



RAPPORT D'EVALUATION

EXPERIMENTATION ALCOCHOIX+ EN NOUVELLE-AQUITAINE

2019-2020

SOMMAIRE

2

CONTEXTE DE L'EXPERIMENTATION

4

MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION

5

METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

7

LES PATIENTS SUIVIS VIA ALCOCHOIX+

19

LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

27

LE TRAVAIL PARTENARIAL

32

LES PRINCIPALES CONCLUSIONS DE L'EVALUATION

35

PERSPECTIVES

CONTEXTE DE L'EXPERIMENTATION

LES PRINCIPES DU PROGRAMME :

ALCOCHOIX + est un programme qui vise à **redonner aux gens la capacité de choisir** où, quand, avec qui et quelle quantité d'alcool ils consomment. Il s'adresse à ceux qui s'inquiètent des conséquences associées à leur consommation d'alcool et qui désirent modifier leurs habitudes.

Six éléments forment le programme :

1. auto-observation de la consommation
2. établissement d'un objectif d'intervention spécifique
3. identification des situations à haut risque
4. stratégies pour réduire ou éviter la consommation
5. stratégies d'adaptation
6. auto-renforcement pour l'atteinte des objectifs (Miller et al. 1992)

Les différentes phases comprennent des lectures, des exercices de réflexion, des encadrés informatifs et des questionnaires. Le programme s'appuie sur **un manuel destiné au patient ainsi qu'un carnet pour noter ses consommations**.

La mise en œuvre du programme prévoit **deux à six rencontres d'environ 60 minutes** en fonction des capacités et des besoins du patient. Les avantages du programme résident en une approche non stigmatisante, un programme adapté au rythme et aux besoins des individus et un programme flexible.

Le programme canadien prévoit **trois formules d'accompagnement (formule autonome, formule guidée, formule de groupe)** afin de s'adapter aux besoins des patients.

HISTORIQUE DU PROGRAMME :

Développé à l'origine par les Canadiens du RISQ (programmation universitaire de Recherche et d'Intervention sur les Substances psychotropes du Québec), il a été lancé par le GREA en Suisse romande au printemps 2008, qui en a acheté les droits au ministère québécois et est porté actuellement par une quinzaine de centres de soin.

Le RISQ, le GREA et la Fédération Addiction ont décidé de demander en 2015 au ministère des affaires au Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec qui détient les droits d'auteurs de leur permettre de mettre à jour le programme sans paiement de licence.

Le MSSS Québec a donné son accord, à la condition que le RISQ soit garant de la démarche scientifique de cette mise à jour des éléments du programme. La FEDITO a rejoint ensuite la dynamique.

La Fédération addiction est membre du consortium international (Québec, Suisse, Belgique, France) – et contribue à l'**adaptation du programme Alcochoix+** dans le contexte français et au développement d'une déclinaison d'outils **MESCHOIX** comportant un volet Cannabis, un volet Jeu et un volet toutes substances. Cette implication lui permet de bénéficier de l'accès au programme sans en payer des frais de copyright.

EXPERIMENTATIONS EN FRANCE

La Fédération Addiction a tout d'abord mené, en 2017 et 2018, une **première expérimentation** avec le soutien de la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives) et de la DGS (Direction Générale de la Santé) **afin d'observer la compatibilité du programme vis-à-vis du contexte français**. Dans les services d'addictologie, il a été observé une réduction de la consommation chez 150 personnes accompagnées (61,3% d'unités standards consommées par semaine) avec un nombre de séances d'accompagnement de 4,7/personne sur 11 semaines¹.

Cette première phase a permis de dresser plusieurs constats. Ainsi le programme représente un **cadre bienveillant** de prise en charge, il constitue un **support sécurisant** pour le professionnel et valorisant pour le patient et son appropriation est aisée.

Toutefois, cela a conduit à observer qu'il **reste difficile d'atteindre les personnes à risque non dépendantes** (en effet ce public est très peu rencontré dans les structures spécialisées) et que le format est assez lourd et cadré ce qui ne convient pas à tous les professionnels et les patients (notamment ceux présentant des troubles cognitifs).

Les retours de cette première expérimentation ont notamment permis de faire remonter tous les éléments nécessaires pour **adapter le programme au contexte Français aboutissant à la publication d'une version Européenne** du programme début 2019.

Toutefois, en accord les priorités des différents plans gouvernementaux, nous souhaitons poursuivre nos expérimentations et notamment regarder les modalités d'actions permettant de toucher le public à risque non dépendant (consommations de 12 à 35 unités standard par semaine).

Après cette première étape, la **seconde expérimentation** réalisée de janvier 2019 à Juin 2020 en Nouvelle-Aquitaine (financé par l'ARS Nouvelle Aquitaine) et la MILDECA DGS autour d'Alcochoix+ avait pour **objectif de travailler sur l'accessibilité du programme vis-à-vis du public à risque non dépendant ne fréquentant pas les structures spécialisées**.

Pour cela, en s'appuyant sur les structures spécialisées administrant le programme, l'expérimentation devait permettre d'expérimenter différentes modalités de partenariats entre structures spécialisées et acteurs du droit commun (médecine de ville notamment et intervenants sociaux) permettant de faire connaître le programme puis d'orienter si besoin vers un professionnel formés (dans les centres spécialisés).

¹ Résultats présentés aux rencontres de Santé Publique France, 2019.

MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION

PILOTAGE DE L'EXPERIMENTATION

L'expérimentation a été menée par la Fédération Addiction avec le soutien financier de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et de la MILDECA/DGS.



Le comité de pilotage régional était constitué des quatre sites pilotages, de l'ARS Nouvelle Aquitaine, de la MILDECA et de la Fédération Addiction. Le comité de pilotage était notamment chargé de suivre et de valider les principales étapes du projet.

Le RISQ (programmation universitaire de Recherche et d'Intervention sur les Substances psychotropes du Québec) a validé l'ensemble des outils élaborés dans le cadre du projet.

OBJECTIFS DE L'EXPERIMENTATION :

L'objectif de l'expérimentation en Nouvelle-Aquitaine était double :

- ┆ Améliorer et analyser les modalités de mobilisation des partenaires pour orienter des personnes à risque non dépendantes
- ┆ Observer les modalités de mise en œuvre les plus appropriées selon les publics (individuelle, collective, via les centres spécialisés et/ou les dispositifs de premier recours, sous forme de permanences, les modalités de recrutement etc.....).

LES ETAPES DE L'EXPERIMENTATION

Quatre sites pilotes ont été sélectionnés pour mettre en œuvre le programme :

- ┆ L'ANPAA 19 à Brive-la-Gaillarde
- ┆ L'ANPAA 33 à Bordeaux
- ┆ Le Centre Maurice Cerisé du CEID à Bordeaux
- ┆ Le CSAPA CEID Béarn à Pau

Sur chaque site, au moins deux professionnels ont été formés au programme Alcochoix+ pendant deux jours.

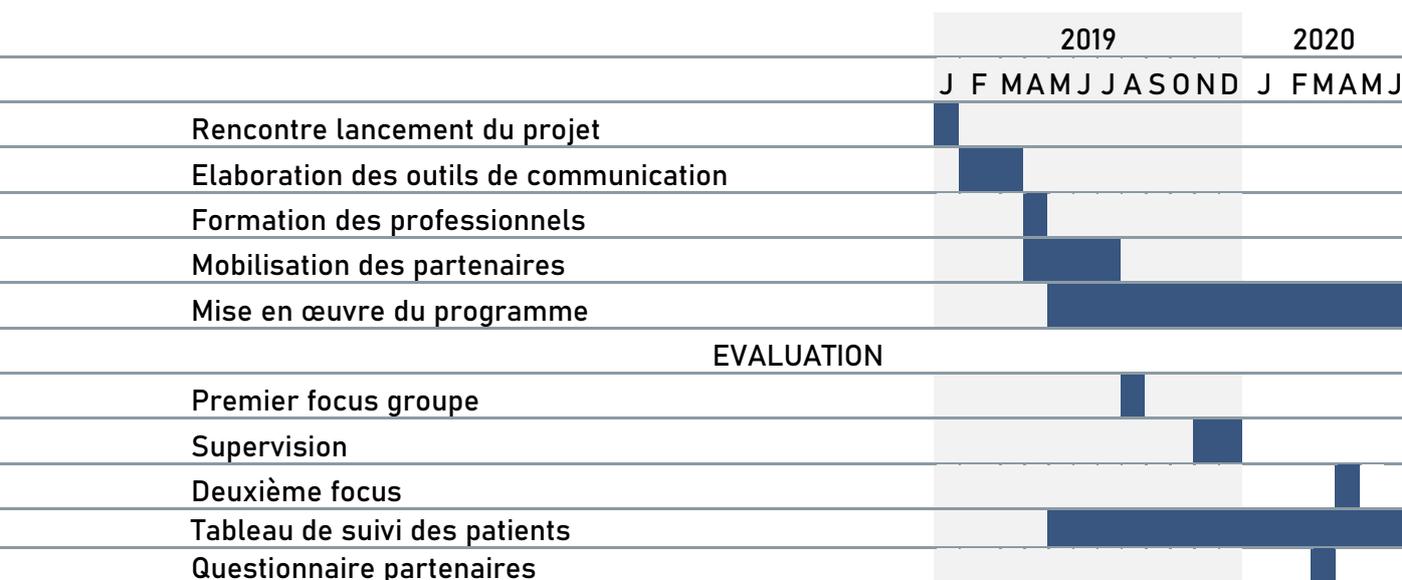
Afin de promouvoir le programme auprès des consommateurs excessifs difficilement touchés par les centres spécialisés, **chaque site a identifié les potentiels partenaires** à même de repérer ces personnes et de communiquer auprès d'eux sur le programme. Pour cela des outils de communication ont été élaborés par la Fédération Addiction en lien avec les professionnels des sites.

Les personnes qui le souhaitaient, pouvaient ainsi être accompagnées par les professionnels du site à l'aide du programme Alcochoix+ que ce soit en groupe ou de manière individuelle, sur site ou hors site.

L'évaluation a constitué une part importante de l'expérimentation. Elle a été menée via différentes modalités :

- | Un tableau de suivi à remplir par les professionnels
- | Deux focus groupes : au début et à la fin de l'expérimentation
- | Une séance de supervision en présence du formateur au programme
- | Un questionnaire avec les partenaires sollicités par les structures

L'expérimentation s'est déroulée de janvier 2019 à juin 2020 suivant le planning ci-dessous :



METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

RECUEIL DES INFORMATIONS QUALITATIVES

4 premiers focus groupes ont été réalisés sur chacun des sites en août et septembre 2019. (14 professionnels participants). Ces premiers focus groupes ont permis de faire le point sur le travail partenarial envisagé et réalisé ainsi que les suivis mis en œuvre.

3 séances de supervision ont eu lieu en novembre et décembre 2019 en présence du formateur (10 professionnels participants). Ces séances ont permis aux professionnels de décrire plus précisément les suivis qu'ils réalisent via Alcochoix+ et leurs éventuelles remarques et difficultés.

4 focus groupes en juin et juillet 2020 sont venus clôturer l'évaluation (8 professionnels participants). Ils ont permis d'aborder l'impact de la crise sanitaire sur le déroulement de l'expérimentation, les caractéristiques du public ciblé et touché, l'organisation interne autour du programme ainsi que le travail partenarial.

RECUEIL DES DONNEES QUANTITATIVES

Un questionnaire a été rempli par les professionnels (15 professionnels répondants) et un **questionnaire a été proposé pour les partenaires** (4 partenaires répondants).

Des tableaux de suivi concernant les patients suivis ont été remplis par les professionnels (Données pour 44 personnes sur 68 suivis commencés).

LIMITES DE L'EVALUATION

Le nombre de professionnels participants et par conséquent des personnes ayant bénéficié du programme étant restreint (notamment du fait de la crise sanitaire), les analyses statistiques proposées ici permettent de dégager d'éventuelles tendances mais doivent être interprétées avec précaution.

Sur 68 personnes ayant démarré le programme, les informations de suivies ont été récoltées pour 44 personnes. 7 personnes ont été enlevées de l'échantillon car les informations n'avaient été transmises par les professionnels que pour celles ayant terminé le programme, ce qui impliquait un biais de sélection. Les données sont donc analysées sur la base d'un échantillon de 37 personnes. A chaque fois, les informations sont données selon le nombre de personnes pour qui elles ont été renseignées, certaines venant parfois à manquer. Concernant les données relevées à la dernière séance, il n'est pas possible de savoir si le suivi est toujours en cours ou s'il est terminé pour le moment. Il s'agit donc de la réduction des consommations et du nombre de séance menée à un instant t, et non pas à la fin de tous les suivis.

Comme attendu, le nombre de partenaires ayant répondu au questionnaire est très faible ce qui ne permet pas véritablement d'en exploiter les résultats

Par ailleurs, il n'avait pas été prévu de questionnaire à destination des professionnels des structures participantes n'ayant pas été formés au programme. Certains professionnels du CEID Bordeaux ont toutefois répondu au questionnaire à destination des partenaires. La plupart des questions ne leur étant pas destinées, ces informations ne sont pas exploitables mais cela a toutefois permis d'estimer le nombre d'orientation réalisées en interne au CEID Bordeaux. A posteriori, il en ressort qu'un questionnaire ciblé auprès des professionnels non formés de la structure aurait permis de recueillir d'avantage les avis sur l'organisation interne à privilégier pour la mise en œuvre du programme.

LES PATIENTS SUIVIS VIA ALCOCHOIX+

Sur les **113 personnes à qui le programme a été proposé** par les professionnels formés, **68 ont commencé** un suivi (au moins deux séances de réalisées). Les informations ont été récoltées pour 44 personnes dont 7 exclues pour éviter un biais de sélection. Cette première partie présente donc le profil et les caractéristiques des personnes ciblées par les professionnels et de celles qui ont effectivement fait l'objet d'un suivi, même inabouti.

PREREQUIS – CRITERES DE SELECTION

Lors de la formation au programme, il est recommandé aux professionnels de proposer le programme à des personnes :

- ┆ N'ayant pas de syndrome de sevrage
- ┆ N'ayant pas de contre-indications médicales (nécessité d'être abstinent ou traitement médicamenteux pouvant interagir avec l'alcool)
- ┆ N'étant pas enceintes

Les professionnels sont dans l'ensemble **en accord avec ces observations**.

Certains professionnels font la distinction entre le fait d'avoir un syndrome de sevrage – c'est-à-dire développer un *craving* en cas d'arrêt ou de diminution de la consommation ce qui rend en effet le suivi via Alcochoix+ difficile – et le fait d'être dépendant en termes de difficulté à maîtriser sa consommation. **Pour eux, Alcochoix+ s'adresse donc également aux personnes dépendantes tant que cette dépendance ne se traduit pas par des manifestations physiques.**

Par ailleurs, à la question des caractéristiques recherchées chez les patients en vue de leur proposer le programme (hormis celles liés à la consommation), les professionnels ont cité en priorité :

- ┆ **La motivation** de la personne (6 occurrences sur 13 répondants)
- ┆ **La volonté de diminuer** la consommation (5 occurrences)
- ┆ Le fait d'avoir des **capacités de compréhension et d'élaboration** ainsi que la **capacité de lire et écrire** (5 occurrences)

Dans une moindre de mesure étaient cités l'absence de polyconsommation et de comorbidité psychiatrique (seulement 2 occurrences pour chaque).

Le cas des troubles psychiatriques

Pour les professionnels, en cas de troubles psychiatriques décompensés², le programme semble très peu adapté. A l'inverse, **si les troubles sont compensés, le suivi peut être possible**. Il faut donc "différencier ce qui est délirant et aigu de ce qui est chronique mais abrasé". Pour certains patients avoir quelque chose de compté, de mesuré plutôt que des questions qui décortiquent les "pourquoi", etc. va ainsi mieux leur convenir.

En définitive, le suivi de personnes présentant également des troubles psychiatriques dépend de la teneur de ces troubles mais aussi du professionnel et de son aisance avec le programme. La pertinence du programme **s'évalue ainsi au cas par cas**, parfois même d'une séance sur l'autre.

Le cas des polyconsommations

Les professionnels sont confrontés de manière récurrente à des consommations mixtes : alcool et tabac notamment, cannabis et de manière plus marginale cocaïne voire héroïne.

Initialement, le suivi Alcochoix+ est déconseillé dans le cas de polyconsommations comme cela est spécifié lors de la formation. Les professionnels ne sont pas cependant si catégoriques et considèrent que **la prise en charge de polyconsommateurs via Alcochoix+ n'est pas à exclure** et ce pour plusieurs raisons :

- ┆ Les polyconsommateurs ont parfois déjà expérimenté l'arrêt ou la diminution d'un produit ce qui leur donne une **écoute particulière concernant la démarche de Réduction des Risques**.
- ┆ Le programme Alcochoix+ peut amener les patients à **s'interroger sur d'autres consommations**.
- ┆ Enfin, depuis plusieurs années, la prise en charge des problématiques addictives tend à se faire **autour de la personne et non autour d'un produit en particulier**. Cette tendance est ainsi concrétisée y compris dans le cadre du programme MesChoix puisqu'un guide généraliste MesChoix va être édité en parallèle d'une version pour le cannabis et le jeu. Ces versions sont attendues avec impatience par les professionnels.

Ici encore, la présence de polyconsommation ne constitue **pas un facteur de non éligibilité au programme et la prise en charge est à adapter à la personne et à ses capacités**.

Comme c'est le cas généralement, en cas de polyconsommation, les professionnels demandent à ce que les autres consommations soient également notés, notamment pour s'assurer qu'il n'y ait pas de transfert de consommation.

² "Le terme décompensation signifie que la structure psychique, jusque-là en équilibre (compensée), se déséquilibre (décompense) et que des syndromes caractéristiques apparaissent alors. Ils peuvent disparaître ou se pérenniser selon la manière dont le nouvel équilibre se forme."

JUIGNET, Patrick. Les décompensations des personnalités psychotiques. In: Philosophie, science et société [en ligne]. 2018. Disponible à l'adresse : <https://philosciences.com/philosophie-et-psychopathologie/psychopathologie-clinique/417-decompensation-personnalite-psychotique>.

CARACTERISTIQUES DES PATIENTS CIBLES ET SUIVIS

Caractéristiques en termes de consommation

Les professionnels proposent généralement le programme à ceux dont **la consommation est modérée, quotidienne et préoccupante**. En théorie, les bornes minimales et maximales de consommation les plus appropriées pour suivre le programme sont en moyenne de **18 et 60 unités d'alcool par semaine**. Sur 10 répondants, 5 ont ainsi donné une borne maximale de 70 unités par semaine.

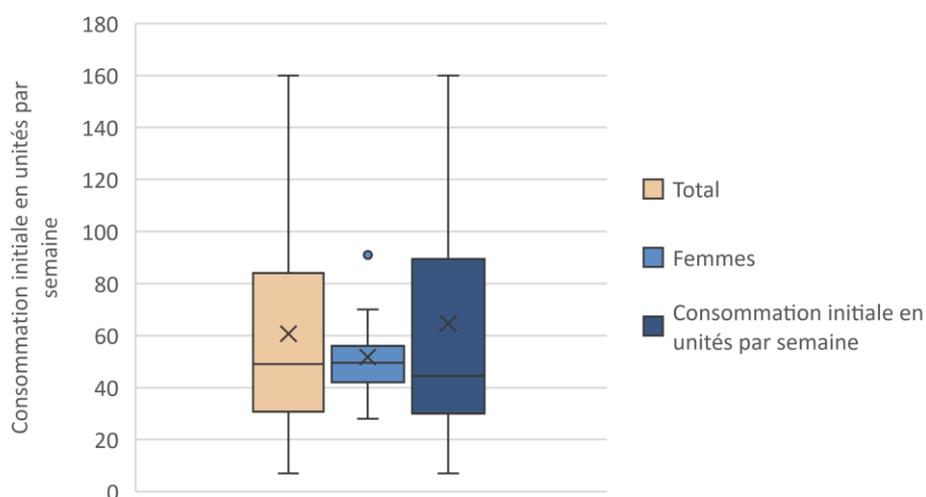
Pour certains professionnels, si la consommation est trop importante, le fait de compter peut sembler totalement hors de propos et la question d'un bilan somatique se pose. Par ailleurs, en cas de dépendance physique, il est parfois plus difficile de contrôler la consommation pour certains patients

Toutefois, le programme Alcochoix+ dans une approche de Réduction des Risques permet de verbaliser le rapport aux usages, de voir ce que la personne veut et peut atteindre selon ses propres choix et non celui du professionnel.

Consommation à l'entrée du programme

Au final, les personnes ayant commencé le programme ont une **consommation moyenne de 60 unités par semaine et médiane de 49 unités**. Ces chiffres cachent cependant de **grandes disparités** entre les personnes notamment chez les hommes (cf. figure ci-dessous).

Figure 1. Répartition des consommations initiales en unités par semaine



Source : tableaux de suivi

Chez les personnes ayant commencé le programme, **19 déclarent au moins une API (Alcoolisation Ponctuelle Importante³) par mois soit près de la moitié des entrants**. La répartition du nombre d'API par mois est très hétérogène, avec 14 personnes en faisant entre 1 et 8 par mois et à l'opposée 5 personnes en faisant 30 ou 31. Parmi ces dernières 4 correspondent aux personnes consommant plus de 125 unités par semaine.

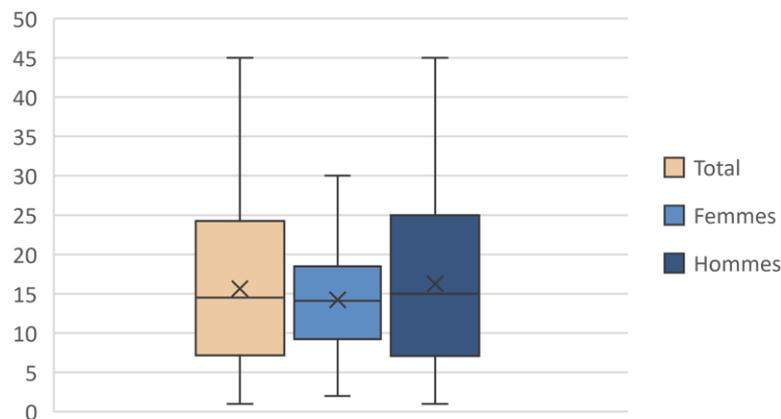
³ Alcoolisation ponctuelle importante : au moins 5 verres en une seule occasion au cours des 30 derniers jours.
Source : OFDT

Objectifs de consommation

6 personnes – dont 5 hommes – souhaitent finalement devenir abstinents soit 17% des entrants. Pour les autres, l'objectif moyen est de 16 unités par semaine – ce qui tend à se rapprocher des recommandations de Santé Publique France (10 unités par semaine) – avec peu d'écart entre les hommes et les femmes.

On peut cependant remarquer qu'ici encore la répartition des objectifs des hommes est plus dispersée que celle des femmes (cf. graphique ci-dessous), ce qui est en accord avec leurs consommations initiales.

Figure 2. Répartition des objectifs de consommation (en excluant les personnes souhaitant devenir abstinents)



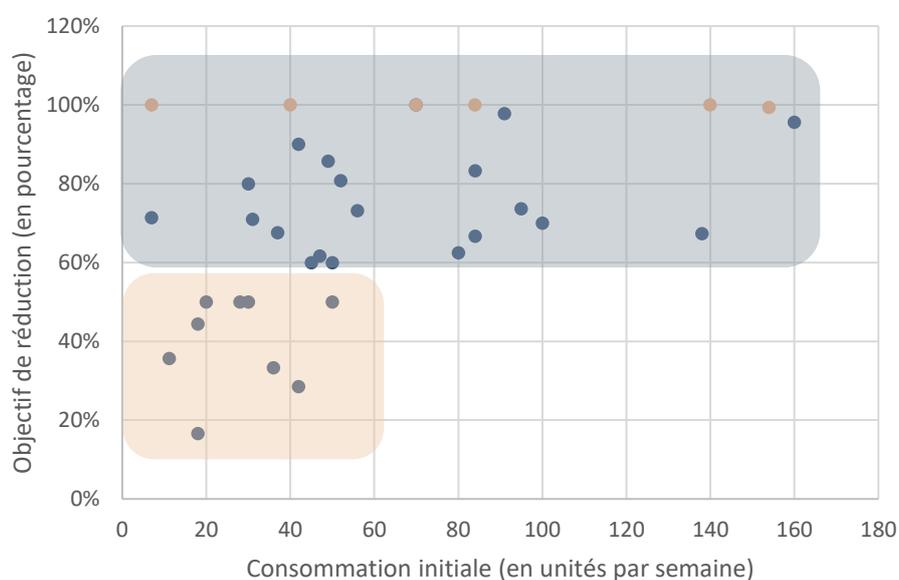
Source : tableaux de suivi

La **moyenne des objectifs de diminution est de 72%** (65% si l'on exclue les personnes souhaitant être abstinents).

Si on lie l'objectif de diminution à la consommation initiale on peut faire deux observations :

- ┆ Les **objectifs d'abstinence** (points en orange sur le graphique ci-dessous) **ne semblent pas particulièrement lié à un type de consommation initiale particulier**. Ils sont ainsi répartis entre les "petits" et "gros" consommateurs.
- ┆ Les **objectifs de diminution les moins élevés sont associés aux consommations initiales les moins élevées également**. Ainsi ceux qui ont un objectif de réduction initiale de 60% ou moins (rectangle beige sur le graphique ci-dessous) ont une consommation initiale moyenne de 32 unités par semaine, tandis que ceux ayant un objectif de réduction initiale supérieur à 60% ont une consommation initiale de 73 unités par semaine en moyenne (rectangle gris).

Figure 3. Objectifs de réduction de la consommation en fonction de la consommation initiale



Source : tableaux de suivi

Consommations à la dernière séance réalisée

Les données de suivi à la dernière séance réalisée sont manquantes pour 9 personnes, dont 3 personnes dont les suivis ont été marqués comme toujours en cours et une autre ayant déménagé.

Les personnes pour qui les données de consommation à la dernière séance sont disponibles ont été **réparties en 4 groupes**. La répartition des patients dans ces différents groupes s'est faite sans tenir compte des appréciations des professionnels qui pouvaient noter si leur patient avait rempli "complètement", "partiellement" ou "pas du tout" leurs objectifs. En effet l'emploi de ces appréciations était très variable selon les professionnels par rapport à la diminution de consommation véritablement constatée. On distingue ainsi :

- ┆ **Ceux ayant dépassé leur objectif** en obtenant une réduction de leur consommation supérieure à ce qu'ils voulaient. C'est le cas de **10 personnes**, dont 6 sont finalement devenues abstinentes.
- ┆ **Ceux ayant atteint leur objectif** (à 1% de diminution près). C'est le cas de **4 personnes**.
- ┆ **Ceux qui ont réduit leur consommation sans pour autant atteindre leur objectif**. C'est le cas de **9 personnes**.
- ┆ **Ceux dont la consommation a stagné (2 personnes) voire augmenté (3 personnes)**. On remarque que les deux personnes pour lesquelles les consommations ont le plus augmenté n'ont réalisé que 2 et 3 séances.

Figure 4. Répartition des patients selon la réalisation de leur objectif initial lors du dernier relevé de données

	Objectif	Dépassé	Atteint	Partiellement atteint	Non atteint	Données non dispo.	TOTAL
	Nombre de patients	10	4	9	5	9	37
	Répartition	36%	14%	32%	18%		
Première séance	Conso. (Unités/sem.)	65	91	86	26	37	61
	Objectif (Unités/sem.)	17	7	7	15	16	13
	Diminution visée	-74%	-87%	-88%	-39%	-67%	-72%
Intervention	Séances réalisées	6	5	6	6	2	5
	Durée (en semaines)	11	21	15	12	3	13
Dernière séance	Conso. (Unités/sem.)	2	7	25	45		18
	Diminution réalisée	-97%	-86%	-61%	68%		-55%

Source : tableaux de suivi

Les personnes ayant dépassé ou atteint leur objectif représentent la moitié des personnes pour lesquelles les données ont été recueillies. Les personnes qui visait initialement l'abstinence sont réparties dans les différents groupes y compris celui pour lequel les données de dernière séance ne sont pas disponibles.

Au moment du recueil des données, la consommation moyenne était passée de 61 à 18 unités par semaine. Au total, la moyenne des diminutions est de -55% (voire -78% si on exclut 3 personnes dont les consommations ont augmenté). Pour rappel la moyenne des diminutions envisagées était de -72%.

Selon les différents groupes on peut remarquer que :

- ┆ Les personnes dont la consommation a augmenté avaient une consommation initiale et un objectif de diminution bien inférieurs aux autres groupes.
- ┆ Le nombre de séances réalisées est globalement homogène parmi les différents groupes et est de 6 séances en moyenne.
- ┆ La durée du suivi est de 11 à 15 semaines hormis pour le deuxième groupe où elle monte à 21 semaines. Elle est bien inférieure lorsque les dernières informations n'ont pas été communiquées.

Il est cependant difficile de pouvoir tirer des conclusions de ces données. En effet, il n'est pas possible de savoir si le suivi est toujours en cours ou s'il est terminé pour le moment. Il s'agit donc de la réduction des consommations et du nombre de séance menée à un instant t, et non pas à la fin de tous les suivis.

Quelques remarques liées au genre

Les personnes ayant commencé un suivi via Alcochoix+ sont à un **tiers des femmes (29%) et deux tiers des hommes (71%)**. La proportion de femmes commençant Alcochoix+ est donc légèrement supérieure à celle observée pour les consultations liées à l'alcool dans les CSAPA en général⁴ (+7 points).

La consommation médiane des femmes (49,5 unités/semaine) au début du programme est légèrement supérieure à celle des hommes (44,5 unités/semaine). Toutefois la **distribution des consommations chez les hommes est bien plus dispersée et atteint des valeurs beaucoup plus hautes** (Cf. figure 1) avec 5 hommes consommant plus de 125 unités par semaine tandis que chez les femmes une seule consomme 90 unités par semaine. Ceci explique donc qu'en moyenne la consommation des hommes soit supérieure à celles des femmes (65,5 unités/semaine contre 52).

On remarque ainsi qu'un quart des hommes inclus dans le programme ont *in fine* une consommation initiale qui tend à être supérieure à la borne maximale citée par les professionnels pour les entrées dans le programme⁵.

Il semble donc qu'il n'y ait pas de seuil de consommation à partir duquel les professionnels se refusent à proposer le programme. Il s'agit d'une décision au cas par cas selon chaque patient.

Sur le plan qualitatif, certains professionnels ont relevé quelques caractéristiques liées au genre chez les patients suivis :

- ┆ Chez les **hommes, le démarrage d'un suivi est souvent lié à une rupture** qu'elle soit due à des problèmes sociaux, familiaux, de santé ou avec la justice. Cela créé un déclic.
- ┆ Chez les femmes, qui sont généralement âgées de plus de 50 ans (voire plus de 60 ans), la consommation est plus souvent **solitaire, liée à problème personnel** pour lesquels elles n'ont pas pu bénéficier de suivi psychologique. Par ailleurs, les femmes ressentent souvent une **culpabilité très forte** par rapport à leur consommation et viennent avec une demande d'abstinence tout en étant inquiètes de la perception qu'auront les autres si elles refusent de l'alcool. Leur proposer Alcochoix+ permet donc de les déculpabiliser et d'atténuer leurs angoisses sur ce point puisqu'elles pourront continuer de consommer.

A noter que ces observations correspondent aux données de recherche existant à ce sujet⁶.

⁴ En 2013, l'OFDT constatait que 23% des accueils pour l'alcool dans les CSAPA concernent les femmes. FEDERATION ADDICTION. Guide Repère(s). Femmes et addictions, p9

⁵ Pour rappel il s'agissait des bornes minimales et maximales de consommation citées comme les plus appropriés pour suivre le programme selon les professionnels. Ces bornes sont d'en moyenne de **18 et 60 unités d'alcool par semaine**.

⁶ Selon le guide Femmes et addiction : "Les hommes entreraient en soin plus fréquemment en raison d'une pression extérieure (justice, entourage familial, menace de rupture du couple...) ou par peur de la maladie, alors que les femmes le feraient plus souvent pour leurs enfants, par honte de leurs consommations ou par orientation d'autres services médicaux." FEDERATION ADDICTION. Guide Repère(s). Femmes et addictions, p13

Les catégories d'âges et activités des patients ciblés et suivis

Le public visé en priorité est un **public inséré, actif et autonome**, avec une moyenne d'âge de 35 à 55 ans.

Retours sur les tranches d'âges

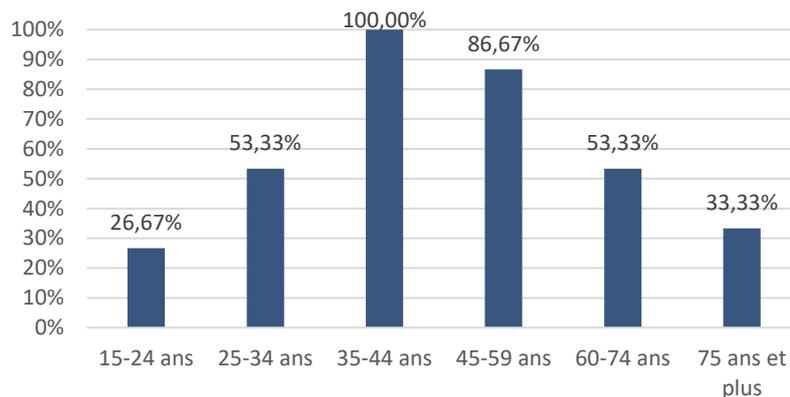
Pour les professionnels, le programme **convient particulièrement aux personnes dont l'âge est compris entre 35 et 60 ans**. Cela ne signifie pas pour autant que le programme n'est pas adapté aux autres tranches d'âges.

Les personnes plus âgées sont ainsi également un public pour lequel le programme est approprié ce qui est toutefois moins le cas des plus jeunes (27% des professionnels seulement le jugent ainsi approprié pour les 15 à 24 ans).

Toutefois, le programme n'a été que peu expérimenté auprès de ce public qui, de manière générale, fréquente assez peu les structures spécialisées⁷. Par ailleurs le programme n'a pas été testé au sein des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC).

Figure 5. Tranches d'âges pour lesquelles le programme paraît le plus approprié selon les professionnels formés

Question posée : pour quelles tranches d'âge le programme vous paraît-il le plus approprié ? (Plusieurs réponses possibles)



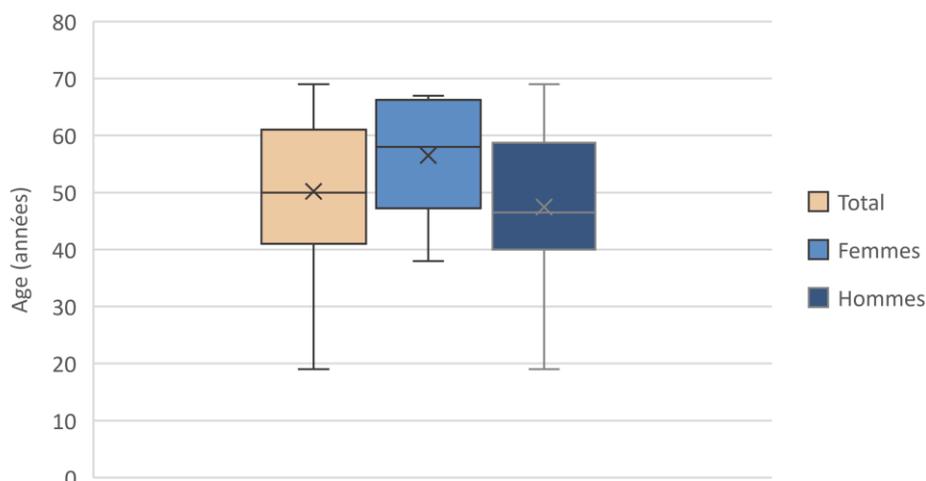
Source : questionnaire destiné aux professionnels expérimentateurs

Dans la pratique, l'âge moyen et médian des personnes ayant commencé le programme est de 50 ans avec un minimum de 19 ans et un maximum de 70 ans. La dispersion de l'âge des femmes est beaucoup plus faible que celle des hommes et **les femmes sont en moyenne plus âgées** (56,5 ans pour les femmes contre 47,5 pour les hommes).

Il ne semble pas que l'âge impacte le niveau de consommation à l'entrée du programme ou le niveau de diminution constaté à l'issue de l'expérimentation.

⁷ En 2014, la part des moins de 30 ans représentait 15% des personnes consultant les CSAPA pour des problématiques liées à l'alcool. OFDT, <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcpw6.pdf>

Figure 6. Répartition des âges des personnes ayant commencé un suivi via Alcochoix+



Source : tableaux de suivi

Les jeunes (18-25 ans) ont fait l'objet de quelques suivis mais le plus souvent ceux-ci n'ont pas abouti. Les professionnels sont **moins convaincus de la pertinence du programme à leur égard** pour plusieurs raisons :

- ┆ Certains professionnels considèrent que pour amorcer un suivi via Alcochoix+, il semble qu'il faille un "minimum de maturité", une certaine expérimentation avec l'alcool et que les patients jeunes sont généralement encore dans une sorte de "lune de miel" par rapport à l'alcool et n'ont **pas assez de recul sur les impacts** notamment sur la santé.
- ┆ Les caractéristiques de la consommation des jeunes rencontrés en CSAPA font que le programme Alcochoix+ est peu adapté. Ils ont ainsi souvent une **consommation "gravissime" et/ou sporadique**. Proposer le programme via d'autres structures (médecine de ville, universitaire, etc.) permettrait ainsi de toucher des jeunes ayant un trouble de l'usage moins important.

Il est important de préciser ici que le guide utilisé par les professionnels est l'ancienne version d'Alcochoix+, la nouvelle étant parue durant l'expérimentation. Cette dernière inclut une approche portant sur le binge-drinking et sera par conséquent a priori plus adaptée pour le public jeune.

- ┆ Ce public est **davantage concerné par les polyconsommations** notamment pour le cannabis. Ici aussi la publication de la version du programme consacrée au cannabis permettra donc d'inclure davantage les jeunes à l'avenir.
- ┆ S'ils sont dans un groupe qui consomme beaucoup, **le groupe prime parfois** et il leur est d'autant plus difficile de réduire leur consommation

Il ne **semble pas pour autant que le format écrit soit un frein**, d'autant plus que les **jeunes savent repérer des applications** qui proposent des agendas de suivi que ce soit pour le cannabis ou l'alcool.

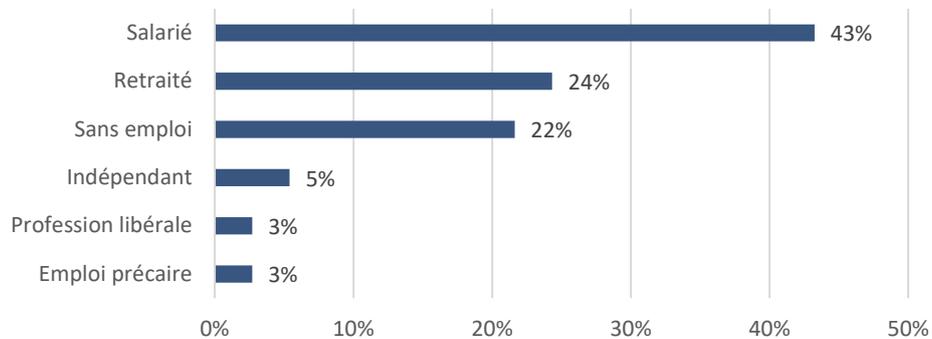
Par ailleurs, le fait que l'arrêt total des consommations ne soit pas attendu est rassurant et permet de fixer un objectif atteignable.

In fine, la publication de l'édition complète de la gamme MesChoix (incluant la nouvelle version pour l'alcool et le guide concernant le cannabis notamment) permettront possiblement de favoriser les suivis du public jeune via le programme.

Retours sur les activités principales des patients et sur leurs catégories socio-professionnelles

Les personnes commençant le programme sont **principalement des salariés (43%) suivis des retraités et des personnes sans emplois**. Ces trois profils constituent la quasi-totalité des personnes suivies.

Figure 7. Activités des personnes ayant commencé un suivi via Alcochoix+



Source : tableaux de suivi

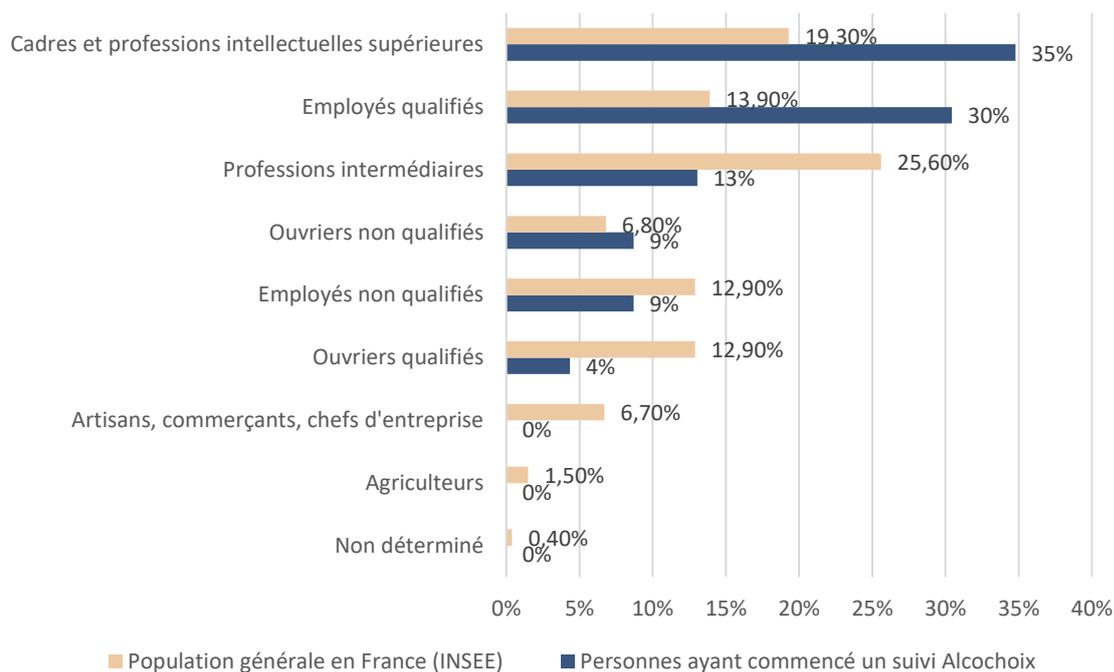
Les salariés et les retraités ont une consommation moyenne équivalente à l'entrée du programme (respectivement 51 et 56 unités/semaine), tandis que les personnes sans emploi ont une consommation à l'entrée du programme un peu supérieure (81 unités par semaine).

Les personnes ayant commencé un suivi via Alcochoix+ sont à **un tiers des cadres et des professions intellectuelles supérieures et au deuxième tiers des employés qualifiés** (cf. Figure ci-dessous). Le reste des personnes se répartit entre les professions intermédiaires, les ouvriers (qualifiés ou non) et les employés non qualifiés.

Les cadres ont une consommation moyenne équivalente à celle de l'échantillon total (62 unités/semaine), cependant les employés qualifiés ont une consommation moyenne initiale plutôt basse (26 unités/semaine).

Par rapport à la population française en général, **on observe une nette surreprésentation des cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que des employés qualifiés** chez les personnes rentrant dans le programme. Ces renseignements ont toutefois été fournis pour seulement 23 patients.

Figure 8. Catégories Socio-professionnelles des personnes ayant commencé un suivi via Alcochoix+ et comparaison avec la population générale



Source : Tableaux de suivi et INSEE, enquête emploi 2019

Au regard des professionnels, Alcochoix+ est particulièrement **adapté aux personnes insérées, actives, ayant une stabilité socio-professionnelle suffisante** et susceptible d'être mise en jeu par leur consommation.

Ainsi, à la question des caractéristiques qui ressortent chez les personnes pour qui le programme fonctionne, les professionnels citent quasiment tous le fait d'être inséré et la stabilité familiale ou professionnelle (7 occurrences sur les 9 personnes ayant répondu à la question).

Le fait d'avoir **conscience des dommages causés par l'alcool** et que ces dommages affectent des domaines importants – le travail et la famille notamment – constitue ainsi un levier important du changement.

Les personnes suivies par le biais d'Alcochoix+ sont ainsi généralement des personnes "plus toutes jeunes", d'âge mur, qui font le constat des désagréments liés à leur consommation ou bien des jeunes actifs dont la consommation initialement festive devient peu à peu plus régulière.

Les retraités constituent également un public intéressant et plus disponible pour un suivi. Pour certains **la retraite constitue un point de basculement** et ils entament donc une démarche de prise en charge. Certains voient également leur consommation augmenter à ce moment du fait de l'ennui.

Les personnes incluses dans le programme sont donc **en majorité des hommes** – ce qui correspond à la tendance générale dans les CSAPA – avec une **moyenne d'âge de 50 ans**. Les patients sont pour la plupart des **salariés, des retraités ou des personnes sans emplois** et sont généralement issus de **catégories sociaux professionnelles supérieures**.

Leur **consommation médiane initiale est de 49 unités d'alcool** par semaine avec une **hétérogénéité** plus élevée chez les hommes. On n'observe pas d'impact de l'âge ou bien de la catégorie sociale sur cette consommation initiale.

La **moyenne des objectifs de réduction est de 72%** et la **moyenne des réductions réalisées est de 55%** sachant que tout n'ont pas forcément terminé leur suivi au moment de la récolte des données. On observe que plus de trois quart des participants ont diminué leur consommation lors de la dernière séance de suivi effectuée.

LES AVANTAGES ET LES LIMITES DU PROGRAMME POUR LES PATIENTS

AVANTAGES

Pour les patients, le programme permet :

- ┆ De **prendre conscience de sa consommation**
- ┆ **D'identifier les raisons** de sa consommation, le rôle de l'alcool
- ┆ D'interroger ses motivations
- ┆ D'avoir des **exemples concrets** sur lesquels s'appuyer pour bâtir ses propres solutions
- ┆ D'avoir des **repères quant au déroulement** du suivi
- ┆ De **faciliter la transition vers l'abstinence** quand les personnes s'aperçoivent que le contrôle est trop difficile
- ┆ De signifier à la personne la prise en compte de ses difficultés via un suivi hebdomadaire

LIMITES

Le suivi via le programme est toutefois :

- ┆ **Très lié à un soignant unique**. Si celui-ci est en congés cela impacte fortement le suivi qui est censé se dérouler en 6 semaines
- ┆ **Astreignant**, notamment au vu du nombre de rendez-vous à fixer

Pour certains professionnels, le fait de mieux savoir où l'on va en tant qu'accompagnant – comme c'est le cas avec Alcochoix+ – rassure les patients et contribue à leur adhésion : "si le professionnel est plus confiant dans ce qu'il fait, le patient aussi". Cela augmente la confiance des personnes suivies dans la réussite de leur objectif.

Concernant le suivi très lié à un professionnel unique, l'ANPAA 33 suggère de **réaliser de co-suivis** comme ils le font déjà dans d'autres situations.

Par ailleurs, il est souligné que **l'aspect astreignant concerne toutes les prises en charge mais qu'il est possiblement plus flagrant avec Alcochoix+** du fait de la visibilité immédiate sur le nombre de RDV que cela implique. Au regard des professionnels, certains patients voient cependant l'astreinte comme quelque chose de positif et sont en recherche de cela.

LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Cette deuxième partie aborde l'organisation en interne autour d'Alcochoix+, les manières de réaliser les entrées et les sorties des patients dans le programme et enfin les retours sur les différents modes de suivis qui ont été utilisés.

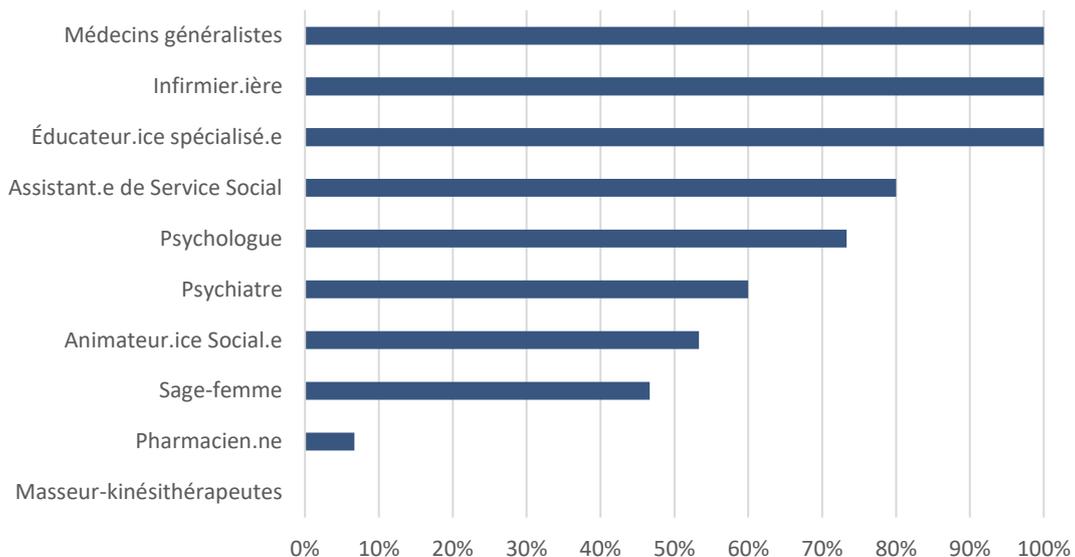
LES PROFESSIONNELS MOBILISÉS

15 professionnels ont été formés au programme dans les quatre structures sélectionnées. Trois professionnels précédemment formés ont également participé à l'expérimentation. Les **profils des professionnels participant à l'expérimentation sont variés**, il s'agit ainsi de :

4 médecins	3 éducateur.ice.s spécialisé.e.s
4 assistant.e.s de service social	2 infirmières
3 psychologues	2 animateur.rice.s

Figure 9. Professionnels susceptibles de réaliser des suivis via Alcochoix+ selon les professionnels formés

Question posée : Selon vous, à quels professionnels s'adresse la formation et la réalisation d'un suivi par Alcochoix+ ?



Source : questionnaire destiné aux professionnels expérimentateurs

L'ANPAA 33 considère qu'il n'est pas opportun que ce soit uniquement les médecins qui puissent faire le suivi, notamment car le public visé ne présente pas de problème de comorbidité, est inséré et n'a pas forcément besoin d'un traitement. Les médecins pourraient donc éventuellement être sollicités pour un relais ou pour effectuer les suivis de groupe en binôme.

AVANTAGES ET LIMITES DU PROGRAMME POUR LES PROFESSIONNELLS

AVANTAGES

Pour les professionnels, le programme permet :

- ┆ D'enrichir leur palette de supports d'entretien
- ┆ De **diversifier les stratégies proposées**
- ┆ De **formaliser et d'organiser certains concepts** déjà utilisés de manière informelle, de structurer la prise en charge
- ┆ **D'augmenter leurs compétences** et par conséquent leur sentiment d'efficacité personnelle
- ┆ De ne **pas nécessairement remettre en cause la relation patient/professionnel** : en cas d'échec, il est plus facile de dire que c'est cette méthode en particulier qui n'est pas appropriée

LIMITES

Cependant le programme peut impliquer :

- ┆ Un nombre élevé de RDV rapprochés
- ┆ Des **difficultés pour articuler ses disponibilités** avec celles du patient
- ┆ Des **arrêts fréquents** au bout d'une ou deux séances

Les professionnels remarquent que proposer le programme Alcochoix+ nécessite d'avoir une **organisation stable** et qu'il est plus facile de le mettre en œuvre lorsque leurs **missions sont concentrées sur un même lieu**. Dans le cas où ils travaillent sur différents pôles, l'annulation d'un RDV implique un report à une date plus lointaine et peut compromettre le suivi.

ENTREE ET SORTIE DU PROGRAMME

Les professionnels ont **proposé le programme à environ 113 personnes** (données déclaratives). Il s'agit uniquement des propositions réalisées directement par les professionnels formés.

Le nombre de propositions indirectes – c'est-à-dire réalisées par des professionnels non formés au programme – n'est pas connu et dépend très probablement de la communication interne qui aura été réalisée autour du programme. A titre d'exemple, au CEID Bordeaux où le programme est mis en œuvre depuis 2016, les professionnels non formés ont proposé le programme à environ une dizaine de personnes chacun durant l'expérimentation.

Au final 68 patients ont réalisé les deux premières séances du programme. **Le taux de démarrage du programme** (nombre de personnes qui commencent par rapport au nombre de personnes à qui l'on propose le programme) **est donc de 60%**.

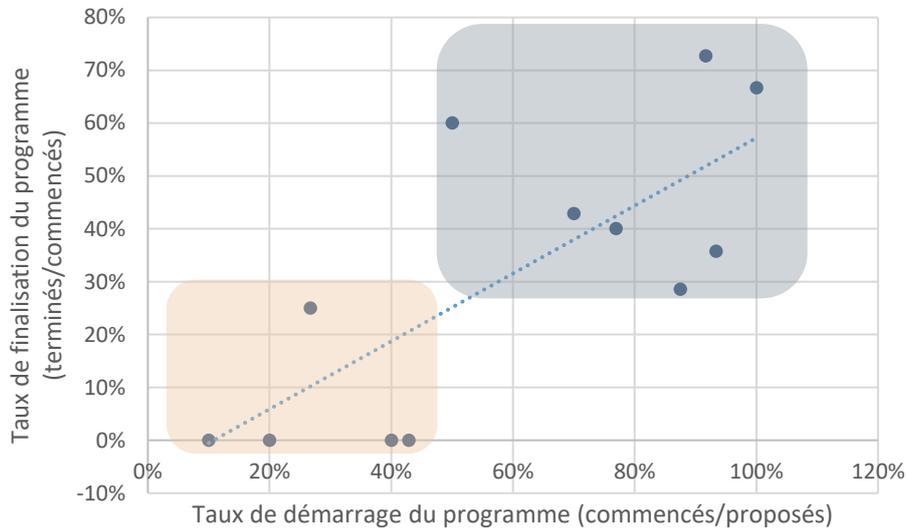
Suivis proposés directement par les professionnels formés	Suivis commencés (2 séances réalisées)	Suivis terminés
113	68	28
	Taux de démarrage (commencés/proposés)	Taux de finalisation (terminés/commencés)
	60%	Fortement lié au taux de démarrage initial

Par la suite 28 personnes ont terminé le programme (selon les chiffres déclarés par les professionnels). Cette information est à prendre avec précaution puisque des suivis peuvent être toujours en cours au moment de la récolte des données. Par ailleurs, ne pas avoir terminé le programme peut aussi signifier que les personnes se sont réorientées vers de l'abstinence.

On peut néanmoins observer que **le taux de finalisation du programme** (nombre de personnes ayant terminé le programme par rapport au nombre l'ayant commencé) **semble être lié au taux de démarrage du programme**. Ainsi, les professionnels ayant de meilleurs taux de démarrage ont ainsi également un meilleur taux de finalisation.

On distingue même deux sous-groupes : les professionnels dont moins d'un patient sur deux démarre le suivi ont également un taux de finalisation proche de zéro (en beige dans le graphique ci-dessous), tandis que les autres professionnels ont des taux de finalisation supérieur à 30% (en gris ci-dessous).

Figure 10. Taux de finalisation du programme par professionnel selon le taux de démarrage

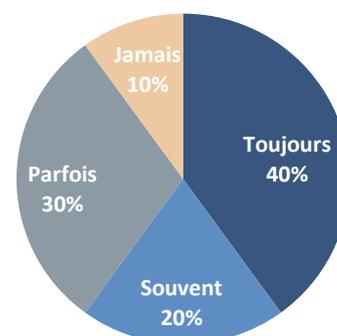


Source : questionnaire destiné aux professionnels expérimentateurs

A contrario, il ne semble pas que les relances faites par les professionnels aient une incidence sur le taux de finalisation du programme, la majorité ayant déclaré qu'ils avaient effectué des relances (Cf. figure ci-contre).

Figure 10. Relance par les professionnels des personnes ayant arrêté le programme avant la fin

Question posée : Avez-vous essayé de relancer les personnes qui ont arrêté le programme avant la fin (répondants ayant commencé à suivre plus d'une personne avec le programme)



Source : questionnaire destiné aux professionnels expérimentateurs

Eviter les arrêts en début de programme :

Lorsque les professionnels commencent à proposer le programme, il est **fréquent qu'ils soient confrontés à des arrêts précoces** des suivis engagés. Ceci peut résulter de **différents facteurs** :

- ┆ La **non-adhésion à la forme** du programme : certains trouvent fastidieux le fait de remplir le carnet par exemple.
- ┆ **L'attente d'une solution "toute-faite"** : lorsque les personnes arrivent au CSAPA, elles ont en effet réalisé tout un parcours et attendent donc de la part des professionnels "un coup de baguette magique". Or, leur présenter Alcochoix c'est les remettre devant le fait qu'ils vont "devoir faire" ce qui peut les démotiver.
- ┆ La **prise de conscience que les excès d'alcool sont trop importants** et que cela implique de réfléchir à d'autres formes d'accompagnement.
- ┆ **Le fait d'aborder des sujets intimes** peut déstabiliser et également constituer un point de blocage.

Pour les patients, un suivi même non terminé constitue toutefois **une étape du soin** et peut amener une prise de conscience de leur consommation.

Pour le professionnel, initier de nombreux suivis via le programme et être confronté à de nombreux abandons peut cependant être déstabilisant et frustrant sur le long terme

Pour éviter cela, **plusieurs pistes ont été expérimentées** par les professionnels lors de l'expérimentation :

- ┆ **Réaliser une pré-évaluation en faisant noter une première fois les consommations.** Au CEID de Bordeaux, tous les professionnels du CSAPA sont ainsi informés de l'existence du programme et proposent de remplir un tableau des consommations au préalable à toute orientation.

Cela permet d'estimer à la fois la motivation de la personne et sa capacité à remplir le carnet. Par ailleurs, le fait même de noter ses consommations conduit généralement à une diminution de la consommation d'alcool, cela permet donc d'augmenter le sentiment d'efficacité avant de rentrer dans le programme.

- ┆ **Fixer plusieurs rendez-vous en avance** pour pallier les éventuelles annulations et formaliser une sorte d'engagement.
- ┆ **Créer un minimum d'affiliation et préciser la demande** de la personne avant de proposer le programme. Pour cela il est préférable de **ne pas remettre le livret trop vite mais de le proposer à l'issue d'une ou deux rencontres** qui auront préalablement permis d'affiner la demande et d'enclencher un processus d'adhésion.
- ┆ **Prévenir que des thématiques personnelles vont être abordées** et que les patients peuvent éventuellement ressentir le besoin d'un travail psychothérapique en parallèle. Cela évite qu'ils arrêtent le programme parce qu'ils ne s'y attendaient pas.

Certains ne souhaitant pas commencer le programme pour ces raisons, il faut alors souligner le fait que le programme se fera à leur rythme. A contrario, certains patients dont les professionnels pensaient qu'ils refuseraient un travail psychothérapique en font parfois eux-mêmes la demande.

Le défi du jour d'abstinence

De l'avis du formateur, M. Gache, pour les personnes qui ont des problèmes de contrôle – c'est-à-dire des difficultés à contrôler leur consommation une fois qu'elles commencent – **fixer des jours d'abstinence est plus aisé que de diminuer la consommation de chaque jour.**

Il arrive toutefois que les professionnels soient confrontés à la difficulté de fixer un jour d'abstinence lors de la deuxième étape du programme. Dans ce cas, le formateur suggère dans un premier temps de refaire la deuxième étape. Toutefois, il arrive que des patients fassent part directement du fait qu'ils ne souhaitent pas fixer un jour d'abstinence. Dans ce cas, il est possible de leur demander leurs suggestions de remplacement et de proposer éventuellement un jour à 2 ou 3 unités d'alcool

La transition vers l'abstinence

La phase d'observation peut amener les personnes à **réaliser que la maîtrise des consommations s'avère trop difficile** à mettre en œuvre pour elles. Elles **font le choix de se tourner vers un sevrage** si cela n'implique pas de risque de delirium tremens. C'est une **évolution possible du programme**, évoquée au moment de fixer ses objectifs en page 3.

Lorsque la personne s'oriente finalement vers de l'abstinence car le contrôle de la consommation est trop difficile, les professionnels ont différentes stratégies :

- ┆ **Certains interrompent le suivi via le programme**, en continuant parfois d'utiliser certains outils (telle que la phase 2 avec les situations à risque) pour préparer l'abstinence.
- ┆ **De manière plus marginale, d'autres continuent le programme** en conservant la forme mais en l'adaptant par rapport à l'objectif de consommation qui devient alors zéro. Les patients continuent donc de noter leur consommation.

Les risques de reprise de consommation étant probables en cas d'abstinence, les personnes ont alors la capacité **de gérer ces reprises** avec les outils des différentes phases. Cela leur permet aussi de déculpabiliser en cas de reprise.

Par ailleurs il est rare que les patients déclarent ne plus vouloir boire pour toujours, c'est davantage "il faut que je sois abstinente dans un premier temps" et le reste est à déterminer. Utiliser Alcochoix+ **permet donc de préparer l'après phase abstinence.**

LES DIFFERENTS TYPES DE SUIVI

Le programme prévoit trois formules d'accompagnement :

- ┆ **Formule autonome** : la personne travaille seule et à son rythme, à l'aide d'un guide pendant six à huit semaines.
- ┆ **Formule guidée** : en plus de progresser à l'aide d'un guide, la personne rencontre à quelques reprises un intervenant Alcochoix+ qui répond à ses questions, le guide et le soutient dans sa démarche.
- ┆ **Formule de groupe** : la personne assiste à six rencontres de groupe de 90 minutes chacune. Un intervenant Alcochoix+ présente les principaux éléments du programme. Les participants discutent ensemble des obstacles rencontrés, des stratégies gagnantes, du progrès effectué, etc.

Le suivi individuel – guidé ou en autonomie

La quasi majorité des suivis ont été réalisés en individuel selon la formule guidée. Quelques personnes se sont appropriées le livret et l'ont suivi en autonomie.

Ce type de suivi nécessite de **s'adapter au rythme du patient** : faire une pause si les personnes sont en difficulté, voir avec elles pourquoi elles n'ont pas réussi à réaliser leur suivi de la semaine, etc.

Le suivi en collectif

Toutes les structures souhaitaient initialement réaliser un suivi de groupe. Celui-ci avait été envisagé de différentes manières :

- ┆ **Soit de manière délocalisée auprès d'une structure particulière.** Cette possibilité permet a priori de gagner du temps dans le recrutement des patients. Trois structures ont ainsi envisagé ce type de suivi :

L'ANPAA 19 a proposé le suivi de groupe auprès d'ESAT afin que ce soit intégré à l'emploi du temps des personnes accompagnées.

Le CEID Béarn a envisagé de proposer ce type de suivi auprès d'un CHRS.

L'ANPAA 33 a amorcé la dynamique auprès d'un groupe de salarié d'une compagnie de théâtre.

- ┆ **Soit en interne sur le site du CSAPA.** C'est le cas du CEID Bordeaux qui souhaitait pour cela communiquer auprès des médecins généralistes et réaliser une session de présentation collective du programme.

Aucun suivi en groupe n'a cependant pu être réalisé. La principale raison est que la constitution d'un groupe – que ce soit auprès d'un partenaire ou en interne – **prend du temps.** Certains n'ont pas eu le temps nécessaire pour entamer les démarches, et pour d'autres ayant initié la démarche, la crise sanitaire a rendu impossible la concrétisation d'un suivi collectif. Pour l'ANPAA 19, les ESAT mobilisés n'ont finalement pas donné suite.

Quelques éléments ressortent néanmoins de ce que les professionnels ont pu envisager :

- ┆ De manière systématique, il avait été prévu que les groupes soient **animés par un binôme**
- ┆ La taille des groupes envisagés était **de 8 à 10 participants maximum**
- ┆ Les professionnels anticipaient généralement de réaliser **une séance toute les deux semaines**
- ┆ L'idée d'un **groupe dématérialisé** sur la pause déjeuner pour les actifs a également été évoquée

Le suivi par téléphone

La crise sanitaire a impliqué un changement des modalités de suivi et notamment la suppression des suivis en présentiel hormis pour les cas d'urgence. Durant cette période, les professionnels ont donc initié des suivis Alcochoix+ par téléphone.

Quelques avantages et inconvénients sont à noter concernant cette modalité de suivi.

AVANTAGES

Le suivi par téléphone :

- Est particulièrement **approprié pour les actifs**
- Offre **plus de flexibilité** quant aux disponibilités
- Permet de **se détacher d'un lieu** de suivi en particulier
- Facilite le suivi pour les personnes éloignées des lieux de soins
- Facilite le suivi **pour les personnes vulnérables** (par rapport au Covid notamment).

INCONVENIENTS

Le suivi par téléphone :

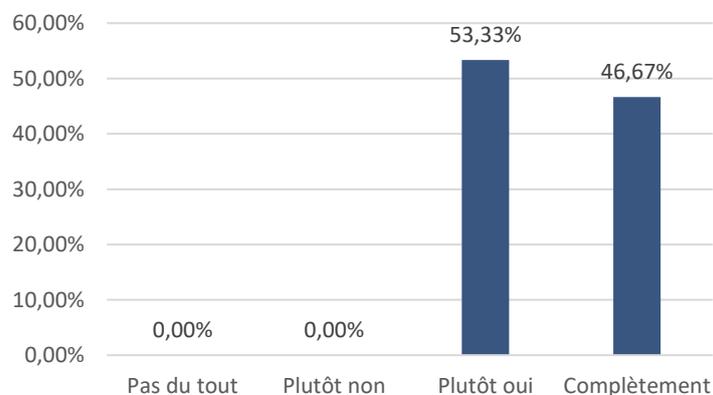
- Est plus **fastidieux car il nécessite de noter les réponses de la personne** : cela prend plus de temps au détriment de l'approfondissement des questions.
- Rend l'échange moins fluide** du fait de l'absence de support visuel

Pour éviter de ralentir l'échange en notant les consommations de la personne, une première solution est de demander au patient de **transmettre ses tableaux de suivi par mail au préalable** de chaque entretien. Sur le long terme, il serait préférable de **coupler le suivi par téléphone à la possibilité de remplir ses consommations sur un support digitalisé** (application, etc.).

A noter par ailleurs que l'intégralité des professionnels sont favorables à une version digitalisée du programme.

Figure 12. Avis des professionnels concernant la digitalisation du programme

Question posée : *Seriez-vous favorables à ce que le programme Alcochoix+ soit digitalisé (disponible sur smartphone ou ordinateur)*



Source : questionnaire destiné aux professionnels expérimentateurs

LE TRAVAIL PARTENARIAL

Cette troisième partie aborde la mobilisation des partenaires effectuée par les structures autour du programme et ce afin de toucher des personnes hors des files actives correspondant au profil ciblé par le programme (consommateurs à risque non dépendants).

LA MOBILISATION DES PARTENAIRES

Partenaires ciblés et mobilisés

L'ensemble des partenaires évoqués par les structures participantes sont mentionnés dans le tableau ci-dessous. Tout ceux à qui le programme a été présenté – quel que soit le moyen de présentation utilisé – sont représentés en gras.

PROFESSIONNELS DE SANTÉ		MONDE DU TRAVAIL
<p>Médecin généralistes Réseau AGIR 33 Infirmiers en libéral Personnes hospitalier Maisons Départementales de Santé Service de périnatalité – CRAG (Centre de Ressource Alcool et Grossesse)</p>		<p>Médecine du travail d'entreprises diverses Métropole de Bordeaux Communauté d'agglomération SSTIE 33 Médecine militaire</p>
PARTENAIRES JEUNESSES	PARTENAIRES SOCIAUX	PARTENAIRES CULTURELS
<p>PAEJ – CJC (souvent intégré au CSAPA) CFA Service de santé étudiants Ecole d'œnologie Mission locale</p>	<p>ESAT CHRS Accueils de jour SIAE CCAS Réseau REAS TAPAJ Médecins du Monde</p>	<p>Compagnie de théâtre Carré des Jalles : centre culturel Clubs de sport et associations sportives Milieu festif via le label Bordeaux la nuit et l'Union des Métiers et des Industries de l'Hôtellerie</p>

On peut ainsi constater que les partenaires **les plus sollicités sont les professionnels de santé et ceux liés à la médecine du travail.**

Quelques remarques concernant les partenaires ciblés :

- ┆ Le fait de travailler via Alcochoix+ auprès des CHRS suscite des réactions contradictoires. Certains professionnels y ont ainsi envisagé des groupes de suivi tandis que pour d'autres la mise en œuvre du programme auprès de ces publics peut être délicat notamment au vu de potentielles difficultés de lecture. De manière plus générale, travailler la réduction des risques liés à l'alcool au sein des CHRS nécessite notamment de le faire via la réglementation concernant la consommation d'alcool.
- ┆ Travailler la réduction des risques auprès des professionnels exerçant en milieu festif implique d'également prendre en compte les consommations de cocaïne.

Les moyens de communication utilisés

Plusieurs modalités de contact ont été utilisées par les professionnels :

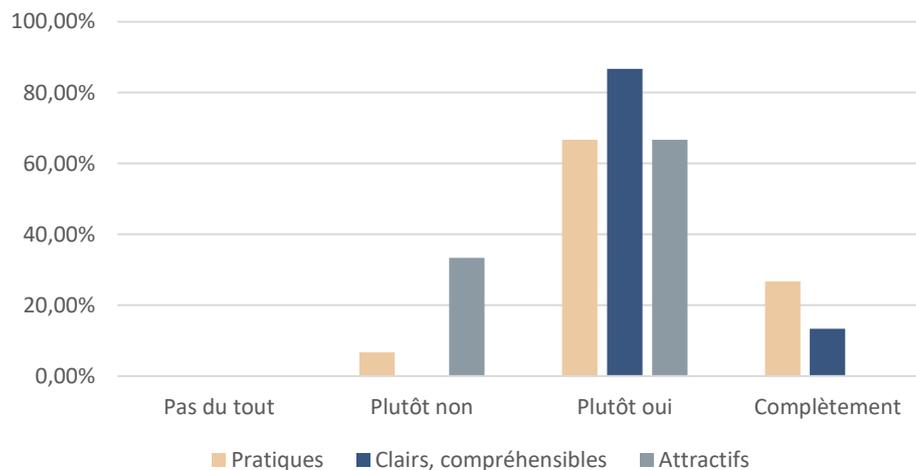
- └ La présentation du programme par le biais d'un **mail**
- └ L'ajout de flyer lors de l'envoi d'un **courrier papier**
- └ La présentation du programme lors d'une **réunion généraliste sur les addictions** : colloque, session de sensibilisation au sein d'une structure partenaire, réunion de professionnels de santé, etc.
- └ L'organisation d'un **temps d'information dédié spécifiquement au programme**

La présentation du programme lors de réunion généraliste permet de toucher davantage de personnes que les temps dédiés au programme. L'ANPAA 33 a ainsi organisé 4 temps de présentation du programme mais ils n'ont pas obtenu le succès escompté en termes de participants.

Il semble donc que **la porte d'entrée plus généraliste soit celle qui fonctionne le mieux**. Les professionnels soulignent que pour organiser une réunion portant spécifiquement sur Alcochoix+, il faudrait qu'il y ait déjà 5 à 10 personnes extérieures d'intéressées par le programme et souhaitant avoir des informations complémentaires.

Figure 13. Avis des professionnels sur les supports de communication

Question posée : Avez-vous trouvé les supports de communication : pratiques, clairs/compréhensibles, attractifs (4 modalités de réponses : pas du tout, plutôt non, plutôt oui, complètement).



Source : questionnaire destiné aux professionnels expérimentateurs

Les supports de communication créés au début de l'expérimentation (flyers, affiches et diaporama) sont globalement jugés **clairs et pratiques** par les professionnels. Ils permettent de s'appuyer sur un support concret pour présenter le programme aux partenaires et de leur laisser une trace écrite sur le programme.

Leur **attractivité fait cependant moins l'unanimité** avec un tiers des professionnels jugeant que les supports

ne sont "plutôt pas attractifs" notamment du fait des couleurs utilisées.

Par ailleurs, s'ils sont pratiques à utiliser, les professionnels ont toutefois fait part de **l'aspect chronophage induit par la nécessité d'apposer le tampon de la structure sur chaque flyer**. Ils suggèrent pour y remédier de renseigner un **numéro ou une adresse de contact unique** qui centraliserait les informations sur le programme.

LES RESULTATS DE LA MOBILISATION DES PARTENAIRES

Réactions des partenaires

Les professionnels ont remarqué que lorsqu'on leur présente le programme les partenaires sont **surpris de constater qu'il est possible de passer par une réduction des consommations** et non pas nécessairement par de l'abstinence et sont plutôt satisfait qu'un programme comme celui-ci existe. Ils se montrent **toujours intéressés** et se rendent compte que **la problématique concerne une bonne partie de leur public**. Celui-ci correspond bien aux personnes qu'ils rencontrent et à qui ils ne savent pas quoi proposer.

AVANTAGES

Le programme permet :

- ┆ De **mieux identifier les solutions** proposées par les structures de l'addictologie
- ┆ De proposer un **support concret**
- ┆ De déconstruire l'idée selon laquelle les structures de l'addictologie ne s'adresseraient qu'aux personnes très dépendantes.
- ┆ De pouvoir dire à la personne qu'elle n'est pas obligée d'arrêter sa consommation

LIMITES

Toutefois, le programme :

- ┆ Nécessite de bien se l'approprier pour pouvoir le présenter

Résultats en termes d'orientation

Malgré cet intérêt, il ne semble pas qu'il y ait eu d'orientation de faite par les partenaires spécifiquement pour le programme. Ainsi à la question *"A votre connaissance, y-a-t-il des personnes qui sont venues consulter spécialement pour le programme Alcochoix+ sur conseil d'un partenaire ?"*, 60% ont répondu non et 20% oui, les autres ne sachant pas.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela :

Au niveau de l'identification du programme par les partenaires :

- ┆ Indépendamment du programme Alcochoix+, les partenaires "redécouvrent" les actions du CSAPA chaque année lorsque le CSAPA les présente. Les partenaires sont en effet absorbés par leurs missions principales et l'addictologie n'est pas forcément prioritaire. Il faut donc **présenter les actions du CSAPA très régulièrement pour que celles-ci soit bien identifiées**. Il faudrait qu'ils aient l'occasion de se dire 3 ou 4 fois : "j'aurais dû y penser" pour qu'ils y pensent la cinquième fois. Cela nécessite de revenir réexpliquer plusieurs fois pour que les partenaires aient en tête les différentes propositions du CSAPA. **Le travail avec les partenaires demande donc énormément de temps, de disponibilité**. Un an est donc trop juste pour attendre une réalité dans les orientations.
- ┆ Pour certains professionnels, la plupart des contacts étant réalisées selon les relations interpersonnelles préexistantes (avec un professionnel travaillant au sein de la structure partenaire par exemple), cela limite l'identification du programme par la structure partenaire plus largement.

Au moment d'orienter les personnes :

- ┆ Le fait d'aborder le sujet de la consommation d'alcool et d'orienter les personnes est souvent délicat pour les partenaires, y compris pour les professionnels de santé. Il faut ainsi une **relation de confiance préexistante avec les personnes pour que celles-ci osent parler de leur consommation**. Dans ce contexte, on peut lier au déploiement du programme la connaissance du site intervenir-addictions dédié aux professionnels de santé non spécialistes. Le site propose ainsi des supports vidéos courts pour aborder la posture et les outils permettant d'ouvrir le dialogue sur les usages de substances.
- ┆ Lorsque la problématique a finalement été abordée, il peut être délicat de les renvoyer vers d'autres professionnels pour y faire face.

Une fois l'orientation effectuée :

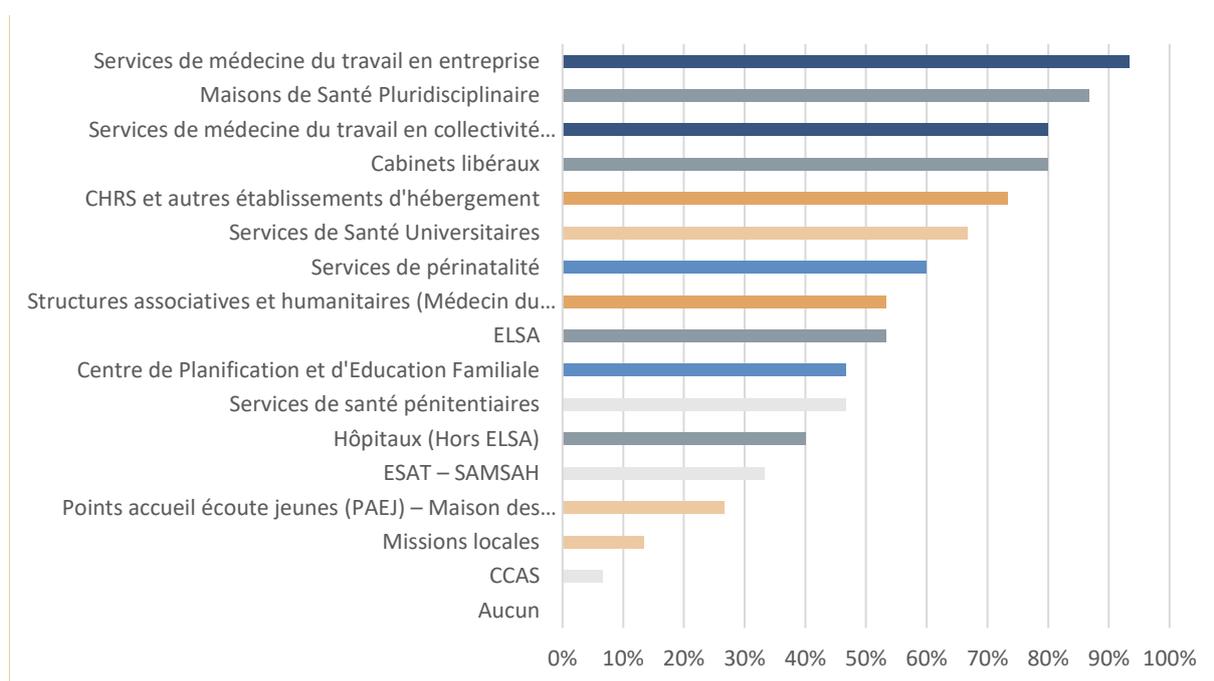
- ┆ Certains médecins disent avoir recommandé plusieurs fois le programme aux mêmes personnes sans qu'elles aient consulté pour autant. Cela se **joue donc aussi sur les barrières que la personne se met**, les représentations qu'elle a du soin.
- ┆ Enfin, les personnes qui viennent consulter ne disent en effet pas forcément par qui elles ont été orientées. Par ailleurs, les logiciels de suivi utilisés ne permettent pas forcément de noter précisément ces informations puisqu'il s'agit parfois de cases à cocher.

PERSPECTIVES CONCERNANT LA MISE EN ŒUVRE PAR LES PARTENAIRES

L'expérimentation Alcochoix+ a permis d'investiguer les perspectives en termes d'internalisation du programme par des structures n'appartenant pas au secteur de l'addictologie. La question de la formation et de la mise en œuvre du programme par d'autres structures a donc été posée aux professionnels, sensibilisés au fonctionnement des partenaires avec lesquels ils travaillent.

Figure 14. Structures (hors CSAPA-CAARUD) où le programme pourrait être mise en œuvre selon les professionnels formés

Question posée : Selon vous : au sein de quelles structures ou services les professionnels pourraient-ils être formés et mettre en œuvre le programme directement ? (Plusieurs réponses possibles)



Source : questionnaire destiné aux professionnels expérimentateurs

On peut ainsi constater qu'après des professionnels, la mise en œuvre du programme :

- † Par **les entreprises ou les collectivités territoriales** : fait quasiment l'unanimité. A noter cependant que sur les deux SST ayant répondu au questionnaire partenaire, l'un ne souhaiterait pas être formé en précisant que cela pourrait être délicat d'assurer ce type de suivi en entreprise.
- † Par **les partenaires jeunes** (PAEJ, missions locales) n'est pas jugée adaptée hormis par les services universitaires
- † Par les **établissements de santé** fait consensus lorsqu'il s'agit des professionnels de premiers recours mais moins lorsqu'il s'agit des services hospitaliers
- † Par **les structures liées à la maternité** (CPEF et services de périnatalité) suscite des avis contradictoires : la moitié des professionnels jugeant que cela serait possible
- † **Après des personnes en situation de précarité** est jugée possible notamment par le biais des CHRS et dans une moindre mesure par les structures associatives et humanitaires en général.

Dans la pratique, quelques **partenaires ont spontanément fait part de leur intérêt pour être formés** au programme. Il s'agissait ainsi :

- | D'infirmières (notamment celles participant au dispositif Azalés)
- | De médecins généralistes
- | De médecins du travail

Pour les médecins généralistes, le fait de proposer un suivi tel qu'Alcochoix+ (en interne ou auprès d'une autre structure) pourrait ainsi constituer **une suite logique et complémentaire au RPIB**. La plupart des médecins sont en effet en mesure d'appliquer ce principe d'intervention sans toutefois avoir de solution concrète à apporter par la suite.

De manière plus générale, la mise en œuvre d'un suivi par Alcochoix+ est susceptible de toucher des problématiques affectives, sentimentales et intimes nécessitant un **suivi psychologique approfondi**. Il est donc important que la mise en place du programme par des structures non spécialisées intègre cet aspect dès les formations. Commencer des suivis via Alcochoix+ implique possiblement de devoir faire le relais auprès d'autres structures ou professionnels et par conséquent de **travailler au sein d'un réseau pluridisciplinaire**.

PRINCIPALES CONCLUSIONS ISSUES DE L'EVALUATION

Concernant les patients suivis

- † Pour proposer le programme, les professionnels sont attentifs à la motivation du patient, son souhait de diminuer sa consommation ainsi que ses capacités à lire et écrire. A l'inverse les troubles psychiatriques et les polyconsommations ne constituent pas de critères d'exclusion a priori. Le programme nécessite de s'adapter à chaque patient.
- † Le taux de démarrage du programme (nombre de personnes qui commencent par rapport au nombre de personnes à qui l'on propose le programme) est d'environ 60%.
- † La consommation moyenne à l'entrée du programme est de 60 unités par semaine. Les consommations les plus élevées sont remarquées chez les hommes. La moyenne des objectifs de diminution est de -72%. Au moment où les tableaux de suivi ont été rendu la moyenne des diminutions était de -55% environ.
- † L'âge moyen des personnes suivies est de 50 ans. Pour les professionnels, le programme correspond bien aux tranches d'âges intermédiaires jusqu'aux retraités mais semble moins convenir aux plus jeunes ce qui pourra toutefois évoluer au vu de la parution du guide lié au cannabis et de la version digitalisée du programme.
- † Les personnes suivies sont pour la plupart salariés. On observe une surreprésentation des CSP+ par rapport à la population générale. Par ailleurs, au regard des professionnels, le fait d'être inséré et actif contribue à la réussite du programme.

CONCERNANT LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME EN INTERNE

- † La mise en œuvre de suivis via Alcochoix+ n'est pas limitée aux seuls professionnels de santé.
- † La mise en œuvre du programme nécessite d'avoir une organisation stable, si possible une unité de lieu de travail. Le fait d'être plusieurs professionnels formés favorise le travail d'équipe et l'intégration du programme au sein du projet de structure.
- † Les arrêts précoces en début de programme peuvent être fréquents et déstabilisants mais des solutions sont envisageables comme une pré-évaluation à l'entrée ou la création d'un minimum d'affiliation avant de le proposer
- † Il est fréquent que les personnes s'orientent finalement vers de l'abstinence après une ou deux séances.
- † Les formules de groupes ont été envisagées mais nécessitent un certain temps pour être effectivement mise en place. Le suivi par téléphone présente certains avantages mais gagnerait à être réalisé à l'aide d'un outil de suivi digitalisé (type application). Une majorité des professionnels sont d'ailleurs favorables à la création de ce type d'outil.

CONCERNANT LE TRAVAIL PARTENARIAL

- ┆ Les partenaires mobilisés sont variés. Les professionnels ont cependant majoritairement travaillé avec les professionnels de santé de premiers recours et ceux exerçant en entreprises. Les réunions portant sur les addictions en général permettent de sensibiliser à l'existence du programme. A contrario les réunions portant uniquement sur le programme rencontrent un succès restreint.
- ┆ Les partenaires ont réservé un accueil globalement positif au programme. L'impact dans les orientations est toutefois peu perceptible notamment en raison du temps nécessaire pour que le programme soit bien identifié.

La Fédération Addiction continue de travailler à la mise en œuvre du programme Alcochoix+ en France autour de deux axes.

D'une part, le déploiement d'Alcochoix+ - et de la gamme Meschoix plus généralement - se poursuit **au sein du secteur spécialisé en addictologie** où le programme a fait ses preuves et répond à une demande d'outillage de la part des professionnels.

Un pool de formateurs français a ainsi été nouvellement constitué et permettra d'envisager l'organisation de nouvelles formations à destination notamment des structures spécialisées y compris pour les nouveaux volets du programme (Meschoix Cannabis et Meschoix Jeux).

D'autre part, le travail entrepris pour cibler un public difficile à toucher dans les structures spécialisées - les personnes à risques non dépendantes - est prolongé via **l'expérimentation du programme par les offreurs de soins primaires**.

En mars 2020, la Fédération Addiction et l'Institut National du Cancer ont pour cela lancé une étude exploratoire et de faisabilité autour d'Alcochoix+ en partenariat avec la Fédération AvecSanté (ex Fédération des Maisons de Santé).

Il s'agira plus particulièrement de protocoliser les modalités d'accompagnement et de mise en œuvre du programme par les offreurs de soins primaires et d'identifier les potentielles adaptations du programme pour faciliter sa mise en œuvre et son déploiement. Pour cela, les professionnels de 4 maisons de santé situées en Bourgogne France Comté et Nouvelle Aquitaine ont été formés au programme afin de pouvoir assurer le suivi de consommateurs à risques. Cette phase se déroulera sur l'année 2020 et 2021 et servira de préparation à une deuxième phase d'implémentation à grande échelle qui se fera sur 3 régions en 2021/22.

En parallèle, un groupe de travail réuni sur l'initiative du RISQ au Québec et auquel participe la Fédération Addiction travaille actuellement à la **digitalisation du programme** (création d'une application ou d'un site web). Les premiers outils devraient voir le jour fin 2021 ou courant 2022.

Alcochoix+ va également faire l'objet d'une évaluation croisée de différents programmes de RDRD liés à la consommation d'alcool, via le projet ECIAE mené par l'ISPED. L'objectif de ce projet est d'identifier les mécanismes et les conditions d'efficacité de chacun des trois programmes et de mettre en évidence leurs spécificités et leurs complémentarités.

La Fédération Addiction et ses partenaires continuent ainsi d'œuvrer à l'articulation entre les deux secteurs - spécialisé et primaire - afin d'améliorer le repérage, l'accompagnement et la prise en charge des consommations.