

# Pourquoi l'évaluation de l'Inserm sur la RdR n'a pas abordé la question de l'alcool

**Dr Pierre Poloméni** / psychiatre, service d'addictologie, Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis (Sevran)

*Pierre Poloméni, qui a fait partie du groupe de travail chargé de l'expertise collective de l'Inserm présentée en juin 2010, revient sur les raisons qui ont conduit à écarter l'alcool de cette évaluation.*

De nombreux arguments cliniques et théoriques nous amènent au quotidien à nous interroger sur l'intérêt d'une réduction des risques vis-à-vis de la consommation d'alcool.

En effet, les addictologues sont tous les jours confrontés à des personnes qui boivent de façon massive de l'alcool (bière, vin, alcools forts, avec ou sans produits illicites). Les toxicités s'additionnent. Comment ne pas intégrer les produits licites dans une logique de prévention ? Les dommages constatés ne reconnaissent pas de frontière entre les produits ! La nocivité de la bière ou de la vodka, alors même que nous voulons permettre l'accès aux soins des usagers et une réduction des dommages, nous

amène donc à penser une limitation – et non plus un arrêt complet – des consommations.

Cette limitation que nous négocions parfois, manque fâcheusement de substrat scientifique. Nous ne savons pas quel est le bénéfice, finalement, à prôner cette réduction. De quoi doit-elle être faite ? Baisser la quantité totale de boisson ? Limiter le rythme ? Retarder l'heure de la première bière ? Amener à une baisse dans les degrés d'alcool pour un même volume ? Il paraît donc important d'évaluer les modalités de mise en œuvre et les résultats d'intervention de réduction des risques intégrant tous les produits...

## Produits licites et concepts de RdR

Les aspects théoriques nous amènent aussi à intégrer les produits licites dans le vaste concept de réduction des risques. En effet, lorsque l'on travaille sur la littérature, on retrouve des définitions ou plutôt des réflexions riches d'enseignement, d'humanisme et de pragmatisme.

Ainsi, pour Neale et coll.<sup>1</sup>, la réduction des risques est un principe de santé : il s'agit d'éviter une aggravation ou de baisser les probabilités de survenue de pathologies, et ce, quel que soit le domaine. La RdR peut aussi conduire à proposer une procédure idéale d'utilisation d'une substance psychoactive<sup>2</sup>.

De nombreux auteurs insistent sur des aspects philosophiques (chacun a le droit de vivre, selon la façon qu'il a choisie, le soin ou la prévention devant s'adapter au mode de vie), et en déduisent une position pragmatique (il faut aménager la rencontre entre un individu et un produit).

La RdR se conçoit comme une prévention, au cours, tout au long du comportement de consommation<sup>3</sup>.

Des concepts plus élaborés peuvent être développés : Le gradualisme, par exemple<sup>4</sup>, construit un pont entre RdR et abstinence. Chaque action de santé est positionnée sur ce pont. De même, avoir une vision chronologique du "parcours de vie" d'un usager<sup>5</sup> doit amener à faire le meilleur choix (intervention, outil...) à chaque moment.

<sup>1</sup> Neale J, Tompkins C, Sheard L, "Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users", *Health Soc Care Community*, 2008, 16, 147-154

<sup>2</sup> Williams H, Norman M, Pates R et al., "Safer Injecting: Individual Harm Reduction Advice. In: *Injecting illicit drugs*", Blackwell Publishing, 2005

<sup>3</sup> Tatarsky A, "Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment", *J Subst Abuse Treat*, 2003, 25, 249-256

<sup>4</sup> Kellogg Secht H, "On "Gradualism" and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *J Subst Abuse Treat*", 2003, 25, 241-247

<sup>5</sup> Coppel A, 1996

Ce travail s'appuie sur la capacité des usagers à modifier leur comportement si on leur en donne les moyens<sup>6</sup>.

Il faut effectivement savoir si l'outil nécessaire est disponible, et s'il améliore (statistiquement) l'état de l'usager. Ce regard statistique est parasitant mais incontournable : pour les médicaments, par exemple, même des produits inactifs (les placebos) peuvent améliorer des patients. Pour qu'un médicament soit effectivement mis sur le marché et remboursé (et utile), il faut que l'amélioration soit significative et... ses effets secondaires limités (!).

## Une logique d'évaluation

C'est dans cette logique d'évaluation que se construit la démarche des expertises collectives de l'Inserm. L'expertise sur la réduction des risques a répondu à une commande précise : "réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues". Cette question a été posée à l'Inserm dans un contexte particulier, marqué par des attaques répétées contre les acquis de la substitution et de la RdR, contre les professionnels et le financement de leurs structures, contre les usagers vécus à nouveau comme délinquants. C'est bien de la place de la "toxicomanie et des toxicomanes" dont il s'agit.

De fait, le terme de "signaux" utilisé à plusieurs reprises ces derniers mois montre que, par principe, certaines actions pourraient, devraient être arrêtées par les pouvoirs publics. Les associations et les professionnels mènent un combat pour faire valoir leur travail ; le ministère de la Santé a fait le choix d'ouvrir une évaluation indépendante, ciblée, s'appuyant sur des données internationales, qui pourrait donner (ou non !) une validation majeure, un "corps" scientifique à des interventions de terrain, les protégeant peut-être des mouvements d'opinion.

Cette expertise collective a donc produit un document conséquent, évidemment imparfait, incomplet, mais très fiable quant à la question posée, ce qui n'a pas manqué de générer un certain nombre de réactions !

## Problème de temps, problème de méthode

Dès le début de ce travail, les experts réunis ont interrogé le choix de cibler ainsi la réduction des risques.

Au-delà de la question de la commande, brièvement expliquée ci-dessus, se sont imposés des problèmes de temps et de méthode.

Problème de temps bien sûr, car la quinzaine d'experts a travaillé plus d'un an sur des centaines de publications, avec des réunions mensuelles, de façon volontariste et en plus de leur

travail quotidien. Elargir le champ aurait retardé dangereusement la parution de ce travail.

Problème de méthode aussi : comme nous l'avons évoqué, "prouver l'efficacité" s'appuie sur des indicateurs. La question de la réduction des risques infectieux nous donnait accès aux volumineuses bases de données sur le VIH et le VHC, avec de réelles possibilités d'exploitation et donc une visibilité des évolutions. La force de la preuve, que nous avons ensuite développée dans le rapport, est un appui solide pour poursuivre et développer la réduction des risques.

Ne peuvent donc être expertisés que les domaines dans lesquels des données suffisantes, exploitables, acceptées par les différents pays, sont disponibles.

Certes, de nombreux travaux existent en matière d'alcool, mais on conçoit qu'un indicateur permettant d'évaluer un bénéfice (qualité de vie ? cirrhose ? ...) pour le patient de boire "moins" (moins, c'est combien ?), ou de boire "mieux" (mieux c'est comment : un alcool moins fort ? en mangeant ?) n'est pas systématiquement accessible dans des publications internationales.

## Pour un nouveau travail évaluatif

Ce qui n'empêche pas bien sûr des initiatives, des mouvements, des programmes. Citons par exemple HAMS (Harm reduction, Abstinence, and Moderation Support) où K. Anderson et S. Peele argumentent pour l'information par les pairs, l'aide au contrôle de la consommation<sup>7</sup>. De grandes actions gouvernementales, telles que l'"Alcohol Harm Reduction Strategy for England"<sup>8</sup>, en 2004, proposent des constats, des objectifs, des actions.

Les campagnes pour réduire les effets nocifs de l'alcool (sur la route par exemple, pour les femmes enceintes...) sont importantes. Mais on retrouve systématiquement cette difficulté d'évaluation. Pour ce dernier exemple, le nombre de syndromes d'alcoolisme fœtal est très mal connu en France, le nombre de femmes enceintes qui s'alcoolisent aussi : comment évaluer le bénéfice d'une action si les constats de départ ne sont pas fiables ?

Ce champ de la réduction des risques / prévention / accès aux soins est immense. Après les expertises "Alcool : effets sur la santé" (2001) et "Alcool : dommages sociaux, abus et dépendances" (2003), appelons de nos vœux un nouveau travail évaluatif, sur lequel devra s'appuyer la future loi de santé publique et les prochains plans addictions, afin de rappeler que le toxique alcool est un des principaux problèmes de santé en France, afin de donner aux professionnels les moyens nécessaires à la prévention et à la prise en charge.

<sup>6</sup> Jauffret-Roustide M. "L'auto-support des usagers de drogues : une "compétence de vie" reconvertie en expertise". In : *Le recours aux experts, raison et usages politiques*, Presses Universitaires de France, 2005, 401-425

<sup>7</sup> Anderson K. "How to change your drinking (a harm reduction guide to alcohol)", 2nd edition, The Harm Reduction Network, New York, 2010

<sup>8</sup> Plant M. "The alcohol harm reduction strategy for England", *BMJ*, 2004, 328, 905