

**Dr Danielle Casanova\***, **Mme Carole Goncalves Da Cruz\*\***, **Mme Ketty Hourrier\*\***, **Dr Olivier Riccobono-Soulier\*\*\***,  
**M. Jérôme Seguin\*\*\*\***, **Mme Stéphanie Vassas\*\*\*\*\***

\* Coordonnatrice du programme d'éducation thérapeutique du patient Choizitaconso® (base OSCAR, mars 2016), CSAPA Convergence – ANPAA 84, Avignon, France

\*\* Éducatrice spécialisée, CSAPA Convergence – ANPAA 84, Avignon, France

\*\*\* Médecin coordinateur, CSAPA Convergence – ANPAA 84, Avignon, France

\*\*\*\* Patient ressource, programme Choizitaconso®, CSAPA Convergence – ANPAA 84, Avignon, France

\*\*\*\*\* Directrice, CSAPA Convergence – ANPAA 84, 57, avenue Pierre Sémard, F-84000 Avignon. Courriel : stephanie.vassas@anpaa.asso.fr

Reçu juin 2018, accepté novembre 2018

# Choizitaconso®

## Un apport à la réduction des dommages en alcoologie

### Résumé

Choizitaconso® est un programme en maîtrise de consommation d'alcool basé sur le développement des compétences psychosociales des participants. Il valorise leur liberté de penser, leurs besoins, leurs objectifs, ainsi que celle d'utiliser les outils du soin. L'évaluation retient des critères de réussite plus adaptés aux objectifs de réduction des dommages. Ils concernent la responsabilité et le pouvoir d'agir des usagers. Les effets constatés sur ces derniers, comme sur les soignants, nous encouragent à élargir cette approche à l'ensemble des pratiques addictives.

### Mots-clés

Éducation thérapeutique – Maîtrise – Compétence – Pouvoir d'agir – Alcool.

### Summary

**Choizitaconso®: a contribution to the harm reduction in alcoholology**

Choizitaconso® represents a program in alcohol consumption management based on the development of the psychosocial competencies of participants. In this program, participants can develop their freedom of thought their needs, their objectives and their methods of care. The evaluation retains criteria of success that are more appropriate for the objectives of reducing health-related harm in association with alcohol dependence. These criteria include the patient's responsibility and his capacity to act. The impact of the program on participants, as well as on caregivers, encourages us to expand this approach to all addictive behaviors.

### Key words

Therapeutic education – Management – Competency – Capacity to act – Alcohol.

L'évolution sociétale des comportements de consommation nous a amenés à proposer une alternative à l'abstinence aux usagers qui souhaitent retrouver la capacité de consommer des boissons alcoolisées avec le moins de dommages possibles (abstinence : cessation de toute consommation d'alcool, qui doit être totale et définitive pour éviter les recon consommations et pour diminuer le risque de séquelles sur la santé ; depuis peu de temps, en France, ce modèle évolue pour répondre davantage aux situations qui recouvrent les réalités dif-

férentes des patients et pour lesquels il est montré que le succès de la prise en charge est nettement accru lorsque le patient fixe lui-même les objectifs du soin ; d'autres pays ont déjà inclus dans leurs stratégies des options de réduction des dommages depuis un certain temps) (1-6). Cette démarche peut être admise par des soignants convaincus que la réduction des risques et des dommages apparaît comme une stratégie plus acceptable que la chronicisation des parcours rythmée par les échecs liés à la poursuite d'objectifs convenus et utopiques.

## Données générales sur le programme

La création d'un programme en éducation thérapeutique du patient – ETP : *“L'ETP devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie et le traitement prescrit et les comportements de santé et de maladie”* (7) (8, 9) – a été choisie comme l'option la plus pertinente pour mettre en forme de façon cohérente et structurée une approche en réduction des risques et des dommages en alcoologie (RdRDA).

Élaboré de façon intuitive et empirique à partir de l'expérience clinique des professionnels, ce programme s'inscrit dans le modèle de l'éducation à l'autogestion. Il vise le développement, dans la vie quotidienne, des compétences visant à la résolution de problèmes. L'intérêt porte sur le renforcement du sentiment d'auto-efficacité et de la liberté de penser. L'enseignement vertical est abandonné et la réalisation se fait dans un climat de collaboration entre les soignants et les patients qui reconnaissent leurs différences et l'importance de l'expertise de chacun. Il est intégré dans le programme de soins et la prise en charge globale.

Cette alternative repose sur deux postulats :

- La nécessité de :
  - s'extraire de perspectives à connotation morale et hygiéniste inopérantes (il s'agit de l'expérience clinique acquise auprès des usagers qui s'expriment en disant qu'ils veulent “arrêter de boire” quand ils pensent qu'ils voudraient “arrêter de boire comme ça” ; l'obligation ressentie à cesser toute consommation, au nom d'impératifs sanitaires ou moraux, réduit leur capacité à justifier des motifs de leur recours au soin – “Il faut que j'arrête”, “Je bois trop” – et à élaborer des stratégies personnelles qui seraient plus conformes à leurs intérêts) ;
  - développer le “boire réfléchi” (qui procède d'une réflexion sur soi et qui choisit en conséquence les circonstances, les quantités, les types de boisson, en refusant certaines, en privilégiant d'autres) (10).

Nous avons cherché alors à valoriser la capacité des usagers à maîtriser leur consommation en intégrant dans le processus décisionnel leur motivation à consommer et leur état émotionnel sans les interpréter comme des éléments pathologiques.

- L'intérêt d'adapter les propositions de travail aux ressources actuelles des usagers pour pouvoir réussir un apprentissage en dépit des troubles cognitifs d'intensité variable mais pathognomoniques de l'affection. Nous avons cherché alors à créer les conditions propices à :
  - la coopération (mettre en situation de s'exercer à une morale fondée sur le respect mutuel ; elle est un élément central des pédagogies coopératives qui favorisent le “co-apprentissage permanent, où chacun et chacune fait profiter les autres de ce qu'il sait, et où tous chercheront ensemble ce que nul ne sait déjà” – entretien avec Philippe Meirieu ; dans les groupes, les échanges sont toujours respectueux des opinions de chacun, chaque participant s'entraîne à cet exercice que l'on cherche à faciliter en proposant de débiter une phrase qui consisterait à donner son opinion sur des propos tenus par un autre membre du groupe de travail par “J'é mets l'hypothèse que...” (11, 12) ;
  - et la prise de recul vis-à-vis des situations personnelles.

Dans le programme, l'apprentissage de nouvelles modalités de consommation est réalisé à travers un processus par étapes. Il s'agit de favoriser le rétablissement volontaire de mécanismes protecteurs, habituellement automatiques, qui ont été submergés et inactivés par le mésusage chronique des boissons alcoolisées.

Le choix de l'intitulé du programme – Choizitaconso® – s'est fait après concertation de l'équipe de soin sous la forme d'un remue-méninges duquel ressortaient les termes de “choix” et “consommation”. Leur contraction a abouti à la création d'un mot-valise qui promeut le pouvoir de décision des participants. Choizitaconso® offre le choix de 13 séances qui sont hebdomadaires et d'une durée de deux heures. Un module de trois séances est réservé aux membres de l'entourage. Chaque séance est construite autour d'un thème spécifique (exemple : les représentations, la communication, la maîtrise de la consommation...) et précise un objectif à atteindre (“À la fin de l'activité les participants seront en mesure de...”). L'objectif est de favoriser un apprentissage à partir d'une situation concrète et décontextualisée sur laquelle les participants travaillent en petits groupes le plus souvent. Les informations données concernent les supports proposés pour réaliser le travail. À titre d'exemple de l'esprit des interventions, la séance réservée à l'étude des représentations sur la problématique propose comme objectif “Exprimer ses doutes et ses certitudes sur ce que veut dire pour chacun “avoir des problèmes avec sa consommation d'alcool””. Le sup-

port utilisé est un Abaque de Régnier® (technique d'animation qui a pour finalité principale de permettre l'émergence puis la confrontation des représentations ; elle favorise l'expression du groupe et le partage d'opinions) simplifié qui annonce sept propositions pour lesquelles il est demandé de dire si l'on est d'accord ou non avec chaque affirmation. Chaque groupe "d'accord" et "pas d'accord" est invité à justifier son positionnement. La vérification de l'atteinte de l'objectif consiste à proposer à chaque participant, en fin de séance, de dire en quoi son opinion a pu se modifier ou non avec ce travail.

Les séances sont collectives, hormis la séance portant sur la compréhension des mots du soin. Le suivi des participants au programme est réalisé par des évaluations régulières sous la forme d'un entretien individuel structuré par un guide. Le bilan éducatif partagé initial permet d'identifier les besoins et déterminer un programme personnalisé. Les bilans suivants sont réalisés à mi-parcours, à la fin des séances, à trois mois, à six mois et enfin à 12 mois.

À chaque étape est incluse une auto-évaluation des patients. Celle de leur appétence à l'alcool et celle de leur état de santé sur une échelle visuelle analogique (EVA). Le questionnaire AUDIT-C (test court, validé, de repérage de la consommation excessive d'alcool qui reprend les trois premières questions de l'AUDIT, OMS, 1990) y est inclus.

Ne remettant en cause ni l'intérêt d'une expérience d'abstention totale ("abstention" indique l'action de s'empêcher d'exercer un usage, sans préjuger de sa durée, en évitant la connotation morale associée au terme "abstinence"), ni la légitimité des usagers à souhaiter consommer des boissons alcoolisées, nous avons recherché des critères de réussite distincts des repères conventionnels. Dans cette optique, la mesure de l'efficacité des interventions est appréhendée par les témoignages des participants au cours des entretiens de bilan. Elle est guidée par la recherche de critères d'amélioration relatifs aux transformations de la responsabilité (nécessité morale de répondre de ses actes ; elle n'est pas seulement un fait, mais aussi une valeur ; elle prépare à l'autonomie, c'est-à-dire à la capacité de décider par soi-même et de faire un choix) et du pouvoir d'agir (qui concerne la capacité à agir et gouverner sa vie, à faire des choix et à prendre des décisions libres d'influences et d'interférences externes exagérées) des patients.

## La mise en œuvre

L'indication du programme concerne toutes les personnes désireuses de modifier leur consommation d'alcool, sauf les femmes enceintes, les personnes porteuses de troubles cognitifs importants ou atteintes de troubles psychiatriques contre-indiquant le travail en groupe.

Les thèmes retenus dans le programme l'ont été en tenant compte des exigences liées à l'éducation thérapeutique en priorisant les compétences psychosociales – CPS – à développer chez les participants (CPS : savoir résoudre les problèmes/savoir prendre des décisions, avoir une pensée critique/avoir une pensée créatrice, savoir communiquer efficacement/être habile dans les relations interpersonnelles, avoir conscience de soi/avoir de l'empathie pour les autres, savoir gérer son stress/savoir gérer ses émotions, OMS, 1993) (13) . Concernant l'alcoologie, l'attention a porté sur la compréhension des événements qui entretiennent les difficultés, ainsi que sur la réduction des entraves cognitives. La chronologie des séances soutient un projet d'émancipation des participants par rapport aux idées reçues et leur capacité à imaginer des solutions nouvelles aux problèmes posés.

Un usager "patient ressource" (correspond à un usager qui n'a pas réalisé la formation en ETP ; lorsqu'il fait cette formation, il devient "patient expert") est présent à toutes les séances, ainsi qu'à leur évaluation avec les professionnels. Il peut prendre part, si besoin, aux travaux en groupe et témoigner, à tout moment, de son expérience. Il participe aux travaux de réflexion et de recherche de l'équipe sur la pratique de l'ETP. La variété des techniques d'animation et la réduction progressive des apports théoriques, au profit du travail coopératif des participants, favorisent la mobilisation des capacités et le développement des compétences. Les apports théoriques se limitent à certains aspects fondamentaux de l'alcoologie :

- les dommages sanitaires pour permettre aux participants d'identifier les risques et des dommages qu'ils souhaitent réduire ;
- le cycle de l'assuétude pour permettre d'identifier le "parcours de vie" de l'avatar "Dominique" ;
- les principes de la maîtrise pour réaliser le blason du groupe qui restera un repère pour chacun (les participants témoignent qu'ils affichent le blason sur un support à domicile) et qui sera confronté au blason théorique lors de la séance suivante ;
- les modes de prise de décision pour identifier les

avantages et inconvénients de chaque façon de faire ;  
- les relations entre pensées et émotions pour mesurer l'impact des pensées automatiques sur le comportement.

L'évaluation permet d'ajuster, en temps réel, les différentes activités aux objectifs du programme en garantissant sa pertinence, sa qualité, ainsi que sa pérennité. Elle fait ressortir aujourd'hui un certain nombre de constats dont certains peuvent être considérés comme des résultats (annexe 1).

L'évaluation qualitative du programme Choizitaconso®, réalisée selon les critères de l'éducation thérapeutique, sera enrichie par l'identification de ceux-ci en termes de RdRDA avec le concours du groupe de recherche spécialisé sur les addictions et coordonné par Patrizia Carriero (INSERM UMR 1252 – Programme de recherche 2018-2020 “Évaluation du programme en éducation thérapeutique du patient Choizitaconso® en réduction des risques et des dommages en alcoologie”, Projet innovant ARS-PACA septembre 2018).

## L'expérience acquise

La philosophie de l'ETP se distingue par la recherche permanente du développement des compétences des patients. Elle vise à permettre d'exploiter leur potentiel en les confrontant aux productions réalisées en groupe. La démarche de l'ETP consiste à permettre à un patient de développer ses propres ressources malgré ses problèmes de santé. Sa pratique est organisée autour de l'apprentissage et impose que le participant comprenne le but de l'intervention, la légitimité de ses modalités et le résultat attendu afin de pouvoir s'y prêter de façon responsable. Il s'agit, à chaque étape, de résoudre un problème et d'identifier sa façon d'agir et de se percevoir pour pouvoir modifier son comportement par la suite.

L'intervenant aide les participants en favorisant leur expression, en encourageant l'énoncé de leur raisonnement et en les laissant découvrir, ensemble, les idées qui leur permettent de progresser dans le travail qui

### Annexe 1. – Les effets du programme sur le positionnement des patients

- Ils valorisent, eux-mêmes, leur travaux.
- Ils insistent sur leur pouvoir de “réfléchir” en séance.
- Ils constatent une diminution de la pression et de la culpabilité (14).
- Ils ont des objectifs en fin de programme.
- Ils attribuent leur changement, ou l'absence de changement, à leur investissement dans la démarche.
- Ils n'ont pas de lecture de leur parcours en termes d'échec.

Tableau I : Identification par les participants des points forts de leur expérience

Expérience	Points forts
Les conditions de l'ETP	Un climat de confiance qui, du point de vue des participants, libère leur parole. Le sentiment d'être libre de parler, de pouvoir poser des questions.
Diminution de la pression	Les synthèses des entretiens permettent, selon les participants, de se rendre compte qu'ils évoluent. Les participants déclarent ressentir moins de culpabilité et de honte . L'officialisation et la reconnaissance du problème est un soulagement, ça existe aussi chez d'autres personnes.
La résolution de problème	Des outils pour décrypter les paliers par rapport à l'envie du premier verre. Permet de s'interroger sur ses automatismes. Augmentation de la capacité de choix. Sortie du tout ou rien.
Une pensée critique	Chaque séance permet d'avoir des objectifs différents. L'objectif initial peut évoluer au cours des séances. Permet de se recentrer. Plus de recul par rapport aux situations.
Les relations interpersonnelles	Plus de facilité à parler. Plus de sujets abordés avec les soignants. Conforte le rapport de confiance avec les soignants. Plus de facilité à échanger avec l'entourage. En terminer avec le tabou sur l'alcool et en parler avec les autres.
La conscience de soi	Trouver la capacité de dire sans honte qu'on a des problèmes avec sa consommation. Accepter en toute conscience sa consommation désamorçe le sentiment de culpabilité. Le changement du regard sur soi-même permet de changer. Augmentation de la confiance en soi.

est proposé. L'objectif à atteindre, énoncé et affiché en début de séance, détermine la forme et la structuration des travaux proposés.

La proposition du programme se fait au moment opportun dans le parcours de soin de l'utilisateur et de manière adaptée. Le programme n'a pas vocation à permettre au patient de sortir d'un état de méconnaissance de ses difficultés ou d'une ambivalence vis-à-vis du changement. Il ne s'agit pas non plus de "l'orienter" vers une activité, mais bien de préparer, avec lui, un projet.

Lors de la réunion annuelle d'évaluation, les participants ont identifié des points forts de leur expérience (tableau I). L'objectif des évaluations successives consiste à identifier les domaines (social, sanitaire et psychologique) qui ont été transformés et d'en faire une synthèse soumise à la validation du patient. Leur analyse permet d'identifier un certain nombre d'éléments (tableau II).

L'indication du programme, réservée au départ aux personnes désireuses de ne pas faire le choix de l'abstention, a été élargie à toutes les personnes souhaitant modifier leur consommation dans le sens de la réduction des dommages sans préjuger du maintien d'un usage de boissons alcoolisées ou d'une abstention vis-à-vis de celles-ci.

Cette expérience a induit des changements dans la pratique professionnelle sur un spectre allant des valeurs aux postures. Pour le professionnel, ils concernent le sentiment d'être un partenaire dans la relation avec le patient en respectant davantage sa responsabilité et ses

stratégies pour s'acheminer vers une plus grande autonomie. Le corollaire de ce changement l'engage à donner moins de solutions et de conseils, mais à rechercher davantage les CPS à l'œuvre et à les nommer. Les effets du programme Choizitaconso® sur l'établissement sont présentés dans l'annexe 2.

## Conclusion

Le programme Choizitaconso® n'entre pas dans le cadre d'un exercice de contrôle, mais dans celui de la maîtrise qui procède d'un changement du rapport que la personne entretient vis-à-vis de sa consommation ou de son abstention.

L'influence de concepts tels que celui de l'*empowerment* (accroissement du pouvoir d'agir, capacité à piloter sa propre vie ; par l'*empowerment*, le patient va acquérir l'autonomie lui permettant de mieux maîtriser son destin ; cette notion fait l'objet de recherches selon les champs d'intervention) (18-20) et, plus récemment, celui du développement des CPS chez les patients se manifeste, aujourd'hui, par l'émergence de nouvelles formes de soins en addictologie. Comment proposer de nouvelles modalités de soin en toute sécurité pour le patient ? Comment y intégrer l'expertise du patient comme un atout ? Comment stimuler les échanges et la coopération entre des patients qui vivent des difficultés différentes et semblables à la fois ? Comment sortir du dogme de l'abstinence, de la répétition des rechutes et du vécu douloureux de "l'échec" ?

**Tableau II :** Identification des domaines qui ont été transformés

Habilité	Constat
Compréhension des mécanismes de l'addiction	Développement des capacités de réflexion et de recul vis-à-vis des situations
Entraînement à l'auto-observation	Relativise l'importance de la honte et de la culpabilité
Pratique des échanges et de la coopération	Favorise la réduction des troubles cognitifs
Capacité à être cohérent avec les valeurs personnelles	Induit le changement
Capacité d'agir sur son comportement, ainsi que sur son environnement	Réduit les dommages sur la santé et sur la vie relationnelle

### Annexe 2. – Effets du programme Choizitaconso® sur l'établissement

- Formaliser la réduction des risques et des dommages en alcoologie au sein de l'institution.
- Éclairer d'un intérêt nouveau l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité (15-17).
- Favoriser l'émergence de la prévention d'une certaine forme de risque d'épuisement professionnel par l'ouverture du champ des possibles dans l'accompagnement des patients.
- Inviter les soignants à se réinventer.

Aujourd'hui, les professionnels sont amenés à sortir d'une vision classique de la conception des soins en addictologie pour trouver une organisation de travail qui s'emploie à respecter des individus insérés dans un monde qui produit une complexité croissante. Cette vision doit se déclinier, en alcoologie, en proposant de nouvelles modalités à l'accompagnement. ■

**Liens d'intérêt.** – Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt.

D. Casanova, C. Goncalves Da Cruz, K. Hourrier, O. Riccobono-Soulier, J. Seguin, S. Vassas  
Choixitaconso®. Un apport à la réduction des dommages en alcoologie

*Alcoologie et Addictologie*. 2018 ; 40 (4) : 334-339

## Références bibliographiques

- 1 - Aubin HJ. La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'alcool ? *Alcoologie et Addictologie*. 2017 ; 39 (1) : 57-67.
- 2 - Bendimerad P, Brousse G. La réduction de la consommation d'alcool en dix points. *Le Courrier des Addictions*. 2013 ; 15 (2) : 8-9.
- 3 - Duckert F. Control training in the treatment of alcohol-abusers. SIFA mimeograph no. 62. Oslo : NIAR ; 1982.
- 4 - Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandations de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 (1) : 5-84.
- 5 - Rolland R, Bence C, Cottencin O. L'abstinence ? Oui... mais avec modération ! *Le Courrier des Addictions*. 2013 ; 15 (3) : 8-10.
- 6 - Sobell MB, Sobell LC. Moderation as a goal or outcome of treatment for alcohol problems: a dialogue. New York : Haworth Press ; 1987.
- 7 - World Health Organization. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of chronic disease. Genève : WHO ; 1998.
- 8 - Haute Autorité de Santé. Recommandations en Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser. Définition, finalités et organisation. Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique. Saint-Denis : HAS ; 2007.
- 9 - Tourette-Turgis C, Thievenaz J. L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*. 2014 ; 2 (35) : 9-48. DOI : 10.3917/savo.035.0009.
- 10 - Cormier D. Les nouvelles tendances de l'intervention en dépendance. *Drogues, Santé et Société*. 2010 ; 9 (1).
- 11 - Piaget J. Le jugement et le raisonnement chez l'enfant. Paris : Delachaux et Niestlé ; 1924.
- 12 - Collectif. Apprendre à coopérer. *Sciences humaines*. 2016 ; 6 (282).
- 13 - CRES PACA, ARS PACA. COMETE : Compétences psychosociales en éducation thérapeutique. Marseille : CRES PACA, ARS PACA ; 2016.
- 14 - Costa M. Accès aux soins et indifférence à l'alcool. Rapport. Analyse qualitative. Marseille : UMR 1252 SESSTIM, AMU ; 2016-2017.
- 15 - Payette M. Interdisciplinarité : clarification des concepts. *Interactions*. 2001 ; 5 (1).
- 16 - Morin E. Introduction à la pensée complexe. Paris : Points Essai ; 2005.
- 17 - Collectif. Entre discipline et indiscipline. Dossier interdisciplinarité. *Hermès*. 2013 ; (67).
- 18 - Centre collaborateur pour la recherche et la formation en santé mentale. Santé mentale en Europe : recommandations en faveur de la défense des droits, de la participation et de l'information des personnes usagères des services de santé mentale et des aidants. Rapport final. 4<sup>es</sup> Rencontres Internationales du CCOMS ; Lille ; 30-31 janvier 2014.
- 19 - Doumont D, Aujoulat I. L'empowerment et l'éducation du patient. Dossier technique 00-18. Louvain-la-Neuve : Unité RESO, UCL ; 2002.
- 20 - Le Bossé Y. De l'"habilitation" au "pouvoir d'agir" : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*. 2003 ; 16 (2) : 30-51. DOI : 10.7202/009841ar.