **mobilisation plus diffuse de la méthode ou de la « philosophie »** de la RDRDA sans nécessairement mobiliser de méthode. Cette pratique plus diffuse indique la nécessité d'identifier les composantes interventionnelles potentiellement efficaces sur lesquelles il importe de concentrer son action et de les adapter aux caractéristiques des usagers, des professionnels et des structures.

Un besoin de lignes directrices claires et de diffusion des méthodes avec une adaptation aux besoins des usagers

De plus, on constate que **les actions de RDRDA sont encore mal connues, et ce, également par les professionnels susceptibles d'être en contact avec des consommateurs d'alcool**. Face à cette méconnaissance, qui est source d'inquiétude et de maladresse de la part des différents professionnels, des actions de formation devraient être menées par des professionnels spécialisés en RDRDA.

A cela s'ajoute, la **non-existence de ligne directrice officielle encadrant de manière précise les pratiques d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool en RDRDA**, ce qui rend la tâche difficilement applicable pour les acteurs de terrain. Les principes et valeurs de la RDRDA donnent envie de les rendre opérationnels, par contre, il faut aussi avoir les moyens de le faire. Les différentes actions de RDRDA mises en place par les professionnels dans les différentes structures semblent cohérentes les unes des autres et tiennent tous en compte les souhaits des personnes concernées, mais c'est dans leurs applications sur le terrain qu'elles diffèrent. Ainsi, l'élaboration **d'un référentiel national de formation qui permettrait de veiller à la qualité des formations dispensées en RDRDA** comme préconisé dans le récent rapport de G. Benech (3), tout en incluant tous les professionnels recevant les usagers d'alcool. Mais également, en faisant un diagnostic précis sur les consommateurs d'alcool acceptant un accompagnement en RDRDA. Et enfin, en recensant les différentes actions de RDRDA imaginées et mises en place par des acteurs désireux de promouvoir cette

démarche, cela permettrait une meilleure structuration de ces actions et leur évaluation afin de les diffuser et les faire connaître par les différents acteurs intervenant dans ce domaine. Aussi, cela permettrait **d'améliorer la compréhension des objectifs de la RDRDA, faire accepter les actions entreprises et leurs bénéficiaires**. De plus, Ceci éviterait aux personnes consommatrices d'être prises dans des discours opposant la RDRA à l'abstinence. L'ensemble de ces éléments faciliterait le travail avec la personne grâce à un accompagnement adapté et spécialisé.

Besoin de déconstruction, déstigmatisation et déculpabilisation plus diffuse

Ces éléments viennent également confirmer la nécessité d'une déconstruction et d'une déstigmatisation des consommations d'alcool.

Des professionnels, des centres

Le changement des représentations que peuvent avoir les professionnels concernant les usagers ou les consommations d'alcool doit se poursuivre, afin de rendre la prise en charge la plus inclusive et la plus efficace possible. Ce changement de représentation, qui se concrétise par un discours et des pratiques moins culpabilisantes et stigmatisantes, peut se travailler durant des formations spécifiques et des séances d'analyse de pratique.

Réseau cohérent d'acteurs

Cette déstigmatisation et déculpabilisation des usagers ne peut se faire grâce à la seule implication des professionnels et des centres. **Les acteurs gravitant autour des usagers et des centres (médecine de ville, hôpitaux, services d'aides sociales ...) doivent eux aussi déconstruire les représentations, discours et pratiques stigmatisants afin de favoriser une cohérence dans la prise en charge et le suivi des usagers avec une addiction à l'alcool**.

Plus largement de l'opinion

Enfin, plus largement, cette déconstruction doit également concerner l'opinion publique. Les discours stigmatisants et culpabilisants sont largement relayés par les médias et nourris durant des échanges au sein de la famille, à l'école, au travail, dans la rue... Cette déconstruction des opinions stigmatisantes et culpabilisantes passent par deux choses. Premièrement, il faut faciliter la prise de **conscience de la population que l'addiction est une problématique que la volonté seule ne suffit pas à résoudre** ». Deuxièmement, **il faut aussi faire sortir l'alcool de la place spécifique qui lui a été attribuée en France, en communiquant sur le fait que l'alcool est une drogue au même titre que le tabac ou l'héroïne, malgré son statut légal et culturellement valorisé**. Cette « dénormalisation » de l'alcool peut se faire *via* des campagnes de santé publique, et *via* l'inscription de messages de prévention sur les bouteilles d'alcool, stratégie avortée par le passé qui pourrait pourtant permettre une prise de conscience collective sur le fait que l'alcool est une « drogue » comme les autres. Enfin, la diffusion de la philosophie de la RDRDA permettra que **la solution de la diminution ou le contrôle des consommations puisse apparaître comme une solution envisageable, acceptable et valorisée par les usagers**.

L'ensemble de ces éléments questionne les pratiques actuelles de RDRDA telles que menées en France. En effet, si ces interventions constituent une réelle évolution de positionnement,

de réflexion et un outillage pour les professionnels formés, leur difficile insertion dans les pratiques professionnelles du fait des oppositions fortes paradigmatiques au sein des structures et avec les partenaires, l'adhésion délicate des usagers (du fait de croyances et de valeurs sociétales très ancrées) questionnent la viabilité de ces interventions. La question de la compatibilité culturelle apparaît cruciale tant elle a du mal à s'inscrire durablement et majoritairement dans la demande des usagers mais aussi dans les pratiques professionnelles.

La compatibilité culturelle de la RDRDA reposerait certainement sur une définition plus claire et cadrée permettant aux usagers comme aux professionnels une adhésion. Actuellement, en effet, mise à part l'abstinence comme opposition fondamentale les acceptions de la RDRDA sont multiples et peuvent aller de la réduction des risques pour les professionnels accueillant les usagers à l'accompagnement global de ceux-ci en passant par le fait de « parler alcool », de trouver des petites solutions ou encore de créer des salles de consommation. Il est donc nécessaire de dessiner les contours de la pratique de la RDRDA afin de lui permettre d'être identifiée et de s'implanter dans les pratiques et les usages.

Bibliographie

1. Cournoyer LG, Simoneau H, Landry M, Tremblay J, Patenaude C. Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+. dss. 2010;9(2):75-114.
2. Carrieri P, Coste M, Mora M, Costa M, Antwerpes S. Réduction des risques et des dommages dans le domaine des troubles liés à l'usage d'alcool. Évaluation d'une intervention d'accompagnement des parcours de santé complexes liés aux usages d'alcool. SESSTIM (INSERM 1252); 2019 p. 110.
3. Benech G. La réduction des risques et dommages liées à l'alcool (RdRDA). Historique, pratiques, analyse et propositions. [Internet]. 2021 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: https://www.addictaide.fr/wp-content/uploads/2021/01/Rapport-F2A_RdRD-Alcool_Janvier-2021_FIN.pdf
4. Santé publique France. BEH, Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé // Alcohol consumption, behaviors and consequences on health in France. 2019 févr. Report No.: 5-6.
5. Marant-Micallef C. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. 2018 p. 442-8. (Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire).
6. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. [Internet]. 2018. Disponible sur: dietandcancerreport.org
7. Rehm J. The Risks Associated With Alcohol Use and Alcoholism. Alcohol Res Health. 2011;34(2):135-43.
8. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J, et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Rev. juill 2010;29(4):437-45.
9. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction. mai 2010;105(5):817-43.
10. Rehm J, Shield K, Rehm M, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Centre for Addiction and Mental Health; 2012.
11. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fifth Edn.). American Psychiatric Association. Washington, DC. 2013;
12. Mouquet MC, Villet H. Les risques d'alcoolisation excessive des patients ayant recours aux soins un jour donné. ADSP. sept 2002;
13. Rehm J, Shield KD. Alcohol and Mortality. Alcohol Res. 2014;35(2):174-83.

14. Wedegaertner F, Geyer S, Arnhold-Kerri S, Sittaro NA, te Wildt B. Alcohol use disorder-related sick leave and mortality: a cohort study. *Addict Sci Clin Pract.* 2013;8(1):3.
15. Rehm J, Room R, Taylor B. Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2008;17(3):141-51.
16. Rehm J, Greenfield TK. Public Alcohol Policy: Current Directions and New Opportunities. *Clinical Pharmacology & Therapeutics.* 2008;83(4):640-3.
17. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA.* 4 oct 2000;284(13):1689-95.
18. Fatseas M, Auriacombe M. Principes de la thérapie et des prises en charge en addictologie. In: *Abrégé d'addictologie.* Masson. Paris: Lejoyeux M ed; 2009. p. 62-8.
19. Auriacombe M, Serre F, Fatseas M. Le craving: marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? In: *Traité d'addictologie.* Lavoisier Médecine. 2016. p. 78-82.
20. O'Brien CP. Anticraving medications for relapse prevention: a possible new class of psychoactive medications. *Am J Psychiatry.* août 2005;162(8):1423-31.
21. Addolorato G, Abenavoli L, Leggio L, Gasbarrini G. How many cravings? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review. *Neuropsychobiology.* 2005;51(2):59-66.
22. Skinner MD, Aubin HJ. Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neurosci Biobehav Rev.* mars 2010;34(4):606-23.
23. Sinha R, Fox HC, Hong KIA, Hansen J, Tuit K, Kreek MJ. Effects of adrenal sensitivity, stress- and cue-induced craving, and anxiety on subsequent alcohol relapse and treatment outcomes. *Arch Gen Psychiatry.* sept 2011;68(9):942-52.
24. Auriacombe M, Fatseas M, Franques-Rénérice P, Daulouède JP, Tignol J. [Substitution therapy in drug addictions]. *Rev Prat.* 15 juin 2003;53(12):1327-34.
25. Auriacombe M, Dubernet J, Sarrazin S, Dalouède J, Fatseas M. Traitements pharmacologiques dans les addictions : pour une approche transversale et simplifiée. In: *Traité d'addictologie (2e éd).* Lavoisier. Paris: Reynaud M, Benyamina A, Karila L, Aubin HJ, editors.; 2016. p. 307-10.
26. Overman GP, Teter CJ, Guthrie SK. Acamprosate for the adjunctive treatment of alcohol dependence. *Ann Pharmacother.* août 2003;37(7-8):1090-9.
27. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 25 janv 2005;(1):CD001867.
28. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 14 nov 2012;11:CD000146.

29. Kotz D, Brown J, West R. « Real-world » effectiveness of smoking cessation treatments: a population study. *Addiction*. mars 2014;109(3):491-9.
30. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 6 févr 2014;(2):CD002207.
31. Marlatt GA, Gordon J. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
32. Carroll KM, Rounsaville BJ, Keller DS. Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse*. sept 1991;17(3):249-65.
33. Moggi F, Ouimette PC, Finney JW, Moos RH. Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual diagnosis patients: A model of treatment factors associated with one-year outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*. 1999;60(6):856-66.
34. Tiffany ST, Wray JM. The clinical significance of drug craving. *Ann N Y Acad Sci*. févr 2012;1248:1-17.
35. Wray JM, Godleski SA, Tiffany ST. Cue-reactivity in the natural environment of cigarette smokers: the impact of photographic and in vivo smoking stimuli. *Psychol Addict Behav*. déc 2011;25(4):733-7.
36. Cohen E, Feinn R, Arias A, Kranzler HR. Alcohol treatment utilization: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 12 janv 2007;86(2-3):214-21.
37. Rehm J, Allamani A, Elekes Z, Jakubczyk A, Manthey J, Probst C, et al. Alcohol dependence and treatment utilization in Europe – a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Family Practice*. 29 juill 2015;16(1):90.
38. OFDT. Drogues, chiffres clés. 7ème édition. juin 2017 [cité 30 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2017.pdf>
39. Revue française des affaires sociales. 2013 p. 24-41. Report No.: 3.
40. Cazalis A, Lambert L, Auriacombe M. Stigmatization of people with addiction by health professionals: Current knowledge. A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence Reports*. 1 déc 2023;9:100196.
41. Priester MA, Browne T, Iachini A, Clone S, DeHart D, Seay KD. Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1 févr 2016;61:47-59.
42. Tiet QQ, Ilgen MA, Byrnes HF, Harris AHS, Finney JW. Treatment setting and baseline substance use severity interact to predict patients' outcomes. *Addiction*. 2007;102(3):432-40.
43. Maestracci N. L'évolution des politiques publiques de lutte contre les drogues : des aveuglements aux prises de conscience. *Archives de politique criminelle*. 2009;31(1):173-84.

44. Morel A, Chappard P, Couteron JP. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie: en 22 fiches. Dunod; 2012.
45. Dozon JP, Fassin D. Critique de la santé publique: une approche anthropologique. Balland Paris; 2001.
46. Skivington K, Matthews L, Simpson S, Craig P, Baird J, Blazeby J. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 2021;374:n2061.
47. Pawson R, Tilley N. Realistic Evaluation. London: SAGE Publications Ltd; 1997.
48. Weiss CH. The politicization of evaluation research. Journal of Social Issues. 1970;
49. Devaux-Spatarakis A. L'évaluation basée sur la théorie. [cité 22 juin 2023]; Disponible sur:
<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/evaluationpolpub/chapter/levaluation-basee-sur-la-theorie/>
50. Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. Journal of Mental Health. 1 janv 2007;16(4):459-70.
51. Spaniol L, Gagne C, Koehler M. The recovery framework in rehabilitation and mental health. In: Sourcebook of rehabilitation and mental health practice. New York, NY, US: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003. p. 37-50. (Plenum series in rehabilitation and health).
52. Davidson L, Strauss JS. Sense of self in recovery from severe mental illness. Br J Med Psychol. juin 1992;65 (Pt 2):131-45.
53. Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA. An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. Psychiatr Rehabil J. 2007;31(1):9-22.
54. Provencher HL, Gregg R, Mead S, Mueser KT. The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2002;26(2):132-44.
55. Corrigan PW, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. janv 2008;46(1):42-8.
56. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-bass; 1979.
57. United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General, Center for Mental Health Services, National Institute of Mental Health (U.S.). Mental health: A report of the Surgeon General. National Institute of Mental Health (U.S.); 1999.
58. Keyes CLM. Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. Am Psychol. mars 2007;62(2):95-108.
59. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. Psychother Psychosom. 1996;65(1):14-23.

60. Chaput-Le Bars C, Morange A. Le Housing-first. L'expérimentation à la française. *Le sociographe*. 2014;66-77.
61. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Transferability of interventions in health education: a review. *BMC Public Health*. 2012;12:497.
62. Schloemer T, Schröder-Bäck P. Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. *Implementation Science* [Internet]. déc 2018 [cité 9 juill 2019];13(1). Disponible sur: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-018-0751-8>
63. Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how « out of control » can a randomised controlled trial be? *BMJ*. 26 juin 2004;328(7455):1561-3.
64. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Transferability of interventions in health education: a review. *BMC Public Health*. 2 juill 2012;12:497.
65. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC Public Health*. 16 déc 2013;13:1184.
66. Chen HT. The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. *Eval Program Plann*. août 2010;33(3):205-14.
67. Eldridge SM, Lancaster GA, Campbell MJ, Thabane L, Hopewell S, Coleman CL, et al. Defining Feasibility and Pilot Studies in Preparation for Randomised Controlled Trials: Development of a Conceptual Framework. *PLOS ONE*. 15 mars 2016;11(3):e0150205.
68. Thabane L, Ma J, Chu R, Cheng J, Ismaila A, Rios LP, et al. A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*. 6 janv 2010;10(1):1.
69. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé*. Malakoff: Armand Colin; 2016.
70. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC Public Health*. déc 2013;13(1):1184.
71. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 7 mars 2014;348(mar07 3):g1687-g1687.
72. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The fifth edition of the addiction severity index. *Journal of Substance Abuse Treatment*. juin 1992;9(3):199-213.
73. Denis C, Fatséas M, Beltran V, Serre F, Alexandre JM, Debrabant R, et al. Usefulness and validity of the modified Addiction Severity Index: A focus on alcohol, drugs, tobacco, and gambling. *Substance Abuse*. 2 janv 2016;37(1):168-75.
74. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10.

Journal of Clinical Psychiatry [Internet]. 1998; Disponible sur:

https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/15175_mini-international-neuropsychiatric-interview-mini.pdf

75. Rogers E, Chamberlin J, Ellison M, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric services*. 1997;8(48):1042-7.
76. Rogers ES, Ralph RO, Salzer MS. Validating the Empowerment Scale With a Multisite Sample of Consumers of Mental Health Services. *PS*. sept 2010;61(9):933-6.
77. Chen HT, Yip F, Lavonas EJ, Iqbal S, Turner N, Cobb B, et al. Using the exhibited generalization approach to evaluate a carbon monoxide alarm ordinance. *Eval Program Plann*. déc 2014;47:35-44.
78. Decroix C. Du développement d'une intervention complexe en santé des populations à sa mise à l'échelle : aspects conceptuels et méthodologiques des études de viabilité, applications dans le champ de la petite enfance. Bordeaux; 2024.
79. Guével MR, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé publique*. 2012;24(1):23-38.
80. Rapport de modélisation. Approche RDR alcool et méthode d'intervention I.A.C.A. Intégrer et accompagner les consommations d'alcool. Expérimentation 2017-2018 - DICAdd13 - Dispositif d'informations et de Coordination pour l'Addictologie dans les Bouches-du-Rhône [Internet]. [cité 25 juin 2023]. Disponible sur: <http://www.dicadd13.fr/espace-professionnel/actus/autour-de-l-addiction/594-rapport-de-modelisation-approche-rdr-alcool-et-methode-d-intervention-i-a-c-a-integrer-et-accompagner-les-consommations-d-alcool-experimentation-2017-2018>
81. calameo.com [Internet]. [cité 25 juin 2023]. Déploiement Iaca Bilan Final 2022. Disponible sur: <https://www.calameo.com/books/0056754593f16468d5d12>
82. Obadia L. Le « boire ». *Socio-anthropologie* [Internet]. 1 sept 2004 [cité 30 mai 2023];(15). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/socio-anthropologie/421#text>
83. Quintin J. Le rétablissement en santé mentale: une réappropriation de soi. In: *Aller mieux: Approches sociologiques*. Presses Univ. Septentrion; 2016.
84. Plivard I. *Psychologie interculturelle*. De Boeck Supérieur; 2014.
85. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29 mars 2021;372:n71.
86. Methley AM, Campbell S, Chew-Graham C, McNally R, Cheraghi-Sohi S. PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv Res*. 21 nov 2014;14:579.
87. Seers K. Qualitative systematic reviews: their importance for our understanding of research relevant to pain. *Br J Pain*. févr 2015;9(1):36-40.

88. Campbell M, Katikireddi S, Hoffmann T, Armstrong R, Waters E, Craig P. TIDieR-
PHP: a reporting guideline for population health and policy interventions. *BMJ*.
2018;361:k1079.
89. CASP - Critical Appraisal Skills Programme [Internet]. [cité 28 nov 2023]. CASP
Checklists - Critical Appraisal Skills Programme. Disponible sur: [https://casp-
uk.net/casp-tools-checklists/](https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/)
90. Bartlett AD, Um IS, Luca EJ, Krass I, Schneider CR. Measuring and assessing the
competencies of preceptors in health professions: a systematic scoping review. *BMC
Medical Education*. 24 mai 2020;20(1):165.
91. Cambon L, Alla F. Understanding the complexity of population health
interventions: assessing intervention system theory (ISyT). *Health Res Policy Syst*. 19
juin 2021;19(1):95.
92. Antwerpes S, Costa M, Coste M, Bureau M, Maradan G, Cutarella C, et al.
Evaluation of a novel therapeutic education programme for people with alcohol use
disorder in France: a mixed-methods intervention study protocol (ETHER). *Harm
Reduct J*. 2022;19(1):2.
93. Costa M, Barré T, Antwerpes S, Coste M, Bureau M, Ramier C, et al. A
Community-Based Therapeutic Education Programme for People with Alcohol Use
Disorder in France: A Qualitative Study (ETHER). *Int J Environ Res Public Health*
[Internet]. 2022;19(15). Disponible sur: [https://mdpi-
res.com/d_attachment/ijerph/ijerph-19-09228/article_deploy/ijerph-19-
09228.pdf?version=1659013257](https://mdpi-res.com/d_attachment/ijerph/ijerph-19-09228/article_deploy/ijerph-19-09228.pdf?version=1659013257)
94. Martin-Fernandez J, Stevens N, Moriceau S, Serre F, Blanc H, Latourte E, et al.
Realist evaluation of the impact, viability and transferability of an alcohol harm
reduction support programme based on mental health recovery: the Vitae study
protocol. *BMJ Open*. 2022;12(8):e065361.
95. Amaro H, Spear S, Vallejo Z, Conron K, Black DS. Feasibility, Acceptability, and
Preliminary Outcomes of a Mindfulness-Based Relapse Prevention Intervention for
Culturally-Diverse, Low-Income Women in Substance Use Disorder Treatment.
Substance Use & Misuse. 2014;49(5):547-59.
96. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step
programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;3(3):CD012880.
97. Ilgen MA, Coughlin LN, Bohnert ASB, Chermack S, Price A, Kim HM, et al.
Efficacy of a Psychosocial Pain Management Intervention for Men and Women With
Substance Use Disorders and Chronic Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA
Psychiatry*. 2020;77(12):1225-34.
98. Ingram I, Kelly PJ, Carradus LJ, Deane FP, Baker AL, Byrne G, et al. Continuing
care following residential alcohol and other drug treatment: Continuing care worker
perceptions. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2021; Disponible sur:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dar.13337>

99. Gilbert H, Burns T, Copello A, Coulton S, Crawford M, Day E, et al. Assertive Community Treatment for alcohol dependence (ACTAD): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2012;13:19.
100. Larimer ME, Graupensperger S, Lewis MA, Crounce JM, Kilmer JR, Atkins DC, et al. Injunctive and descriptive normative feedback for college drinking prevention: Is the whole greater than the sum of its parts? *Psychol Addict Behav*. 2022;
101. Lévesque A, Campbell AN, Pavlicova M, Hu MC, Walker R, McClure EA, et al. Coping strategies as a mediator of internet-delivered psychosocial treatment: Secondary analysis from a NIDA CTN multisite effectiveness trial. *Addict Behav*. 2017;65:74-80.
102. Minian N, Noormohamed A, Lingam M, Zawertailo L, Le Foll B, Rehm J, et al. Integrating a brief alcohol intervention with tobacco addiction treatment in primary care: Qualitative study of health care practitioner perceptions. *Addiction Science & Clinical Practice* [Internet]. 2021;16. Disponible sur:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2021-28347-001&lang=fr&site=ehost-live>ORCID: 0000-0001-5401-2996ORCID: 0000-0001-8179-3628peter.selby@camh.ca
<https://ascpjournal.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s13722-021-00225-x.pdf>
103. Kruse CS, Lee K, Watson JB, Lobo LG, Stoppelmoor AG, Oyibo SE. Measures of effectiveness, efficiency, and quality of telemedicine in the management of alcohol abuse, addiction, and rehabilitation: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research* [Internet]. 2020;22(1). Disponible sur:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2020-11572-001&lang=fr&site=ehost-live>ORCID: 0000-0001-8575-4837ORCID: 0000-0001-5549-830XORCID: 0000-0001-6389-3676ORCID: 0000-0001-8312-6458ORCID: 0000-0002-7636-1086scottkruse@txstate.edu
104. Saitz R, Cheng DM, Winter M, Kim TW, Meli SM, Allensworth-Davies D, et al. Chronic care management for dependence on alcohol and other drugs: the AHEAD randomized trial. *JAMA*. 2013;310(11):1156-67.
105. Tofighi B, Abrantes A, Stein MD. The Role of Technology-Based Interventions for Substance Use Disorders in Primary Care: A Review of the Literature. *Med Clin North Am*. 2018;102(4):715-31.
106. Ford JH 2nd, Alagoz E, Dinauer S, Johnson KA, Pe-Romashko K, Gustafson DH. Successful Organizational Strategies to Sustain Use of A-CHESS: A Mobile Intervention for Individuals With Alcohol Use Disorders. *J Med Internet Res*. 2015;17(8):e201.
107. Gustafson DH, McTavish FM, Chih MY, Atwood AK, Johnson RA, Boyle MG, et al. A smartphone application to support recovery from alcoholism: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(5):566-72.

108. Hawkins EJ, Lott AM, Danner AN, Malte CA, Dulin PL, Fortney JC, et al. US veterans' experiences and factors associated with use of a smartphone application to self-manage unhealthy alcohol use. *Psychological Services* [Internet]. 2022; Disponible sur: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=2023-10223-001&lang=fr&site=ehost-live>ORCID: 0000-0001-5467-1553Eric.Hawkins@va.gov
109. McKay JR, Gustafson DH, Ivey M, McTavish F, Pe-Romashko K, Curtis B, et al. Effects of automated smartphone mobile recovery support and telephone continuing care in the treatment of alcohol use disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2018;19(1):82.
110. Muroff J, Robinson W, Chassler D, López LM, Gaitan E, Lundgren L, et al. Use of a Smartphone Recovery Tool for Latinos with Co-Occurring Alcohol and Other Drug Disorders and Mental Disorders. *J Dual Diagn*. 2017;13(4):280-90.
111. Pedersen ER, Hummer JF, Davis JP, Fitzke RE, Christie NC, Witkiewitz K, et al. A mobile-based pregame drinking prevention intervention for college students: study protocol for a randomized controlled trial. *Addict Sci Clin Pract*. 2022;17(1):31.
112. Quanbeck AR, Gustafson DH, Marsch LA, McTavish F, Brown RT, Mares ML, et al. Integrating addiction treatment into primary care using mobile health technology: protocol for an implementation research study. *Implement Sci*. 2014;9:65.
113. Braitman AL, Strowger M, Lau-Barraco C, Shipley JL, Kelley ML, Carey KB. Examining the added value of harm reduction strategies to emailed boosters to extend the effects of online interventions for college drinkers. *Psychol Addict Behav*. 2022;36(6):635-47.
114. Swendeman D, Sumstine S, Aguilar E, Gorbach PM, Comulada WS, Gelberg L. Feasibility and Acceptability of Mobile Phone Self-monitoring and Automated Feedback to Enhance Telephone Coaching for People With Risky Substance Use: The QUIT-Mobile Pilot Study. *J Addict Med*. 2021;15(2):120-9.
115. Pettigrew S, Booth L, Jongenelis MI, Brennan E, Chikritzhs T, Hasking P, et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of combinations of « why to reduce » and « how to reduce » alcohol harm-reduction communications. *Addict Behav*. 2021;121:107004.
116. Watson JM, Fayter D, Mdege N, Stirk L, Sowden AJ, Godfrey C. Interventions for alcohol and drug problems in outpatient settings: A systematic review. *Drug & Alcohol Review*. 2013;32(4):356-67.
117. Collins SE, Duncan MH, Saxon AJ, Taylor EM, Mayberry N, Merrill JO, et al. Combining behavioral harm-reduction treatment and extended-release naltrexone for people experiencing homelessness and alcohol use disorder in the USA: A randomised clinical trial. *The Lancet Psychiatry*. 2021;8(4):287-300.
118. Klingemann JI, Klingemann H. DRINKING UNDER CONTROL PROGRAMMES: PERCEPTION OF ALCOHOL-RELATED HARM REDUCTION MEASURES IN POLAND.

RESULTS OF A QUALITATIVE STUDY AMONG OUTPATIENT ALCOHOL TREATMENT PROVIDERS. ALKOHOLIZM I NARKOMANIA-ALCHOHOLISM AND DRUG ADDITION. 2017;30(3):161-70.

119. Parkes T, Matheson C, Carver H, Foster R, Budd J, Liddell D, et al. A peer-delivered intervention to reduce harm and improve the well-being of homeless people with problem substance use: the SHARPS feasibility mixed-methods study. *Health Technol Assess.* 2022;26(14):1-128.
120. Pauly B, Brown M, Chow C, Wettlaufer A, Graham B, Urbanoski K, et al. « If I knew I could get that every hour instead of alcohol, I would take the cannabis »: need and feasibility of cannabis substitution implementation in Canadian managed alcohol programs. *Harm Reduct J.* 2021;18(1):65.
121. Carpentier D, Romo L, Bouthillon-Heitzmann P, Limosin F. [Mindfulness-based-relapse prevention (MBRP): Evaluation of the impact of a group of Mindfulness Therapy in alcohol relapse prevention for alcohol use disorders]. *Encephale.* 2015;41(6):521-6.
122. Darker CD, Sweeney BP, El Hassan HO, Smyth BP, Ivers JHH, Barry JM. Brief interventions are effective in reducing alcohol consumption in opiate-dependent methadone-maintained patients: Results from an implementation study. *Drug and Alcohol Review.* 2012;31(3):348-56.
123. Collins SE, Grazioli VS, Torres NI, Taylor EM, Jones CB, Hoffman GE, et al. Qualitatively and quantitatively evaluating harm-reduction goal setting among chronically homeless individuals with alcohol dependence. *ADDICTIVE BEHAVIORS.* 2015;45:184-90.
124. Laitman L, Kachur-Karavites B, Stewart L. Building, Engaging, and Sustaining a Continuum of Care From Harm Reduction to Recovery Support: The Rutgers Alcohol and Other Drug Assistance Program. *JOURNAL OF SOCIAL WORK PRACTICE IN THE ADDICTIONS.* 2014;14(1, SI):64-83.
125. Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, Walthers J, Carroll KM, Magill M. Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2020;3(6):e208279.
126. Vollmer HC, Domma J. [Differences in the success rates of inpatient therapy for alcohol and illegal drug abusers. A Replication Study]. *Encephale.* 2020;46(2):102-9.
127. Rumball K, Tober G. Modification of a traditional motivational interviewing-based brief intervention training for hospital staff: The approach and refer method. *Drugs: Education, Prevention & Policy.* 2013;20(5):417-24.
128. Collins SE, Clifasefi SL, Dana EA, Andrasik MP, Stahl N, Kirouac M, et al. Where harm reduction meets housing first: Exploring alcohol's role in a project-based housing first setting. *INTERNATIONAL JOURNAL OF DRUG POLICY.* 2012;23(2):111-9.

129. Collins SE, Malone DK, Larimer ME. Motivation to change and treatment attendance as predictors of alcohol-use outcomes among project-based Housing First residents. *ADDICTIVE BEHAVIORS*. 2012;37(8):931-9.
130. Majer JM, Beers K, Jason LA. An examination of the first Oxford House in the UK: A preliminary investigation. *Drugs: Education, Prevention & Policy*. 2014;21(5):347-56.
131. Muckle W, Muckle J, Welch V, Tugwell P. Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD006747.
132. Parkes T, Carver H, Matheson C, Browne T, Pauly B. « It's like a safety haven »: considerations for the implementation of managed alcohol programs in Scotland. *Drugs: Education, Prevention & Policy*. 2022;29(5):477-89.
133. Parkes T, Matheson C, Carver H, Foster R, Budd J, Liddell D, et al. Assessing the feasibility, acceptability and accessibility of a peer-delivered intervention to reduce harm and improve the well-being of people who experience homelessness with problem substance use: the SHARPS study. *Harm Reduct J*. 2022;19(1):10.
134. Zhao J, Stockwell T, Pauly B, Wettlaufer A, Chow C. Participation in Canadian managed alcohol programs and associated probabilities of emergency room presentation, hospitalization and death: A retrospective cohort study. *Alcohol and Alcoholism*. 2022;57(2):246-60.
135. Malte CA, Cox K, Saxon AJ. Providing intensive addiction/housing case management to homeless veterans enrolled in addictions treatment: A randomized controlled trial. *Psychol Addict Behav*. 2017;31(3):231-41.
136. Srivastava A, Clarke S, Hardy K, Kahan M. Facilitating rapid access to addiction treatment: a randomized controlled trial. *Addict Sci Clin Pract*. 2021;16(1):34.
137. Vanderplasschen W, Rapp RC, De Maeyer J, Van Den Noortgate W. A Meta-Analysis of the Efficacy of Case Management for Substance Use Disorders: A Recovery Perspective. *Front Psychiatry*. 2019;10:186.
138. Schwebel FJ, Weinstein AP, Richards DK, Bravo AJ, Pearson MR. Examining Cross-Country and Sex Differences on a Comprehensive Assessment of Protective Behavioral Strategies for Alcohol. *Subst Use Misuse*. 2022;57(1):47-56.
139. Marsden J, Anders P, Clark H, Colocassis K, Eastwood B, Knight J, et al. Protocol for a multi-centre, definitive randomised controlled trial of the effectiveness of Individual Placement and Support for employment support among people with alcohol and drug dependence. *Trials*. 2020;21(1):167.
140. Terlecki MA, Buckner JD, Copeland AL. Protective behavioral strategies underutilization mediates effect of a brief motivational intervention among socially anxious undergraduate drinkers. *Psychol Addict Behav*. 2021;35(1):73-84.

141. Barrio P, Gual A. Patient-centered care interventions for the management of alcohol use disorders: a systematic review of randomized controlled trials. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:1823-45.
142. Chilton J, Crone D, Tyson PJ. Clinical outcomes from a 10-week follow-up psychoeducational program for dual diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis*. 2018;14(2):102-10.
143. Tait RJ, Hulse GK. Brief interventions for the treatment of alcohol or other drug addiction. In: *Addiction medicine: Science and practice (vols 1 and 2)* [Internet]. New York, NY: Springer Science + Business Media; 2012. p. 783-96. Disponible sur: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2012-11286-039&lang=fr&site=ehost-livegary.hulse@uwa.edu.aurobert.tait@anu.edu.au>
144. Tait RJ, Christensen H. Internet-based interventions for young people with problematic substance use: a systematic review. *Med J Aust*. 7 juin 2010;192(11 Suppl):S15-21.
145. Klimas J, Tobin H, Field CA, O’Gorman CS, Glynn LG, Keenan E, et al. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(12):CD009269.
146. Klimas J, Field CA, Cullen W, O’Gorman CS, Glynn LG, Keenan E, et al. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD009269.
147. Carver H, Parkes T, Masterton W, Booth H, Ball L, Murdoch H, et al. The Potential for Managed Alcohol Programmes in Scotland during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Exploration of Key Areas for Implementation Using the Consolidated Framework for Implementation Research. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(22). Disponible sur: https://mdpi-res.com/d_attachment/ijerph/ijerph-19-15207/article_deploy/ijerph-19-15207-v2.pdf?version=1669094369
148. Pauly B, King V, Smith A, Tranquilli-Doherty S, Wishart M, Vallance K, et al. Breaking the cycle of survival drinking: insights from a non-residential, peer-initiated and peer-run managed alcohol program. *Drugs: Education, Prevention & Policy*. 2021;28(2):172-80.
149. Parkes T, Carver H, Masterton W, Booth H, Ball L, Murdoch H, et al. Exploring the Potential of Implementing Managed Alcohol Programmes to Reduce Risk of COVID-19 Infection and Transmission, and Wider Harms, for People Experiencing Alcohol Dependency and Homelessness in Scotland. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(23). Disponible sur: https://mdpi-res.com/d_attachment/ijerph/ijerph-18-12523/article_deploy/ijerph-18-12523-v2.pdf?version=1638352163

150. Moskal D, Maisto SA, Possemato K, Lynch KG, Oslin DW. Testing Mediators of Reduced Drinking for Veterans in Alcohol Care Management. *Mil Med*. 2018;183(9-10):e594-602.
151. Rotenberg JR, Leong SH, Maisto SA, McKay JR, Possemato K, Ingram E, et al. Post-intervention Durability of Alcohol Care Management: 1-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med*. 2018;33(10):1626-8.
152. van Draanen J, Corneau S, Henderson T, Quastel A, Griller R, Stergiopoulos V. Reducing service and substance use among frequent service users: A brief report from the Toronto Community Addictions Team. *Substance Use & Misuse*. 2013;48(7):532-8.
153. Upshur C, Weinreb L, Bharel M, Reed G, Frisard C. A randomized control trial of a chronic care intervention for homeless women with alcohol use problems. *J Subst Abuse Treat*. 2015;51:19-29.
154. Shorter GW, Bray JW, Giles EL, O'Donnell AJ, Berman AH, Holloway A, et al. The Variability of Outcomes Used in Efficacy and Effectiveness Trials of Alcohol Brief Interventions: A Systematic Review. *J Stud Alcohol Drugs*. mai 2019;80(3):286-98.
155. Bahadoor R, Alexandre JM, Fournet L, Gellé T, Serre F, Auriacombe M. Inventory and Analysis of Controlled Trials of Mobile Phone Applications Targeting Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2021;12:622394.
156. Hellum R, Jensen S, Nielsen A. Is training in creative writing a feasible treatment adjunct for clients suffering from chronic alcohol-use disorder? *Nordisk Alkohol Nark*. 2017;34(4):299-313.
157. Oslin DW, Lynch KG, Maisto SA, Lantinga LJ, McKay JR, Possemato K, et al. A randomized clinical trial of alcohol care management delivered in Department of Veterans Affairs primary care clinics versus specialty addiction treatment. *J Gen Intern Med*. 2014;29(1):162-8.
158. Tofighi B, Campbell AN, Pavlicova M, Hu MC, Lee JD, Nunes EV. Recent Internet Use and Associations with Clinical Outcomes among Patients Entering Addiction Treatment Involved in a Web-Delivered Psychosocial Intervention Study. *J Urban Health*. 2016;93(5):871-83.
159. Kellogg SH. On « Gradualism » and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *J Subst Abuse Treat*. déc 2003;25(4):241-7.
160. McKeganey N. Abstinence and harm reduction: Two roads to one destination? *Drugs: Education, Prevention and Policy*. août 2005;12(4):251-3.
161. Owen P, Marlatt GA. Should Abstinence Be the Goal for Alcohol Treatment? *American Journal on Addictions*. janv 2001;10(4):289-95.
162. Marlatt GA. Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*. 1 nov 1996;21(6):779-88.

163. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. BMC Public Health. déc 2019;19(1):339.
164. Chen HT. The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. Eval Program Plann. août 2010;33(3):205-14.
165. Connelly JB. Evaluating complex public health interventions: theory, methods and scope of realist enquiry. Journal of evaluation in clinical practice. 2007;13(6):935-41.
166. Chesser A, Burke A, Reyes J, Rohrberg T. Navigating the digital divide: A systematic review of eHealth literacy in underserved populations in the United States. Informatics for Health and Social Care. 2 janv 2016;41(1):1-19.
167. Institute of Health Equity [Internet]. [cité 22 sept 2023]. Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review). Disponible sur: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
168. Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, Marmot M, Alla F. Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e110.
169. Legrand K, Lecomte E, Langlois J, Muller L, Saez L, Quinet MH, et al. Reducing social inequalities in access to overweight and obesity care management for adolescents: The PRALIMAP-INÈS trial protocol and inclusion data analysis. Contemp Clin Trials Commun. sept 2017;7:141-57.
170. Burström B, Marttila A, Kulane A, Lindberg L, Burström K. Practising proportionate universalism – a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden. BMC Health Serv Res. 28 janv 2017;17(1):91.
171. Egan M, Kearns A, Katikireddi SV, Curl A, Lawson K, Tannahill C. Proportionate universalism in practice? A quasi-experimental study (GoWell) of a UK neighbourhood renewal programme's impact on health inequalities. Social Science & Medicine. 1 mars 2016;152:41-9.
172. Greene JC, Caracelli VJ, Graham WF. Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. Educational evaluation and policy analysis. 1989;11(3):255-74.
173. Creswell JW, Clark VLP. Designing and Conducting Mixed Methods Research. SAGE Publications; 2017. 776 p.
174. Creswell JW, Clark VLP. Designing and Conducting Mixed Methods Research. 2e éd. SAGE; 2011. 489 p.
175. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010;102(3):23-34.

176. Fioulaine M. Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ? Risques alcool : changer de paradigme pour accompagner les personnes dans leurs usages. *Alcoologie et Addictologie*. 18 déc 2017;39(4):364-72.
177. Haute Autorité de Santé (HAS). Outil pour l'amélioration des pratiques_projet_therapeutique_individualise.pdf [Internet]. 2016 [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_01_projet_therapeutique_individualise.pdf
178. MILDECA. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 – 2022. 2018;132.
179. ANPAA. Réduction des risques alcool en centre d'hébergement [Internet]. 2020. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1UIsWRHVMArV_b8kEQJW2INCZih-J5kKa/view
180. Abgrall E, Milhet M. Les pratiques professionnelles dans le champ des addictions. 2019;17.
181. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>
182. Junqueira MA de B, Rassool GH, Santos MA dos, Pillon SC. The Impact of an Educational Program in Brief Interventions for Alcohol Problems on Undergraduate Nursing Students: A Brazilian Context. *J Addict Nurs*. sept 2015;26(3):129-35.
183. Fédération Addiction. Réduction des risques: le nouveau paradigme des addictions ? [Internet]. 2013 [cité 16 nov 2022]. Disponible sur: https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2014/04/actal13_RDR_siteweb.pdf
184. Fédération Addiction. Agir-en-reduction-des-risques-1.pdf [Internet]. 2015 [cité 16 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/01/Agir-en-reduction-des-risques-1.pdf>

II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Publications

Martin-Fernandez J, Stevens N, Moriceau S, et al. Realist evaluation of the impact, viability and transferability of an alcohol harm reduction support programme based on mental health recovery: the Vitae study protocol BMJ Open 2022;12:e065361. doi: 10.1136/bmjopen-2022-065361
<https://bmjopen.bmj.com/content/12/8/e065361.full>

Articles soumis

Perrin,S., Fillol,A., Stevens, N., Cambon L. Martin-Fernandez, J. Comparative study of three alcohol-related harm reduction programs: an ideal-type analysis. Submitted to Qualitative Health Research (March 2024)

Perrin,S., Fillol,A., Stevens, N., Moriceau S, Serre F, Auriacombe M Cambon L., Martin-Fernandez, J. How does alcohol harm reduction “work”? A systematic search and review of the literature on harm-reduction interventions. Submitted to Harm Reduction Journal (Fev. 2024)

Judith Martin Fernandez, Sarah Perrin, Amandine Fillol, Recherches et évaluations de programmes de RDRDA, Soumis à Politiques des drogues (Mai 2024).

Articles en cours d'écriture

Decroix C. Perrin,S., Fillol,A., Stevens, N., Moriceau S, Serre F, Auriacombe, M Cambon L., Martin-Fernandez, J. Viability analysis of an Alcohol Harm Reduction program.

Goulo Balde F., Fillol A., Stevens, N., Martin-Fernandez, J. Modalités d'accueil et d'accompagnement des personnes consommatrices d'alcool.

2 Notes de politiques en cours de rédaction

Liste des communications au grand public

Auriacombe, M. Perrin,S., Fillol,A., Stevens, N., Moriceau S, Serre F, Auriacombe M Cambon L., Martin-Fernandez, J. L'étude VITAE, Etude pilote de l'évaluation de l'impact et de la transférabilité d'un dispositif d'accompagnement en RDR Alcool basé sur le rétablissement en santé mentale (premiers résultats). 2023 juin 7; Albatros, Paris.

Martin-Fernandez J, Perrin S, Stevens N, et al. Alcohol harm reduction interventions and researches, Inserm – NIAAA workshop on Alcohol research “Towards shared research priorities” , Washington DC – November 15, 2023 Embassy of France

Martin-Fernandez J, Latourte E. **VITAE - Evaluation de l'impact, de la viabilité et de la transférabilité d'un dispositif d'accompagnement en RDR Alcool basé sur le rétablissement en santé mentale** »Grand Rendez-vous de l'IReSP 2024, 28 mars 2024, Paris

Martin-Fernandez J, Perrin S, Stevens N, et al. Realist evaluation of the impact, viability and transferability of an alcohol harm reduction support program based on mental health recovery: the

vitae study: First results. *Population Medicine*. 2023;5(Supplement):A47.
doi:10.18332/popmed/164644. 17th World Congress on Public Health.

Moriceau, S. Perrin,S., Fillol,A., Stevens, N., Moriceau S, Serre F, Auriacombe M Cambon L.,
Martin-Fernandez, J. Realist Evaluation of the impact, viability, and transferability of an
alcohol harm reduction supportprogram based on mental health recovery: The Vitae Study.
(2023).

Moriceau, S, Perrin,S., Fillol,A., Stevens, N., Moriceau S, Serre F, Auriacombe M Cambon L.,
Martin-Fernandez, J.. Realist Evaluation of the viability and transferability of the IACA
program, an alcohol harm reduction intervention: a mixed-method. (2024)



Renseignements scientifiques :

Description générale des travaux menés au cours du projet

2020 :

- Réunion préparatoire au lancement de l'étude avec les partenaires lors d'une première réunion du comité de pilotage (équipes Mérisp, Sanspy et Santé !) (25/02/2020)
- Définition du cadre réglementaire (août-novembre 2020)
- Rédaction du protocole et des notes d'information (mars -décembre 2020)
- Réunion de lancement (17/ 11/ 2020)
- Préparation du dossier de soumission au CPP (décembre 2020)
- Réunions de présentation de la recherche aux centres participant au déploiement IACA ! (16/11/2020, 23/11/2020, 26/11/2020)

2021 :

- Élaboration des outils d'investigation (quantitatifs et qualitatifs) et adaptation de ceux-ci aux réalités du terrain. Cette recherche a étudié 4 types de population :
 - les patients bénéficiant de IACA!,
 - Les patients refusant le dispositif IACA !,
 - les professionnels des centres cibles mettant en œuvre l'intervention IACA! c'est-à-dire les binômes chargés de l'accompagnement des bénéficiaires dans les centres mais également les responsables de ces centres
 - les professionnels de l'association Santé! accompagnant les centres dans le déploiement de IACA!.
- Finalisation du dossier de procédure pour le CPP
- Enregistrement sur Clinical trials n° : NCT04927455
- Réalisation d'une revue de la littérature
- Réalisation des inclusions et début des suivis
- Conduite des entretiens avec professionnels et direction des centres
- Observations des formations des professionnels et analyse des pratiques (5 séances observées)
- Observation d'accompagnements dans les centres (x 4)
- Soumission d'un amendement au CPP (inclusion du centre Santé ! et investigation des refus de la méthode) soumis le 27/09/21 et accepté le 10/11/2021
- Observation du séminaire de clôture du déploiement de la méthode IACA (16-17/11/21)
- Réalisation d'une première réunion de comité de pilotage (Merisp Sanpsy Santé) (14/12/2021)
- Rédaction de l'article protocole

2022 :

- Fin du recueil des données : entretiens/ observations et questionnaire (fin en décembre 2022)
- Conduite des entretiens avec les usagers et certains professionnels et direction des centres
- Observation d'accompagnements dans les centres (x 8)
- Publication de l'article protocole
- Rédaction de l'article revue de littérature
- Etude panorama auprès des professionnels du secteur sur les pratiques actuelles en RDRDA et l'appréhension de la RDRDA

2023 :

- Analyses quantitatives et qualitatives et mixtes de l'ensemble des données recueillies
- Analyses regroupées avec d'autres travaux portant sur les interventions de RDRDA
- Ecriture d'articles résultats
- Etablissement de recommandations pour la transférabilité de l'intervention (juillet 2023 –septembre 2023).

2024 :

- Rédaction du rapport
- Rédaction d'articles et notes de politique

