

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MEDECINE

Année
2018

N° 2018-63

T H È S E

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Étienne Robin
né le 31/10/1987 à Saint-Malo

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2018

**Éducation thérapeutique en addictologie : état des lieux et construction d'un programme
portant sur les troubles liés à l'usage de l'alcool**

Présidente : Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec

Directrice de thèse : Madame le Docteur Jennyfer Cholet

Remerciements

A Madame le Professeur Grall-Bronnec,

Merci d'avoir répondu positivement à mon envie de faire une thèse dans le domaine de l'addictologie, de m'avoir aiguillé dans les premiers pas de ce travail de thèse et d'avoir accepté de présider mon jury.

A Madame le Docteur Cholet,

Un grand merci pour m'avoir guidé dans ce travail et m'avoir permis de découvrir l'éducation thérapeutique dont je ne connaissais rien. Je te remercie pour ta patience et te suis très reconnaissant d'avoir toujours répondu rapidement et avec justesse à mes interrogations tout en me laissant le temps d'avancer à mon rythme.

A Madame le Professeur Matysiak-Budnik et à Madame le Docteur Bouton,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté spontanément de faire partie de ce jury et de juger cette thèse.

A tous les soignants qui m'ont encadré au cours de mes études et qui ont pris le temps de m'apprendre à devenir médecin.

A tous les patients qui ont accepté que je les soigne alors que je n'étais qu'étudiant.

A tous les médecins généralistes qui m'ont donné l'opportunité de les remplacer depuis 2 ans. Notamment au cabinet de Pornic où j'ai aimé travailler avec Ronan Jégot et partager avec lui les plaisirs de la médecine générale.

Et voici des remerciements plus personnels organisés de façon chronologico-géographique et destinés à tous les gens qui m'ont entouré pendant mes années étudiantes.

Commençons par mes parents qui m'ont permis de faire des études de médecine et m'ont toujours soutenu quels que soient mes choix. Merci pour votre gentillesse et votre présence permanente. Je remercie mon frère Maxime et mes sœurs Pauline et Valentine.

Je remercie La Selle et ses clients pour cet espace de liberté où j'ai grandi et appris à rencontrer des gens. N'hésitez pas à vous plonger dans ce document en cas de besoin.

Je remercie mes amis de Morlaix, aussi connus sous le nom de Netto-Morlaix-Crew à qui j'ai un jour annoncé que je deviendrai médecin, brésilien, motard, et père de famille. Voilà un premier objectif de rempli ! Bisous à toi Jules, à Julien, Julie, Mael, Mathieu, Victor, Morgan, Michou, Pierre B., Teuch, Xavier, Yuna et Marlène, et tous les autres que j'oublie sûrement. Je suis heureux de partager ma vie avec vous depuis très longtemps.

Je remercie mes amis de Brest avec qui j'ai appris la médecine, pour leur intelligence et pour leur bêtise. J'ai adoré vivre à Brest avec vous et j'aimerais vous voir plus souvent. Un gros bisou à Erwin, Fabien, Ronan, Robert, Aline, Beun, Anne-Laure, Nicolas, Yohann, Guénès, Lola et même Nassim.

Je remercie mes amis de Nantes qui n'ont pas eu la chance d'être de Morlaix ou de Brest, je pense à Ronan J., à Maria P., à Mathilde G., à Fabien C., à Marie O, à Pierre O, et à Freddy chez qui j'aime passer du temps.

Je remercie profondément tous les gens qui ont habité avec moi depuis mes années d'internat pour m'avoir supporté et avoir toujours accepté mon rythme de vie parfois surprenant. Un big up à Anne-Line, Pierre, Claire et Lucas pour leur courage quotidien, et à Camille bien sur.

Je remercie tout particulièrement les excellents Guy Fournier et Anne-Line Drocourt pour avoir pris le temps de relire ma thèse. Merci et Merci.

Je remercie évidemment Emma Romer qui n'a pourtant rien à voir avec ce travail.

Table des matières

Liste des sigles/acronymes utilisés.....	6
1. Introduction.....	7
1.1 L'alcool.....	7
1.1.1 Historique.....	7
1.1.2 Épidémiologie.....	9
1.1.2.1 Dans le monde.....	9
1.1.2.2 En France.....	9
1.1.3 Les différents usages de l'alcool.....	10
1.1.4 Conséquences liées à la consommation d'alcool.....	13
1.1.4.1 Morbidité.....	13
1.1.4.2 Mortalité.....	13
1.1.4.3 Conséquences sociales.....	15
1.1.4.3.1 Précarité.....	15
1.1.4.3.2 Infractions.....	15
1.1.5 Recommandations de prise en charge.....	15
1.1.5.1 Dépistage.....	15
1.1.5.1.1 AUDIT (annexe 1).....	16
1.1.5.1.2 AUDIT-C (annexe 2).....	16
1.1.5.1.3 FACE (annexe 3).....	16
1.1.5.2 Objectifs de la prise en charge.....	16
1.1.5.3 La prise en charge thérapeutique.....	17
1.1.5.4 Spécificités de la prise en charge en médecine générale.....	17
1.2 L'éducation thérapeutique du patient.....	19
1.2.1 Définition.....	19
1.2.2 Concepts sous-jacents.....	19
1.2.2 Recommandations concernant la mise en place d'un programme structuré.....	20
1.2.2.1 Modalités.....	20
1.2.3 Objectifs.....	21
1.2.3.1 Les compétences d'auto-soins.....	21
1.2.3.2 Les compétences d'adaptation.....	22
1.2.4 Éducation thérapeutique du patient et médecine générale.....	22
2. État des lieux en France des programmes d'éducation thérapeutique en addictologie.....	23
2.1 Revue de la littérature.....	23
2.2 Recherche des programmes d'ETP en addictologie autorisés en France.....	27
2.2.1 Résultats.....	28
2.2.1.1 Liste des programmes.....	28
2.2.1.2 Accès aux contenus des programmes.....	29
2.2.2 Discussion.....	31
2.2.2.1 Liste des programmes.....	31
2.2.2.2 Contenu des programmes.....	32
3. Construction d'un programme d'ETP en addictologie.....	34
3.1 Méthode.....	34
3.2 Présentation générale.....	34
3.2.1 Objectifs du programme.....	34
3.2.2 Lieu.....	34
3.2.3 Population cible.....	35
3.2.4 Choix de l'addiction.....	35
3.2.5 Intervenants.....	35

3.2.6	Mode de recrutement des patients.....	36
3.2.7	Durée.....	36
3.3	Diagnostic éducatif partagé.....	36
3.4	Projet de soins personnalisé.....	38
3.4.1	Les compétences d'auto-soins.....	38
3.4.2	Les compétences psychosociales.....	38
3.5	Proposition de séances collectives.....	39
3.5.1	Choix des séances.....	39
3.5.2	Choix des outils.....	40
3.5.3	Première thématique : « Mieux connaître ma maladie ».....	41
3.5.3.1	Thématique et compétences développées.....	41
3.5.3.2	Outils, matériel et techniques d'animation.....	41
3.5.3.3	Déroulement de la séance n° 1.....	41
3.5.3.4	Déroulement de la séance n° 1 bis.....	42
3.5.3.5	Transfert des acquis et synthèse.....	43
3.5.4	Deuxième thématique : « Apprendre à mieux gérer mes émotions ».....	43
3.5.4.1	Thématique et compétences développées.....	43
3.5.4.2	Outils, matériel et techniques d'animation.....	44
3.5.4.3	Déroulement de la séance n° 2.....	44
3.5.4.4	Déroulement de la séance n° 2 bis.....	45
3.5.4.5	Transfert des acquis et synthèse.....	46
3.5.5	Troisième thématique : « Apprendre à mieux identifier les situations à risque ».....	46
3.5.5.1	Thématique et compétences développées.....	46
3.5.5.2	Outils, matériel et techniques d'animation.....	46
3.5.5.3	Déroulement de la séance n° 3.....	46
3.5.5.4	Déroulement de la séance n° 3 bis.....	47
3.5.5.5	Transfert des acquis et synthèse.....	48
3.5.6	Quatrième thématique : « Savoir mieux prendre soin de moi ».....	48
3.5.6.1	Thématique et compétences développées.....	48
3.5.6.2	Outils, matériel et techniques d'animation.....	48
3.5.6.3	Déroulement de la séance n° 4.....	49
3.5.6.4	Déroulement de la séance n° 4 bis.....	49
3.5.6.5	Transfert des acquis et synthèse.....	50
3.6	Les séances individuelles.....	50
3.7	Évaluation du programme.....	51
3.7.1	Le bilan éducatif partagé final.....	51
3.7.2	Auto-évaluation annuelle.....	52
3.7.2.1	Choix des objets de l'évaluation.....	52
3.7.2.2	Recueil de données.....	53
3.7.2.3	Identification des forces et des faiblesses.....	53
3.7.3	Évaluation quadriennale.....	53
3.7.3.1	Les effets du programme.....	54
3.7.3.2	L'évolution.....	55
4.	Discussion.....	56
4.1	Justification des caractéristiques du programme.....	56
4.1.1	Durée des séances.....	56
4.1.2	Patients.....	56
4.1.3	Contenu des séances.....	56
4.2	Limites et perspectives.....	57
4.2.1	Équipe soignante.....	57

4.2.2 Le programme.....	58
4.2.2.1 Recrutement des patients.....	58
4.2.2.2 Choix du contenu du programme.....	58
4.2.2.3 Intégration de l'entourage.....	59
4.2.2.4 Financement.....	59
4.2.3 Coordination.....	60
4.2.4 Confidentialité et déontologie.....	61
4.3 Place du médecin généraliste.....	61
4.3.1 Intégration du médecin traitant au programme.....	61
4.3.2 Développement du programme en ambulatoire.....	62
4.3.2.1 Justification de l'ouverture du programme.....	62
4.3.2.2 Freins au développement du programme en ambulatoire.....	62
4.3.2.3 Pistes d'évolution pour un développement ambulatoire.....	63
5. Conclusion.....	66
6. Bibliographie.....	67
7. Annexes.....	70
7.1 Test AUDIT.....	71
7.2 Test AUDIT-C.....	72
7.3 Test FACE.....	73
7.4 Séance n° 1.....	74
7.5 Séance n° 1 bis.....	76
7.6 Séance n° 2.....	78
7.7 Séance n° 2 bis.....	81
7.8 Séance n° 3.....	83
7.9 Séance n° 3 bis.....	85
7.9 Séance n° 4.....	87
7.10 Séance n° 4 bis.....	89
7.11 Fiche « forces de caractère ».....	90

Liste des sigles/acronymes utilisés

AFDET : Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique
ALD : affection de longue durée
ARS : agence régionale de santé
AUDIT : Alcohol Use Disorders Test
CHU : centre hospitalier universitaire
CIM : Classification internationale des maladies
COMETE : COMpétences psychosociales en Education du paTiEnt
CRES : comité régional d'éducation pour la santé
CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (en français Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie
ETP : éducation thérapeutique du patient
FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation
FIR : fonds d'intervention régional
FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
HAS : Haute Autorité de santé
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
HPST : Hôpital, patients, santé, territoires
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
MSP : maison de santé pluriprofessionnelle
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS : Organisation mondiale de la santé
OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé
RDRD : réduction des dommages et des risques
RPIB : repérage précoce et intervention brève
RTU : recommandation temporaire d'utilisation
SFA : Société française d'alcoologie
SSRA : soins de suite et de réadaptation en addictologie
T2A : tarification à l'activité
TSO : traitement de substitution aux opiacés
UTEP : unité transversale d'éducation du patient
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

1. Introduction

L'alcool est actuellement la substance psychoactive la plus consommée en France. Cette consommation n'est pas sans risque car elle peut engendrer des dommages individuels et collectifs qui posent un problème majeur de santé publique.

Alternant des phases d'équilibre et de rechute, les troubles addictifs s'ancrent dans la durée et leur prise en charge est celle d'une pathologie chronique. Après des années durant lesquelles l'abstinence était le seul objectif de soins, la prise en charge intègre désormais la notion de réduction des risques et des dommages. Cependant, les taux de rechute après un état de consommation maîtrisée restent élevés, allant de 5 à 43 % selon les études et les interventions proposées (1,2,3).

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un concept de soins destiné aux patients souffrant de pathologies chroniques. Son objectif est de favoriser l'autonomie du patient face à sa maladie par le développement de ses propres compétences. Son efficacité a été démontrée dans la prise en charge de plusieurs pathologies chroniques (4).

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux des programmes d'éducation thérapeutique en France dans le domaine de l'addictologie, puis de décrire la mise en place d'un programme au sein du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes pour les patients souffrant d'un trouble lié à l'usage de l'alcool, programme qui serait adaptable en médecine générale. Dans un premier temps, nous nous intéresserons à la prise en charge de ces troubles, puis dans un second temps nous étudierons les modalités de mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique en France et en particulier à Nantes.

1.1 L'alcool

1.1.1 Historique

La consommation de substances psychoactives est un phénomène transculturel retrouvé sur tous les continents. Chaque substance psychoactive a eu une implantation différente selon les régions du monde. Ainsi, la Chine a vu se développer la consommation d'opium, l'Amérique du Sud celle de la coca et c'est en Europe et dans le bassin méditerranéen que s'est principalement répandue la consommation d'alcool. Aujourd'hui, celle-ci concerne environ 50 % de la population mondiale (5).

Le mot « alcool » vient de l'arabe *al kah'ala*, signifiant « noircir », qui désignait durant l'Antiquité une poudre d'antimoine dont on recouvrait les paupières. Ce mot a été introduit au XVII^e siècle dans la langue française, il signifiait alors « ce qui est subtil ». Aujourd'hui, le mot « alcool » désigne au sens littéral une molécule contenant un groupement hydroxyle. Dans le langage courant, il renvoie à une boisson contenant l'une de ces molécules : l'éthanol.

Sa production par l'Homme débute au néolithique. C'est à cette période que l'agriculture s'est développée. La culture des fruits et des céréales puis leur germination et leur fermentation ont permis les premières productions. Des traces d'alcool retrouvées en Chine remontent à 10 000 ans

avant l'ère moderne et la généralisation de la fabrication du vin est estimée à 4000 avant J.-C. en Égypte. La distillation, quant à elle, remonterait à 2000 avant J.-C. en Mésopotamie.

A travers les âges, les modes de consommation ont évolué. Initialement, comme les autres substances psychoactives, l'alcool permettait aux individus d'atteindre la transe ou un état surnaturel. Il les faisait approcher les dieux. Sa présence est souvent décrite dans les rites traditionnels initiatiques ou les cérémonies religieuses. On retrouve par conséquent des notions de son usage dans de nombreuses sociétés anciennes : chez les Égyptiens, les Hébreux, les Sumériens, ...

Au cours de l'Antiquité on lui découvre une action thérapeutique. Il est notamment utilisé comme antiseptique et diurétique. Dans la civilisation gréco-romaine, le vin a un rôle social très fort et devient un élément indispensable à la bonne tenue d'un banquet. Le culte de Dionysos (puis de son équivalent latin Bacchus), dieu du Vin, de la Fête et de la Folie, donne lieu à des libations, des orgies et de grandes fêtes. A cette période, l'ivresse est décrite pour la première fois comme une folie transitoire et on commence à évoquer les méfaits de l'alcool sur la santé et sur la société.

Au Moyen Âge, des boissons plus fortes font leur apparition, suite à la découverte de l'alambic par les croisés. L'ivresse est considérée comme un péché et le commerce du vin est soumis à l'impôt. Sous l'Ancien Régime, le culte catholique rendant indispensable des ravitaillements réguliers en vin pour chaque paroisse, les vignobles iront jusqu'à couvrir les deux tiers de la France.

A partir du XVII^e siècle, le développement des moyens de transport mais aussi l'urbanisation et l'industrialisation contribuent à une augmentation de la consommation d'alcool. Initialement réservée aux riches, celle-ci se démocratise progressivement et devient, pour les populations précaires en particulier, une aide pour supporter la pénibilité de leurs conditions de vie. Le regard sur la consommation d'alcool se modifie : considérée comme un vice jusqu'au XIX^e siècle, elle commence alors à être perçue comme une maladie. Le terme « alcoolisme » apparaît pour la première fois en 1849. On doit cette dénomination au médecin suédois Magnus Huss qui désignait par là les manifestations pathologiques (mentales et physiques) de l'intoxication alcoolique.

C'est à cette période que les politiques « antialcooliques » se multiplient. Les premiers centres de cure et de postcure voient le jour suite à des pressions sur les pouvoirs publics d'associations comme La Croix Bleue et La Croix d'Or. Aux États-Unis, l'alcool devient une cause majeure de problèmes économiques et sociaux, si bien que la fabrication et la vente d'alcool sont prohibées de 1920 à 1933. En France, à partir de la seconde partie du XX^e siècle, l'achat d'alcool est restreint pour les mineurs et la répression s'accroît sur la conduite en état d'ivresse notamment. A partir des années 80, la consommation évolue vers une alcoolisation massive hebdomadaire.

La dépendance reste longtemps considérée comme une faute morale due à un manque de volonté. Le terme « addiction » apparaît en France dans les années 1980 et les critères cliniques auxquels il est rattaché sont décrits dans les années 1990 par le docteur Goodman. L'addictologie se structure en se détachant de l'ancienne vision moralisatrice et en recherchant les causes de la perte de contrôle de l'individu face aux produits ou aux comportements. Les causes identifiées sont liées à des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Dès lors, les prises en charge se modifient et

vers la fin des années 80 apparaît le concept de réduction des dommages et des risques (RDRD). Il est issu de la prise en charge du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des troubles liés à l'usage des opiacés. Il permet d'écarter l'abstinence totale comme seule issue thérapeutique envisageable.

1.1.2 Épidémiologie

1.1.2.1 Dans le monde

L'alcool est la deuxième substance psychoactive consommée dans le monde derrière le tabac. 48,3 % de la population mondiale a déjà consommé de l'alcool et 38,7 % en a consommé durant les douze derniers mois (5). Il est aussi, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la troisième cause de morts évitables, en 2014. Toujours selon l'OMS, 5,9 % des décès dans le monde sont imputables à l'alcool, ce qui représente 3,3 millions de morts par an (5). Elle considère que 25 % des décès entre 25 et 39 ans sont imputables à l'alcool.

L'Union européenne est le territoire où les taux de consommateurs d'alcool par pays et de consommation par habitant sont les plus élevés (6). L'Europe de l'Est est la plus touchée.

1.1.2.2 En France

Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée (7) en France. Néanmoins, depuis les années 1960, la consommation d'alcool est en baisse, étant passée de plus de 26 litres d'alcool pur par personne de plus de 15 ans et par an à 12 litres en 2011. Cette diminution s'explique par la baisse de la consommation de vin, influencée notamment par la mise en place de politiques actives de santé publique. Aujourd'hui, l'alcool est consommé de façon régulière, c'est-à-dire plus de 10 fois au cours des 30 derniers jours, par un quart de la population française. Cette consommation quotidienne reste un problème plutôt masculin, avec un rapport de 3 hommes pour 1 femme.

Même si la consommation globale a diminué, les modes de consommation ont évolué et sont apparues de nouvelles pratiques qui présentent des risques, avec notamment l'augmentation du nombre d'alcoolisations aiguës par an, particulièrement chez les jeunes. Cette pratique appelée « binge drinking » par les anglophones correspond à une consommation supérieure à 60 grammes d'alcool au cours d'une seule occasion et en un temps bref.

1.1.3 Les différents usages de l'alcool

En 2014, la Société française d'alcoologie (SFA) a publié des recommandations de bonnes pratiques (8) sur la prise en charge des mésusages de l'alcool. Cinq modes de consommation différents y sont décrits :

– le **non-usage** ou **abstinence** correspond à l'absence d'usage. Il peut être primaire s'il est initial, ou secondaire s'il fait suite à un mésusage ;

– l'**usage simple** : il s'agit d'une consommation dont les quantités sont inférieures au seuil hebdomadaire de 14 verres standards pour les femmes et 21 verres standards pour les hommes. La consommation est asymptomatique ;

– l'**usage à risque** : il s'agit là aussi d'une forme asymptomatique mais cette fois avec un risque de dommages à plus ou moins long terme (conduites à risque, co-intoxications, conséquences psychosociales, complications somatiques, accidents domestiques...).

Les deux usages suivants correspondent à des troubles liés à l'usage de l'alcool. La SFA reprend la dernière classification internationale des maladies (CIM-10), reconnue par l'OMS :

– l'**usage nocif** correspond à la définition du *Diagnostic and Statistical Manual (DSM) IV-TR* ou bien de la CIM-10, c'est-à-dire à un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (hépatite alcoolique, pancréatite alcoolique aiguë,...) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool). Le patient ne doit pas répondre aux critères de la dépendance ;

– le **syndrome de dépendance** (CIM-10) : pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive,

- difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation),

- syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage,

- mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré (certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants),

- abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, à la consommer, ou à récupérer de ses effets,

- poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de mettre en évidence que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Ces trois derniers modes de consommation (usage à risque, usage nocif et syndrome de dépendance) sont considérés comme du mésusage selon la SFA. Dans le DSM-5, les deux derniers sont fusionnés dans un même ensemble appelé **troubles liés à l'usage d'une substance**. Ce regroupement introduit la notion d'un continuum avec différents degrés de sévérité, ce qui semble se rapprocher davantage de la réalité clinique. Ces troubles peuvent être qualifiés de sévères, modérés ou légers, selon le nombre de critères suivants présents :

- le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue,
- il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit,
- beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, l'utiliser ou récupérer de ses effets,
- « craving » ou envie intense de consommer le produit,
- utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison,
- utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit,
- des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit,
- utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux,
- l'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance,
- tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a) besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit,
- sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a) syndrome caractérisé de sevrage du produit (cf. diagnostic du syndrome de sevrage du produit),

b) le produit (ou une substance proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Présence de 2 ou 3 critères : trouble léger lié à l'usage de l'alcool.

Présence de 4 ou 5 critères : trouble modéré lié à l'usage de l'alcool.

Présence de 6 critères ou plus : trouble sévère lié à l'usage de l'alcool.

Ces différents usages sont résumés dans la pyramide de Skinner (cf. illustration 1).

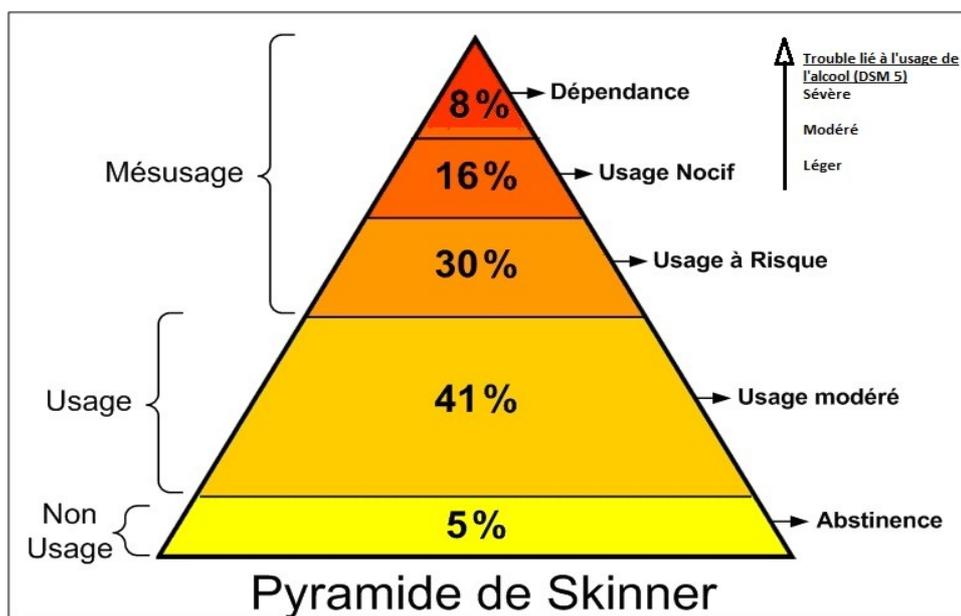


Illustration 1 : Pyramide de Skinner et proportions des différents usages en population générale. Source : M. Kreuter et P. Batel, Dossier L'Alcoolisme, Le Généraliste, n° 2358.

1.1.4 Conséquences liées à la consommation d'alcool

1.1.4.1 Morbidité

L'alcool est à l'origine de plus de 200 maladies différentes. Voici une liste des principales conséquences liées à la consommation chronique d'alcool (5) :

– neuropsychiatriques : coaddiction, dépression, suicide, troubles anxieux, épilepsie, troubles cognitifs,

– gastro-intestinales : cirrhose, pancréatite,

– oncologiques : l'alcool a été reconnu comme cancérigène pour les organes suivants (9) : bouche, nasopharynx, oropharynx, larynx, œsophage, côlon, rectum, foie et pancréas,

– cardiaques : selon certaines études, une consommation modérée d'alcool diminuerait le risque cardiovasculaire, mais ce bénéfice semble uniquement profiter aux hommes jeunes. De plus, il disparaîtrait avec l'augmentation des doses (10). Par ailleurs, l'alcool augmente le risque d'hypertension artérielle, de fibrillation auriculaire et d'accident vasculaire cérébral hémorragique (11),

– obstétricales : syndrome d'alcoolisation fœtale avec un retard mental et une dysmorphie faciale, fausses couches spontanées, prématurité,

– infectieuses : la consommation d'alcool diminue l'efficacité du système immunitaire et augmente le risque de pneumonie. Certaines études commencent à évoquer la possibilité d'une influence de l'alcool sur la transmission de la tuberculose et du VIH, avec les conséquences que l'on connaît dans les pays à faibles ressources (12).

1.1.4.2 Mortalité

L'alcool est à l'origine de 3,3 millions de morts par an dans le monde, ce qui en fait la troisième cause de morts évitables après le tabac (5). En France en 2015, 49 000 morts étaient attribuées à la consommation d'alcool (14), tous âges confondus, dont 19 500 personnes âgées de 15 à 64 ans. Sur l'ensemble des décès, un tiers était provoqué par des cancers, un quart par des maladies cardiovasculaires, 17 % par des accidents ou des suicides, 16 % par des maladies digestives (cirrhose essentiellement), et 10 % par d'autres causes. Les décès liés à l'alcool sont majoritairement masculins (75 %) (cf. tableau 1).

Fractions attribuables à l'alcool et nombre de décès suivant la pathologie et le sexe en 2009

	Fraction attribuable		Nombre de décès dus à l'alcool		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Total
Cancer	12 %	6 %	11 197	4 003	15 200
Bouche	75 %	36 %	951	178	1 129
Pharynx	86 %	49 %	1 842	172	2 014
Œsophage	84 %	53 %	2 860	467	3 327
Côlon et rectum	30 %	9 %	2 949	750	3 699
Foie	30 %	9 %	1 850	201	2 051
Larynx	60 %	24 %	745	35	781
Sein		18 %		2 199	2 199
Maladie cardiovasculaire	14 %	3 %	9 523	2 710	12 233
Maladie hypertensive	46 %	15 %	1 420	866	2 286
Cardiopathie ischémique	5 %	- 3 %	938	- 529	409
Cardiomyopathie alcoolique	100 %	100 %	74	10	84
Arythmie cardiaque	53 %	22 %	2 250	1 366	3 615
AVC hémorragique	48 %	8 %	3 704	827	4 531
AVC ischémique	19 %	2 %	1 050	150	1 200
Varices œsophagiennes	100 %	100 %	88	20	108
Maladies digestives	45 %	20 %	5 627	2 145	7 772
Gastrite alcoolique	100 %	100 %	0	0	0
Maladie alcoolique du foie	100 %	100 %	3 543	1 317	4 860
Hépatite chronique sans précision	100 %	100 %	15	10	25
Fibrose et cirrhose du foie	100 %	100 %	1 684	767	2 451
Cholélithiase	47 %	- 10 %	- 51	- 19	- 70
Pancréatite	74 %	17 %	438	71	509
Autres maladies			3 441	634	4 075
Diabète de type 2	21 %	- 4 %	638	- 143	494
Encéphalopathie de Wernicke	100 %	100 %	6	4	10
Maladies mentales dues à l'alcool	100 %	100 %	2 251	608	2 859
Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool	100 %	100 %	75	26	101
Epilepsie et mal épileptique	53 %	18 %	459	137	596
Polynévrite alcoolique	100 %	100 %	12	4	16
Causes externes	25 %	18 %	5 545	2 609	8 154
Total causes précisées attribuables à l'alcool	13 %	5 %	35 334	12 101	47 435
Causes inconnues ou mal précisées	16 %	5 %	1 250	363	1 613
Mortalité totale attribuable à l'alcool	13 %	5 %	36 584	12 465	49 048

Note : La proportion de consommateurs d'alcool, suivant différents niveaux, étant très différentes chez les hommes et chez les femmes, les calculs doivent être effectués séparément pour chaque sexe.

Source : Guérin et coll., 2013

Tableau 1 : Morbi-mortalité attribuable à l'alcool. Extrait de la synthèse de l'OFDT de 2015 sur l'alcool.

1.1.4.3 Conséquences sociales

1.1.4.3.1 Précarité

Une étude a été menée en 2001 sur la consommation d'alcool des patients consultant un jour donné, que ce soit en ville chez des médecins généralistes (ou en visite) ou dans les établissements de santé, publics comme privés, tous services confondus, à l'exception des services d'urgences.

Un cinquième des patients ayant consulté (sur un échantillon de plus de 80 000 patients) étaient considérés comme étant en situation d'« alcoolisation excessive ». La proportion de patients dans cette situation était nettement plus élevée chez les patients en situation de chômage ou de précarité. Les personnes sans emploi avaient 2,4 fois plus de risque d'être en situation d'usage nocif de l'alcool et 2,7 fois plus de risque d'être alcoolodépendant que les patients avec emploi (15). Cette proportion était aussi augmentée chez les patients déclarant vivre seuls sans enfants et chez ceux qui avaient eu au moins un arrêt de travail dans l'année précédant l'étude.

En 2009, l'enquête SAMENTA (SAnté MENTale et Addictions chez les sans domicile franciliens) concluait que 21 % des personnes sans logement personnel étaient alcoolodépendantes (16).

Cependant, dans ces études, aucun lien de causalité n'a été établi.

1.1.4.3.2 Infractions

En 2012, 352 000 usagers de la route ont été contrôlés après avoir consommé de l'alcool et 1000 accidents de la route mortels ont été causés par des conducteurs alcoolisés.

Par ailleurs, l'alcool et la violence sont eux aussi liés. Sans présumer de l'imputabilité due à l'alcool, l'étude VAMM1 (Violence Alcool Multi-Méthodes, Volet 1) retrouvait en 2006 une consommation dans les deux heures précédant une rixe chez 40 % des sujets impliqués (18). Cette consommation est aussi en cause dans un tiers des violences conjugales (19).

Il est admis que l'alcool serait responsable d'environ 10 à 25 % des accidents du travail et qu'il aurait également pour conséquences fautes professionnelles et absentéisme. Néanmoins à ce jour, pour des raisons méthodologiques et éthiques, aucune étude n'a pu le démontrer (20).

1.1.5 Recommandations de prise en charge

1.1.5.1 Dépistage

L'OMS préconise d'utiliser le test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ou le test AUDIT-C (version abrégée de l'AUDIT) en médecine générale. Ce dernier est un test raccourci plus adapté à la pratique en soins primaires. La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise dans ses recommandations de 2014 d'utiliser le test FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation ou Formule pour Apprécier la Consommation par Entretien) (annexe 3).

1.1.5.1.1 AUDIT (annexe 1)

Il s'agit d'un acronyme pour Alcohol Use Disorders Identification Test. C'est un score calculé à partir de dix questions dont les réponses sont cotées de 0 à 4. Le résultat est interprété en fonction de la somme des points obtenus.

Un score supérieur ou égal à 5 correspond à un usage à risque. Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme correspond à un usage nocif. Un score supérieur ou égal à 12 chez l'homme et à 11 chez la femme correspond à une alcoolodépendance probable.

1.1.5.1.2 AUDIT-C (annexe 2)

Il s'agit de la version simplifiée du test AUDIT. Elle ne comporte que trois questions, dont les réponses sont cotées de 0 à 4. Celles-ci portent sur la fréquence des consommations, la quantité consommée et la fréquence des alcoolisations massives.

Si le total est supérieur à 4 chez l'homme et à 3 chez la femme, il faut suspecter une consommation d'alcool excessive. Plus rapide que l'AUDIT, cette version est davantage adaptée à la pratique en soins primaires.

1.1.5.1.3 FACE (annexe 3)

En France, le questionnaire FACE a été retenu par la HAS dans le cadre du RPIB (repérage précoce et l'intervention brève) en alcoologie. Ce questionnaire a une meilleure sensibilité que le test AUDIT (ce qui en fait un bon test de dépistage) (20) mais une moins bonne spécificité. Il est composé de cinq questions dont les deux premières portent sur la fréquence de la consommation et les quantités d'alcool consommées. Là aussi chaque réponse est cotée de 0 à 4 et le score total permet de dépister un risque de trouble lié à l'usage de l'alcool.

De 0 à 4, celui-ci est faible ou nul. De 5 à 8 pour les hommes et de 4 à 8 pour les femmes, il indique une consommation excessive probable et doit inciter le soignant à pratiquer une intervention brève. Enfin, s'il est supérieur à 8, il existe une dépendance probable et il faut proposer une consultation d'addictologie (21).

Le dépistage permet donc de caractériser le trouble lié à l'usage de l'alcool du patient. La prise en charge thérapeutique en découle directement et comporte des outils adaptés en fonction de la sévérité de ces troubles.

1.1.5.2 Objectifs de la prise en charge

L'objectif de la prise en charge est l'amélioration de la qualité de vie, ainsi toute réduction de la consommation est à encourager. L'objectif de consommation est à adapter à chaque patient. Par le passé on prônait une abstinence totale pour les personnes dépendantes; désormais la SFA préconise de laisser le choix au patient entre abstinence et réduction de la consommation. Il est tout de même recommandé de conseiller l'abstinence au patient ayant une dépendance sévère et/ou des complications somatiques et/ou psychiatriques en lien avec son usage nocif d'alcool (22).

1.1.5.3 La prise en charge thérapeutique

La prise en charge des troubles liés à l'usage de l'alcool repose, comme celle des autres addictions, sur une prise en charge globale bio-psycho-sociale qui peut associer un abord psychothérapeutique, un support social à un traitement médicamenteux, selon les besoins du patient.

Si l'objectif thérapeutique est l'abstinence, la première phase est celle du sevrage. Elle peut être réalisée en ambulatoire comme en hospitalisation. Si l'objectif est la réduction de consommation, il faut alors essayer d'atteindre les seuils de 21 verres/semaine pour un homme et 14 verres/semaine pour une femme. Quand cet objectif n'est pas atteint, il faut néanmoins encourager la réduction de la consommation quelle qu'elle soit.

La seconde phase relève de l'accompagnement et du suivi. Elle doit être pluridisciplinaire et diffère selon chaque patient.

De nombreuses interventions psychosociales sont recommandées par la SFA. Une des plus efficaces, en particulier en soins primaires, est l'intervention brève. Si le patient présente un usage à risque selon les résultats du test FACE, il doit bénéficier de ce type d'intervention pendant 5 à 20 minutes. Les autres interventions possibles sont des interventions motivationnelles, cognitivo-comportementales, systémiques et psychanalytiques.

Les interventions médicamenteuses utilisées en prévention de la rechute font intervenir le disulfirame (de moins en moins prescrit en pratique courante), la naltréxone, l'acamprosate, et désormais le baclofène dans le cadre de la recommandation temporaire d'utilisation (RTU). Pour les objectifs de diminution des consommations, le nalméfène a l'AMM et le baclofène peut être prescrit dans le cadre de la RTU.

Malgré la diversité des interventions proposées, la prise en charge peut être marquée par des rechutes.

1.1.5.4 Spécificités de la prise en charge en médecine générale

Le médecin généraliste est un médecin de premier recours, et cette position l'amène à rencontrer de nombreux patients commençant à présenter un trouble lié à l'usage de l'alcool. Il est aussi le mieux placé pour effectuer une prise en charge globale des patients.

Trop peu de patients ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool sont suivis médicalement. Les intervenants de soins primaires ont donc un rôle déterminant à jouer dans le dépistage comme dans la prise en charge, et ce d'autant plus que les patients présentant des troubles légers ont davantage de facilité à réduire ou à arrêter leur consommation d'alcool que les patients présentant des troubles sévères.

Les structures d'addictologie se focalisant davantage sur la prise en charge des patients plus complexes, les tâches de dépistage et les premières interventions sont couramment à la charge du médecin traitant. Malheureusement, les médecins généralistes sont souvent peu formés aux prises en charge en addictologie et ne disposent parfois pas du temps nécessaire (22).

Depuis 1996, les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ont pour rôle de former et de conseiller les soignants des services non addictologiques des établissements de santé confrontés à un patient qui nécessite une prise en charge spécialisée. Ces équipes jouent aussi un rôle important de dépistage et de prévention en intervenant dans les services d'urgences, permettant ainsi un repérage précoce, voire une intervention brève, notamment auprès des jeunes populations qui consultent peu leur médecin traitant.

D'après les recommandations, le dépistage en soins primaires concerne idéalement tous les patients. En pratique il doit cibler les groupes les plus à risque. Ainsi, il doit concerner tout nouveau patient qui arrive chez un médecin généraliste, tout jeune homme de 18 à 44 ans, toute femme enceinte, tout patient présentant une autre addiction, tout patient présentant une pathologie chronique pouvant être en lien avec l'alcool et tout patient présentant une pathologie chronique résistante au traitement.

Le dépistage repose sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB). Selon la HAS (21), une minute suffit à recueillir l'information concernant la consommation déclarée d'une substance, puis cinq minutes permettent de délivrer une information sur les résultats du questionnaire FACE, sur la corrélation entre consommation et conséquences, et de demander au consommateur s'il envisage de réduire sa consommation et comment. Une durée de quinze à vingt minutes, voire plus, ne peut correspondre à une intervention brève en médecine générale, comparée à la durée habituelle de quinze minutes d'une consultation. Cela nécessite donc un rendez-vous spécifique qui permettra de cerner le problème, poser des objectifs, apporter des conseils au patient pour réduire la consommation et proposer un suivi.

L'entretien de l'intervention brève doit reposer sur une attitude empathique qui vise à encourager le patient dans sa démarche de changement de comportement. La prise en charge qui s'ensuit peut relever d'une simple surveillance avec un questionnement renouvelé pour les patients à faible risque. L'entretien peut aussi être le début d'une démarche de changement de comportement du patient étant centré sur la notion de partenariat avec le médecin. En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie seront proposés (HAS).

Le RPIB a un impact sur la mortalité liée à l'alcool, mais n'en a ni sur la mortalité totale ni sur la morbidité (23).

Lorsque les patients souhaitent l'abstinence mais qu'ils ne souhaitent pas être orientés vers un centre spécialisé et qu'ils ne souffrent d'aucune complication psychiatrique, sociale ou médicale sévère, ils peuvent être pris en charge par un médecin généraliste. Dans les autres cas ils doivent être orientés le plus possible vers un spécialiste.

Ainsi, les troubles liés à l'usage de l'alcool sont une affection chronique et concernent des millions de personnes en France. Au même titre que les autres maladies chroniques, leur prise en charge vise à permettre au patient de trouver un équilibre et à prévenir les rechutes.

1.2 L'éducation thérapeutique du patient

1.2.1 Définition

Le concept d'éducation thérapeutique du patient (ETP) se développe depuis la fin des années 1980. Elle a été définie dans un rapport de l'OMS/Europe publié en 1998 (24). Selon celui-ci elle vise à « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ».

En France, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (25) a remis en cause les schémas sanitaires traditionnels. Ce texte vise à remplacer le dogme de la médecine paternaliste par une vision démocratique de la santé dans laquelle le patient sera acteur pour ce qui le concerne. Un des axes de ce changement de positionnement est le développement de l'éducation à la santé.

Plus tard, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009) intègre l'ETP comme faisant partie de la prise en charge de toutes les maladies chroniques et des maladies faisant l'objet de priorités régionales de santé (26). Cette loi fait entrer pour la première fois le concept d'éducation thérapeutique du patient au sein du Code de la santé publique. Le texte reprend sensiblement les objectifs de l'OMS et rappelle dans son article 84 que « l'ETP a pour but de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ».

1.2.2 Concepts sous-jacents

Du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, la médecine a évolué vers la prise en charge d'états devenus chroniques, où alternent phases d'équilibre et phases de décompensation. Avec cet accroissement de la durée des maladies s'est accentuée la nécessité de se tourner vers la prévention secondaire et tertiaire. Pour y parvenir, le soignant doit transférer ses savoirs, savoir-faire et savoir-être à son patient. C'est dans ce cadre-là que l'ETP prend tout son sens. Elle s'inscrit dans un rééquilibrage de la relation médecin-patient visant à favoriser l'autonomie du patient et le développement de ses compétences psychosociales et de ses connaissances sur sa propre maladie. Ce transfert planifié des compétences n'est pas seulement un partage d'informations ou de conseils sur la maladie, comme cela est possible dans d'autres champs d'éducation à la santé. Il s'agit d'un réel apprentissage dans le but de transmettre des concepts complexes. Selon J.-F. d'Ivernois et R. Gagnayre (27), « il s'agit d'un pari sur l'intelligence qui infère qu'il est possible de soigner par l'intelligence ».

Conçue pour les patients atteints de maladies chroniques, elle s'est développée initialement dans le domaine du diabète, de l'asthme et des maladies cardiovasculaires, où de nombreuses études ont démontré son efficacité (4). Il est recommandé par la HAS de l'utiliser dans la prise en charge de toutes les maladies chroniques.

D'une manière générale, les maladies peuvent être envisagées selon deux grands modèles :

- le modèle biomédical, qui considère qu'elles découlent d'un problème purement organique, celui-ci étant donc pris en charge exclusivement par le médecin,
- le modèle global, qui prend en compte les déterminants psychosociaux, la famille, l'environnement.

La prise en charge selon le modèle global est, par définition, pluridisciplinaire, voire interdisciplinaire. L'éducation thérapeutique apparaît comme une passerelle entre ces deux modèles, alliant prise en charge curative et prise en charge préventive.

1.2.2 Recommandations concernant la mise en place d'un programme structuré

1.2.2.1 Modalités

La loi HPST a défini les modalités de ces programmes d'ETP autorisés. Ils doivent être construits au niveau local puis soumis à l'ARS concernée. Ils doivent correspondre à un cahier des charges national pour être validés. Le déroulement du programme doit être standardisé comme suit :

- un diagnostic éducatif initial (précédant la première séance d'ETP à proprement parler) : l'ETP n'a de sens que si elle s'adapte aux besoins de chaque patient et donc à ses connaissances préalables et à ses objectifs éducatifs personnalisés ;
- un projet personnalisé de soins développé en lien avec les objectifs éducatifs personnalisés qui ont émergé du diagnostic éducatif ;
- des séances individuelles et/ou collectives dont les méthodes et les outils utilisés dépendent des compétences à mobiliser ;
- une évaluation des compétences acquises au cours du programme. Elle permet à la fois de faire un point sur les compétences acquises et sur celles qui restent à acquérir. Elle permet aussi au patient de se rendre compte de ses progrès.

Le programme doit être mis en place par du personnel formé, c'est-à-dire ayant suivi une formation d'au moins 40 heures en éducation thérapeutique. Les équipes qui animent les séances doivent être multidisciplinaires et comprendre au moins un médecin.

Les séances collectives doivent inclure 3 à 10 adultes maximum et durer 45 minutes environ.

Le programme doit répondre à un problème de santé publique particulier. L'offre de santé régionale doit être intégrée par l'ARS pour autoriser le programme.

Le profil des patients doit être identifié en termes d'âge, de sexe, de pathologie, etc.

Le programme doit avoir un objectif précis et des critères d'évaluation.

Le programme peut être construit par les participants, les soignants ou des intervenants extérieurs.

Les pathologies visées par ces programmes sont les maladies chroniques et en priorité les affections de longue durée. Pour la HAS, tous les patients suivis pour une maladie chronique devraient se voir proposer de participer à un programme d'ETP (25). Leur entourage devrait aussi être inclus dans la démarche.

L'équipe doit effectuer une autoévaluation annuelle et quadriennale pour le renouvellement de l'autorisation.

1.2.3 Objectifs

Les objectifs de l'ETP définis par la HAS en 2007 (28) se répartissent en deux groupes : les compétences d'auto-soins et les compétences d'adaptation, qui correspondent à la définition de l'OMS émise en 2003 (29).

1.2.3.1 Les compétences d'auto-soins

Elles sont définies comme les décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé :

- soulager les symptômes,
- prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto-mesure,
- adapter des doses de médicament, initier un auto-traitement,
- réaliser des gestes techniques et des soins,
- mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, ...),
- prévenir des complications évitables,
- faire face aux problèmes occasionnés par la maladie,
- impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

1.2.3.2 Les compétences d'adaptation

Elles sont définies comme les compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. Elles correspondent aux compétences psychosociales :

- se connaître soi-même, avoir confiance en soi,

- savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress,
- développer un raisonnement créatif et une réflexion critique,
- développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles,
- prendre des décisions et résoudre un problème,
- se fixer des buts à atteindre et faire des choix,
- s’observer, s’évaluer et se renforcer.

En elle-même l’éducation thérapeutique est déjà thérapeutique car elle développe la confiance en soi, la valorisation de soi.

1.2.4 Éducation thérapeutique du patient et médecine générale

La définition de l’OMS/Europe de 1996 centre la réalisation de l’ETP sur les établissements hospitaliers. En revanche, le Haut Conseil de la santé publique, dans son rapport « L’éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours », de novembre 2009, explique que l’éducation thérapeutique devrait s’exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. De ce fait, elle ne peut pas être assurée par les seuls établissements hospitaliers et nécessite l’implication des professionnels libéraux, dont le médecin traitant. Le rôle de ce dernier en tant que premier acteur de l’éducation thérapeutique du patient et principal coordonnateur doit donc être valorisé (30).

Pour l’instant, l’ETP est peu développée en France en médecine générale. Néanmoins certains programmes commencent à voir le jour. Ceux-ci traitent essentiellement des maladies chroniques « historiques » pour lesquelles l’ETP a été développée (asthme, diabète, maladies cardiovasculaires, ...).

La question d’une démarche d’ETP pour prendre en charge les patients présentant un trouble lié à l’usage de l’alcool paraît pertinente au vu des caractéristiques de ces troubles.

Existe-t-il des programmes actuellement en France et comment sont-ils structurés ?

Comment construire un programme d’ETP adapté à l’addictologie qui serait applicable en soins primaires ?

2. État des lieux en France des programmes d'éducation thérapeutique en addictologie

2.1 Revue de la littérature

Nous avons effectué une revue de la littérature française concernant l'éducation thérapeutique en addictologie. La recherche a porté sur les mots clés suivants : addiction, addictologie, éducation thérapeutique, éducation du patient, sur sept sites internet différents : pubmed, cairn, google scholar, bium, cochrane library, sudoc et bip bop.

Nous avons retenu dix références qui abordaient notre question de recherche.

Deux références traitent de la question de l'ETP des usagers de substances psychoactives au sens large (31, 32). Le sujet est plus abordé sous l'aspect philosophique que pratique. Les programmes structurés en ETP ne sont pas évoqués.

Dans le premier article (31), l'ETP de l'utilisateur de drogue est vue comme un prolongement de la démarche de réduction des risques qui permet au sujet de décider par lui-même de ce qui est bon pour lui. On y prend pour exemple la mise à disposition de seringues à usage unique ou bien l'identification des substances contenues dans les doses d'ecstasy dans le milieu festif des raves. Pour l'auteur, éduquer a donc un sens au niveau individuel en matière de risques et de dommages mais aussi au niveau sociétal où l'ambiguïté entre les drogues légales et illégales déterminée par l'État influencerait considérablement sur les consommations. L'auteur oppose l'éducation nécessaire à la société entière sur la perception des drogues à une vision souvent répressive et nuisible en ce qui concerne la santé collective et individuelle.

Le second article (32) s'intéresse à l'évolution de la prise en charge des usagers de drogues qui, grâce notamment à la réduction des risques, est à penser de façon chronique et s'avère donc accessible à la démarche d'ETP. Selon l'auteur, la relation médecin-patient doit viser à responsabiliser les usagers de drogues et à leur permettre une amélioration de leur qualité de vie.

Le troisième article, publié dans *Le Courrier des Addictions* en 2001 (33), est un éditorial écrit par le docteur Bourdillon. Il justifie en trois points l'intérêt de l'ETP en addictologie. Tout d'abord la proximité entre la démarche d'ETP et celle déjà réalisée dans les services d'addictologie classique (travail en groupe, ateliers proposés, ...); ensuite le caractère chronique des conduites addictives; enfin, les bénéfices attendus de la démarche d'ETP (intérêt du travail multidisciplinaire, intérêt de développer la relation soignant-patient, financement, ...).

Deux autres articles (34, 35) traitent de la justification de l'ETP en addictologie, leurs conclusions sont proches. Pour les auteurs, l'ETP semble un axe thérapeutique indispensable en addictologie pour trois raisons : un projet de soins centré sur le patient et mené par le patient, l'interdisciplinarité, et la prise en charge psychosociale qui est centrale dans cette méthode. Ils reconnaissent que l'expertise du patient dans sa propre maladie est un facteur clé à prendre en compte dans la prise en charge. Le premier article (34) présente par ailleurs un programme d'ETP en projet au CHU de Montpellier en y décrivant les objectifs et les thématiques des séances prévues.

Les objectifs de ce programme portent sur :

- l’acquisition des connaissances relatives à sa maladie et/ou à sa consommation de drogues,
- l’intégration de la notion de maladie chronique pour l’addiction,
- la connaissance de son traitement (aide au maintien de l’abstinence ou traitement de substitution aux opiacés [TSO]),
- la prévention des risques infectieux liés à l’usage de drogues,
- le réinvestissement des gestes de la vie quotidienne : hygiène corporelle, vestimentaire, alimentaire,
- l’activité physique, créative ou récréative,
- l’identification des situations à risque de rechute et trouver des « parades »,
- l’identification des personnes ressources, pendant et après l’hospitalisation,
- l’estime de soi : confiance, valorisation, affirmation de soi,
- le retour à domicile,
- les moyens pour lutter contre l’isolement et/ou de créer et/ou de maintenir un réseau social, s’investir dans du bénévolat,
- comment vivre au mieux avec son entourage ?

Ces objectifs déterminés auprès de patients et de soignants du service d’addictologie et de médecine interne de l’hôpital Saint-Éloi de Montpellier ont permis de proposer un programme d’ETP dont les séances sont les suivantes :

- atelier thérapeutique créatif et manuel,
- atelier thérapeutique de stimulation cognitive en groupe,
- diététique/mieux s’alimenter,
- estime de soi,
- préparation à la sortie,
- groupe d’affirmation de soi,
- groupe de parole psychoéducative (sur la maladie addictive, sur la gestion des émotions, sur l’affirmation de soi).

Ce travail a aussi permis de mettre en place une échelle visuelle dynamique d’évaluation partagée. Il s’agit d’un outil évaluant les compétences d’auto-soins, les stratégies d’adaptation et la qualité de vie. Ces trois marqueurs sont évalués à la fois par les soignants et par une auto-évaluation du patient. Ce programme a été élaboré en concertation avec les patients et les responsables d’association. L’article ne présente pas les résultats obtenus à la suite de la mise en place du programme.

Un article de 2014 (35) tente de faire un état des lieux des programmes d'ETP en addictologie. Il en référence trente-cinq, soit 1 % des programmes d'ETP validés en France en 2014. Malheureusement une seule équipe, celle de Boulogne-sur-Mer, a répondu à son questionnaire et a détaillé le contenu de son programme. Ce programme existe depuis 2011 et porte sur le sevrage tabagique. Les thèmes abordés sont les suivants :

- moi et mon tabac,
- ce que j'en sais,
- a priori négatifs concernant le sevrage,
- a priori positifs concernant le sevrage,
- mes capacités,
- moi et les autres.

Ces thèmes sont abordés à travers plusieurs séances mises en place dans le cadre d'un hôpital de jour. Le programme dure une semaine. Les ateliers sont les suivants :

- loto des odeurs (test olfactif avant et après l'hospitalisation),
- visionnage de films,
- relaxation,
- groupes de parole : gestion du sommeil, réaffirmation de la décision,
- les conséquences physiologiques de la fumée,
- jeu Tabakitaba.

Les auteurs concluent sur la proximité des prises en charge en tabacologie et en ETP, cette dernière permettant par ailleurs d'apporter une base structurelle et pédagogique à la prise en charge de l'addiction.

Un article publié en 2014 décrit la mise en place d'un programme centré sur le baclofène (36). Mais après avoir contacté l'équipe responsable de ce programme il s'avère que celui-ci n'existe plus.

Trois thèses, deux de pharmacie (37, 38) et une de médecine générale (39), décrivent la mise en place de programmes d'ETP en ambulatoire.

Dans sa thèse soutenue en 2016 (37), Olivia Dubois propose un programme d'ETP à destination des patients sous TSO appelé « Moi et mon TSO », programme destiné à être mis en place au sein d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Le programme imaginé est destiné aux patients adultes déjà intégrés dans un parcours de soins. Voici les objectifs développés :

- comprendre sa maladie et ses traitements,

- pouvoir partager ses expériences de vie avec d’autres patients,
- optimiser la prise de son TSO,
- pouvoir s’adapter au quotidien aux différents événements de la vie,
- acquérir et/ou maintenir une activité sociale et/ou professionnelle.

Le programme comprendrait 4 à 6 séances collectives d’une durée de 1 heure environ auxquelles participeraient 5 à 10 patients.

La thèse d’Imane Noumani (38), soutenue en 2011, traite quant à elle de l’apport de l’ETP dans la prise en charge par le pharmacien des addictions aux opiacés. Cette thèse contient une succession de situations auxquelles sont confrontés les médecins ou les pharmaciens face aux usagers de drogues. Pour chaque situation est proposé un protocole d’action à destination des soignants. Il permet de standardiser la prise en charge dans le cadre d’un partenariat ville-hôpital notamment. Il n’y est pas décrit de séance d’ETP centrée sur le patient. Ce programme n’a finalement pas été mis en place.

La thèse d’Aymeric Lefebvre (39), soutenue en 2016, porte sur la description de la mise en place de séances collectives d’ETP en tabacologie dans une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Le programme décrit des modules de trois séances se déroulant en semaine de 19 h 30 à 21 h dans la MSP de Savenay.

Les séances étaient les suivantes :

- ma relation au tabac,
- j’arrête de fumer,
- je tiens bon.

57 patients ont participé à au moins une des trois séances. Il s’agissait de patients volontaires pour modifier leur consommation. Ils ne bénéficiaient pas de diagnostic éducatif ni de bilan personnalisé à proprement parler. L’évaluation des séances se faisait par un questionnaire portant sur l’efficacité du programme et sur la satisfaction des participants. Seulement 18 patients y ont répondu. L’efficacité était jugée sur la proportion de patients à avoir atteint leur objectif initial de diminution de consommation. Cet objectif était coté pour chaque patient en « jours/semaines », en « mois » ou « dans un futur proche ». 17 des 18 patients ayant répondu au questionnaire déclaraient avoir atteint leur but à la fin du programme. 17 des 18 participants recommandaient le programme. Cependant il faut interpréter ces résultats avec prudence en raison du taux de réponse et du risque lié à la probabilité que seuls les plus satisfaits aient répondu.

Un mémoire soutenu en 2016 (40) dans le cadre de la capacité d’addictologie clinique de la faculté de médecine de Marseille porte sur l’élaboration d’un programme d’ETP visant le maintien de l’abstinence chez des patients dépendants à l’alcool. Il décrit précisément les séances et leurs objectifs. Il se compose de sept séances, à raison d’une séance par semaine. Les séances sont les suivantes :

- connaître et comprendre l’alcoolodépendance,

- connaître, comprendre et prendre les traitements médicamenteux,
- prendre conscience des déclencheurs et des fortes envies,
- savoir gérer ses émotions, voir ses pensées comme des pensées,
- pratiquer la relaxation dynamique et la gestion corporelle des émotions,
- savoir adopter un comportement affirmé,
- mettre en œuvre des modifications de son mode de vie, prendre soin de soi et adopter un style de vie équilibré.

Chaque séance est prévue pour accueillir un groupe de huit à dix participants pendant trois heures dans le cadre d'une hospitalisation de jour. Au moment de la rédaction du mémoire, le programme était encore en attente de l'autorisation de l'ARS. Il n'a pas été retrouvé sur le portail ETP de l'ARS.

En conclusion, on trouve peu d'articles pertinents et ceux-ci indiquent rarement les contenus des programmes. Les données de la littérature ne permettent donc pas de connaître les modalités des programmes en cours.

2.2 Recherche des programmes d'ETP en addictologie autorisés en France

L'objectif de cette seconde partie était de répertorier pour la France les programmes autorisés en addictologie réellement actifs et d'avoir éventuellement accès à leurs contenus. Les programmes d'ETP autorisés par l'ARS doivent répondre à un cahier des charges précis et nécessitent une accréditation spécifique afin de pouvoir obtenir l'agrément de la HAS et son financement. La gestion des données relatives à ces programmes autorisés est très différente selon chaque ARS. Ainsi, pour colliger tous les programmes existants, nous avons recherché les programmes région par région.

Notre démarche a été systématique. Dans un premier temps nous avons effectué une recherche sur les sites des ARS ou sur leurs portails dédiés à l'éducation thérapeutique, puis, lorsque les informations étaient insuffisantes, nous contactons par téléphone les responsables ETP des ARS.

Afin de ne pas passer à côté de programmes mis en place hors structure ARS, nous avons envoyé un courriel à toutes les unités transversales pour l'éducation du patient (UTEP) référencées sur le site de l'Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique (AFDET) (41), afin de savoir si elles avaient connaissance d'un programme d'éducation thérapeutique dans leur secteur ou avaient participé à la création d'un tel programme.

Une fois établie la liste de tous les programmes autorisés en addictologie, nous avons tenté de joindre les équipes responsables soit par courriel, soit par téléphone (directement ou en passant par le service indiqué par l'ARS). L'objectif de ces entretiens non formalisés était d'obtenir les caractéristiques des programmes, et si possible les outils utilisés. Ces entretiens ont été réalisés aux mois de novembre et décembre 2016.

2.2.1 Résultats

2.2.1.1 Liste des programmes

Certaines régions mettent en place des outils qui facilitent l'accès au contenu des programmes. L'ARS de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur permet par exemple, via le site internet OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) (42), l'accès à tous les programmes autorisés, ainsi qu'à leurs contenus, leurs localisations et leurs caractéristiques.

Les régions Île-de-France et Pays de la Loire ont mis en place le site CART'EP (43, 44) qui permet lui aussi de retrouver les programmes par pathologie et par localisation géographique. Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, le site équivalent s'appelle EPHORA (Education du Patient à l'HOpital en Rhône-Alpes) (45). Une partie des programmes de l'ARS Grand Est se retrouve sur le site ETP Alsace (46). Les autres ARS proposent seulement une liste des programmes autorisés sur leur site internet. Ces listes peuvent malheureusement dater de plusieurs années. Enfin, certaines régions n'offrent aucune information en ligne.

Après entretien téléphonique, sept programmes présents sur ces listes ARS n'existaient plus. Les causes avancées étaient un manque de motivation des équipes soignantes, la difficulté de recruter des patients, ou un trop grand nombre de perdus de vue. Ces programmes ne sont pas pris en compte par la suite.

On a ainsi recensé trente programmes d'ETP en addictologie autorisés par l'ARS et actifs fin 2016. Ces programmes se concentrent dans dix territoires ARS sur dix-sept représentés en jaune sur la figure ci-dessous (illustration 2).

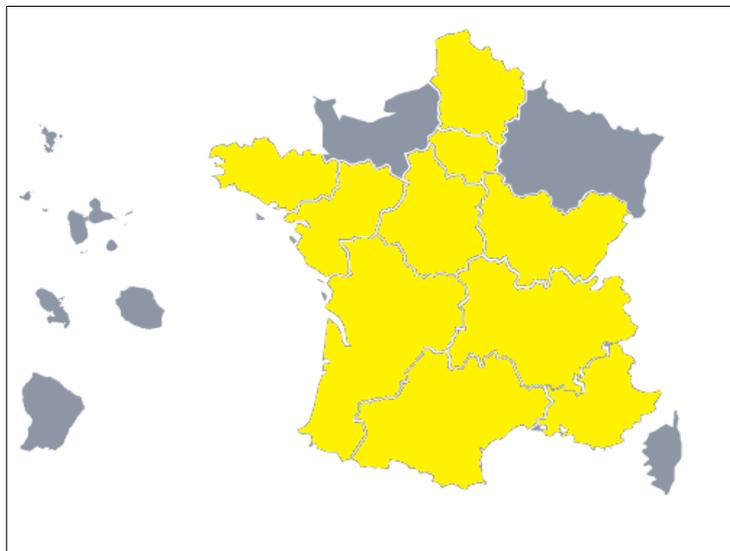


Illustration 2 : Carte des régions ARS accueillant au moins un programme d'ETP en addictologie

□

Ces trente programmes portent tous sur les addictions avec produits. Parmi eux, seize concernent l'alcool, trois le tabac, un les opiacés, et pour dix d'entre eux l'addiction n'est pas précisée, ou le programme est destiné à prendre en charge les polyaddictions (illustration 3).

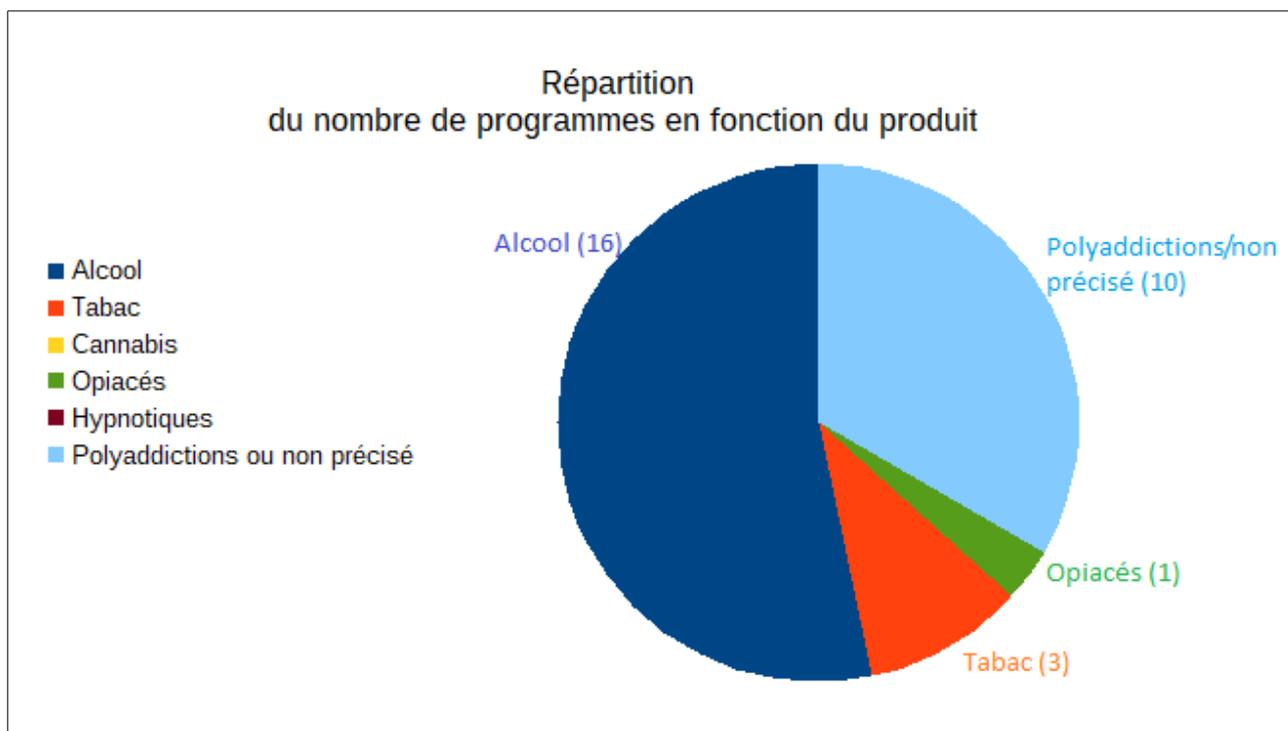


Illustration 3 : Répartition des programmes d'ETP recensés par l'ARS en fonction du produit

Le contenu de quinze des trente programmes était accessible – au moins partiellement – en ligne. Seules quatorze équipes ont accepté de participer à l'entretien.

La demande auprès des équipes référencées par l'AFDET n'a pas permis de trouver d'autres programmes que ceux référencés par les différentes ARS.

2.2.1.2 Accès aux contenus des programmes

Il a été difficile d'obtenir des informations sur les programmes. La première difficulté fut de réussir à joindre des membres des équipes soignantes, en particulier de joindre un membre compétent pour répondre aux questions concernant le programme, car souvent le coordinateur du programme désigné pour l'ARS n'y participait pas réellement. Plusieurs des intervenants contactés ont refusé de partager les informations concernant les supports utilisés, le nombre de séances ou leur contenu.

Nous avons réussi à obtenir des informations partielles sur vingt-deux des trente programmes qui seraient actifs, dont quatorze par des entretiens avec des membres de l'équipe soignante.

Parmi ces programmes, six sont ambulatoires, un est mixte, et quinze sont hospitaliers (dont trois dans le cadre d'hospitalisation de jour).

On remarque de grandes différences entre les programmes. Le nombre de participants déclaré peut varier de trois patients pendant deux mois à sept cents patients sur une année.

Chaque équipe dispose d'intervenants différents, leur nombre allant de deux à sept selon les équipes interrogées. Les programmes font intervenir des médecins addictologues (psychiatres ou généralistes), des diététiciens, des infirmiers, des psychologues, des assistants sociaux, des éducateurs sportifs, des éducateurs médico-sociaux, des aides soignants, des pharmaciens, des ergothérapeutes, des membres d'association.

Les programmes peuvent aller de deux à cinquante séances.

Toutes les équipes pour lesquelles des informations étaient disponibles ont déclaré faire un diagnostic éducatif partagé ainsi qu'un projet de soins personnalisé.

Onze des programmes nous ont été partiellement transmis, regroupant au total 81 séances. Voici la liste des séances regroupées par thèmes :

LES THÈMES	NOMS DES SÉANCES
Le produit	Qu'est-ce qui peut amener à consommer de l'alcool. En quoi l'alcool peut me servir ? Regard de la société sur l'addiction et regard du patient sur la société. Le tabac c'est quoi ? Qu'est-ce que l'alcool ? Effets de l'alcool sur le corps. Le circuit de l'alcool. Les bénéfices du sevrage Idées fausses / idées vraies ☐ Le tabac, pourquoi arrêter ? Quels bénéfices à arrêter de fumer ? Tabac et maladie psychiatrique ? Les risques infectieux
Les traitements	Connaître, comprendre et savoir prendre les traitements médicamenteux Les traitements de substitution aux opiacés La place des TSO dans la prise en charge globale Les TSO proprement dits TSO et consommations associées
La dépendance	Connaître et comprendre l'alcoolodépendance La dépendance à l'alcool Atelier de photo-langage autour de la dépendance La dépendance, les complications neurologiques, les complications digestives, les traitements, anthropologie de la maladie Information sur la maladie alcoolique La maladie addictive Connaissance de la dépendance Atelier de photo-expression autour de la dépendance La dépendance au tabac et ses complications Photo-expression mon tabac et moi Représentations de la dépendance Définir la maladie alcoolique Comment devient-on dépendant ?
La relaxation	Pratiquer la relaxation et la gestion corporelle des émotions Relaxation, méditation, qi gong Relaxation
L'alimentation	L'alimentation équilibrée, alimentation et budget, questions diverses Atelier senteurs Atelier équilibre alimentaire

	Information diététique Diététique / mieux s'alimenter Séance collective diététique
Prendre soin de soi	Prendre soin de soi et adopter un style de vie équilibré Savoir évaluer et prendre soin de soi Estime de soi Groupe d'affirmation de soi Prendre soin de soi Savoir s'affirmer
Gérer sa maladie	Vidéo psycho éducation : savoir refuser l'alcool / les pensées dangereuses / gérer les critiques face à l'alcool / avoir un plan d'urgence Comment faire face aux envies de fumer ? Atelier d'apprentissage de gestion d'envie de consommation et gestion du stress Prendre conscience des déclencheurs et des fortes envies Mise en situation x 2 Les stratégies Les signes d'alerte Comprendre les mécanismes déclencheurs et d'entretien des difficultés Comprendre et identifier les influences extérieures et intérieures La balance décisionnelle Préparation à la sortie x 2 La rechute Gestion du temps libre Les motivations
L'entourage	Resocialisation Mobiliser mes habiletés sociales Le sujet et son environnement
Atelier manuel	Atelier manuel Atelier thérapeutique créatif et manuel Atelier ergothérapeutique
La gestion des émotions	Savoir gérer ses émotions, voir les pensées comme des pensées La gestion des événements de la vie et des pathologies associées Le stress, le sommeil, la confiance en soi. Planifier et valoriser sa stratégie
S'exprimer	Groupe de parole Réunion avec des mouvements d'entraide Intervention Vie Libre et Alcool Assistance Groupes de parole psychoéducatifs (sur la maladie addictive, sur la gestion des émotions, sur l'affirmation de soi) Groupe de parole animé par les Alcooliques anonymes Groupe de parole animé par Vie Libre Groupe de parole alcool Modeler ses idées Atelier thérapeutique de stimulation cognitive en groupe Atelier d'écriture
Activités physiques	Sport Activité gymnastique Boxe éducative

Tableau 2: Liste des séances d'ETP en addictologie regroupées par thème

2.2.2 Discussion

2.2.2.1 Liste des programmes

De nombreux obstacles rendent l'accès aux programmes compliqué. L'inexistence d'un répertoire national des programmes ETP impose de rechercher ceux-ci région par région, tandis que l'absence

d'interlocuteurs spécifiques dans les ARS complique également la tâche. Seules quelques-unes d'entre elles ont un responsable dédié à l'ETP.

Par ailleurs, sans réelle justification, il est impossible d'avoir accès aux demandes d'autorisation des programmes d'ETP, qui pourtant comportent de nombreux éléments sur les contenus des programmes. Seule une ARS a directement transmis les contenus des programmes ETP, les autres refusant ou bien redirigeant vers les portails internet ETP.

Les portails internet dédiés facilitent la recherche dans certaines régions, mais ils sont souvent mal renseignés et indiquent parfois des programmes obsolètes ou incomplets.

Les programmes ETP autorisés doivent être réévalués tous les quatre ans et leur renouvellement d'autorisation est soumis à l'ARS. Cependant, il arrive que les données ne soient pas à jour. De nombreux programmes ne sont plus en place et les listes omettent les programmes récents, souvent bien construits.

On constate au final que le nombre de programmes effectifs en France est probablement inférieur à trente. Il n'existe pas de programmes ETP concernant les addictions sans produit. Ils concernent pour la plupart l'alcool et on ne trouve pas de programmes sur le cannabis par exemple.

L'addictologie représente donc moins de 1 % des 3950 programmes ETP autorisés en France en 2014 selon le HCSP.

2.2.2.2 Contenu des programmes

Une fois la liste des programmes établie il a été difficile de joindre les équipes. La plupart d'entre elles acceptent de parler de leur programme mais refusent de transmettre leur support ou de détailler les séances. Il faudrait joindre individuellement chaque intervenant pour connaître le contenu des séances.

Souvent les coordinateurs ne peuvent pas répondre aux questions sur le contenu des séances car ils n'y participent pas réellement.

La réticence à transmettre le contenu des séances peut aussi s'expliquer par le contenu en lui-même. En effet, celui-ci est parfois un programme de cure ou de postcure sans démarche ETP structurée mais pour autant il dispose de l'autorisation ARS et du financement associé. L'explication tient au fait que la prise en charge en addictologie comporte déjà des éléments de l'ETP. La multidisciplinarité et la prise en charge globale étant des piliers de la démarche de soins en addictologie.

On peut aussi se poser la question du financement des programmes, qui sont une source de revenus pour les services et peuvent motiver certains coordinateurs à demander les autorisations à l'ARS sans qu'il y ait réellement eu de changement vers une démarche d'ETP. Plusieurs structures n'ont pas eu besoin de modifier leur prise en charge pour prétendre à l'autorisation de l'ARS.

Onze équipes ont accepté de nous adresser des éléments de leur programme. Par exemple, des emplois du temps détaillés du programme, des fiches de séance détaillées ou des demandes d'autorisation à l'ARS.

Le nombre de séances, d'intervenants ou la durée des programmes sont difficiles à interpréter, tant les programmes sont différents. Une fois regroupées par thématiques, les séances présentent néanmoins une cohérence autour d'aspects essentiels pour la prise en charge des troubles liés à l'usage de l'alcool. Nous avons dégagé douze thèmes : le produit, les traitements, la dépendance, la relaxation, l'alimentation, prendre soin de soi, l'entourage, les ateliers manuels, s'exprimer, la gestion des émotions, gérer sa maladie et les activités physiques. Les thèmes les plus représentés sont la gestion de la maladie, le produit, la dépendance et l'expression.

L'ETP en addictologie en France concerne donc une trentaine de programmes, dont la moitié portent sur les troubles liés à l'usage de l'alcool. Il a été difficile d'avoir accès à leur contenu, mais ceux dont nous avons obtenu l'intitulé des séances nous ont permis de dégager quatre grands thèmes pertinents cliniquement et qui constitueront la base des séances collectives du programme que nous allons proposer.

3. Construction d'un programme d'ETP en addictologie

3.1 Méthode

L'organisation et les modalités pratiques de mise en œuvre de l'ETP ne font aujourd'hui l'objet d'aucun consensus ni dans la littérature ni dans les pratiques. Pour aider à l'élaboration de ces programmes, la HAS a édité en 2007 un guide proposant un cadre général structuré (28).

L'architecture du programme qui va être présenté repose donc sur ces recommandations ainsi que sur les programmes préexistants en France dans le domaine de l'addictologie. Le contenu des séances reprend des éléments de la mallette COMETE (COMPétences psychosociales et Education du paTiEnt). Il s'agit d'un ensemble de fiches créées par le comité régional d'éducation pour la santé (CRES) (48) de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et qui ont pour objectif de développer les compétences psychosociales du patient.

Nous allons donc développer une structure de programme d'ETP adaptée à l'addictologie et émettre des propositions de séances collectives.

3.2 Présentation générale

3.2.1 Objectifs du programme

Les objectifs généraux du programme sont l'amélioration de la santé et de la qualité de vie du patient. Cela passe par l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins, ainsi que par la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation qui lui permettront de contrôler sa consommation d'alcool, voire de la diminuer, et d'en atténuer les conséquences.

Les objectifs spécifiques du programme sont d'amener le patient à :

- verbaliser sur la connaissance de ses troubles, et confronter ses représentations de la maladie et ses croyances à celles d'autres participants,
- approfondir ses connaissances sur la dépendance et le caractère chronique de sa maladie,
- apprendre à repérer et à gérer ses émotions, souvent responsables de rechute,
- identifier de nouvelles ressources internes et externes pouvant l'aider à faire face aux situations à risque de reconsommation,
- trouver la confiance en soi pour développer sa capacité à gérer lui-même la maladie,
- apprendre à impliquer son entourage et l'environnement en général dans sa maladie, notamment dans la gestion des situations à risque,
- communiquer à propos de sa maladie avec d'autres patients présentant les mêmes difficultés au quotidien et avec son entourage.

3.2.2 Lieu

Que ce soit à l'hôpital ou en structure ambulatoire, il n'existe pas de programmes d'éducation thérapeutique en addictologie en Loire-Atlantique. Si on élargit au niveau régional, on trouve un

programme d’ETP en Pays de la Loire au centre de soins de suite et de réadaptation François-Gallouédec au Mans.

Le programme sera construit avec la perspective de le mettre en place dans l’unité d’hospitalisation Guillaume-Apollinaire de l’hôpital Saint-Jacques à Nantes. Ce service de psychiatrie comprend 13 lits d’hospitalisation à temps plein, 2 lits d’hospitalisation courte (4 jours pour les bilans bio-psycho-sociaux des patients suivis pour conduites addictives) et 6 places d’hôpital de jour.

3.2.3 Population cible

Le programme s’adresse à une population de patients adultes ayant des troubles liés à l’usage de l’alcool, hommes ou femmes, pris en charge dans le service d’addictologie du CHU de Nantes (en ambulatoire ou en post-hospitalisation). Il n’y a aucune contre-indication à participer au programme d’ETP, néanmoins les troubles psychiatriques sévères, les troubles cognitifs et l’alcoolisation aiguë manifeste doivent nécessiter une adaptation franche du programme (cf. tableau 2). Chaque patient se verra proposer d’intégrer le programme et pourra évidemment refuser d’y participer. Les proches pourront éventuellement être intégrés à la démarche ETP et prendre part aux séances selon l’organisation et le contenu de celles-ci.

CRITÈRES D’INCLUSION	CRITÈRES D’EXCLUSION
Adulte	Troubles cognitifs sévères
Volontaire	Déni des troubles
En soins dans le service pour un trouble lié à l’usage de l’alcool	Alcoolisation aiguë manifeste
Protection sociale à jour	Absence de protection sociale
	Troubles psychiatriques ou somatiques non stabilisés

Tableau 3 : Critères d’inclusion et d’exclusion au programme d’ETP.

3.2.4 Choix de l’addiction

Deux motivations nous ont fait choisir les troubles liés à l’usage de l’alcool pour construire le programme d’ETP :

- l’alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France et sa prise en charge représente un enjeu majeur de santé publique,

- la majorité des autres programmes existant en France en addictologie portent sur l’alcool et donnent donc des pistes de réflexion pour élaborer un programme adapté, efficace et cohérent.

3.2.5 Intervenants

Tous les soignants auront pour mission d’informer les patients de l’existence du programme d’ETP au sein du service.

La composition de l'équipe qui coordonnera et réalisera le programme devra répondre au cahier des charges de la HAS, c'est-à-dire que chaque intervenant devra avoir suivi une formation spécifique à l'ETP de quarante heures. Le coordinateur sera nécessairement un médecin. Les professionnels de santé devront par ailleurs être formés en addictologie. Actuellement trois infirmières sont en cours de formation au sein de l'unité Guillaume-Apollinaire et un des médecins possède son diplôme universitaire en ETP.

Même si les séances d'ETP peuvent être réalisées par un professionnel de santé seul, dans l'idéal l'équipe sera multidisciplinaire et les séances animées par plusieurs intervenants à la fois.

Les équipes pourront être composées selon les besoins et les disponibilités des membres suivants : psychologue, psychiatre, infirmier, assistant de service social, travailleur social, membre d'association, éducateur spécialisé, etc.

3.2.6 Mode de recrutement des patients

Le programme sera proposé à tous les patients présents dans le service répondant aux critères d'inclusion, ainsi qu'aux patients suivis en post-hospitalisation.

Les patients intéressés devront s'engager au moins oralement à s'impliquer dans toutes les séances et à répondre à l'évaluation finale. Néanmoins, au début de chaque séance, après la présentation de son déroulement, l'intervenant laissera la possibilité aux participants qui ne souhaiteraient pas prendre part à la séance de le faire (c'est-à-dire de rester en tant qu'observateurs).

3.2.7 Durée

Le programme se déroulera sur deux mois, à raison d'une séance collective toutes les deux semaines.

3.3 Diagnostic éducatif partagé

Le diagnostic éducatif partagé est la première étape de la démarche en ETP. Il s'agit d'un échange ouvert entre un ou plusieurs intervenants et le patient. Il doit permettre de déterminer le contexte, les attentes du patient, pour aider à mettre en place le plan de soins personnalisé pour chacun. Il peut être considéré comme la première séance individuelle du programme.

Voici une liste non exhaustive des éléments qu'il peut comporter. Ces questions doivent être vues comme les piliers d'un dialogue libre et non comme un questionnaire. Le ou les professionnels qui l'utiliseront devront l'adapter à chaque patient.

Identifier l'environnement du patient

Où habitez-vous ? Vivez-vous seul ?
Quelles sont vos sources de revenus ?
Avez-vous un suivi avec un(e) assistant(e) social(e) ?
Que faites-vous de votre temps libre ?
Quel est votre entourage ?
Vous sentez-vous soutenu par vos proches ?

Trouvez-vous utile l'aide des associations de patients ?
Que pensez-vous de l'aide reçue dans le service ?

Connaître son rapport avec l'alcool

Avez-vous déjà eu un suivi pour les troubles liés à l'usage de l'alcool ?
Vous rappelez-vous votre première rencontre avec l'alcool ?
Consommez-vous d'autres produits ? Si oui, lesquels et quelle(s) consommation(s) avez-vous ?
Souhaitez-vous modifier cette/ces consommations ?
Selon vous, comment s'est installé votre problème avec l'alcool ?
Que pensez-vous de votre consommation ?
Quels sont vos objectifs concernant cette consommation ?

Connaître ses représentations sur les troubles liés à l'usage de l'alcool

Qu'est-ce qu'une consommation modérée, selon vous ?
L'abstinence est-elle le seul moyen de guérir de la dépendance à l'alcool ?
Quelle image avez-vous des personnes dépendantes de l'alcool ?
Avez-vous déjà suivi une cure ? Si oui, celle-ci vous a-t-elle aidé ? Quels facteurs de rechute avez-vous identifiés ?
Quelles situations vous mettent-elles en danger ?
Quelles sont vos difficultés au quotidien ?
Pensez-vous boire trop en ce moment ?
Qu'est-ce qui vous freine à arrêter l'alcool ?
Quelle influence votre maladie a-t-elle sur vos proches ?
En quoi la dépendance à l'alcool a-t-elle changé votre mode de vie ?
Quelle est, selon vous, la meilleure façon de guérir de la dépendance à l'alcool ?
Quelles sont les complications liées à votre consommation qui vous inquiètent le plus ?

Définir les capacités d'adaptation du patient

Qu'est-ce qui vous permettrait de mieux maîtriser votre consommation ?
Quelles sont vos ressources en cas de situation à risque ?

Cibler les attentes du patient

A quelle(s) consommation(s) aimeriez-vous parvenir idéalement ?
Quelles sont vos priorités d'apprentissage ?
Quels sont vos projets personnels à l'issue du programme ? Comment pensez-vous y arriver ?
Comment voyez-vous l'avenir ?
Comment aimeriez-vous être suivi après le programme ? (Quels professionnels ? Quelle structure ?)
Quel est votre objectif en intégrant le programme d'ETP ?
Qu'aimeriez-vous apprendre sur votre maladie ?

Tableau 4 : Guide d'entretien du diagnostic éducatif personnalisé.

Ce diagnostic éducatif peut être recueilli dans un livret d'entretien qui suivra le patient tout au long du programme. Le ou les soignants peuvent aussi relever de nombreux éléments non verbaux au cours de cet entretien, comme les tabous et les réticences du patient à s'exprimer sur certains points ; la dimension psychoaffective soulevée par certaines questions ; la lassitude face aux rechutes répétées ; le stade d'acceptation de la maladie ; la motivation réelle, etc.

Le diagnostic éducatif doit être un processus continu, actualisé régulièrement. Il doit laisser la place au changement tout au long du programme.

3.4 Projet de soins personnalisé

Il s'agit de la seconde phase de l'ETP. Ce projet doit être établi en concertation avec le patient à l'issue du diagnostic éducatif. Il a pour objectif de formuler les compétences à développer au cours du programme, et ainsi de planifier un projet éducatif individualisé. Ces compétences seront ensuite communiquées au reste de l'équipe soignante. Le projet de soins comprendra aussi le programme des séances individuelles et collectives que suivra le patient, ainsi que l'auto-évaluation finale. Deux grands types de compétences à mobiliser ou à acquérir doivent être définies, celles concernant l'auto-soins et les aptitudes psychosociales. Le projet de soins personnalisé sera différent si le patient s'oriente vers une démarche de maîtrise de sa consommation ou d'arrêt.

3.4.1 Les compétences d'auto-soins

Dans le cadre du programme, les compétences d'auto-soins à développer pourront être :

- maîtriser sa consommation,
- mettre en œuvre des modifications de mode de vie (équilibre diététique, programme d'activité physique, etc.),
- éviter les situations à risque,
- se fixer des objectifs de consommation,
- assurer un suivi spécialisé régulier,
- apprendre à impliquer son entourage dans la gestion de ses troubles, mais aussi de ses phases d'équilibre,
- anticiper les rechutes, se remettre d'une rechute.

3.4.2 Les compétences psychosociales

Les objectifs larges définis par la HAS restent totalement adaptés à la problématique de l'addiction, à savoir :

- se connaître soi-même, avoir confiance en soi,
- savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress,
- développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles,
- prendre des décisions et résoudre un problème,
- se fixer des buts à atteindre et faire des choix,
- s'observer, s'évaluer et se renforcer.

En 2001, J.-F. d'Ivernois et R. Gagnayre ont publié une liste des compétences qui devraient être acquises à l'issue d'une démarche d'éducation thérapeutique. Les voici présentées dans ce tableau avec des exemples adaptés à notre programme (49).

Compétences	Objectifs spécifiques en addictologie
Faire connaître ses besoins, déterminer des buts en coordination avec les soignants	Déterminer un objectif de maîtrise ou de diminution de la consommation
Comprendre, s'expliquer	Comprendre les mécanismes à l'origine des rechutes Comprendre le cycle de la dépendance
Repérer, analyser, mesurer	Savoir identifier les situations à risque, les signaux annonciateurs de rechute
Faire face, décider	Savoir faire appel à ses ressources en cas de situations présentant des risques de rechute Identifier de nouvelles ressources internes comme externes
Résoudre un problème quotidien lié à la maladie	Apprendre à réagir face à une situation à risque à partir d'exemples concrets
Pratiquer, faire	Faire face aux émotions Gérer les situations de stress
Adapter, réajuster	Apprendre quelle attitude adopter en cas de rechute
Utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits.	Choisir le suivi à mettre en place à l'issue du programme Connaître les structures de soins pour avancer Connaître ses droits (affection de longue durée (ALD) éventuellement, transports, aides financières, ...)

Tableau 5 : Compétences psychosociales en addictologie.

3.5 Proposition de séances collectives

3.5.1 Choix des séances

L'état actuel des connaissances ne permet pas de répondre à la question du bénéfice des séances collectives par rapport aux séances individuelles, ni à celle de la fréquence, de la durée optimale

pour chacune des séances d'ETP, ou de la taille idéale d'un groupe de participants. Il n'y a aucun consensus permettant de déterminer le nombre de séances ni leur rythme pour un programme d'ETP donné.

Selon la HAS, les séances collectives pour les programmes d'ETP adulte doivent durer entre 30 et 45 minutes afin de favoriser l'adhésion des participants. Néanmoins, cela semble trop court dans le champ de l'addictologie. Nous avons donc décidé d'allonger la durée à environ 90 minutes par séance collective ; certaines séances seront même plus longues.

Le programme sera composé de séances collectives et individuelles auxquelles assisteront les participants en fonction de leur projet personnalisé de soins. La durée de chaque séance dépendra de son contenu, et un nombre optimal de participants sera estimé en vue d'assurer le bon déroulement de chaque séance.

Nous avons décidé de commencer par construire un nombre restreint de séances, même si celui-ci pourra s'étoffer dans l'avenir. Ce nombre limité nous permet de faire participer le plus grand nombre de patients à des séances facilement accessibles car assez peu spécialisées. Cela laisse aussi la porte ouverte à l'adaptation du programme dans le cadre du réseau de soins extrahospitaliers.

Nous avons fixé nos thématiques comme suit :

- mieux connaître ma maladie,
- apprendre à mieux gérer mes émotions,
- apprendre à mieux identifier les situations à risque,
- savoir mieux prendre soin de moi.

Pour ces quatre thématiques nous avons déterminé deux exemples de séances, avec pour chacune un objectif, les compétences mises en jeu, les techniques utilisées, les supports, les critères d'évaluation, la durée et le déroulement de la séance. Une fiche technique de chaque séance se retrouve en annexe.

3.5.2 Choix des outils

Toutes les séances ont été construites à l'aide de la mallette COMETE. Il s'agit d'un répertoire d'outils en éducation de la santé, présenté sous forme de boîte contenant des éléments pédagogiques dont le but est de développer les compétences psychosociales. Elle propose 80 types de séances d'ETP regroupées par thèmes en fonction des compétences développées. La mallette comprend aussi des cartes servant de support à certaines séances pour la photo-expression, le photo-langage, etc.

En éducation thérapeutique trois grands domaines d'apprentissage se dégagent. Voici un tableau leur associant des exemples d'outils pédagogiques correspondants.

Domaines d'apprentissage	Exemples d'outils pédagogiques
Savoir	Table ronde, étude de cas, Metaplan, brainstorming, technique des mots clés
Savoir-faire	Travaux pratiques, atelier, simulation de gestes techniques, activités sportives, jeux de rôle
Savoir-être	Photo-langage, jeux de rôle, séance de relaxation, activités sportives, table ronde

Tableau 6 : Domaines d'apprentissage en ETP.

Dans le domaine de l'addiction, les compétences développées étant principalement de l'ordre du savoir et du savoir-être, l'outil COMETE semble bien adapté car il est spécialisé dans les compétences psychosociales.

Les différents outils utilisés seront présentés dans les séances correspondantes.

3.5.3 Première thématique : « Mieux connaître ma maladie »

3.5.3.1 Thématique et compétences développées

Cette séance a pour objectif de s'approprier sa maladie. Elle permettra l'expression de ses croyances et de ses représentations sur la maladie ainsi que la verbalisation de ses connaissances.

3.5.3.2 Outils, matériel et techniques d'animation

La séance n° 1 utilisera la technique du tour de table et celle du brainstorming. Ces techniques permettent la prise de parole de chacun. Il faudra pour cela bien l'expliquer en début de séance et demander aux participants de respecter la parole des autres. Dans un premier temps, l'expression sera encouragée afin de recueillir le sentiment des participants sur leur maladie et sur les risques et les dommages qu'elle entraîne. L'intervenant définira les risques comme étant des situations où l'on s'expose à un danger plus ou moins probable à travers des consommations et/ou des conduites excessives. Il définira les dommages comme étant les conséquences de cette consommation à risque, qu'il s'agisse de complications somatiques, psychiatriques, socioprofessionnelles, familiales, ... Il pourra noter ces définitions sur le paperboard. Pratiquée en groupe, la technique du brainstorming permettra l'expression de tous les participants de manière spontanée sur le sujet. Dans un second temps, en binômes, un nouveau tour de table déterminera le caractère positif ou négatif des effets de l'alcool.

La séance n° 1 bis utilisera l'abaque de Régnier simplifié. Il s'agit d'une échelle de couleurs permettant de quantifier un sentiment sans communication verbale, ce qui améliore la fluidité de la séance tout en apportant un aspect ludique.

3.5.3.3 Déroulement de la séance n° 1

Présentation de la séance : L'intervenant insiste sur l'expression libre et le respect de la parole des autres. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, le but étant d'échanger.

Mobilisation du groupe : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « On a tous des connaissances plus ou moins justes sur la consommation d'alcool, sur la dépendance et les conséquences que cela peut avoir. Je vais inscrire des mots autour desquels nous allons réfléchir tous ensemble pour répondre à plusieurs questions. »

Temps 1 : L'intervenant fait une brève présentation orale sur les risques et les dommages. « Pouvez-vous me donner chacun deux risques et deux dommages liés à la consommation excessive d'alcool ? »

L'intervenant trace deux colonnes sur le tableau risques et dommages. Un tour de table est effectué au cours duquel chaque participant peut répondre librement.

L'intervenant collecte dans les colonnes les mots clés contenus dans les réponses des participants.

Puis l'intervenant demande aux participants quel(s) dommage(s) ils aimeraient réduire et pour quelles raisons.

Temps 2 : L'intervenant propose aux participants de déterminer, par binômes, deux effets provoqués par l'alcool ressentis comme positifs et deux effets ressentis comme négatifs. Les idées seront ensuite restituées en groupe.

L'intervenant les reporte sur un tableau en déterminant avec les autres participants dans quelle catégorie les classer : court, moyen et long terme.

3.5.3.4 Déroulement de la séance n° 1 bis

Présentation de la séance : Bien insister sur l'expression libre et le respect de la parole des autres. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, le but étant d'échanger. Ensuite l'intervenant distribue trois cartons – un rouge, un vert, un blanc – à chaque participant. L'intervenant déterminera à l'avance les propositions qu'il souhaite proposer parmi les douze présentées ci-dessous en fonction de la dynamique du groupe.

Mobilisation du groupe : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « Je vais énoncer des propositions concernant l'alcool, vous lèverez le carton rouge si vous n'êtes plutôt pas d'accord, le vert si vous êtes plutôt d'accord et le blanc si vous n'avez pas d'avis ou que vous hésitez. Ensuite nous reviendrons sur les propositions une par une afin d'en discuter. »

Temps 1 : L'intervenant énonce certaines des propositions suivantes et les participants lèvent le carton correspondant à leur opinion :

- Les gens boivent par plaisir.
- Les personnes dépendantes à l'alcool manquent de volonté.
- Les personnes dépendantes à l'alcool font des efforts pour boire moins ou ne plus boire.
- Les personnes dépendantes à l'alcool font souffrir les gens autour d'elles.
- La dépendance à l'alcool est une maladie.
- Les personnes dépendantes à l'alcool ne reconnaissent jamais qu'elles sont malades.
- On peut arrêter l'alcool sans se faire aider.
- La dépendance à l'alcool est un problème individuel.
- La dépendance à l'alcool est une maladie du cerveau.
- La dépendance à l'alcool est héréditaire.
- La rechute fait partie du parcours de la dépendance.
- Boire plus que prévu n'entraîne pas de dommages.

Après chaque proposition l'intervenant note dans un tableau sur le paperboard les résultats par couleur.

Temps 2 : L'intervenant propose de reprendre les propositions une à une pour en débattre, en laissant la parole au groupe comprenant le plus de membres pour commencer (ce qui permet de mettre le groupe en confiance).

L'intervenant veillera à susciter la discussion en évitant les conflits. Il favorisera la parole de chacun en respectant des temps de parole équitables.

3.5.3.5 Transfert des acquis et synthèse

L'intervenant invite le groupe à s'exprimer en posant les questions suivantes : « Comment avez-vous vécu ce temps d'échange, cette activité ? » ; « En quoi cette activité peut-elle vous aider dans la vie quotidienne ? »

La séance se termine alors par la synthèse, au cours de laquelle l'intervenant fait un résumé des discussions qui ont eu lieu au cours de la séance et remet un document regroupant les informations abordées avec les participants au cours de la séance n° 1.

3.5.4 Deuxième thématique : « Apprendre à mieux gérer mes émotions »

3.5.4.1 Thématique et compétences développées

Le but de cette séance est d'apprendre à reconnaître ses émotions pour mieux les gérer. Elle doit aussi proposer des clés pour mieux exprimer ses émotions, afin de les maîtriser et de prendre des décisions permettant de gérer au mieux la maladie.

3.5.4.2 Outils, matériel et techniques d'animation

La séance n° 2 utilise les cartes Événements et les cartes Émotions contenues dans la mallette COMETE (exemples de cartes en annexe 7.6). Les premières représentent des situations de la vie quotidienne auxquelles les patients sont souvent confrontés et qui peuvent leur poser des difficultés. Les cartes Émotions représentent des sentiments que peuvent ressentir les patients et qui peuvent leur poser problème vis-à-vis de l'addiction s'ils sont mal gérés. Les techniques d'expression utilisées pour la séance n° 2 sont le tour de table, qui permet à chacun de s'exprimer librement sur un thème proposé par l'intervenant, et la photo-expression. Cette technique consiste à utiliser un support graphique pour visualiser sa pensée et ainsi pouvoir plus facilement la verbaliser.

La séance n° 2 *bis* est un jeu de rôle devant permettre au patient de se repositionner dans une situation qui l'a mis en difficulté et d'observer avec un œil extérieur les émotions ressenties. Il pourra évoquer les difficultés qu'il a pu rencontrer, afin de mieux identifier les moyens de les gérer. En groupe les participants vont essayer de réfléchir aux techniques et aux ressources disponibles pour contrôler leurs émotions.

3.5.4.3 Déroulement de la séance n° 2

Présentation de la séance : Chaque participant va pouvoir exprimer ses difficultés à ressentir et à gérer ses émotions, et partager avec les autres ses expériences et ses questionnements. La liberté de parole est au centre de cette séance.

Mobilisation du groupe : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « Les émotions mal gérées sont souvent responsables de rechute. Cette séance a pour but d'apprendre à identifier ses émotions, afin de prendre les bonnes décisions par rapport à la dépendance. »

Temps 1 : L'intervenant dispose les cartes Événements sur une table devant les participants. Chaque participant choisit une carte, sans dire laquelle, correspondant à une situation lui ayant donné envie de boire. Il la laisse sur la table afin que chacun puisse choisir une carte. Lorsque tous les participants ont choisi une carte, ils peuvent la saisir. Si deux participants ont choisi la même carte, ils pourront se la faire passer pendant la séance.

Temps 2 : Chaque participant est ensuite amené à réfléchir à l'émotion que lui a déclenchée cet événement.

Ensuite, sur le même modèle que le temps 1, les participants choisissent une carte Émotion, celle qui correspond à leur carte Événement.

Temps 3 : A tour de rôle, les participants vont dévoiler leurs cartes et expliquer leurs choix en décrivant les émotions ressenties face aux événements. L'intervenant utilise alors le paperboard pour synthétiser les propos du groupe.

Temps 4 : Une fois que chacun a pu s'exprimer, l'intervenant invite les participants à réagir à chaque situation exposée. Afin de favoriser la discussion, il utilise des techniques de relance et de reformulation.

3.5.4.4 Déroulement de la séance n° 2 bis

Présentation de la séance : L'objectif de cette séance est de prendre conscience de ses émotions et des conséquences qu'elles peuvent entraîner sur la consommation. Elle permettra aussi de développer des stratégies communes pour contrôler ces émotions.

Mobilisation du groupe : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « Les émotions mal gérées sont souvent responsables de rechute. Cette séance a pour but d'apprendre à identifier ses émotions, afin de prendre les bonnes décisions par rapport à la dépendance. Vous allez réfléchir à des situations où vos émotions vont ont amenés à reconsommer. »

Temps 1 : Après un bref temps de réflexion, les participants sont invités à raconter brièvement des situations où ils ont été dépassés par leurs émotions

Temps 2 : L'intervenant sépare le groupe en deux ou trois sous-groupes, et chaque sous-groupe choisit parmi ces situations à risque celle qu'il va rejouer. L'intervenant distribue les rôles dans chaque sous-groupe, avec deux protagonistes et un observateur.

Exemples de situations à risque :

1. Un participant est critiqué sur sa consommation par une personne de son entourage.
2. Un participant, en arrêt de travail depuis plusieurs mois à cause de problèmes relationnels avec un collègue, vient de reprendre le travail.
3. Un participant vient d'apprendre une très bonne nouvelle qu'il attendait depuis longtemps, il a l'intention de la fêter.

Temps 3 : Chaque sous-groupe se réunit séparément pour imaginer une intrigue. Pendant ce temps l'intervenant trace sur le tableau des colonnes correspondant au nombre de scènes.

Temps 4 : Le premier sous-groupe joue sa saynète devant le reste du groupe dont les membres sont invités à repérer les émotions apparues dans le jeu et les stratégies mises en place par les participants. A la fin de la saynète, l'intervenant invite les participants du jeu à exprimer leurs ressentis et les observateurs à faire part de leurs remarques. Le deuxième puis le troisième sous-groupe pratiquent de la même manière.

Temps 5 : L'intervenant demande aux participants de faire plusieurs propositions pour résoudre les difficultés rencontrées par les protagonistes. Elles sont inscrites sur le tableau dans la colonne réservée au jeu de rôle.

Temps 6 : L'intervenant demande aux participants de regrouper les propositions identiques et il les entoure d'une même couleur afin de pouvoir les repérer visuellement. Il peut faire une proposition qu'il juge importante.

3.5.4.5 Transfert des acquis et synthèse

L'intervenant invite le groupe à s'exprimer en posant les questions suivantes : « Comment avez-vous vécu ce temps d'échange, cette activité ? » ; « En quoi cette activité peut-elle vous aider dans la vie quotidienne ? »

L'intervenant insiste sur la nécessité de reconnaître ses émotions et de savoir les exprimer, pour mieux les gérer et mieux négocier ses relations avec son entourage, mieux accepter les événements de la vie et gérer son addiction.

3.5.5 Troisième thématique : « Apprendre à mieux identifier les situations à risque »

3.5.5.1 Thématique et compétences développées

L'objectif de cette thématique est d'apprendre au participant à repérer les situations à risque, à les maîtriser et à prendre les décisions qui lui permettront d'avoir une maîtrise de sa consommation. Cette séance doit permettre au patient de comprendre qu'il est important qu'il ne se laisse pas déborder par certaines situations et qu'il doit prendre des décisions dans son propre intérêt afin de ne pas reproduire d'éventuelles situations d'échec.

3.5.5.2 Outils, matériel et techniques d'animation

La séance n° 3 est une étude de cas. Elle permet à chacun, puis au groupe, de poser un regard extérieur sur une situation. La situation choisie a pour but d'évoquer au patient son propre vécu de la maladie.

La séance n° 3 *bis* est une séance de brainstorming prenant pour support des post-it permettant au patient d'exprimer les situations vécues comme à risque ou comme stressantes et les réactions qu'elles ont pu déclencher en lui. Le travail de restitution doit permettre l'expression libre de

chacun et un dialogue en groupe afin que les participants expriment entre eux certaines situations difficiles mais aussi les analysent et comprennent.

3.5.5.3 Déroulement de la séance n° 3

Présentation de la séance : L'objectif de cette séance est de prendre conscience des situations à risque de rechute ou de consommation plus importante que prévu. Elle permettra aussi de développer des stratégies communes. L'intervenant va présenter une situation simple afin d'encourager la discussion entre les participants sur les circonstances qui peuvent les inciter à reconsommer. L'intervenant insistera sur la participation de chacun à la discussion.

Mobilisation du groupe : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « Certaines situations présentent un risque de rechute. Je vais vous proposer une situation simple, vous allez imaginer trois scénarios possibles à partir de celle-ci. »

Temps 1 : L'intervenant énonce une situation simple : Michel, 39 ans, ne boit plus depuis six semaines. Le mardi matin il se rend à la pharmacie. Sur la route il croise son ami Fabien qu'il n'a pas vu depuis deux mois et qui lui propose de boire un verre d'alcool pour fêter son anniversaire.

Temps 2 : Les participants se regroupent en binômes et élaborent trois scénarios possibles sur la suite de l'histoire en se concentrant sur les émotions de Michel et ses réponses à ses émotions.

Temps 3 : Chaque binôme expose ses trois scénarios au groupe. L'intervenant les note sur le paperboard.

Temps 4 : L'intervenant demande aux participants de regrouper les scénarios en trois ou quatre grands groupes en fonction des émotions ressenties par Michel et de son comportement, permettant de dégager un scénario type. Il entoure d'une couleur identique les scénarios rattachés à un scénario type.

Temps 5 : Pour chaque scénario type les participants vont exprimer en groupe les avantages et les inconvénients des décisions de Michel. L'intervenant les note dans un tableau sur le paperboard.

L'intervenant interroge ensuite les participants sur le scénario type à privilégier selon eux.

3.5.5.4 Déroulement de la séance n° 3 bis

Présentation de la séance : Chaque participant va pouvoir exprimer ses difficultés à ressentir et à gérer ses émotions et partager avec les autres ses expériences et ses questionnements. Pouvant être vécue comme très intime, cette séance, dans l'idéal, sera proposée à un groupe qui se connaît déjà. L'intervenant doit insister sur l'importance qu'il y a à laisser chacun s'exprimer.

Mobilisation du groupe : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « Les situations de stress sont souvent responsables de rechute. Cette séance a pour but d'apprendre à identifier ces situations et à les contrôler. »

Temps 1 : L'intervenant propose à chaque participant de noter sur un post-it de couleur une situation stressante qu'il a vécue et qui l'a amené à reconsommer.

Sur un deuxième post-it, de couleur différente, les participants inscrivent leur réaction face à cette situation.

Enfin, sur un troisième post-it d'une couleur différente de celle des deux premiers, ils notent les conséquences de cette réaction sur eux, leur entourage, leur environnement.

L'intervenant inscrit les consignes sur le paperboard sous forme de colonnes correspondant aux trois post-it de couleurs différentes. Un temps important est laissé aux participants pour réaliser ce travail réflexif.

Temps 2 : Les participants, tour à tour, expriment au groupe leur situation stressante et ses conséquences. Pendant ce temps, l'intervenant note sur le paperboard les réponses des participants dans les colonnes correspondantes.

Temps 3 : En groupe, les participants réagissent au tableau créé par l'intervenant, en essayant de déterminer des liens entre les situations et leurs conséquences. Au cours de cette étape, l'intervenant utilise les techniques de relance et de reformulation. Il aide chaque participant à faire du lien et à mettre du sens entre les idées présentée sur ses propres post-it. L'intervenant encourage le débat et les échanges entre les participants.

Temps 4 : L'intervenant fait une synthèse des productions du groupe, puis invite chaque participant à inscrire sur un post-it différent les ressources dont il dispose pour gérer les situations stressantes, ses réactions ou leurs conséquences.

Enfin, sur le dernier post-it, les participants doivent écrire ce qui les empêche de mettre en œuvre, d'utiliser leurs ressources ou de s'appuyer sur elles. L'intervenant complète son tableau en y ajoutant les deux dernières colonnes. Il collige ensuite les réponses des participants.

Temps 5 : L'intervenant alimente la réflexion en invitant le groupe à songer à une situation à risque. Dans ce cas, les participants pensent-ils ou non pouvoir contrôler cette situation ?

3.5.5.5 Transfert des acquis et synthèse

Pour la séance 3, l'intervenant insiste sur la nécessité de reconnaître les situations à risque et sur les outils dont les participants disposent pour éviter la reconsommation dans leur vie quotidienne.

Pour la séance 3 bis, l'intervenant encourage les participants à prendre de la distance et les invite à se questionner sur eux-mêmes et à faire du lien avec leur réalité quotidienne. Qu'est-ce que cette activité leur a permis de mieux connaître d'eux-mêmes ? Que vont-ils pouvoir appliquer dans leur

quotidien ? L'intervenant ne suspend pas l'activité avant de s'être assuré que les participants ont pu prendre de la distance avec ce qu'il s'est passé pendant la séance.

3.5.6 Quatrième thématique : « Savoir mieux prendre soin de moi »

3.5.6.1 Thématique et compétences développées

L'objectif de cette quatrième thématique est de permettre au patient d'acquérir des compétences pour développer la confiance en sa propre capacité à gérer sa consommation notamment en valorisant ses compétences déjà mobilisées. Cette séance permet de proposer au patient une vision positive de lui-même et du futur pour qu'il envisage une amélioration de santé.

3.5.6.2 Outils, matériel et techniques d'animation

La séance n° 4 utilise comme support un blason. Celui-ci est découpé en quatre parties correspondant chacune à une idée. Le but est de construire un outil personnalisé réutilisable par le patient.

La séance n° 4 *bis* utilise une liste de « forces de caractère », permettant au patient de trouver en lui les ressources nécessaires pour assurer une évolution positive de sa maladie. Cette liste de 24 forces de caractère a été créée par deux chercheurs en psychologie, les professeurs Christopher Peterson et Martin E.P. Seligman, adeptes de la psychologie positive. Elle a été traduite en français pour la mallette COMETE (50).

Pour les deux séances les patients doivent pouvoir écrire ou se faire aider par un des intervenants.

3.5.6.3 Déroulement de la séance n° 4

Présentation de la séance : Cette séance permet d'élaborer un outil utilisable quotidiennement pour développer sa confiance en soi.

Mobilisation du groupe : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « Un blason est un signe de reconnaissance. Il nous ressemble et nous permet via différents symboles d'affirmer notre identité, notre force, notre histoire. Je vous propose de créer le vôtre afin de disposer d'un outil auquel vous pourrez vous reporter dans les situations difficiles. »

Temps 1 : L'intervenant distribue les blasons vierges aux participants et en dessine un sur le paperboard pour expliquer comment remplir les différentes cases. L'idéal est de donner un exemple.

Case en haut à gauche : c'est la case du passé, celle où l'on inscrit le nom d'un personnage marquant de la vie, en qui on puise de l'espoir, de la volonté, de l'amour ou toute autre force.

Case en haut à droite : on y dessine ou inscrit le nom d'un objet qui symbolise sa personnalité, sa résistance, son tonus, sa puissance, etc.

Case en bas à gauche : on y inscrit tous ses soutiens actuels, humains, spirituels, matériels, etc.

Case en bas à droite : on y inscrit un projet personnel qu'il nous tient à cœur de réaliser dans les mois ou les années à venir.

Le bandeau en haut, quand on a rempli les quatre autres cases, résume notre « devise » face à la maladie.

L'intervenant laisse ensuite les participants réfléchir et remplir les cases, répond aux questions, aide à la formulation, etc.

Temps 2 : Chaque participant est invité à présenter son blason aux autres, qui peuvent l'aider si nécessaire à le compléter, à trouver la « devise » si besoin est.

3.5.6.4 Déroulement de la séance n° 4 bis

Présentation de la séance : Cette séance doit permettre à chacun de trouver les éléments positifs de sa personnalité pouvant l'aider à affronter son addiction.

Mobilisation du groupe : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « La santé est toujours perçue d'un point de vue négatif : comment ne pas être malade. Nous allons ici faire l'exercice inverse en cherchant les éléments de notre caractère qui peuvent nous rendre heureux et nous aider à affronter notre maladie. »

Temps 1 : L'intervenant distribue une fiche forces de caractère (cf. annexe 7.11) à chaque participant et laisse au groupe le temps de lire cette fiche en entier. Il répond ensuite aux éventuelles questions.

Temps 2 : L'intervenant propose ensuite de reprendre les propositions une à une et de déterminer en quoi elles peuvent être utiles pour lutter contre les troubles liés à l'usage de l'alcool, et en quoi elles peuvent être utiles à l'amélioration de la santé en général. L'intervenant note les idées clés sur le paperboard.

Temps 3 : L'intervenant propose à chaque participant de noter sur sa fiche les trois forces qui, selon lui, sont les plus aidantes pour lutter contre sa maladie.

L'intervenant invite les participants à expliquer leur choix parmi les forces de caractère et en quoi cette séance va pouvoir leur servir dans leur vie quotidienne.

3.5.6.5 Transfert des acquis et synthèse

L'intervenant invite les participants à exprimer comment ils ont vécu cette activité, et ce qu'ils en retirent pour les aider à vivre avec la maladie. L'intervenant félicite chacun pour le choix des forces

de caractère ou le blason réalisé. Pour la séance 4, il invite les participants à garder leur blason, à le relire et à l'affiner avec un proche.

L'intervenant insiste sur la nécessité de développer des techniques pour utiliser ses ressources internes et externes afin de mieux se protéger et accepter les événements de la vie.

3.6 Les séances individuelles

Les séances individuelles sont des séances où le patient se retrouve seul avec le ou les soignants. Il peut éventuellement être accompagné d'une ou plusieurs personnes de son entourage. Le nombre et la durée des séances individuelles seront déterminés en fonction de chaque projet personnalisé de soins. Elles doivent permettre pour certains de préparer les séances collectives, voire, pour ceux pour qui être en groupe est plus difficile, d'être accompagnés tout au long du programme. Elles permettent ainsi au programme de s'adapter au rythme d'apprentissage et plus largement au rythme de vie de chacun. Conformément aux recommandations de la HAS, elles durent entre 30 et 45 minutes.

3.7 Évaluation du programme

L'évaluation du programme se fait à plusieurs niveaux. Il y a tout d'abord l'évaluation individuelle faite par les participants, puis les évaluations effectuées par les soignants annuellement, et enfin une évaluation réalisée tous les quatre ans après avoir recueilli l'avis des participants et des autres professionnels impliqués dans le parcours de soins. L'objectif est d'assurer au programme une qualité de soins, et d'en améliorer sans cesse les caractéristiques (organisation, contenu, réalisation, adhésion, efficacité, etc.).

3.7.1 Le bilan éducatif partagé final

Ce bilan, calqué sur le bilan éducatif initial, repose sur un entretien dont les objectifs sont de rechercher les modifications des compétences du patient obtenues grâce au programme.

Il doit reprendre les questions évoquées au cours du diagnostic initial, ainsi que les objectifs du projet de soins personnalisé, un à un, pour voir quelles ont été les avancées. Dans l'idéal, ce bilan est réalisé par le même soignant que le diagnostic initial pour un patient donné. Chaque participant doit en bénéficier. Voici une liste de questions qui peuvent aider à guider l'entretien éducatif partagé final. Comme pour le diagnostic initial, cette liste est non limitative et doit être adaptée à chaque patient.

Le vécu de l'addiction

Vous sentez-vous en meilleure forme ?

Que pensez-vous de votre consommation aujourd'hui ?

Avez-vous diminué votre consommation d'alcool ?

Où en est votre consommation d'autre(s) toxique(s) ?

Qu'est-ce qui vous inquiète le plus dans votre dépendance aujourd'hui ?

Pensez-vous être capable de mieux maîtriser votre consommation désormais ?

Pensez-vous toujours boire trop en ce moment ?

Les impacts sur la vie quotidienne

Quelle place votre maladie prend-elle dans votre vie quotidienne ?

Avez-vous modifié la gestion de votre temps libre ?

Avez-vous réussi à résoudre des difficultés du quotidien ? Si oui, lesquelles ?

Vous sentez-vous mieux armé pour affronter les situations à risque ?

Le programme vous a-t-il aidé à reprendre confiance en vous ? Si oui, sur quoi ? Si non, à votre avis, que faudrait-il vous proposer pour vous aider à reprendre confiance en vous ?

Le rapport aux autres

En cas de problème savez-vous vers qui vous tourner ?

Vous sentez-vous mieux soutenu par vos proches ?

Votre comportement avec votre entourage a-t-il changé ?

Le programme vous a-t-il permis de vous rapprocher de votre entourage ?

Le fait de partager avec les autres patients vous a-t-il fait du bien ?

Avez-vous pu parler de vos difficultés avec vos proches ? Si oui, comment cela s'est-il passé ?

Si non, qu'est-ce qui vous en a empêché ?

Les perspectives

Quelle séance a été, selon vous, la plus utile dans le programme ?

Pensez-vous que le programme va vous être utile dans votre vie quotidienne ?

Souhaiteriez-vous suivre d'autres séances ?

Comment voyez vous l'avenir ?

Comment aimeriez-vous être suivi désormais ?

Qu'avez-vous envie de faire ? De ne plus faire ?

Y a-t-il des thèmes que vous auriez aimé aborder en groupe ? Si oui, lesquels ?

Tableau 7 : Bilan éducatif partagé final.

3.7.2 Auto-évaluation annuelle

L'auto-évaluation annuelle est une démarche imposée par le cahier des charges des ARS afin de permettre à chaque équipe de faire un bilan régulier de son propre programme (51). Cette auto-évaluation se doit d'être organisée par le coordinateur. Tous les soignants participant au programme doivent être concernés par l'évaluation. Elle peut aussi impliquer les patients ainsi que les autres acteurs du parcours de soins du patient (association de patients, médecin traitant, etc.). L'évaluation se déroule selon un système de points forts et de points faibles. Son objectif est d'améliorer de façon continue les contenus et les pratiques spécifiques au programme. L'auto-évaluation doit servir l'équipe pour qu'elle se remette en question et éventuellement modifie sa pratique. Elle doit donc être réalisée pour chaque programme avant la date anniversaire de l'autorisation émise par l'ARS. Elle ne permet pas la comparaison avec d'autres programmes d'ETP dans le même domaine.

3.7.2.1 Choix des objets de l'évaluation

La première étape de l'auto-évaluation est de déterminer les critères à évaluer. Ceux-ci peuvent être séparés en trois groupes, et pour chaque critère il faudra déterminer les points forts et les points faibles. Ces trois aspects sont l'activité globale, le processus du programme et enfin ses objectifs. Le tableau 7 représente une liste de critères pertinents à évaluer dans le cadre de notre programme.

L'activité globale	Nombre de patients auxquels le programme a été proposé Nombre de personnes participant au programme Caractéristiques des patients (âge / sexe / coaddictions / comorbidités / troubles psychiatriques associés / ancienneté de la consommation) Nombre de séances par patient Durée totale du programme Durée des séances Nombre d'intervenants Fonction des intervenants Formation des intervenants Nombre de membres de l'entourage ayant participé au programme Nombre de séances individuelles
Le processus	Nombre de patients ayant bénéficié d'un diagnostic éducatif initial Nombre de patients ayant participé à un projet de soins personnalisé Nombre de patients dont le suivi a été prévu à l'issue du programme Nombre de patients pour lesquels un courrier a été envoyé au médecin traitant Utilité de ce courrier perçue par les médecins traitants Nombre de patients ayant bénéficié d'un diagnostic éducatif final Nombre de réunions d'équipe Contenu de chaque séance et difficultés rencontrées Utilisation des outils COMETE Compréhension de chaque outil par les participants
Les objectifs	Réalisation de l'objectif de consommation fixé par le patient Acquisition d'outils pour mobiliser ses ressources externes et internes dans les situations à risque Changements perçus dans la vie quotidienne par le patient Mise en place du programme en pratique Évaluation de la satisfaction des patients séance par séance Amélioration de la qualité de vie domaine par domaine (entourage, santé physique, bien-être mental, confiance en soi, ...) Implication du programme dans l'environnement local (associations de patients, réseaux de soins, médecin traitant, ...) Évaluation de la satisfaction des soignants concernant le programme Évaluation de la satisfaction des proches s'ils ont participé au programme

Tableau 8 : Critères d'auto-évaluation annuelle du programme.

3.7.2.2 Recueil de données

L'auto-évaluation pourra reposer sur des données quantitatives mais aussi qualitatives. Concernant l'activité globale, on pourra consulter les dossiers médicaux, voire les dossiers ETP des patients, pour recueillir des données surtout quantitatives. La partie processus peut être évaluée sous forme de questions ouvertes évoquées en groupe permettant à chacun de s'exprimer et de faire émerger des problèmes rencontrés dans le programme. On pourra reprendre chronologiquement chaque élément de l'organisation lors de l'évaluation afin d'en extraire les points forts et les points faibles. La partie objectifs reprendra les objectifs présentés en début de programme. Elle pourra utiliser des questionnaires à destination des patients et/ou des soignants.

La création d'outils facilitant l'évaluation (questionnaires, dossier ETP, ...) devra donc être anticipée avant de commencer le programme.

3.7.2.3 Identification des forces et des faiblesses

A l'issue du recueil de données, l'équipe responsable du programme devra entamer une démarche analytique afin d'en déterminer les forces et les faiblesses.

L'auto-évaluation doit déboucher sur la rédaction d'un rapport annuel qui sera rendu accessible aux soignants. Il sera le support des modifications à apporter au programme si nécessaire, auquel cas il devra aussi intégrer les moyens à mettre en œuvre pour parvenir à ces améliorations.

3.7.3 Évaluation quadriennale

L'évaluation quadriennale fait elle aussi partie des obligations à remplir pour obtenir le renouvellement de l'autorisation du programme par l'ARS. Après trois années de fonctionnement, la HAS recommande de procéder à une évaluation. Celle-ci permet à l'équipe de faire un bilan des pratiques, ce qui peut déboucher, si besoin est, sur des décisions concernant des changements dans l'organisation ou le contenu du programme. Elle permet de s'assurer qu'il y a toujours une cohérence à poursuivre le programme (et donc à faire une demande de renouvellement d'autorisation auprès de l'ARS). Cette évaluation est théoriquement accessible à tous les soignants et à tous les patients sur le site internet de chaque ARS, afin d'informer le public et les professionnels sur les offres locales d'ETP. C'est le coordinateur du programme qui est responsable de cette évaluation. Il a pour mission de réunir les soignants et de proposer aux patients et aux autres membres du réseau de soins d'y participer.

Très peu d'études sont disponibles sur l'évaluation des programmes d'ETP, la HAS a donc émis des recommandations concernant cette évaluation quadriennale (52). Celles-ci reposent notamment sur six indicateurs spécifiques à l'ETP extraits des auto-évaluations annuelles. L'évaluation aborde deux aspects : les effets du programme et son évolution. Ils sont vus sous trois angles différents, celui des patients, celui des soignants et celui des membres du réseau de soins local.

3.7.3.1 Les effets du programme

Les effets sont définis par la HAS comme étant les changements attendus suite à la participation des patients au programme. Il s'agit aussi des changements intervenus sur l'équipe soignante et de ceux engendrés par l'intégration du programme dans l'offre de soins locale. Pour chaque effet il est intéressant d'interroger tous les participants au sens large (patients, intervenants, soignants locaux). Chaque effet sera classé comme favorable ou défavorable.

La HAS préconise d'utiliser comme sources de données les évaluations annuelles, les dossiers médicaux et les rapports des entretiens individuels. Il est aussi possible d'interroger les soignants du réseau de soins en utilisant un questionnaire formalisé. Voici des exemples de questions pouvant aider à déterminer les effets :

	Point de vue des patients	Point de vue des intervenants	Point de vue des professionnels de santé du parcours de soins
Effets sur les patients	Cf. diagnostic éducatif final	- Les patients ont-ils acquis les compétences qu'ils s'étaient fixées lors du projet de soins ? - Dans quelle mesure leur vie quotidienne a-t-elle changé ? - Les patients sont-ils entrés dans une démarche de diminution des risques ou d'abstinence, selon les soignants ?	- Le programme améliore-t-il l'adhésion du patient à l'offre de soins proposée ? - La relation du patient avec son médecin généraliste a-t-elle changé au sujet de son addiction ?
Effets sur l'équipe soignante	- L'équipe soignante est-elle plus à l'écoute dans le cadre du programme ?	- Le programme a-t-il entraîné une dynamique collective ? - Les contenus des séances sont-ils adaptés à la dépendance à l'alcool ? Sont-ils adaptés à la population ?	- Le programme améliore-t-il la communication avec les équipes soignantes du CHU ?
Effets sur l'offre de soins locale	- Le programme apporte-t-il quelque chose de nouveau dans la prise en charge de l'addiction ?	- Les professionnels du parcours de soins connaissent-ils l'existence du programme ? - Connaissent-ils les critères pour y entrer ? - Le programme a-t-il fait évoluer la relation avec les médecins traitants et les professionnels du parcours de soins (partage d'expérience, coordination) ?	- Le programme améliore-t-il sur le territoire la prise en charge des patients ayant un trouble lié à l'usage de l'alcool ? - Le programme est-il cohérent avec l'offre de soins globale en addictologie ? - La communication avec les responsables du programme est-elle suffisante ?

Tableau 9 : Exemple d'effets de l'évaluation quadriennale.

L'étape suivante doit conduire à rechercher si les effets sont liés ou non au programme.

3.7.3.2 L'évolution

L'évaluation de l'évolution du programme repose sur :

- les évaluations annuelles (points forts et points faibles, difficultés résolues, améliorations apportées, freins à la mise en œuvre),
- les indicateurs spécifiques établis par la HAS. Ils sont au nombre de six et utilisent les données issues des évaluations annuelles, notamment les données quantitatives,
- l'évolution du contenu du programme au fil des ans, avec l'adaptation des séances et des outils au contexte, et les améliorations apportées à l'issue des auto-évaluations annuelles.

L'analyse de l'évolution et des effets du programme aboutira à la rédaction du rapport d'évaluation quadriennale destiné à l'ARS.

Cette proposition de programme structuré a suivi les recommandations de la HAS afin de développer les quatre temps fondamentaux de l'ETP. Chaque étape a été détaillée et imagée par des exemples concrets. Les différentes thématiques ont été traitées chacune par deux séances afin de montrer les nombreuses possibilités qu'offre l'éducation thérapeutique en matière d'outils et de techniques d'animation. Elles ont été créées à l'aide de l'outil COMETE qui sert à développer les

compétences psychosociales des participants. Enfin, l'évaluation du programme a été anticipée au stade de l'écriture pour permettre de contrôler les effets dès sa mise en place.

4. Discussion

4.1 Justification des caractéristiques du programme

4.1.1 Durée des séances

Nous avons adapté ce programme aux spécificités des troubles liés à l'usage de l'alcool, ce qui explique pourquoi nous avons pris le parti de prévoir des durées de séance plus longues que celles recommandées par la HAS. En effet, les séances sont axées sur le développement des compétences psychosociales et visent à encourager la communication entre les patients, les participants peuvent donc être amenés à aborder des sujets plus personnels. De plus, les séances collectives peuvent freiner les patients ayant des difficultés pour aborder ce type de sujets devant des inconnus. Ces contraintes imposent des séances dépassant la durée recommandée par la HAS pour les séances collectives d'ETP. Si nous les comparons avec des séances d'éducation thérapeutique du patient asthmatique, il paraît logique qu'une séance abordant les situations de stress qui mettent le patient dans un risque de reconsommation puisse nécessiter plus de temps que celle où il s'agit, par exemple, d'expliquer la difficulté d'utiliser un inhalateur de salbutamol. D'un autre côté, des séances trop longues nécessitent de mobiliser de fortes ressources mentales or les troubles attentionnels sont fréquents chez les patients présentant un trouble lié à l'usage d'alcool (53). De plus les participants pourraient s'ennuyer, ce qui entraînerait un risque d'échappement au programme. Il faudra donc veiller à ne pas prolonger à l'excès les séances et à savoir les interrompre si elles mettent en péril l'adhésion des patients.

4.1.2 Patients

Le programme est ouvert à tous les patients volontaires présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool. Les critères d'exclusion du programme permettent d'éviter la participation de patients qui ne pourraient pas bénéficier du programme compte tenu de leurs troubles et/ou de leur déni. Pour ceux qui seront inclus, ces symptômes peuvent freiner l'efficacité du programme. Il faudra savoir reconnaître ces signes afin de les anticiper et de les intégrer au déroulement des séances :

- la difficulté à aborder le sujet en présence d'autres patients,
- la difficulté à s'exprimer en groupe,
- les difficultés d'observance (manque de temps, difficulté matérielle pour se présenter aux séances, ...),
- la passivité au cours des séances.

4.1.3 Contenu des séances

L'ETP est une démarche centrée sur le patient. Les besoins éducatifs doivent donc être identifiés en accord avec des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de l'alcool. Nous avons décidé dans ce programme de choisir les thématiques à aborder en réalisant un état des lieux des thématiques

des autres programmes existant en France et de leur pertinence clinique. Le choix s'est porté sur des thématiques ouvertes permettant une grande adaptabilité au groupe de participants et aux spécificités de chacun, afin de répondre au mieux à leurs besoins. Au travers du projet de soins personnalisés, le contenu pourra être modulé individuellement.

Le programme aborde seulement quatre thématiques afin de faciliter son application initiale et d'envisager une application en ambulatoire. Chaque thématique comprend deux propositions de séance collective, ce qui permet de laisser un choix à l'équipe soignante qui mettra en application le programme, et d'en abandonner certaines si elles ne sont pas applicables. Ces séances sont basées en grande partie sur l'outil COMETE qui nous a semblé bien adapté à la pratique de l'ETP en addictologie, du fait qu'il a été créé pour développer les compétences psychosociales. Nous avons donc exclu les séances de type relaxation, cuisine thérapeutique, ..., parfois présentes dans d'autres programmes et qui se rapprochent plutôt d'ateliers thérapeutiques et ne font pas appel aux outils classiques de l'ETP.

Le programme fait appel à des outils et à des techniques simples qui nécessitent peu de matériel (excepté les cartes de photo-langage). Le contenu des séances reste volontairement peu spécifique, tout en étant adapté aux troubles liés à l'usage de l'alcool, afin de pouvoir être proposé au plus grand nombre. Ces qualités pourraient lui permettre d'être adapté à la médecine de ville, voire d'être appliqué à d'autres addictions.

4.2 Limites et perspectives

Il existe en France une trentaine de programmes d'ETP en addictologie, mais aucun en Loire-Atlantique. Il n'y a actuellement aucune recommandation de société savante concernant l'élaboration d'un programme dans ce domaine. Nous nous sommes donc interrogés sur la manière d'élaborer un programme adapté à la prise en charge de ces troubles tout en respectant les exigences de la HAS. La proposition de programme présentée ici doit être considérée comme un travail préparatoire à la mise en place d'un programme d'ETP en service d'addictologie. Il nécessite d'être repris point par point par l'équipe qui le mettra en œuvre, pour l'adapter aux conditions réelles de soins. Par essence même, cette proposition n'est donc pas complète, car seule la confrontation à la réalité clinique permettra de répondre à certaines inconnues. Nous aborderons dans cette partie ces inconnues et les pistes qui pourront être explorées pour y répondre. La HAS a émis en 2010 une grille d'aide à la demande d'autorisation du programme par les ARS qui reprend les critères de qualité d'un programme ETP requis pour obtenir une autorisation ; elle servira de structure à cette partie (54).

4.2.1 Équipe soignante

La construction d'un programme d'ETP peut être réalisée par un seul soignant mais il semble plus judicieux qu'elle soit effectuée par une équipe pluridisciplinaire, afin de bénéficier de l'expertise de plusieurs professionnels dès la conception, ce qui facilitera d'autant plus leur adhésion lors de la mise en place concrète du programme. Cette proposition a été rédigée par un intervenant seul, n'étant formé ni en ETP ni en addictologie. C'est pourquoi ces séances sont actuellement

retravaillées par des équipes pluridisciplinaires ayant reçu au minimum une formation de quarante heures en ETP et habituées aux problématiques de soins en addictologie.

Il est prévu que le programme soit mis en place par six intervenants au minimum : un médecin, trois infirmières, un psychologue et une assistante sociale. Il restera à déterminer leur organisation.

4.2.2 Le programme

4.2.2.1 Recrutement des patients

Dans cette proposition de programme, les patients sont tous inclus via le CHU. A terme, ils pourraient être adressés par tous les intervenants du réseau de soins. Nous entendons par là les médecins généralistes libéraux, les CSAPA (Le Triangle et Les Apsyades à Nantes) ou les associations impliquées auprès de sujets ayant des troubles liés à l'usage de l'alcool. En voici la liste pour la ville de Nantes :

- Alcooliques Anonymes
- Alcool Assistance La Croix d'Or
- Amitié La Poste France Telecom
- La Croix Bleue
- Al-Anon / Alateen (association davantage tournée vers l'entourage du patient)
- Se défouler pour renaître
- Le Saint-Bernard
- Association EVA
- Vie Libre
- Avenir Santé France.

Il restera à définir une démarche de communication globale afin de toucher ces différents partenaires potentiels.

4.2.2.2 Choix du contenu du programme

La proposition de programme n'a pas pris en compte l'avis ni les attentes des patients. Cependant elle leur a été soumise au décours de consultations médicales dans le service d'addictologie, avec un intérêt manifeste. Afin d'impliquer davantage les patients, on pourrait envisager la réalisation d'une enquête qualitative. Elle prendrait la forme d'entretiens individuels ou de focus groupes avec des patients (et leur entourage) souffrant de troubles liés à l'usage de l'alcool. Lors de ces entretiens, ils seraient amenés à aborder leur lien avec la maladie, leurs difficultés quotidiennes, leurs attentes, etc. Cette enquête entraînerait un travail d'analyse pluridisciplinaire réalisé par l'équipe en charge du programme, afin d'identifier des thèmes et/ou des problématiques récurrentes et d'envisager éventuellement une modification des thèmes éducatifs lors de la conception des séances collectives ou de leur révision. Cette enquête pourrait avoir lieu dans le cadre de l'élaboration du programme

ou d'une évolution secondaire. Elle permettrait d'appréhender réellement les besoins des patients volontaires en lien avec leur réalité quotidienne (et celle de leur entourage). En effet, un programme conçu essentiellement par les soignants prend le risque de passer à côté de questionnements fondamentaux des patients. Ils sont en effet à considérer comme les premiers spécialistes de leurs troubles et les mieux placés pour déterminer les éléments du programme en accord avec les soignants. De plus, cette démarche permettrait une meilleure adhésion des patients au programme.

4.2.2.3 Intégration de l'entourage

L'ETP se destine aux patients souffrant de maladie chronique mais aussi aux membres de leur entourage. Ces proches doivent être impliqués si possible à toutes les étapes de la démarche d'ETP. Ils peuvent intervenir au moment de l'élaboration du programme, de sa mise en place, à chaque séance, ainsi qu'au moment de l'évaluation. La place de l'entourage du patient est aussi à anticiper dans le projet de soins prévu à la fin du programme d'ETP.

En addictologie, l'entourage des patients peut être très impacté par les troubles de leur proche. La vie quotidienne en est éventuellement fort perturbée et trouver de l'aide et des ressources s'avère souvent difficile. L'entourage doit être joint et être informé qu'il a sa place dans le dispositif. Dans le cadre de l'élaboration du programme, des associations de proches de patients suivis pour des troubles addictifs pourraient être contactées afin qu'elles expriment leurs attentes, leurs préoccupations et précisent la place qu'elles pourraient y occuper.

Si le programme était amené à comprendre plus de séances, il pourrait comporter une séance où les patients seraient invités à convier un (ou plusieurs) membres de leur entourage pour résoudre des problématiques quotidiennes intégrées dans leur propre vie, comme c'est le cas dans certains programmes d'ETP en psychiatrie (éventuellement une des dernières séances collectives, pour que le groupe se connaisse déjà bien). Ces séances permettraient d'avoir un espace hors du milieu associatif où l'entourage des patients peut se retrouver et partager, avoir accès à de l'information sur les troubles liés à l'usage de l'alcool. Cela permettrait aussi à l'entourage de se rendre compte des efforts consentis par le patient pour tenter de trouver une solution à ses troubles.

L'intégration de l'entourage comporte des limites, car elle peut être contre-productive et nuire au positionnement du patient au centre du projet de soins. Elle peut aussi réduire l'adhésion de celui-ci au programme. Elle sera à adapter à chacun et à chaque situation. Une séance collective devrait donc rester facultative et être préparée par le groupe en amont (éventuellement au décours d'une séance collective dédiée).

Il est du rôle des intervenants du projet d'impliquer les proches. Ils peuvent pour cela se mettre en lien avec le médecin traitant du patient qui connaît parfois davantage le tissu familial et social de celui-ci, et peut donc avoir des informations sur les soutiens éventuels – et leurs limites – dont le patient dispose. Le médecin traitant peut également constituer un appui pour l'équipe d'addictologie, afin de convaincre les proches de s'impliquer dans le programme.

4.2.2.4 Financement

Pour que ce programme voie le jour et devienne pérenne, il doit être viable sur le plan financier. La demande d'autorisation auprès de l'ARS doit comporter un volet financement indiquant le budget

prévisionnel, les montants et les financeurs. Cette autorisation de mise en œuvre d'un programme d'ETP n'induit pas automatiquement un financement de la part de l'ARS.

Pour qu'un programme obtienne un financement il faut qu'il corresponde aux priorités régionales en matière de santé publique. Il est aussi nécessaire que son promoteur veille à développer une activité externe suffisante en articulant celle-ci avec l'offre de soins locale. Cela passe par la création d'un lien avec des représentants de patients et de leurs proches, la délocalisation des séances au plus près des lieux de vie des patients (par exemple en intégrant les médecins généralistes au dispositif) et si possible l'ouverture du programme pour attirer les patients non hospitalisés (qu'ils s'agisse de patients sortant d'hospitalisation ou recrutés par les autres soignants du réseau de soins).

L'ARS peut contribuer au programme d'ETP via le fonds d'intervention régional (FIR), dont le rôle est de financer les actions et les expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur notamment de la prévention et de la promotion de la santé. Le financement des programmes d'ETP concernant les patients hospitalisés est réalisé via la T2A (tarification à l'activité). Il est calculé par personne et par programme. Le montant oscille entre 250 et 350 euros par participant (55).

Les structures ambulatoires peuvent, elles aussi, bénéficier du financement de l'ARS. D'autres sources de financement public sont possibles. L'assurance maladie finance, par exemple, depuis 2008, des programmes d'ETP ambulatoires mis en œuvre par des promoteurs locaux ou régionaux, via le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS). Les associations de patients peuvent également participer au financement des programmes d'ETP.

4.2.3 Coordination

La coordination a un rôle fondamental dans les programmes d'ETP car ils font intervenir de nombreux protagonistes et nécessitent un réel travail en réseau. Bien que la responsabilité administrative soit confiée à une seule personne, la coordination incombe à tous ceux qui prennent part au programme. Chacun doit s'assurer que toutes les conditions sont réunies pour son bon déroulement. La communication interne joue un rôle très important et les intervenants doivent disposer de temps d'échange en dehors des séances pour parler du programme et des patients.

Trop souvent dans les programmes existant en addictologie le coordinateur n'avait jamais participé aux séances et n'en connaissait pas les caractéristiques. L'implication du coordinateur permet d'éviter certains écueils liés à l'organisation et au fonctionnement du programme. Il doit connaître les différents intervenants pour permettre un dialogue concernant l'efficacité, la cohérence entre les séances, l'attractivité du programme, les évolutions nécessaires, etc.

Dans son *Référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP* (56), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) décrit six rôles du coordinateur d'un programme d'ETP :

– Constituer l'équipe qui dispensera l'ETP. Autour d'un projet partagé par une même équipe le coordinateur doit déterminer quels sont les besoins et les envies des soignants qui la constituent.

Cette étape peut permettre d'ouvrir le programme aux intervenants extrahospitaliers et d'intégrer dès la conception d'autres professionnels de santé motivés qui seront amenés à animer les séances en ambulatoire par la suite. C'est aussi le rôle du coordinateur de former ou de faire former les membres de l'équipe qui ne le sont pas.

– Concevoir une démarche ETP. Du projet partagé par l'équipe découle un programme d'ETP qui doit être rédigé avec précision avant sa mise en place. Le coordinateur pourra soumettre cette proposition de programme à l'équipe soignante afin qu'elle soit rediscutée. Avant de mettre en œuvre le programme le coordinateur doit s'assurer qu'il est cohérent avec les besoins des patients et qu'il correspond aux recommandations. La coordination du programme commence dès la création de celui-ci pour en impliquer tous les acteurs (les patients et leur entourage, les soignants, les membres du réseau de soins).

– Organiser et conduire la démarche ETP. Il s'agit de déterminer les temps consacrés par chacun à la préparation des séances, à leur animation, mais aussi au travail réflexif d'évaluation nécessaire. Le coordinateur n'anime pas nécessairement les séances mais s'assure qu'elles sont bien mises en place. Il vérifie que le nombre d'intervenants correspond aux besoins du programme, qu'ils disposent du temps nécessaire pour mener à bien les séances et que les conditions matérielles sont réunies pour garantir leur bon déroulement.

– Animer et coordonner les différents acteurs de l'ETP, suivre le déroulement du programme. Il faut que le coordinateur sache apporter ses connaissances et sa logistique au profit de son équipe afin de continuer à développer les outils en place. Cela peut aussi passer par l'animation de retours d'expérience sur le fonctionnement du programme ou bien par la mise à disposition d'outils de transmission entre les membres de l'équipe soignante.

– Évaluer et faire évoluer la démarche et les pratiques d'ETP. Grâce à l'évaluation annuelle le coordinateur doit faire progresser le programme pour qu'il réponde aux recommandations de la HAS et surtout à un réel besoin des patients. La démarche doit débuter en définissant les modalités de cette évaluation, puis les données sont recueillies et analysées de façon pluridisciplinaire afin de déterminer, si besoin est, les modifications du programme à entreprendre.

– Communiquer sur l'expérience de l'équipe, que ce soit auprès du réseau de soins et des patients ou auprès d'autres équipes pratiquant l'ETP en addictologie.

4.2.4 Confidentialité et déontologie

La communication au niveau individuel doit aussi être anticipée. Il importe que la proposition de participer au programme paraisse très ouverte au patient. Il doit avoir le temps de donner sa réponse et ne pas craindre d'être moins bien pris en charge s'il refuse d'y participer. Il faut qu'il bénéficie d'une information complète sur le déroulement, le contenu du programme et les bénéfices attendus. Il pourrait lui être donné un support écrit pour lui présenter le programme. Cette information peut être délivrée par tous les soignants sensibilisés au dispositif.

De plus, la HAS exige qu'une charte d'engagement de confidentialité soit signée par les patients et par les intervenants qui ne sont pas soumis au secret professionnel. Elle exige aussi que chaque intervenant signe une charte de déontologie dont le contenu devra donc être défini.

4.3 Place du médecin généraliste

4.3.1 Intégration du médecin traitant au programme

Les médecins généralistes peuvent être intégrés à toutes les étapes du programme. Ainsi, ils peuvent faire partie du groupe d'élaboration du programme s'ils sont déjà formés à l'ETP. Ils peuvent participer au recrutement des patients en détectant dans leur patientèle les personnes présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool qui pourraient être intéressées par le programme. Pour cela il faut qu'ils aient été informés de l'existence de ce programme. Cela demande de communiquer avec le médecin généraliste de chaque patient dès son entrée dans le programme, par exemple via un compte rendu à l'issue du projet de soins personnalisé. Ainsi il pourra avoir un rôle de soutien pour l'équipe soignante en cas de difficulté au cours du programme : voir le patient en consultation en cas de besoin entre les séances d'ETP, et si besoin est le diriger vers l'équipe d'addictologie. Il sera aussi un support pour le suivi du patient qu'il faudra prévoir à la fin du programme. A l'issue du programme, le suivi varie en fonction des troubles du patient mais aussi de sa volonté. Parfois le patient pourra préférer poursuivre le suivi de ses troubles avec son médecin traitant. Cela demande une coopération de qualité entre l'équipe d'addictologie et ce dernier. Systématiquement, un courrier de fin de programme sera adressé au médecin traitant du patient. Ce courrier contiendra les objectifs du projet de soins personnalisé, le déroulement du programme du patient, les compétences développées et celles qui sont encore à développer, des éléments de l'auto-évaluation du patient et les perspectives de suivi décidées entre le patient et l'équipe lors du diagnostic éducatif final.

Le médecin traitant a aussi un rôle à jouer dans l'implication de l'entourage dans le programme d'ETP. Il peut inviter les membres de l'entourage à encourager le patient, à participer à des séances avec lui, voire à des séances qui leur seraient spécifiquement dédiées. Enfin, les médecins généralistes dont les patients auront participé au programme pourront évaluer celui-ci et donner leur avis, notamment sur la communication avec l'équipe mettant en place le programme.

4.3.2 Développement du programme en ambulatoire

4.3.2.1 Justification de l'ouverture du programme

Tous les patients souffrant d'une maladie chronique devraient se voir proposer la participation à un programme d'ETP. Ces patients sont de plus en plus demandeurs d'informations et d'autonomie quant à leur maladie. L'offre d'une dizaine de places pour participer au programme dans le département semble inappropriée si on la met en perspective avec le nombre de patients souffrant d'un trouble lié à l'usage de l'alcool sur ce même territoire. L'évolution possible pour ce programme serait donc un développement en médecine de ville, afin d'augmenter le nombre de patients pouvant bénéficier du programme et d'impliquer davantage les médecins de premier recours dans la prise en charge des troubles liés à l'usage de l'alcool. Bien qu'il soit un intervenant

primordial du RPIB, le rôle du médecin traitant est souvent limité au conseil minimal. Celui-ci pourrait s'étendre à la réalisation de ce programme d'ETP en ambulatoire, y compris en dispensant lui-même les séances collectives en cabinet de médecine libérale.

Par ailleurs, l'attribution des financements de l'ARS peut être facilitée par cette ouverture du programme aux structures et aux soignants extrahospitaliers.

4.3.2.2 Freins au développement du programme en ambulatoire

Dans un article de 2009, le Haut Conseil de la santé publique (HSCP) a identifié différents freins au développement d'une ETP de proximité (30) :

Des référentiels mal adaptés aux soins de premier recours. Le référentiel de la HAS pour élaborer un programme d'ETP est en effet uniquement tourné vers la médecine hospitalière. La médecine de ville n'y est présente que dans le cadre du réseau de soins mais en aucun cas comme un acteur à part entière du programme.

Le manque de formation des médecins. En formation initiale, il n'existe aucun module concernant l'éducation thérapeutique au cours des deux premiers cycles des études médicales. Au CHU de Nantes, il n'est proposé aux médecins généralistes qu'une journée de formation, facultative, dispensée au cours du troisième cycle. Cette journée de formation organisée par le département de médecine générale permet aux jeunes généralistes d'aborder la notion d'ETP, mais en aucun cas d'être formés pour pouvoir dispenser un programme d'éducation thérapeutique. En revanche, l'accès à la formation continue semble se développer, ce qui pose la question de son financement.

Les difficultés de coordination. Du fait d'un emploi du temps souvent chargé et variable, il est difficile pour un médecin généraliste de se dégager du temps pour participer à un projet pluridisciplinaire. Excepté dans certaines maisons de santé pluriprofessionnelles, il n'existe pas de réel partage des données entre les soignants, ni de dossier médical commun. De même, les temps de concertation pluridisciplinaire sont difficiles à organiser en ville. La coordination y est rendue d'autant plus difficile qu'il n'y a souvent pas d'unité de lieu entre les intervenants.

Le financement. Il n'y a pas de valorisation du travail en équipe et la rémunération à l'acte, même si elle n'est plus la seule source de revenus des médecins, les pousse à multiplier les consultations et à faire des consultations courtes.

Le manque de temps. Établir un programme extrahospitalier est très chronophage dans l'élaboration ou l'adaptation du dispositif et impose d'adapter ses horaires pour pouvoir réaliser les séances. Néanmoins, la question du temps qui aurait été gagné à long terme si une patientèle suivie pour des maladies chroniques avait bénéficié d'une ETP peut se poser.

Dans une enquête (57) menée en 2009 par l'observatoire régional de la santé Pays de la Loire, 450 médecins généralistes ont été interrogés sur les difficultés rencontrées pour éduquer leurs patients suivis pour des maladies chroniques. La première difficulté évoquée est la résistance des patients, vient ensuite le manque de temps, puis l'absence de rémunération et le manque de

formation. Huit médecins sur dix se disaient prêts à se former dans ce domaine pour pouvoir dispenser l'ETP.

4.3.2.3 Pistes d'évolution pour un développement ambulatoire

Les coordinateurs des programmes existant à l'hôpital doivent faire le lien avec les professionnels libéraux afin de faire connaître leurs programmes et d'inclure les praticiens à toutes les étapes. Les référentiels d'élaboration des programmes sont centrés sur leur développement hospitalier, mais, en intégrant les médecins généralistes dès cette étape, les promoteurs pourraient bénéficier de leur expertise sur les spécificités de la médecine ambulatoire afin de construire des séances adaptées.

L'éducation thérapeutique devrait être abordée dès le deuxième cycle des études médicales pour toucher tous les médecins, car il s'agit d'un outil thérapeutique très transversal qui peut être appliqué à toutes les maladies chroniques. Les médecins généralistes devraient être particulièrement concernés par cette formation, et le module de quarante heures pourrait être proposé à tous les étudiants de troisième cycle intéressés, ce qui pose là encore la question du financement. La formation continue en ETP doit être encouragée et les médecins informés des bénéfices attendus de ces programmes.

Le financement des programmes ambulatoires doit lui aussi évoluer pour permettre aux soignants de ne pas voir leur rémunération diminuer pour un temps de travail égal à celui consacré à des consultations classiques. Ces solutions de financement doivent prendre en compte le caractère éventuellement pluridisciplinaire de ces programmes en ambulatoire, afin que chaque intervenant puisse bénéficier d'une rémunération cohérente avec son implication dans le programme.

Les activités de coordination sont complexes en ville, surtout si les soignants ne sont pas géographiquement réunis. Les maisons de santé pluriprofessionnelles constituent de bons outils pour développer ou accueillir des programmes d'ETP de proximité. Elles permettent grâce à une unité de lieu de faciliter l'organisation de ce genre de programme et aux équipes de dégager du temps non clinique pour discuter, coordonner, modifier et évaluer les programmes.

Notre programme a été construit de façon à pouvoir être facilement adapté en médecine générale. En effet, il ne comporte que quatre séances et il concerne une pathologie fréquente en population générale avec des critères d'inclusion peu restrictifs. Les outils d'ETP utilisés sont faciles d'accès, ce qui permet leur application par des intervenants formés mais n'ayant jamais animé un programme. Les séances ne nécessitent pas de matériel spécifique, à l'exception des cartes Émotions et Événements disponibles dans la mallette COMETE. La durée et le contenu auraient donc besoin de peu d'adaptation pour être appliqués en médecine générale. Des séances réalisées chez le médecin traitant (ou en MSP) augmenteraient l'accessibilité pour les patients, notamment ceux qui n'ont pas les moyens matériels de se rendre à Nantes. De plus, ces séances pourraient, selon les envies du médecin, être réalisées le soir après les consultations. Les patients ayant une activité professionnelle pourraient alors s'y rendre, ce qui augmenterait là encore l'accessibilité par rapport à un programme d'ETP en journée, en semaine au CHU. Les médecins généralistes volontaires, déjà formés en ETP, pourraient venir librement assister aux séances dans le cadre de son application au CHU, pour se former aux outils.

En pratique, nous pouvons extrapoler deux cadres d'application du programme en ambulatoire :

1. Un programme totalement intégré en médecine ambulatoire. Après avoir été formés au programme, les médecins généralistes appliqueraient les outils décidés au CHU mais recruteraient eux-mêmes les participants dans leur patientèle, puis animeraient eux-mêmes les séances, accompagnés potentiellement d'autres soignants de leur réseau ou de leur MSP formés en ETP. Ainsi, les patients ayant été hospitalisés au CHU pourraient préférer bénéficier du programme en externe. Les médecins généralistes participeraient à l'évaluation du programme en étant en lien étroit avec le coordinateur du programme et avec les équipes du CHU. Ce cadre d'application peut aussi s'imaginer dans un CSAPA.
2. Un programme partiellement intégré. Les patients seraient inclus dans le programme via le recrutement du CHU et bénéficieraient du programme d'ETP initial. Le médecin généraliste pourrait intervenir dans un second temps pour dispenser l'ETP de suivi régulier ou approfondi dans le cadre de son cabinet médical. Il existe en effet trois types d'ETP :
 - l'ETP initiale, qui suit l'annonce de la maladie chronique ou est proposée à un patient qui n'en a jamais bénéficié au cours de sa maladie,
 - l'ETP de suivi régulier, en complément du suivi médical, une ou deux fois par an par exemple,
 - l'ETP de suivi approfondi, avec reprise en cas de difficulté à acquérir une compétence.

Néanmoins, dans ce cadre, créer un groupe pouvant suivre les séances collectives peut sembler plus difficile à réaliser. L'ETP de suivi est peut-être plus facilement applicable dans le cadre d'un CSAPA.

Ces différentes options nécessiteront, quoi qu'il en soit, une coopération proche dans le cadre d'un réseau ville-hôpital.

Cette proposition de programme nécessite un travail pluridisciplinaire avant de pouvoir être appliquée, mais elle ouvre la possibilité à de nombreuses évolutions. Un des axes de développement prometteurs est son application en médecine ambulatoire. Ses caractéristiques semblent en faire un programme facilement adaptable en ville, mais l'ETP y est encore trop peu souvent pratiquée malgré le développement des MSP qui se prêtent aux projets pluridisciplinaires. Pour que le programme soit développé en ambulatoire, il faut intégrer les soignants du réseau de soins dès sa conception, afin de les former et d'incorporer leurs attentes au contenu du programme.

5. Conclusion

Issue de l'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique du patient est un concept récent qui a déjà démontré son efficacité dans la prise en charge de nombreuses maladies chroniques. L'ETP est adaptée à la prise en charge des troubles liés à l'usage de l'alcool, car elle s'intègre dans le temps et nécessite le développement de compétences d'auto-soins et surtout des compétences psychosociales du patient.

En France une trentaine de programmes d'ETP en addictologie existent, la moitié concernent les troubles liés à l'usage de l'alcool. La première partie de ce travail fut donc le recueil des contenus de ces programmes. Cet état des lieux s'est trouvé heurté à plusieurs obstacles comme l'absence d'interlocuteurs dédiés à l'ETP auprès des ARS ; l'absence de structure de ces programmes ; la méconnaissance du contenu des séances chez les interlocuteurs contactés, qui ont de plus freiné la constitution de cette liste de séances. Malgré cela nous avons réussi à recueillir les intitulés de séance pour onze des programmes parmi les trente recensés. Une fois regroupés par thématiques, quatre sujets de séance se sont dégagés : la gestion de la maladie, le produit, la dépendance et l'expression.

Nous avons construit notre programme en suivant les recommandations de la HAS pour l'élaboration d'un programme d'ETP structuré. Chaque étape a été abordée, le diagnostic éducatif, le projet de soins personnalisé, puis nous avons conçu les séances collectives du programme à partir de l'outil pédagogique COMETE. Les quatre thématiques abordées ont été les suivantes : mieux connaître ma maladie, apprendre à mieux gérer mes émotions, apprendre à mieux identifier les situations à risque, savoir mieux prendre soin de moi. Pour chaque thématique nous avons proposé deux séances collectives avec des outils d'ETP différents. Enfin l'évaluation du programme a été anticipée.

Les thématiques choisies sont transversales et laissent la place à l'évolution du programme. Cette évolution pourrait aller vers la prise en charge d'une autre addiction ou vers un programme ambulatoire susceptible d'être appliqué par les médecins généralistes libéraux, pour peu qu'ils soient formés en ETP.

Cette proposition de programme pourrait donc permettre une prise en charge globale et structurée des patients suivis pour des troubles liés à l'usage de l'alcool (à l'hôpital comme en ville), mais elle nécessite encore de se confronter à la réalité clinique et doit être évaluée par les soignants comme par les patients.

6. Bibliographie

1. Monahan SC, Finney JW. Explaining abstinence rates following treatment for alcohol abuse: A quantitative synthesis of patient, research design and treatment effects. *Addiction*. Juin 1996;91(6):787–806.
2. Weisner C, Matzger H, Kaskutas LA. How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*. Juillet 2003;98(7):901–11.
3. Moos RH, Moos BS. Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*. Février 2006;101(2):212–22.
4. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: A Systematic Review and Methodological Critique of the Literature. *Archives of Internal Medicine*. Août 2004;164(15):1641–9.
5. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2014. Genève, Suisse: World Health Organization; 2014.
6. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A public health perspective. Institute of Alcohol Studies, Londres; 2006.
7. OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies). Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis, France: OFDT; 2013.
8. Société française d'alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie*. 2015;37(1):5–84.
9. IARC Working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Alcohol consumption and ethyl carbamate. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Chem Hum. 2010;96:3–1383.
10. Inserm (dir.). *Alcool : effets sur la santé*. Paris: Inserm; 2001:175-203.
11. Whitman IR, Agarwal V, Nah G, Dukes JW, Vittinghoff E, Dewland TA, et al. Alcohol abuse and cardiac disease. *Journal of the American College of Cardiology*. Janvier 2017; 69(1):13–24.
12. Hahn JA, Samet JH. Alcohol and HIV disease progression?: Weighing the evidence. *Curr HIV/AIDS Rep*, 2010 ; 7 :226–33.
13. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *European Journal of Public Health*. Août 2013;23(4):588–93.
14. OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies). *Drogues, chiffres clés*. Saint-Denis, France: OFDT; 2015.
15. Mouquet M-C, Villet H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. ADSP. [Internet]. 2002;40(192). Cité le 18 octobre 2010. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/telecharger?nomfichier=ad401116.pdf>
16. Laporte A, Le Méner E, Détrez M-A, Douay C, Le Strat Y, Vandentorren S, et al. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France : l'enquête Samenta de 2009. *Bull Epidemiol Hebd*. 2015;(36-37):693–7.
17. Inserm (dir.). Consommations en milieu de travail. *Alcool : effets sur la santé*. Paris: Inserm; 2001 :113-27.
18. Bègue L, Subra B. L'alcool rend-il agressif ? *Revue électronique de Psychologie Sociale*. [Internet]. 2008; 3. Disponible à l'adresse suivante : <http://reps.psychologie-sociale.org/>
19. OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies). *Synthèse thématique alcool*. Saint-Denis, France: OFDT, 2015.
20. Mouquet M-C, Villet H. Enquête alcool auprès des usagers du système de soins. Novembre 2000. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Document de travail. [Internet]. 2003;53.

21. Haute Autorité de santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. Novembre 2014.
22. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad.). Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, France, 2008.
23. Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? *Exercer*. 2010;90:20–3.
24. Therapeutic patient education: Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases; Report of a WHO working group [Internet]. 1998. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108151/1/E63674.pdf>
25. République française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Legifrance du 1^{er} janvier 2016 [cité le 18 octobre 2017].
26. République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Legifrance du 21 juillet 2009 [cité le 18 octobre 2017].
27. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique* (4^e édition). Paris: Maloine; 2011;6.
28. Haute Autorité de santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. [Internet]. 2007.
29. World Health Organization. Skills for health. Genève, Suisse: WHO; 2003.
30. Haut Conseil de la santé publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours [Internet]. Novembre 2009 [cité le 18 oct 2017].
31. Courty P, Viguie P, Cherillat-Pepin M. Les usagers de drogue peuvent ils être « éduqués » ? *CourAddict*. 2011;13(3):15–8.
32. Sueur C. Éduquer le toxicomane. *Psychotropes*. 2004;10(2):47–79.
33. Bourdillon F. Faut-il que les équipes d'addictologie développent des programmes d'éducation thérapeutique ? *Cour Addict*. 2013;13(3):1–2.
34. De La Tribonnière X. Ce que l'éducation thérapeutique peut apporter à l'addictologie. *Santé Publique*. 2016;5(28):591–97.
35. Guillemot S. Place et apports de l'éducation thérapeutique du patient en addictologie/tabacologie. *Rev Mal Respir Actual*. Juillet 2014;6(3):248–52.
36. Pr Granger, Pr Thibaut, Ch Prudent Bertolotti. Programme d'éducation thérapeutique du patient en addictologie. Hôpitaux universitaires Paris Centre Cochin Broca Hôtel-Dieu, Unité de psychiatrie et d'addictologie adulte ; 2014.
37. Dubois O, Chevalier C, Arnaud L. Proposition d'un programme d'éducation thérapeutique du patient sous traitement de substitution aux opiacés pris en charge dans le cadre d'un réseau ville-hôpital. Limoges, France: SCD de l'université de Limoges; 2016.
38. Noumani I. « Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés en officine : outils de travail interdisciplinaire ». Thèse d'exercice. Université de Limoges, faculté de médecine et de pharmacie; 2011.
39. Lefebvre A, Michenaud J. « Description de l'élaboration d'un programme de réunions de groupes d'aide au sevrage tabagique dans une maison de santé pluriprofessionnelle à Savenay en Loire-Atlantique ». Lieu de publication inconnu, France; 2016.
40. Langeron H. « Élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient en addictologie : Prévenir la rechute chez la personne alcoolo-dépendante ». Mémoire de capacité d'addictologie clinique. [France]: université d'Aix-Marseille; 2016.
41. AFDET. Annuaire des UTEPs. [Internet]. [Cité le 16 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.afdet.net/categorie/annuaire-des-uteps/>

42. OSCARS. Programmes d'éducation thérapeutique autorisés. Provence-Alpes-Côte d'Azur. [Internet]. [Cité le 16 mai 2017]. Disponible sur : http://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/oscars_etp/index.php.
43. CART'EP. Répertoire des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Pays de la Loire [Internet]. [Cité le 16 mai 2017]. Disponible sur : http://www.educationtherapeutique-pdl.org/_front/pages/page.php.
44. CART'EP. Répertoire des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Île-de-France [Internet]. [Cité le 16 mai 2017]. Disponible sur : http://www.educationtherapeutique-idf.org/_front/pages/page.php.
45. EPHORA. Ressources en éducation thérapeutique du patient en Auvergne Rhône-Alpes. [Internet]. [Cité le 16 mai 2017]. Disponible sur : <http://www.ephora.fr/ephora/action.asp>.
46. ETP Alsace. Répertoire des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés en Alsace. [Internet]. [Cité le 16 mai 2017]. Disponible sur : <http://www.etp-alsace.com/education-en-alsace.html>.
47. World Health Organization, Centre for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe: WHO; 2004.
48. CRES. COMETE : COMpétences psychosociales en Education du paTiEnt [Internet]. 2015. Disponible sur : http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/688/les-fiches-pedagogiques_doc.pdf
49. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. *AdSP*, 2001;36:11–13.
50. Park N, Peterson C, Seligman ME. Strengths of character and well-being. *Journal of social and Clinical Psychology*. 2004;23(5):603–619.
51. Haute Autorité de santé. Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. [Internet]. 2012.
52. Haute Autorité de santé. Évaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation. [Internet]. 2004.
53. Benyamina A, Reynaud M, Aubin H-J. Alcool et troubles mentaux: de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013 :236-38.
54. Haute Autorité de santé. Programme d'éducation thérapeutique du patient. Grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS. [Internet]. 2010. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/etp_grille_aide_evaluation_autorisation_programme_ars_web.pdf
55. Les critères d'éligibilité au financement d'un programme d'ETP [Internet]. nouvelle.aquitaine.ars.sante. 2018. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-12>
56. INPES. Référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP. Saint-Denis, France: INPES; juin 2013.
57. Observatoire régional de la santé Pays de la Loire - Union régionale des professions de santé des médecins libéraux Pays de la Loire. Education thérapeutique, hospitalisation à domicile et loi Léonetti : la perception des médecins généralistes. Enquête n° 5 Pays de la Loire 2009. Février 2011.

7. Annexes

7.1 Test AUDIT

QUESTIONS	0	1	2	3	4
1. Quelle est votre fréquence de consommation d'alcool ?	0	1x/6 mois ou moins	2 à 4x/mois	2 ou 3x/sem.	4x ou + /sem.
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou +
3. Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres d'alcool ou plus lors de la même occasion ?	0	< 1x/mois	1 x/mois	1x/sem.	Chaque jour ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable d'arrêter de boire après avoir commencé ?	0	< 1x/mois	1 x/mois	1x/sem.	Chaque jour ou presque
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	0	< 1x/mois	1x/mois	1x/sem.	Chaque jour ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous dû boire un verre d'alcool dès le matin pour vous remettre d'une soirée bien arrosée ?	0	< 1x/mois	1x/mois	1x/sem.	Chaque jour ou presque
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous ressenti un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	0	< 1x/mois	1x/mois	1x/sem.	Chaque jour ou presque
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qu'il s'était passé la veille parce que vous aviez trop bu ?	0	< 1x/mois	1x/mois	1x/sem.	Chaque jour ou presque
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez trop bu ?	Non		Oui mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
10. Est-ce qu'un proche, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?	Non		Oui mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
SCORE TOTAL					
Interprétation : Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel de l'alcool. Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool.					

Tableau 10 : Test AUDIT.

7.2 Test AUDIT-C

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?
Jamais = 0
Une fois par mois ou moins = 1
2 à 4 fois par mois = 2
2 ou 3 fois par semaine = 3
Au moins 4 fois par semaine = 4
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
3 ou 4 = 1
5 ou 6 = 2
7 ou 8 = 3
10 ou plus = 4
3. Avec quelle fréquence buvez-vous 6 verres ou plus lors d'une occasion particulière ?
Jamais = 0
Moins de 1 fois par mois = 1
1 fois par mois = 2
1 fois par semaine = 3
Tous les jours ou presque = 4
Interprétation : Les questions portent sur la consommation des 12 derniers mois. Un score supérieur ou égal à 4 chez l'homme et à 3 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel de l'alcool.

Tableau 11 : AUDIT-C.

7.3 Test FACE

QUESTIONS	0	1	2	3	4
1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 ou 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	Non				Oui
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Non				Oui
5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	Non				Oui
SCORE TOTAL					
<p>Interprétation : Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse. Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5. Un score supérieur ou égal à 9 est, pour les deux sexes, en faveur d'une dépendance.</p>					

Tableau 12 : Test FACE.

7.4 Séance n° 1

OBJECTIF	Mieux connaître ma maladie
THÉMATIQUE	L'appropriation de la maladie
COMPÉTENCES MISES EN JEU	Expression de ses croyances et de ses représentations de la maladie Verbalisation de ses connaissances
TECHNIQUES D'ANIMATION	Mots clés / Brainstorming / Tour de table
MATÉRIEL NÉCESSAIRE	Paperboard / Stylos
DURÉE ESTIMÉE	90 minutes
SUPPORT UTILISÉ	Aucun
DÉROULEMENT	<p>5 minutes</p> <p><u>Présentation de la séance</u> : L'intervenant insiste sur l'expression libre et le respect de la parole des autres. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, le but étant d'échanger.</p> <p>5 minutes</p> <p><u>Mobilisation du groupe</u> : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « On a tous des connaissances plus ou moins justes sur la consommation d'alcool, sur la dépendance et les conséquences que cela peut avoir. Je vais inscrire des mots autour desquels nous allons réfléchir tous ensemble pour répondre à plusieurs questions. »</p> <p>30 minutes</p> <p><u>Temps 1</u> : L'intervenant fait une brève présentation orale sur les risques et les dommages. « Pouvez-vous me donner chacun deux risques et deux dommages liés à la consommation excessive d'alcool ? » L'intervenant trace deux colonnes sur le tableau dommages et risques. Un tour de table est effectué au cours duquel chaque participant peut répondre librement. L'intervenant collecte dans les colonnes les mots clés contenus dans les réponses des participants. Puis l'intervenant demande aux participants quel(s) dommage(s) ils aimeraient réduire et pour quelles raisons.</p> <p>30 minutes</p> <p><u>Temps 2</u> : L'intervenant propose aux participants de déterminer, par binômes, deux effets provoqués par l'alcool ressentis comme positifs et deux effets ressentis comme négatifs. Les idées seront ensuite restituées en groupe. L'intervenant les collecte sur un tableau en déterminant avec les autres participants dans quelle catégorie les classer : court, moyen et long terme.</p>
TRANSFERT DES ACQUIS	L'intervenant invite le groupe à s'exprimer en posant les questions suivantes : « Comment avez-vous vécu ce temps d'échange, cette activité ? » ; « En quoi cette activité peut-elle vous aider dans la vie quotidienne ? »
15 minutes	

SYNTHÈSE
5 minutes

Remise aux participants d'un document regroupant les informations abordées au cours de la séance.

7.5 Séance n° 1 bis

OBJECTIF	Mieux connaître ma maladie
THÉMATIQUE	L'appropriation de la maladie
COMPÉTENCES MISES EN JEU	Exprimer ses croyances et ses représentations de la maladie Verbaliser ses connaissances
TECHNIQUES D'ANIMATION	Brainstorming / Tour de table
MATÉRIEL NÉCESSAIRE	Paperboard / Stylos / Cartons rouges / verts / blancs
DURÉE ESTIMÉE	90 minutes
SUPPORT UTILISÉ	Abaque de Régnier simplifié
DÉROULEMENT	<p>5 minutes</p> <p><u>Présentation de la séance</u> : Bien insister sur l'expression libre et le respect de la parole des autres. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, le but étant d'échanger. Ensuite l'intervenant distribue trois cartons – un rouge, un vert, un blanc – à chaque participant. L'intervenant déterminera à l'avance les propositions qu'il souhaite proposer parmi les douze présentées ci-dessous en fonction de la dynamique du groupe.</p> <p>5 minutes</p> <p><u>Mobilisation du groupe</u> : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « Je vais énoncer des propositions concernant l'alcool, vous lèverez le carton rouge si vous n'êtes plutôt pas d'accord, le vert si vous êtes plutôt d'accord et le blanc si vous n'avez pas d'avis ou que vous hésitez. Ensuite nous reviendrons sur les propositions une par une afin d'en discuter. »</p> <p>20 minutes</p> <p><u>Temps 1</u> : L'intervenant énonce les propositions suivantes et les participants lèvent le carton correspondant à leur opinion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les gens boivent par plaisir. - Les personnes dépendantes à l'alcool manquent de volonté. - Les personnes dépendantes à l'alcool font des efforts pour boire moins ou ne plus boire. - Les personnes dépendantes à l'alcool font souffrir les gens autour d'elles. - La dépendance à l'alcool est une maladie. - Les personnes dépendantes à l'alcool ne reconnaissent jamais qu'elles sont malades. - On peut arrêter l'alcool sans se faire aider. - La dépendance à l'alcool est un problème individuel. - La dépendance à l'alcool est une maladie du cerveau. - La dépendance à l'alcool est héréditaire. - La rechute fait partie du parcours de la dépendance. - Boire plus que prévu n'entraîne pas de dommages. <p>Après chaque proposition l'intervenant note dans un tableau sur le paperboard les résultats par couleur.</p>

<p>40 minutes</p>	<p><u>Temps 2</u> : L'intervenant propose de reprendre les propositions une à une pour en débattre, en laissant la parole au groupe comprenant le plus de membres pour commencer (ce qui permet de mettre le groupe en confiance). L'intervenant veillera à susciter la discussion en évitant les conflits. Il favorisera la parole de chacun en respectant des temps de parole équitables.</p>
<p>TRANSFERT DES ACQUIS 10 minutes</p>	<p>L'intervenant invite le groupe à s'exprimer en posant les questions suivantes : « Comment avez-vous vécu ce temps d'échange, cette activité ? » ; « En quoi cette activité peut-elle vous aider dans la vie quotidienne ? »</p>
<p>SYNTHÈSE 10 minutes</p>	<p>L'intervenant reprend les éléments abordés au cours de la séance afin d'en faire un résumé et de mettre en avant les différences de point de vue des intervenants.</p>

7.6 Séance n° 2

OBJECTIF	Apprendre à mieux gérer mes émotions
THÉMATIQUE	Les émotions
COMPÉTENCES MISES EN JEU	Repérer ses émotions Exprimer ses émotions
TECHNIQUES D'ANIMATION	Photo-expression / Tour de table
MATÉRIEL NÉCESSAIRE	Cartes COMETE
DURÉE ESTIMÉE	90 minutes
SUPPORT UTILISÉ	Cartes Événements et cartes Émotions (outils COMETE)
DÉROULEMENT	
5 minutes	<u>Présentation de la séance</u> : Chaque participant va pouvoir exprimer ses difficultés à ressentir et à gérer ses émotions, et partager avec les autres ses expériences et ses questionnements. La liberté de parole est au centre de cette séance.
5 minutes	<u>Mobilisation du groupe</u> : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « Les émotions mal gérées sont souvent responsables de rechute. Cette séance a pour but d'apprendre à identifier ses émotions, afin de prendre les bonnes décisions par rapport à la dépendance. »
10 minutes	<u>Temps 1</u> : L'intervenant dispose les cartes Événements sur une table devant les participants. Chaque participant choisit une carte, sans dire laquelle, correspondant à une situation lui ayant donné envie de boire. Il la laisse sur la table afin que chacun puisse choisir une carte. Lorsque tous les participants ont choisi une carte, ils peuvent la saisir. Si deux participants ont choisi la même carte, ils pourront se la faire passer pendant la séance.
10 minutes	<u>Temps 2</u> : Chaque participant est ensuite amené à réfléchir à l'émotion que lui a déclenchée cet événement. Ensuite, sur le même modèle que le temps 1, les participants choisissent une carte Émotion, celle qui correspond à leur carte Événement.
20 minutes	<u>Temps 3</u> : A tour de rôle, les participants vont dévoiler leurs cartes et expliquer leurs choix en décrivant les émotions ressenties face aux événements. L'intervenant utilise alors le paperboard pour synthétiser les propos du groupe.
20 minutes	<u>Temps 4</u> : Une fois que chacun a pu s'exprimer, l'intervenant invite les participants à réagir à chaque

	situation exposée. Afin de favoriser la discussion, il utilise des techniques de relance et de reformulation.
TRANSFERT DES ACQUIS 15 minutes	L'intervenant invite le groupe à s'exprimer en posant les questions suivantes : « Comment avez-vous vécu ce temps d'échange, cette activité ? » ; « En quoi cette activité peut-elle vous aider dans la vie quotidienne ? »
SYNTHÈSE 5 minutes	L'intervenant insiste sur la nécessité de reconnaître ses émotions et de savoir les exprimer pour mieux les gérer et mieux négocier ses relations avec son entourage, mieux accepter les événements de la vie et gérer son addiction.

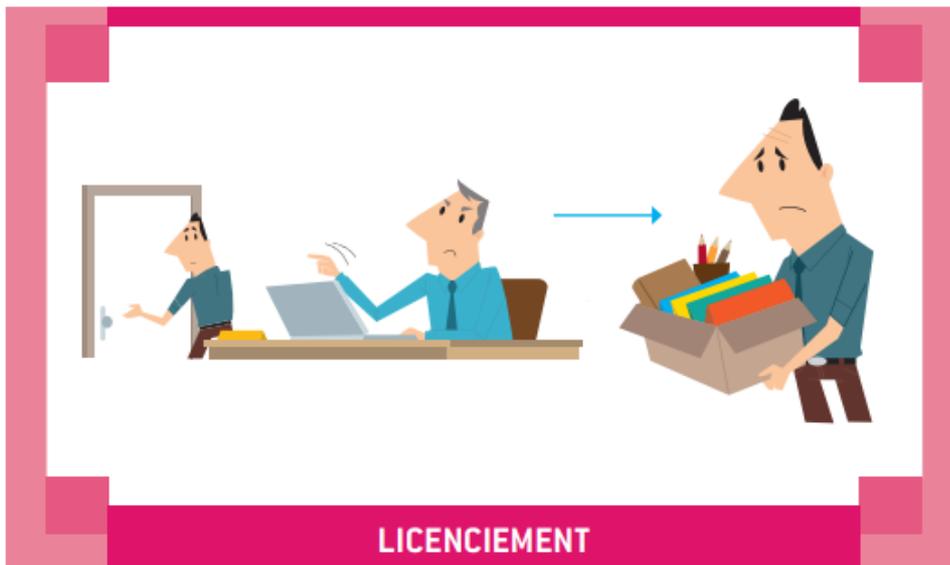


Illustration 4 : Exemple n°1 carte EVENEMENT



Illustration 5 : Exemple n°2 carte EVENEMENT

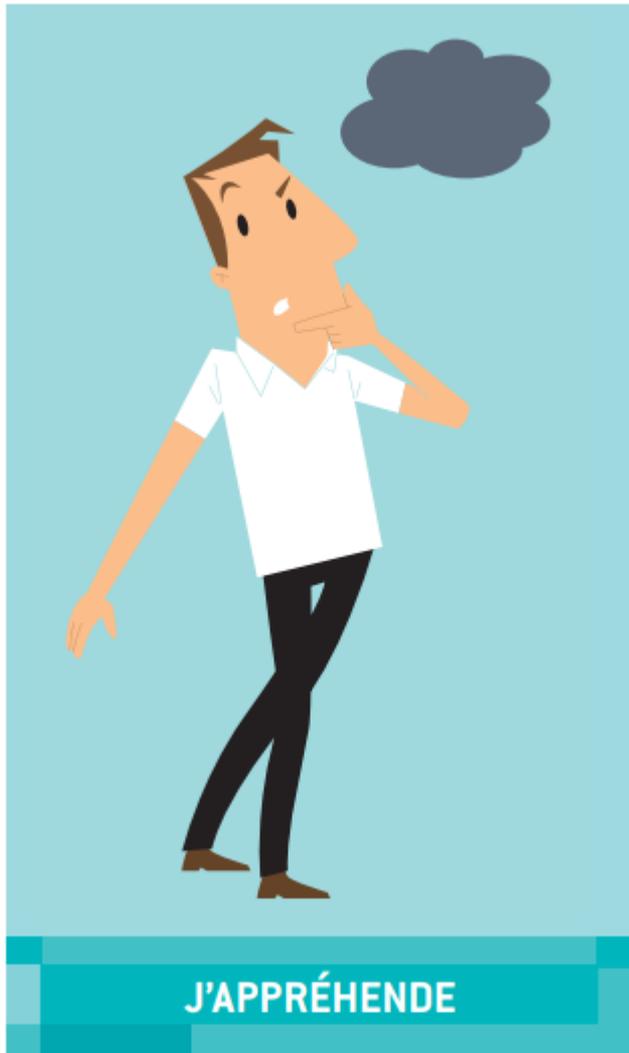


Illustration 6 : Exemple n°1 Carte EMOTION

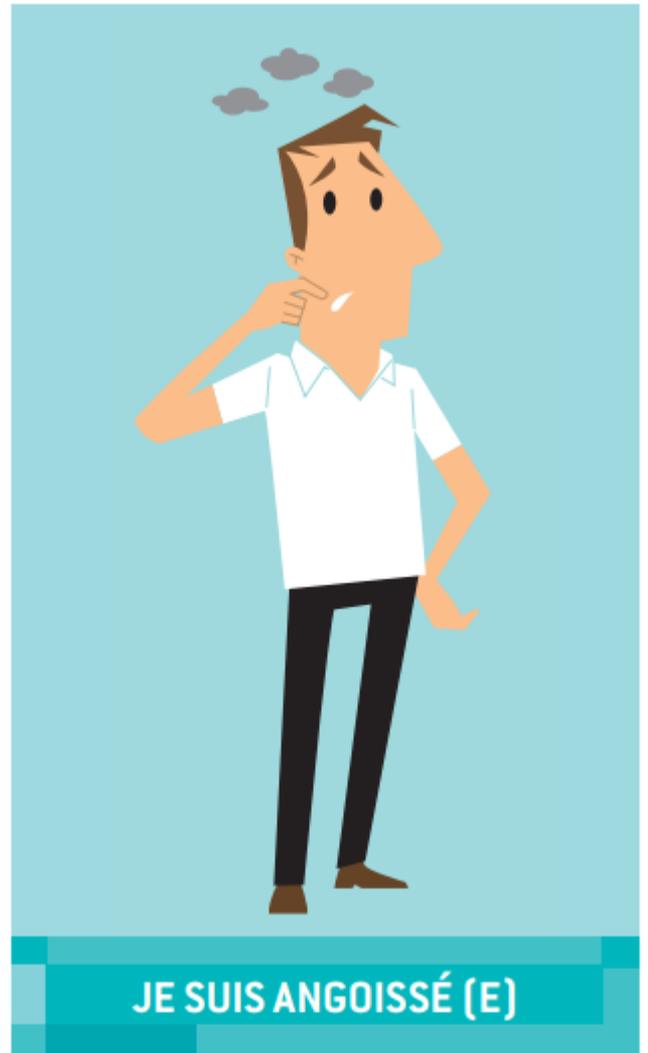


Illustration 7 : Exemple n°2 carte EMOTION

7.7 Séance n° 2 bis

OBJECTIF	Apprendre à mieux gérer mes émotions
THÉMATIQUE	Les émotions
COMPÉTENCES MISES EN JEU	Repérer ses émotions Prendre des décisions
TECHNIQUES D'ANIMATION	Jeu de rôle / Travail en sous-groupes
MATÉRIEL NÉCESSAIRE	Paperboard / Stylos
DURÉE ESTIMÉE	130 minutes
SUPPORT UTILISÉ	Scénarios préétablis
DÉROULEMENT	
5 minutes	<u>Présentation de la séance</u> : L'objectif de cette séance est de prendre conscience de ses émotions et des conséquences qu'elles peuvent entraîner sur la consommation. Elle permettra aussi de développer des stratégies communes pour contrôler ces émotions.
5 minutes	<u>Mobilisation du groupe</u> : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « Les émotions mal gérées sont souvent responsables de rechute. Cette séance a pour but d'apprendre à identifier ses émotions, afin de prendre les bonnes décisions par rapport à la dépendance. Vous allez réfléchir à des situations où vos émotions vont ont amenés à reconsommer. »
10 minutes	<u>Temps 1</u> : Après un bref temps de réflexion, les participants sont invités à raconter brièvement des situations où ils ont été dépassés par leurs émotions.
5 minutes	<u>Temps 2</u> : L'intervenant sépare le groupe en deux ou trois sous-groupes, et chaque sous-groupe choisit parmi ces situations à risque celle qu'il va rejouer. L'intervenant distribue les rôles dans chaque sous-groupe avec deux protagonistes et un observateur. Exemples de situations à risque : 1. Un participant est critiqué sur sa consommation par une personne de son entourage. 2. Un participant, en arrêt de travail depuis plusieurs mois à cause de problèmes relationnels avec un collègue, vient de reprendre le travail. 3. Un participant vient d'apprendre une très bonne nouvelle qu'il attendait depuis longtemps, il a l'intention de la fêter.
10 minutes	<u>Temps 3</u> : Chaque sous-groupe se réunit séparément pour imaginer une intrigue. Pendant ce temps l'intervenant trace sur le tableau des colonnes correspondant au nombre de scènes .

<p>15 minutes x 3</p>	<p><u>Temps 4</u> : Le premier sous-groupe joue sa saynète devant le reste du groupe, dont les membres sont invités à repérer les émotions apparues dans le jeu et les stratégies mises en place par les participants. A la fin de la saynète, l'intervenant invite les participants du jeu à exprimer leurs ressentis et les observateurs à faire part de leurs remarques. Le deuxième puis le troisième sous-groupe pratiquent de la même manière.</p>
<p>20 minutes</p>	<p><u>Temps 5</u> : L'intervenant demande aux participants de faire plusieurs propositions pour résoudre les difficultés rencontrées par les protagonistes. Elles sont inscrites sur le tableau dans la colonne réservée au jeu de rôle.</p>
<p>10 minutes</p>	<p><u>Temps 6</u> : L'intervenant demande aux participants de regrouper les propositions identiques et il les entoure d'une même couleur afin de pouvoir les repérer visuellement. Il peut faire une proposition qu'il juge importante.</p>
<p>TRANSFERT DES ACQUIS 10 minutes</p>	<p>L'intervenant demande aux participants en quoi cette activité peut leur être utile pour reconnaître leurs émotions dans leur vie quotidienne.</p>
<p>SYNTHÈSE 10 minutes</p>	<p>L'intervenant insiste sur la nécessité de reconnaître ses émotions et de savoir les exprimer, pour mieux les gérer et mieux négocier ses relations avec son entourage, mieux accepter les événements de la vie.</p>

7.8 Séance n° 3

OBJECTIF	Apprendre à mieux identifier les situations à risque
THÉMATIQUE	Repérer et décider
COMPÉTENCES MISES EN JEU	Savoir décider pour soi Identifier et résoudre les problèmes
TECHNIQUES D'ANIMATION	Étude de cas / Travail en sous-groupes
MATÉRIEL NÉCESSAIRE	Paperboard / Stylos
DURÉE ESTIMÉE	90 minutes
SUPPORT UTILISÉ	Aucun
DÉROULEMENT	
5 minutes	<u>Présentation de la séance</u> : L'objectif de cette séance est de se rendre compte des situations à risque de rechute ou de consommation plus importante que prévu. Elle permettra aussi de développer des stratégies communes. L'intervenant va présenter une situation simple afin d'encourager la discussion entre les participants sur les circonstances qui peuvent les inciter à reconsommer. L'intervenant insistera sur la participation de chacun à la discussion.
5 minutes	<u>Mobilisation du groupe</u> : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « Certaines situations présentent un risque de rechute. Je vais vous présenter une situation simple, vous allez imaginer trois scénarios possibles à partir de celle-ci. »
5 minutes	<u>Temps 1</u> : L'intervenant énonce une situation simple : Michel, 39 ans, ne boit plus depuis six semaines. Le mardi matin il se rend à la pharmacie. Sur la route il croise son ami Fabien qu'il n'a pas vu depuis deux mois et qui lui propose de boire un verre d'alcool pour fêter son anniversaire.
10 minutes	<u>Temps 2</u> : Les participants se regroupent en binômes et élaborent 3 scénarios possibles sur la suite de l'histoire, en se concentrant sur les émotions de Michel et ses réponses à ses émotions.
15 minutes	<u>Temps 3</u> : Chaque binôme expose ses trois scénarios au groupe. L'intervenant les note sur le paperboard.
20 minutes	<u>Temps 4</u> : L'intervenant demande aux participants de regrouper les scénarios en 3 ou 4 grands groupes en fonction des émotions ressenties par Michel, permettant de dégager un scénario type. Il entoure d'une couleur identique les scénarios rattachés à un scénario type.

<p>15 minutes</p>	<p><u>Temps 5</u> : Pour chaque scénario type les participants vont exprimer en groupe les avantages et les inconvénients des décisions de Michel. L'intervenant les note dans un tableau sur le paperboard.</p> <p>L'intervenant interroge ensuite les participants sur le scénario type à privilégier selon eux.</p>
<p>TRANSFERT DES ACQUIS 10 minutes</p>	<p>L'intervenant demande aux participants en quoi cette activité peut leur être utile pour reconnaître les situations à risque dans leur vie quotidienne.</p>
<p>SYNTHÈSE 5 minutes</p>	<p>L'intervenant insiste sur la nécessité de reconnaître les situations à risque et sur les outils dont les participants disposent pour éviter la reconsommation.</p>

7.9 Séance n° 3 bis

OBJECTIF	Apprendre à mieux identifier les situations à risque
THÉMATIQUE	Repérer et décider
COMPÉTENCES MISES EN JEU	Savoir décider pour soi Identifier et résoudre les problèmes
TECHNIQUES D'ANIMATION	Brainstorming / Travail individuel
MATÉRIEL NÉCESSAIRE	Paperboard / Feutres / Post-it de 5 couleurs différentes
DURÉE ESTIMÉE	130 minutes
SUPPORT UTILISÉ	Aucun
DÉROULEMENT	
5 minutes	<u>Présentation de la séance</u> : Chaque participant va pouvoir exprimer ses difficultés à ressentir et à gérer ses émotions et partager avec les autres ses expériences et ses questionnements. Pouvant être vécue comme très intime, cette séance, dans l'idéal, sera proposée à un groupe qui se connaît déjà. L'intervenant doit insister sur l'importance de laisser chacun s'exprimer, et sur le fait qu'il n'y a pas de bonne réponse aux questions, l'important étant d'exprimer ce que l'on ressent.
5 minutes	<u>Mobilisation du groupe</u> : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « Les situations de stress sont souvent responsables de rechute. Cette séance a pour but d'apprendre à identifier ces situations et à les contrôler. »
20 minutes	<u>Temps 1</u> : L'intervenant propose à chaque participant de noter sur un post-it de couleur une situation stressante qu'il a vécue et qui l'a amené à reconsommer. Sur un deuxième post-it, de couleur différente, les participants inscrivent leur réaction face à cette situation. Enfin, sur un troisième post-it d'une couleur différente de celle des deux premiers, ils notent les conséquences de cette réaction sur eux, leur entourage, leur environnement. L'intervenant inscrit les consignes sur le paperboard sous forme de colonnes correspondant aux trois post-it de couleurs différentes. Un temps important est laissé aux participants pour réaliser ce travail réflexif.
20 minutes	<u>Temps 2</u> : Les participants, tour à tour, expriment au groupe leur situation stressante et ses conséquences. Pendant ce temps, l'intervenant note sur le paperboard les réponses des participants dans les colonnes correspondantes.
20 minutes	<u>Temps 3</u> : En groupe, les participants réagissent au tableau créé par l'intervenant, en essayant de déterminer des liens entre les situations et leurs conséquences. Au cours de cette

7.9 Séance n° 4

OBJECTIF	Savoir mieux prendre soin de moi
THÉMATIQUE	La confiance en soi
COMPÉTENCES MISES EN JEU	Se faire confiance dans sa capacité à gérer sa consommation
TECHNIQUE D'ANIMATION	Travail individuel
MATÉRIEL NÉCESSAIRE	Feuille / Stylos / Blasons vierges
DURÉE ESTIMÉE	90 minutes
SUPPORT UTILISÉ	Blason
DÉROULEMENT	<p>5 minutes</p> <p><u>Présentation de la séance</u> : Cette séance permet d'élaborer un outil utilisable quotidiennement pour développer sa confiance en soi.</p> <p>5 minutes</p> <p><u>Mobilisation du groupe</u> : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « Un blason est un signe de reconnaissance. Il nous ressemble et nous permet via différents symboles d'affirmer notre identité, notre force, notre histoire. Je vous propose de créer le vôtre afin de disposer d'un outil auquel vous pourrez vous reporter dans les situations difficiles. »</p> <p>30 minutes</p> <p><u>Temps 1</u> : L'intervenant distribue les blasons vierges aux participants et en dessine un sur le paperboard pour expliquer comment remplir les différentes cases. L'idéal est de donner un exemple.</p> <p>Case en haut à gauche : c'est la case du passé, celle où l'on inscrit le nom d'un personnage marquant de la vie, celui en qui on puise de l'espoir, de la volonté, de l'amour ou toute autre force.</p> <p>Case en haut à droite : on y dessine ou inscrit le nom d'un objet qui symbolise sa personnalité, sa résistance, son tonus, sa puissance, etc.</p> <p>Case en bas à gauche : on y inscrit tous ses soutiens actuels, humains, spirituels, matériels, etc.</p> <p>Case en bas à droite : on y inscrit un projet personnel qu'il nous tient à cœur de réaliser dans les mois ou les années à venir.</p> <p>Le bandeau en haut, quand on a rempli les quatre autres cases, résume notre « devise » face à la maladie.</p> <p>L'intervenant laisse ensuite les participants réfléchir et remplir les cases, il répond aux questions, aide à la formulation, etc.</p> <p>25 minutes</p> <p><u>Temps 2</u> : Chaque participant est invité à présenter son blason aux autres, qui peuvent l'aider si nécessaire à le compléter, à trouver la « devise » si besoin est.</p>

TRANSFERT DES ACQUIS
20 minutes

L'intervenant invite les participants à exprimer comment ils ont vécu cette activité, et ce qu'ils en retirent pour les aider à vivre avec la maladie. L'intervenant félicite chacun pour le blason réalisé et l'invite à le reprendre, le relire et l'affiner avec un proche.

SYNTHÈSE
5 minutes

L'intervenant insiste sur la nécessité de savoir reconnaître ses émotions et de développer des techniques pour utiliser ses ressources internes et externes afin de mieux se protéger et accepter les événements de la vie.

DEVISE :

7.10 Séance n° 4 bis

OBJECTIF	Savoir mieux prendre soin de moi
THÉMATIQUE	La confiance en soi
COMPÉTENCES MISES EN JEU	Se faire confiance dans sa capacité à gérer sa consommation S'affirmer
TECHNIQUES D'ANIMATION	Travail individuel / Brainstorming
MATÉRIEL NÉCESSAIRE	Stylos
DURÉE ESTIMÉE	90 minutes
SUPPORT UTILISÉ	Fiche « forces de caractère »
DÉROULEMENT	
5 minutes	<u>Présentation de la séance</u> : Cette séance doit permettre à chacun de trouver les éléments positifs de sa personnalité pouvant l'aider à affronter son addiction.
5 minutes	<u>Mobilisation du groupe</u> : L'intervenant peut introduire la séance de la façon suivante : « La santé est toujours perçue d'un point de vue négatif : comment ne pas être malade. Nous allons ici faire l'exercice inverse en cherchant les éléments dans notre caractère qui peuvent nous rendre heureux et nous aider à affronter notre maladie. »
20 minutes	<u>Temps 1</u> : L'intervenant distribue une fiche « forces de caractère » à chaque participant et laisse le temps au groupe de lire cette fiche en entier. Il répond ensuite aux éventuelles questions.
30 minutes	<u>Temps 2</u> : L'intervenant propose ensuite de reprendre les propositions une à une et de déterminer en quoi elles peuvent être utiles pour lutter contre les troubles liés à l'usage de l'alcool et en quoi elles peuvent être utiles à l'amélioration de la santé en général. L'intervenant note les idées clés sur le paperboard.
10 minutes	<u>Temps 3</u> : L'intervenant propose à chaque participant de noter sur sa fiche les trois forces qui, selon lui, sont les plus aidantes pour lutter contre la maladie.
TRANSFERT DES ACQUIS 15 minutes	L'intervenant invite les participants à expliquer leur choix parmi les forces de caractère et en quoi cette séance va pouvoir leur servir dans leur vie quotidienne.
SYNTHÈSE 5 minutes	L'intervenant insiste sur la nécessité de savoir reconnaître ses forces et de développer des techniques pour utiliser ses ressources internes et externes afin de mieux se protéger et accepter les événements de la vie.

7.11 Fiche « forces de caractère »

FICHE FORCES DE CARACTÈRE
SAGESSE ET CONNAISSANCE : forces qui favorisent l'acquisition et l'usage de la connaissance.
Créativité : penser à des façons nouvelles et productives de faire les choses.
Curiosité : trouver de l'intérêt à toute expérience en cours, aimer explorer.
Amour de l'apprentissage : aimer maîtriser de nouvelles habiletés.
Ouverture d'esprit : examiner une chose sous tous ses angles ; accepter de changer d'idée à la lumière de nouvelles informations.
MODÉRATION : forces qui protègent contre les excès.
Pardon : pardonner à ceux qui ont mal agi ; donner une seconde chance ; ne pas se venger.
Modestie/humilité : ne pas chercher à être à l'avant-scène ; ne pas se considérer comme spécial.
Prudence : être attentif dans ses choix ; ne pas prendre de risques inutiles ; ne pas dire ou faire des choses que l'on pourrait regretter.
Autorégulation : gérer ses sentiments et ses actions ; contrôler ses appétits et ses émotions.
TRANSCENDANCE : forces qui favorisent une ouverture vers quelque chose de plus grand que soi et aident à trouver du sens à sa vie.
Appréciation de la beauté : remarquer la beauté, l'excellence et la performance dans tous les domaines de la vie (arts, sciences, etc.).
Gratitude : être conscient et reconnaissant pour les bonnes choses qui arrivent ; prendre le temps d'exprimer des remerciements.
Espoir : attendre le meilleur dans l'avenir et travailler à le réaliser ; croire qu'un bon avenir est quelque chose qu'on peut atteindre.
Humour : aimer rire, sourire aux autres ; voir les choses du bon côté ; faire des plaisanteries.
Spiritualité : savoir où l'on se situe dans un ensemble plus large ; avoir des croyances à propos du sens de la vie qui orientent sa conduite et favorisent le bien-être.
COURAGE : forces qui demandent de la volonté pour accomplir ses buts malgré les obstacles internes et externes.
Authenticité : se présenter de façon vraie ; être sans prétention ; prendre ses responsabilités.
Bravoure : ne pas reculer devant la menace, les difficultés ou la douleur ; agir selon ses convictions même si c'est impopulaire.
Persistance : finir ce qui est commencé ; persister malgré les difficultés.
Enthousiasme : approcher la vie avec excitation et énergie ; ne pas faire les choses à moitié ; vivre la vie comme une aventure ; se sentir bien vivant.

HUMANITÉ : forces pour aller vers autrui et lui « venir en aide ».

Bienveillance : faire de bonnes actions pour autrui ; aider les autres et en prendre soin.

Amour : valoriser les relations intimes avec les autres, être proche des gens.

Intelligence sociale : être conscient des motivations et des émotions des gens et de soi-même ; savoir faire ce qui convient dans différentes situations sociales.

JUSTICE : forces pour une vie communautaire saine.

Honnêteté : traiter toute personne selon la justice ; donner à chacun sa chance.

Leadership : encourager son groupe à travailler ; s'efforcer de maintenir de bonnes relations dans le groupe ; organiser des activités de groupe.

Collaboration : bien travailler comme membre d'un groupe ; être loyal, faire sa part.

Vu, le Président du Jury,
(Indiquer les Nom, prénom et titre)

Vu, le Directeur de Thèse,
(Indiquer les Nom, prénom et titre)

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : ROBIN

PRÉNOM : ÉTIENNE

Titre de Thèse : Éducation thérapeutique du patient en addictologie. État des lieux et construction d'un programme portant sur les troubles liés à l'usage de l'alcool.

RÉSUMÉ

L'éducation thérapeutique du patient s'est développée ces dernières années et s'est révélée être une aide complémentaire dans la prise en charge de nombreuses pathologies chroniques.

En France, une trentaine de programmes d'ETP sont actuellement en cours dans le domaine de l'addictologie, dont une quinzaine qui portent sur les troubles liés à l'usage de l'alcool. Ils ne sont pas toujours structurés selon les critères de la HAS.

Nous avons construit un programme structuré d'ETP en addictologie à partir des référentiels actuels et des pratiques dans les autres structures de soins. Les quatre étapes de l'ETP ont été abordées et quatre thématiques ont été traitées, chacune sous la forme de deux séances collectives inspirées notamment par l'outil COMETE.

Ce programme d'ETP pourrait permettre une prise en charge globale et structurée des troubles addictifs, mais il nécessite d'être confronté à la réalité clinique et d'être évalué par l'équipe soignante qui le mettra en place, voire par les intervenants du réseau de soins s'il venait à s'étendre à une application en ambulatoire.

MOTS CLÉS

éducation thérapeutique du patient (ETP), troubles liés à l'usage de l'alcool, addictologie