

**THÈSE**  
pour le  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**Qualification en Médecine Générale**

**Élaboration d'un outil pédagogique, complémentaire au protocole créé par la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise en Addictologie (SRAE), pour améliorer la prise en charge du sevrage alcoolique ambulatoire en médecine générale à destination des médecins généralistes ; validation par un comité d'experts (méthode Groupe Nominal).**

**PINON Maxime**

Né le 15/06/1998

Sous la direction du Dr PAREAUD Marine et Dr PICHON Emmanuel

Membres du jury

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| Monsieur le Pr PY Thibault     | Président   |
| Madame le Dr PAREAUD Marine    | Directrice  |
| Monsieur le Dr PICHON Emmanuel | Codirecteur |
| Madame le Dr GHALI Maria       | Membre      |



# ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussigné PINON Maxime  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **13/06/2026**

## Charte d'utilisation de l'IA générative

Je soussigné PINON Maxime  
Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA générative pour la rédaction des rapports, thèses  
d'exercice et mémoires d'étude.  
Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Angers le 13/06/2026

Signature



## SERMENT D'HIPPOCRATE

*« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».*



**Doyen de la Faculté :** Pr Cédric ANNWEILER

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :** Pr Sébastien FAURE

**Directeur du département de médecine :** Pr Vincent DUBEE

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

|                          |                                |                           |                                |
|--------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| ABRAHAM Pierre           | RADIOLOGIE ET IMAGERIE         | LEBDAI Souhil             | RHUMATOLOGIE                   |
| ANGOULVANT Cécile        | MEDICALE                       | LEGENDRE Guillaume        | NEUROCHIRURGIE                 |
| ANNWEILER Cédric         | NEPHROLOGIE                    | LEGRAND Erick             | CHIRURGIE GENERALE             |
|                          | CHIRURGIE THORACIQUE ET        | LEMEE Jean-Michel         | REANIMATION                    |
| ASFAR Pierre             | CARDIOVASCULAIRE               | LERMITE Emilie            | HISTOLOGIE                     |
| AUBE Christophe          | MEDECINE GENERALE              | LEROLLE Nicolas           | HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE         |
|                          | REANIMATION                    | LIBOUBAN Hélène           | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE        |
| AUGUSTO Jean-François    | CARDIOLOGIE                    | LUQUE PAZ Damien          | DERMATO-VENEREOLOGIE           |
| BAUFRETON Christophe     | UROLOGIE                       | MARCHAIS Véronique        | BIOLOGIE ET MEDECINE DU        |
|                          | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE     | MARTIN Ludovic            | DEVELOPPEMENT ET DE LA         |
|                          | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE        | MAY-PANLOUP Pascale       | REPRODUCTION                   |
| BELLANGER William        | GASTROENTEROLOGIE-             |                           | NEUROCHIRURGIE                 |
| BELONCLE François        | HEPATOLOGIE                    |                           | REANIMATION                    |
| BIERE Loïc               | RHUMATOLOGIE                   | MENEI Philippe            | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION      |
| BIGOT Pierre             | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET     | MERCAT Alain              | RADIOLOGIE                     |
| BOUCHARA Jean-Philippe   | MALADIES METABOLIQUES          | ORVAIN Corentin           | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE     |
| BOUET Pierre-Emmanuel    | PHARMACOLOGIE                  | PAISANT Anita             | MEDICALE                       |
| BOURSIER Jérôme          | CANCEROLOGIE, RADIOTHERAPIE    | PAPON Nicolas             | CHIMIE GENERALE                |
|                          | NEUROLOGIE                     |                           | PEDIATRIE                      |
| BOUVARD Béatrice         | PHARMACOLOGIE/                 | PASSIRANI Catherine       | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL   |
| BRIET Claire             | PHYSIOLOGIE                    | PELLIER Isabelle          | CHIRURGIE VASCULAIRE ;         |
|                          | NEUROLOGIE                     | PETIT Audrey              | MEDECINE VASCULAIRE            |
| BRIET Marie              | GENETIQUE                      |                           | CHIRURGIE INFANTILE            |
| CAMPONE Mario            | ANATOMIE, CYTOLOGIE            | PICQUET Jean              | GENETIQUE                      |
|                          | PATHOLOGIQUES                  |                           | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE          |
| CASSEREAU Julien         | PEDIATRIE                      | PODEVIN Guillaume         | MOLECULAIRE                    |
| CLERE Nicolas            | PHYSIOLOGIE                    | PROCACCIO Vincent         | CARDIOLOGIE                    |
|                          | PHARMACOTECHNIQUE HOSPITALIERE | PRUNIER Delphine          | MEDECINE GENERALE              |
| CODRON Philippe          | MEDECINE GENERALE              |                           | MEDECINE GENERALE              |
| COLIN Estelle            |                                |                           | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE          |
| COPIN Marie-Christine    | PHARMACOGNOSIE                 | PRUNIER Fabrice           | MOLECULAIRE                    |
|                          | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE        | PY Thibaut                | BIOSTATISTIQUE                 |
| COUTANT Régis            | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL   | RAMOND-ROQUIN Aline       | ANESTHESIOLOGIE REANIMATION    |
| CUSTAUD Marc-Antoine     | MEDECINE PHYSIQUE ET           | REYNIER Pascal            | PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE |
| CRAUSTE-MANCIET Sylvie   | READAPTATION                   |                           | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET     |
| DE CASABIANCA Catherine  | MEDECINE D'URGENCE             | RIOU Jérémie              | MALADIES METABOLIQUES          |
| DERBRE Séverine          | MALADIES INFECTIEUSES ET       | RINEAU Emmanuel           | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL   |
| DESCAMPS Philippe        | TROPICALES                     |                           | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA |
| D'ESCATHA Alexis         | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ;      | RIQUIN Elise              | SANTE                          |
|                          | HYGIENE HOSPITALIERE           |                           | ANATOMIE ET CYTOLOGIE          |
| DINOMAS Mickaël          | PEDOPSYCHIATRIE                | RODIEN Patrice            | PATHOLOGIQUES                  |
|                          | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE        |                           | CHIRURGIE PLASTIQUE,           |
| DOUILLET Delphine        | PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE      | ROQUELAURE Yves           | RECONSTRUCTRICE ET             |
| DUBEE Vincent            | ANATOMIE                       |                           | ESTHETIQUE                     |
|                          | CHIRURGIE THORACIQUE ET        | ROUGE-MAILLART Clotilde   | ANATOMIE ET CYTOLOGIE          |
| DUCANCELLE Alexandra     | CARDIOVASCULAIRE               | ROUSSEAU Audrey           | PATHOLOGIQUES                  |
|                          | CARDIOLOGIE                    |                           | MEDECINE D'URGENCE             |
| DUVERGER Philippe        | PNEUMOLOGIE                    | ROUSSEAU Pascal           | BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES |
| EVEILLARD Matthieu       | PSYCHIATRIE D'ADULTES          |                           | CHIMIE ORGANIQUE               |
| FAURE Sébastien          | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION      | ROUSSELET Marie-Christine | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION      |
|                          | CHIMIE ANALYTIQUE              | ROY Pierre-Marie          | CHIRURGIE INFANTILE            |
|                          | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION      | SAULNIER Patrick          |                                |
|                          |                                |                           |                                |
|                          |                                | SERAPHIN Denis            |                                |
|                          |                                | SCHMIDT Aline             |                                |
|                          |                                | SCHMITT Françoise         |                                |
|                          |                                |                           | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE        |
|                          |                                |                           | ; HYGIENE HOSPITALIERE         |
|                          |                                |                           | CHIRURGIE MAXILLO-             |
|                          |                                |                           | FACIALE ET STOMATOLOGIE        |
|                          |                                |                           | RADIOPHARMACIE                 |
|                          |                                |                           | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE         |
|                          |                                |                           | BIOPHARMACIE                   |
|                          |                                |                           | BOTANIQUE/ MYCOLOGIE           |
|                          |                                |                           | ANESTHESIOLOGIE-               |
|                          |                                |                           | REANIMATION                    |
|                          |                                |                           | UROLOGIE                       |
|                          |                                |                           | GYNECOLOGIE-                   |
|                          |                                |                           | OBSTETRIQUE                    |
| PHYSIOLOGIE              | LACOEUILLE FRANCK              |                           |                                |
| MEDECINE GENERALE        | LACCOURREYE Laurent            |                           |                                |
| GERIATRIE ET BIOLOGIE DU | LAGARCE Frédéric               |                           |                                |
| VIEILLISSEMENT           | LANDREAU Anne                  |                           |                                |
| REANIMATION              | LASOCKI Sigismond              |                           |                                |

TESSIER-CAZENEUVE  
Christine  
TRZEPIZUR Wojciech  
UGO Valérie  
URBAN Thierry  
VAN BOGAERT Patrick

MEDECINE GENERALE  
  
PNEUMOLOGIE  
HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION  
PNEUMOLOGIE  
PEDIATRIE

VENARA Aurélien  
  
VENIER-JULIENNE Marie-  
Claire  
VERNY Christophe  
WILLOTEAUX Serge

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE  
PHARMACOTECHNIE  
  
NEUROLOGIE  
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

## MAÎTRES DE CONFERENCES

AMMI Myriam  
  
BAGLIN Isabelle  
BASTIAT Guillaume  
  
BEAUVILLAIN Céline  
BEGUE Cyril  
BELIZNA Cristina  
BENALLEGUE Nail  
BERNARD Florian  
BESSAGUET Flavien  
  
BLANCHET Odile  
BOISARD Séverine  
BOUCHER Sophie  
BRILLAND Benoit  
BRIS Céline  
  
BRUGUIERE Antoine  
CAPITAIN Olivier  
  
CHABRUN Floris  
  
CHAO DE LA BARCA Juan-  
Manuel  
CHOPIN Matthieu  
CORVAISIER Mathieu  
DEMAS Josselin  
  
DESHAYES Caroline  
FADEL Marc  
  
FERRE Marc  
FORTRAT Jacques-Olivier  
GHALI Maria  
GUELFF Jessica  
HADJ MAHMOUD Dorra  
HAMEL Jean-François  
  
HAMON Cédric  
HELESBEUX Jean-Jacques  
HERIVAUX Anaïs  
HERSANT Jeanne

CHIRURGIE VASCULAIRE ET  
THORACIQUE  
CHIMIE THERAPEUTIQUE  
BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES  
IMMUNOLOGIE  
MEDECINE GENERALE  
MEDECINE INTERNE  
PEDIATRIE  
ANATOMIE  
PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE  
HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION  
CHIMIE ANALYTIQUE  
ORL  
NEPHROLOGIE  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE  
MOLECULAIRE  
PHARMACOGNOSIE  
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE  
MOLECULAIRE  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE  
MOLECULAIRE  
MEDECINE GENERALE  
PHARMACIE CLINIQUE  
SCIENCES DE LA READAPTATION  
BACTERIOLOGIE VIROLOGIE  
MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL  
BIOLOGIE MOLECULAIRE  
PHYSIOLOGIE  
MEDECINE GENERALE  
MEDECINE GENERALE  
IMMUNOLOGIE  
BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE  
MEDICALE  
MEDECINE GENERALE  
CHIMIE ORGANIQUE  
  
BIOTECHNOLOGIE  
MEDECINE VASCULAIRE

HINDRE François  
JOUSSET-THULLIER Nathalie  
JUSTEAU Grégoire  
KHIATI Salim  
  
LEFEUVRE Caroline  
LEGEAY Samuel  
LEPELTIER Elise  
LE ROUX Gaël  
LETOURNEL Franck  
MABILLEAU Guillaume  
  
MALLET Sabine  
MAROT Agnès  
  
MIOT Charline  
MOUILLIE Jean-Marc  
NAIL BILLAUD Sandrine  
PAILHORIES Hélène  
PAPON Xavier  
PASCO-PAPON Anne  
  
PENCHAUD Anne-Laurence  
PEUROIS Matthieu  
PIHET Marc  
  
PIRAUX Arthur  
POIROUX Laurent  
RONY Louis  
  
ROGER Emilie  
SAVARY Camille  
  
SCHINKOWITZ Andréas  
SPIESSER-ROBELET Laurence  
SUTEAU Valentine  
  
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle  
VIAULT Guillaume

BIOPHYSIQUE  
MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA  
SANTE  
PNEUMOLOGIE  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE  
MOLECULAIRE  
BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE  
PHARMACOCINETIQUE  
CHIMIE GENERALE  
TOXICOLOGIE  
BIOLOGIE CELLULAIRE  
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET  
CYTOGENETIQUE  
CHIMIE ANALYTIQUE  
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  
MEDICALE  
IMMUNOLOGIE  
PHILOSOPHIE  
IMMUNOLOGIE  
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  
ANATOMIE  
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE  
SOCIOLOGIE  
  
MEDECINE GENERALE  
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  
OFFICINE  
SCIENCES INFIRMIERES  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET  
TRAUMATOLOGIQUE  
PHARMACOTECHNIE  
PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE  
PHARMACOGNOSIE  
PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION  
THERAPEUTIQUE  
ENDOCRINOLOGIE ; DIABETE ET  
MALADIES METABOLIQUES  
MEDECINE GENERALE  
  
CHIMIE ORGANIQUE

## AUTRES ENSEIGNANTS

**ATER**  
BARAKAT Fatima  
ATCHADE Constantin  
**ECER**  
HASAN Mahmoud  
**PRCE**  
AUTRET Erwan  
BARBEROUSSE Michel  
COYNE Ashley  
O'SULLIVAN Kayleigh  
RIVEAU Hélène  
**PAST-MAST**  
AUBRUCHET Hélène  
  
BEAUVAIS Vincent  
BRAUD Cathie  
  
CAVAILLON Pascal  
CHAMPAGNE Romain

CHIMIE ANALYTIQUE  
GALENIQUE  
  
GALENIQUE  
  
ANGLAIS  
INFORMATIQUE  
ANGLAIS  
ANGLAIS  
ANGLAIS  
  
PHARMACIE DEUST PREPARATEUR  
OFFICINE  
PHARMACIE DEUST PREPARATEUR  
PHARMACIE INDUSTRIELLE  
MEDECINE PHYSIQUE ET  
READAPTATION  
DILÉ Nathalie  
GUITTON Christophe  
  
KAASSIS Mehdi

LAVIGNE Christian  
LE FLOCH Maxime  
MARSAN-POIROUX Sylvie  
MOAL Frédéric  
PEREZ-GRANDIERE Lucia  
PICCOLI Giorgia  
POMMIER Pascal  
  
SAVARY Dominique  
TORREGGIANI Massimo  
**PLP**  
CHIKH Yamina  
**AHU**  
ROBIN Julien  
OFFICINE  
MEDECINE INTENSIVE-  
REANIMATION  
GASTRO-ENTEROLOGIE  
MEDECINE INTERNE  
GERIATRIE  
COMMUNICATION

PHARMACIE CLINIQUE  
MALADIES INFECTIEUSES  
  
NEPHROLOGIE  
CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE  
MEDECINE D'URGENCE  
NEPHROLOGIE  
  
ECONOMIE-GESTION  
  
DISPOSITIFS MEDICAUX

# REMERCIEMENTS

Au Professeur PY, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Vos enseignements et votre implication auprès des internes auront contribué à faire de nous de meilleurs praticiens.

Aux Dr PICHON et Dr PAREAUD, merci d'avoir accepté de diriger ce projet et de m'avoir fait confiance. Merci également de m'avoir fait profiter de votre expérience qui m'aura beaucoup aidé pour mener à bien ce travail.

Au Dr Maria GHALI, merci d'avoir pris de votre temps, non seulement pour m'épauler et me guider dans ce travail, mais aussi d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Sans vous ce travail n'aurait pas pu être mené à son terme.

Au Dr SAIDI, Dr VALYI, Dr LAZENNEC, Dr MOIREAU, Dr BONNAURE, Dr RIZZOTO et Dr BUISSON VINCENT, merci d'avoir participé à la séance du groupe nominal. Vos retours et votre aide auront été essentiels pour la réalisation de ce travail.

Au Dr PASSEBON, merci pour vos enseignements et votre pédagogie. Vous m'avez permis de voir quelle pratique de la Médecine Générale je souhaitais avoir. Je suis reconnaissant du lien de confiance et cette belle entente qui s'est créée au fil du temps entre nous. Merci encore pour tout. J'espère avoir l'opportunité de travailler avec vous très prochainement.

Au Dr SAIDI, merci pour vos enseignements, votre formation et votre confiance. Ce semestre auprès de vous aura été formateur et très agréable.

Mes pensées vont ensuite à ma famille : Papa, Maman merci infiniment pour votre éducation, votre soutien indéfectible, et votre amour. Merci d'avoir cru en moi toutes ces années. Merci de m'avoir encouragé à poursuivre mon rêve et de m'avoir soutenu sur ce long parcours. Si je suis ici aujourd'hui c'est en partie grâce à vous.

A toi Théo, merci de m'avoir supporté et encouragé pendant toutes ces années de fac ; je n'ai probablement pas été le plus facile à vivre mais tu as toujours été là. Merci à toi petit frère.

A Isabelle, Sylvie, Rolande, mamie Yvette et mamie Christiane, votre amour et votre soutien auront été sans nul doute l'un des moteurs de ma persévérance et de ma motivation. Merci pour tout.

A Fabrice, merci de m'avoir suivi, encouragé tout au long de ces études et pour ton soutien dans les bons comme les mauvais moments. Merci de ton affection depuis toutes ces années (et merci encore pour la relecture).

A Laurence et Nour Eddine, merci de m'avoir accueilli comme vous l'avez fait. Merci de votre soutien, votre bienveillance, vos encouragements et votre implication durant mon parcours. Mes séjours chez vous sont toujours d'un réel réconfort. Il me tarde de fêter tout cela avec vous.

A Damien, tu es comme un frère, merci à toi de m'avoir supporté, soutenu et encouragé depuis le début de ce parcours. Merci aux nombreuses heures partagées à la bibliothèque et aux soirées de décompression qui suivaient. J'espère que notre amitié va durer encore de longues années.

A la famille Tabaux, que dire si ce n'est merci. Merci pour votre accueil, votre soutien, les moments de rire et de souvenirs inoubliables que vous m'avez offerts. Pour tout cela je vous remercie.

A tous les amis et amies des urgences adultes du Mans, merci pour ce premier et intense semestre ! Chacun d'entre vous aura été une belle rencontre. Il ne me reste que des beaux souvenirs avec vous : les soirées Koh-Lanta, les tonus, les parties de fléchettes et j'en passe. Merci pour votre soutien et votre amitié.

A Landry, Estebane, Antoine, Cassy, Zafer, merci pour ce semestre incroyable. Les dégustations de pain, les verres partagés, les tonus, les parties de palet ne sont que des beaux souvenirs que je garderai longtemps. Merci pour tout !

# REMERCIEMENTS

A Alexandra (promis rien de trop niais) simplement merci d'être toi, merci pour les moments de rire. Sans tous ces moments, ce stage aurait été bien plus long et difficile, alors merci.

A Louis, que dire, tu es sans nul doute l'une des plus belles rencontres de mon internat. Nos fous rires en gériatrie ont rendu mes journées bien plus agréables et mémorables. Tu es un ami incroyable, en plus d'être un pharmacien hors pair. Ne change jamais et reste un fan inconditionnel de Bruno.

A Hugues et Guillemette, quelle rencontre ! Notre amitié a largement dépassé le cadre professionnel, vous êtes devenus de vrais amis. Hugues tu resteras à mes yeux le boss ultime des urgences du Mans et mon meilleur duo de brancardage.

Ne changez jamais, j'espère que notre amitié durera de nombreuses années.

A toi Sarah, les mots ne suffisent pas pour te remercier. Merci de m'accompagner, de me soutenir, de m'encourager depuis toutes ces années. D'avoir été là dans les périodes difficiles et de doutes, mais aussi d'avoir partagé tous ces beaux moments (notamment ton admission en Médecine). Je suis si fier de toi.

Merci de croire en moi, de m'aider à devenir une meilleure personne. Merci de m'aimer comme tu le fais. Enfin merci de tout ce temps, cette énergie, cette implication et ce soutien durant la réalisation de la thèse. Sans toi rien de tout cela n'aurait été possible. Pour cela je te remercie mille fois.

Il me tarde de fêter ça avec toi au « Lavandou ».

Enfin à tous les médecins, infirmier(ères), co-internes que j'ai croisés durant mon parcours, merci de m'avoir transmis toutes ces connaissances avec autant de bienveillance et d'avoir participé à ma formation. Un merci particulier à toutes celles et ceux qui ont décidé de continuer à partager ma vie professionnelle et personnelle.

## Liste des abréviations

[illegible]

# **Plan**

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

## **INTRODUCTION**

## **MÉTHODES**

1.      **Création de l'outil**
2.      **Choix de la méthode**
3.      **Recrutements des experts**
4.      **Déroulement du Groupe Nominal**
5.      **Analyse des résultats**

## **RÉSULTATS**

1.      **Synthèse du déroulé du Groupe Nominal**
2.      **Analyse des propositions émises lors du groupe nominal**

## **DISCUSSION**

1.      **Création de l'outil**
2.      **Analyse des résultats**
3.      **Forces et limites**
  - 3.1.    Choix de la méthode et organisation
  - 3.2.    Recrutement des experts
  - 3.3.    Déroulé de la séance
  - 3.4.    Méthode de notation et analyse
  - 3.5.    Validité externe

## **CONCLUSION ET PERSPECTIVES**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES FIGURES**

## **LISTE DES TABLEAUX**

## **ANNEXES**

**Annexe 1 : Outil pédagogique présenté au groupe nominal**

**Annexe 2 : Déroulé théorique du GN**

**Annexe 3 : Déroulé de la séance du GN**

**Annexe 4 : Temps par thème**

**Annexe 5 : Échelle de Likert**

**Annexe 6 : Liste des propositions retenues après le GN**

**Annexe 7 : Feuilles de notation des participants remplies**

**Annexe 8 : Outil pédagogique modifié après le GN**

# INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, il est constaté à la fois une augmentation des demandes de soins des troubles liés à l'usage de l'alcool (TLUA) de la part des patients, mais également une hausse de l'intérêt porté par les praticiens de santé quant aux prises en charge addictologiques (1)(2).

Comme le souligne l'Observatoire français des drogues et tendances addictives (OFDT), la consommation d'alcool en France recule de manière significative, quelle que soit la catégorie d'âge et cela depuis plusieurs années. En novembre 2024, l'OFDT a publié une note synthétique sur les usages, les conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'alcool en France pour l'année 2023 (3). Dans ce rapport annuel, il est fait état d'une baisse globale de la consommation d'alcool autant chez les adultes de 18 à 75 ans que chez les jeunes de 17 ans, avec respectivement une diminution de la consommation annuelle de 3% entre 2022 et 2023, et de 6% entre 2017 et 2022.

Malgré cette diminution globale de la consommation d'alcool en France, la consommation de soins médicaux en lien avec les TLUA augmente. En 2023, il a été enregistré 595 326 séjours hospitaliers en lien avec l'alcool dans des unités médicales de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), l'alcool était pour 41% d'entre eux à l'origine du problème de santé ayant justifié l'hospitalisation et dans 59% des cas l'alcool était une comorbidité. De plus, par rapport à 2022, sur le territoire national il est enregistré une hausse de 4,1% de séjours hospitaliers et une hausse de 2,5% de patients (3).

Cette tendance est particulièrement marquée en Pays de la Loire comme le montre les données épidémiologiques issues de la note synthétique intitulée « *Chiffres clés, Consommation d'Alcool et conséquences en Pays de la Loire* » publiée en 2024 par l'Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. Dans ce rapport, il a été dénombré 17 000 Ligériens pris en charge (Affection de Longue Durée, hospitalisations, soins de suite) pour des troubles addictifs liés à la consommation d'alcool sur l'année 2021. De plus, 8 500 passages en lien direct avec l'alcool ont été enregistrés dans les services d'urgence de la région en 2023 (1).

Cette majoration de la demande de soins en Pays de la Loire est à corréliser avec la consommation d'alcool sur ce même territoire. En 2024, la consommation régionale déclarée était supérieure aux repères nationaux préconisés. En effet en Pays de la Loire, 28% des 18-79 ans déclarent une consommation supérieure aux repères recommandés (maximum 2 verres par jour et pas tous les jours) contre 22% au niveau national (4).

Ces données nationales et régionales confirment que l'alcool demeure un enjeu majeur de santé publique. Une réponse médicale doit donc être mise en place pour répondre à cet enjeu, or de nombreux médecins généralistes font le constat de connaissances insuffisantes dans ce domaine (5)(6)(7)(8).

Début 2020, l'Observatoire Régional de la Santé du Pays de la Loire, montrait que la moitié des médecins avaient réalisé des formations complémentaires afin de parfaire/réactualiser leurs connaissances sur le sujet de l'Addictologie (9).

Plusieurs travaux de thèse abordent l'accompagnement des troubles de l'usage liés à l'alcool dont fait partie le sevrage ambulatoire. Le travail de thèse soutenu par le Dr AUGAN en 2022 et intitulé « Prise en charge du sevrage ambulatoire en boissons alcoolisées : Étude quantitative auprès des médecins généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe » identifie



que 56,4% des médecins interrogés déclarent « se sentir peu ou pas du tout à l'aise » avec la mise en place du sevrage d'alcool en ambulatoire (10).

La thèse du Dr BIEN AIME Céline soutenue fin 2024 et intitulée « *Évaluation de la prise en charge du sevrage alcoolique ambulatoire auprès des médecins généralistes : étude quantitative menée dans les départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne* » confirme ces données (11). 40,82% des médecins généralistes interrogés considèrent que leur manque de formation sur le sujet du sevrage est un obstacle majeur à la prise en charge ambulatoire du sevrage d'alcool. De même, 60,20% d'entre eux déclarent que le manque de professionnels (infirmier(es), psychologues, etc) représente également un obstacle majeur. Elle souligne également une méconnaissance importante des outils existants, tels que le protocole « Sevrage Alcool Ambulatoire » développé par la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) Addictologie Pays de la Loire. En effet 85% des praticiens interrogés déclarent ignorer son existence.

Ce protocole développé par la SRAE Addictologie Pays de la Loire est clair et précis, il permet une description détaillée du déroulement d'un sevrage d'alcool en ambulatoire aussi bien sur l'aspect technique qu'organisationnel du sevrage au domicile (12).

Le sevrage ne constitue qu'une étape d'une prise en charge globale qui doit intégrer la préparation, le sevrage et le maintien de l'abstinence. Une préparation insuffisante ou un accompagnement incomplet expose à un risque accru d'échec, de rechute, voire à des complications graves (13).

Il est important de rappeler que la prise en charge des troubles liés à l'usage d'alcool est souvent considérée comme complexe et chronophage. En effet, les médecins généralistes

déplorent souvent une absence de temps pour répondre aux multiples attentes du patient, ainsi que l'absence de ressources informatives disponibles ; ce qui entraîne dans la plupart des cas le recours à des hospitalisations.

Sur les territoires angevins, les médecins psychiatres et addictologues du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ont pu partager deux constats à la lecture des dossiers d'adressage pour sevrage hospitalier. Le premier constat est que certains sevrages pourraient être réalisés en ambulatoire. Le second constat est qu'un nombre non négligeable des sevrages demandés ne sont pas suffisamment préparés en amont ou alors qu'ils ne sont pas adaptés à la motivation du patient.

Le CHU d'Angers réoriente donc les patients vers le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) d'Angers dénommé ALiA (Association Ligérienne d'Addictologie) pour une réponse plus adaptée aux besoins des patients. Cette erreur initiale d'adressage et cette réorientation, peuvent être la source d'une démotivation pour le patient à l'origine d'une sortie du système de soins (perdus de vue), mais aussi d'un isolement du médecin généraliste dans l'accompagnement de ses patients.

Dans une volonté de répondre aux besoins des médecins généralistes, le CSAPA d'Angers a souhaité développer une offre de télé-expertise via la plateforme Omnidoc. Cette dernière permettrait de guider les médecins généralistes dans la prise en charge globale de leurs patients : d'évaluer l'éventuelle indication d'un sevrage, de diffuser le protocole « Sevrage Alcool Ambulatoire » créé par la SRAE Addictologie Pays de la Loire, de mettre en place l'accompagnement du patient.

Dans ce contexte, il semble donc pertinent de proposer un outil complémentaire au protocole développé par la SRAE Addictologie Pays de la Loire, centré cette fois-ci sur l'indication du sevrage et l'accompagnement global du patient.

La création de cet outil pédagogique facilement diffusable via cette plateforme de télé-expertise, permettrait de questionner la pertinence du sevrage ambulatoire, de trouver le moment adapté pour réaliser ce dernier lorsque nécessaire, et ainsi donc favoriser la réussite du sevrage ambulatoire en améliorant l'accessibilité aux connaissances, en harmonisant les pratiques, et de soutenir les médecins généralistes dans leur rôle central de premier recours. C'est dans cette perspective que s'inscrit le projet de création et de diffusion de ce nouvel outil pédagogique.

Le travail de recherche va donc se diviser en deux temps principaux, le premier étant la création de l'outil pédagogique via l'utilisation des recommandations en vigueur mais aussi des retours d'expériences afin d'être le plus proche des situations vécues en médecine ambulatoire. Dans un second temps il est nécessaire d'apporter une validité à cet outil ; cela nécessite une analyse par un comité d'experts. Pour cela plusieurs méthodes de consensus existent ; celle retenue pour ce travail de recherche est le groupe nominal.

# MÉTHODES

## 1. Création de l'outil

La création de l'outil pédagogique repose sur une méthodologie mixte : La rencontre entre la recherche bibliographique et l'utilisation de retours d'expérience.

La bibliographie vise à l'identification des variables décisionnelles utiles à la prise de décision quant à la réalisation ou non d'un sevrage d'alcool en ambulatoire ; mais aussi l'identification des modalités d'accompagnement du patient au cours de la prise en charge des troubles liés à l'usage d'alcool.

La recherche bibliographique a été réalisée à l'aide des mots « Mesh » suivants : Alcohol Management ; Sevrage ; Ambulatoire ; Mesusage/Misuse ; Harmful Alcohol use ; Abstinence ; Factor of Withdrawal ; Preparation ; Relapse ; Treatment ; Guidelines.

Les sources sélectionnées sont, dans la mesure du possible d'un grade de recommandation élevé (les méta-analyses, les essais randomisés, les thèses soutenues). Enfin lorsqu'il n'existait aucune source scientifique suffisante ou publiée ; il a été intégré des retours d'expérience et de pratique à la création de l'outil pédagogique.

L'outil pédagogique a été élaboré en suivant le schéma d'un arbre décisionnel créé pour ce travail. L'objectif était de retracer le déroulé d'une consultation avec un(e) patient(e) présentant des Troubles liés à l'usage d'alcool : l'évaluation des consommations, la caractérisation du trouble d'usage, l'état de motivation au changement, l'indication ou non à un sevrage, les modalités d'accompagnement, etc.

L'outil retrace donc les différentes étapes d'une consultation « type » afin de guider le praticien dans la réalisation de cette dernière.

En premier lieu, rappeler la notion de troubles des usages avec ou sans dépendance d'après les critères du DSM V (14). Il est ensuite développé la notion de la mise en place de « Réduction Des Risques » (RDR), chez les patients ne présentant pas de dépendance ou en cas de sevrage non indiqué (15)(16)(17)(18)

En cas de dépendance confirmée, il est développé la nécessité d'évaluer les consommations du patient (19), de rechercher les représentations de l'alcool pour ce dernier, de recenser les éventuelles conséquences (physiques, psychiques, sociales, etc) secondaires aux consommations mais aussi de rechercher la présence de poly-addictions (15)(20)(21)(17)(22). Une fois l'évaluation clinique du patient terminée, il est utile de rechercher l'état de motivation du patient en se référant aux stades de changements de la personne consommatrice, décrits dans le cercle de Prochaska et Di Clemente(23). En cas de stade de changement non adéquat il est alors préconisé la RDR. En cas d'indication claire de sevrage d'alcool, il est rappelé les contre-indications à la réalisation en ambulatoire de ce dernier et donc l'indication à un adressage du patient vers les structures adaptées(12). En l'absence de contre-indication et lorsque l'état de motivation de changement le permet, il est rappelé que la réalisation du sevrage en ambulatoire est une proposition thérapeutique encouragée. De plus, le suivi par le médecin généraliste semble apporter une réelle plus-value dans l'initiation et le maintien de l'abstinence (24,25).

Il est également mis en avant la nécessité de questionner d'éventuelles tentatives antérieures de sevrage, accompagnées ou non. En effet, il est important de rappeler les risques encourus en cas de tentatives non accompagnées ou de tentatives de sevrage répétées(21)(26)(27)(28)(29).

Concernant les modalités du sevrage, il a été intégré un lien direct vers le protocole « Sevrage Alcool Ambulatoire » SRAE Addictologie Pays de la Loire (12), qui est également disponible [via le lien suivant](#) .

La dernière partie de l'outil pédagogique détaille les modalités de suivi, d'accompagnement du patient durant le sevrage mais également au décours (16,21). En particulier sur la nécessité d'un suivi rapproché et d'une surveillance attentive du bien être psychique (30)(31)(32)(33). Enfin quelques pistes de prise en charge sont détaillées, sans recommandations officielles, notamment sur l'activité physique (34,35).

Afin d'apporter une validité à cet outil, après la création de ce dernier, une validation est effectuée par un comité d'experts dans le cadre d'un groupe nominal (36–39).

L'outil pédagogique présenté au groupe d'experts est présenté en Annexe 1.

## **2. Choix de la méthode**

Dans la littérature, de multiples méthodes sont décrites permettant d'apporter une validité à un outil ; parmi les plus utilisées, on retrouve : la méthode Delphi, le groupe nominal, la RAND/ULCA, les focus groupes ou encore les conférences de consensus (38)(39). La méthode du Groupe Nominal (GN) a été retenue et sélectionnée pour la réalisation de ce travail de recherche. Cette dernière est l'une des méthodes utilisées dans la recherche scientifique, et fait appel à un consensus d'experts (37).

L'adoption de cette méthode pour ce travail de recherche repose notamment sur la rapidité des résultats obtenus à l'aide de cette approche, ainsi qu'une facilité d'échange entre les participants, ce dernier étant un échange direct. De plus, il s'agit d'une approche peu coûteuse et pouvant être mise en œuvre avec moins de ressources que d'autres méthodes. Aussi, pour

l'ensemble de ces éléments, le GN paraissait être la méthode la plus adaptée pour ce travail, notamment pour que chaque étape de ce dernier puisse être réalisée de manière optimale (37,38,40).

L'objectif du GN est de réunir plusieurs participants étant considérés comme des experts dans un domaine précis, afin de répondre à une problématique donnée, en suivant une organisation de séance bien précise.

Concernant la taille optimale du GN, à ce jour aucun consensus universel ne ressort de la littérature, cependant il ressort de certaines études qu'idéalement il doit être constitué de 5 à 9 participants (37,38). De plus, certains travaux évoquent qu'un maximum de 7 participants serait la taille recommandée afin d'assurer une bonne gestion du groupe et un accompagnement adapté de chaque participant par l'animateur (40,41).

Afin d'assurer un bon déroulement de la réunion, ainsi que de limiter les multiples biais existants, un certain nombre d'étapes sont à respecter. Ces étapes sont listées ci-dessous (37,41).

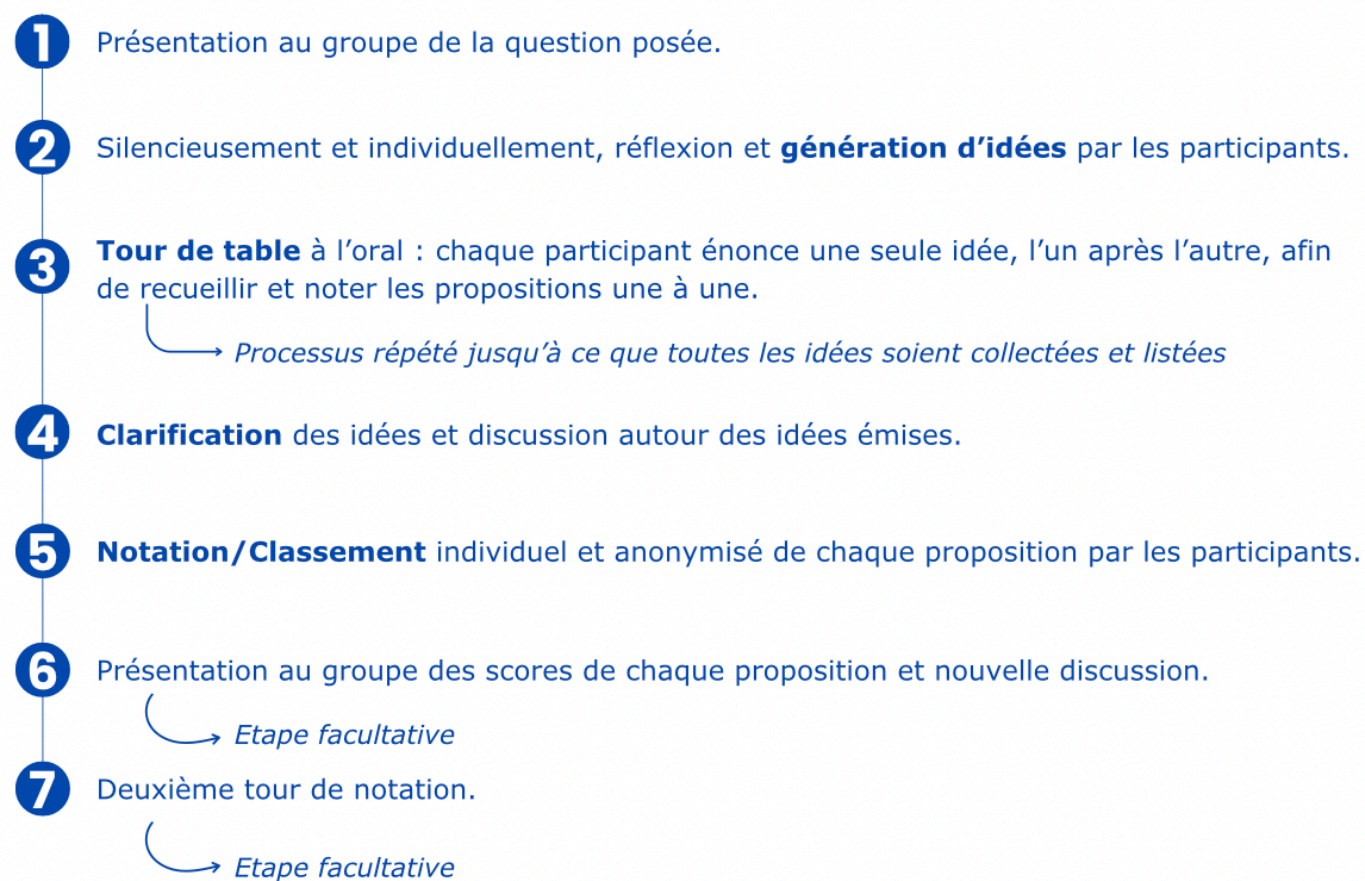


Figure 1: Étapes nécessaires pour limiter les biais existants au cours d'un groupe nominal (les 4 étapes clés sont identifiées en gras)

Pour obtenir davantage de détails sur ces étapes, se référer à l'Annexe 2.

### 3. Recrutements des experts

Afin de créer le panel d'experts, plusieurs spécialités médicales ont été sollicitées : Médecins généralistes, Addictologues, Psychiatres, Médecins de Santé Publique. L'objectif est de regrouper différents modes d'exercices et types d'approches du domaine sélectionné. La sélection ainsi que la prise de contact de ces professionnels se sont effectuées via le réseau professionnel du chercheur, de la directrice et du co-directeur de thèse. Il s'agissait de



professionnels exerçant en libéral et/ou salarial (associatif, clinique ou hospitalier), au sein des départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Loire-Atlantique.

Au total dix-sept invitations ont été envoyées auprès de professionnels de santé considérés comme experts pour ce travail de recherche. Les invitations ont été réalisées via l'envoi d'un premier mail présentant de façon générale le projet de thèse avec une présentation succincte de la méthode du GN. Cinq des invitations sont restées sans réponse, douze ont obtenu une réponse favorable.

En cas de réponse positive, un second mail a été envoyé contenant des précisions quant au lieu, ainsi que le déroulé de la séance.

La sélection de la date de réalisation du GN a pu être définie via l'utilisation d'un logiciel de gestion d'agenda nommé « Doodle », partagé à tous les participants avec des propositions de dates, afin de recueillir leurs disponibilités. Une date commune de séance a pu être sélectionnée, permettant de réunir un total de sept experts.

Sur les sept professionnels de santé présents, les spécialités médicales suivantes étaient représentées : Médecine Générale avec une pratique exclusive d'addictologie dans une structure dédiée (1 expert), Médecine Générale (1 expert), Médecine Générale avec une activité mixte (association d'activité de Médecine Générale et d'addictologie) (4 experts) et Médecine de Santé Publique (1 expert). Le médecin généraliste sans expertise d'addictologie exerçait en Sarthe ; la médecin de Santé Publique exerçait en Loire-Atlantique ; les médecins avec une activité d'addictologie exerçaient quant à eux en Maine-et-Loire.

Tableau I : Récapitulatif des sept experts présents :

| <b>Profession</b>                                                | <b>Lieu d'exercice</b>                           |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Médecin généraliste 1</b>                                     | La Flèche                                        |
| <b>Médecin généraliste n°1 avec activité mixte</b>               | La Flèche et CSAPA ALiA Cholet                   |
| <b>Médecin généraliste n°2 avec une activité mixte</b>           | Maison d'arrêt et CSAPA ALiA Doué La Fontaine    |
| <b>Médecin généraliste n°3 avec une activité mixte</b>           | Médecine générale et CSAPA ALiA Angers           |
| <b>Médecin généraliste n°4 avec une activité mixte</b>           | Centre médico-social (LHSS) et CSAPA ALiA Angers |
| <b>Médecin généraliste 1 exerçant uniquement en addictologie</b> | SMRA Les Euménides                               |
| <b>Médecin de Santé Publique</b>                                 | Nantes, SRAE Addictologie des Pays de la Loire   |

Deux semaines avant la date de la séance, un nouveau mail a été envoyé aux participants avec un rappel des modalités du GN, l'adresse et l'horaire de la réunion et bien entendu l'outil pédagogique créé afin qu'ils puissent prendre connaissance de ce dernier avant la séance.

Le choix du lieu s'est effectué en fonction des locaux disponibles et de la provenance des participants. L'organisation de la salle était en forme d'arc de cercle avec les participants

assis autour et le meneur de recherche au centre de ce U. Le chercheur projetait l'outil, recueillait les propositions et animait la séance.

## 4. Déroulement du Groupe Nominal

La séance s'est déroulée le jeudi 23 avril 2026, dans une salle de réunion du CSAPA ALiA à Angers. En début de réunion, un rappel a été fait concernant l'objectif du travail de recherche, ainsi que sur l'organisation de la séance. Par la suite, il a été distribué aux participants : une version imprimée de l'outil présenté, une feuille blanche vierge, ainsi qu'une feuille de notation utilisant l'échelle de Likert. L'outil pédagogique évalué était également projeté au tableau.

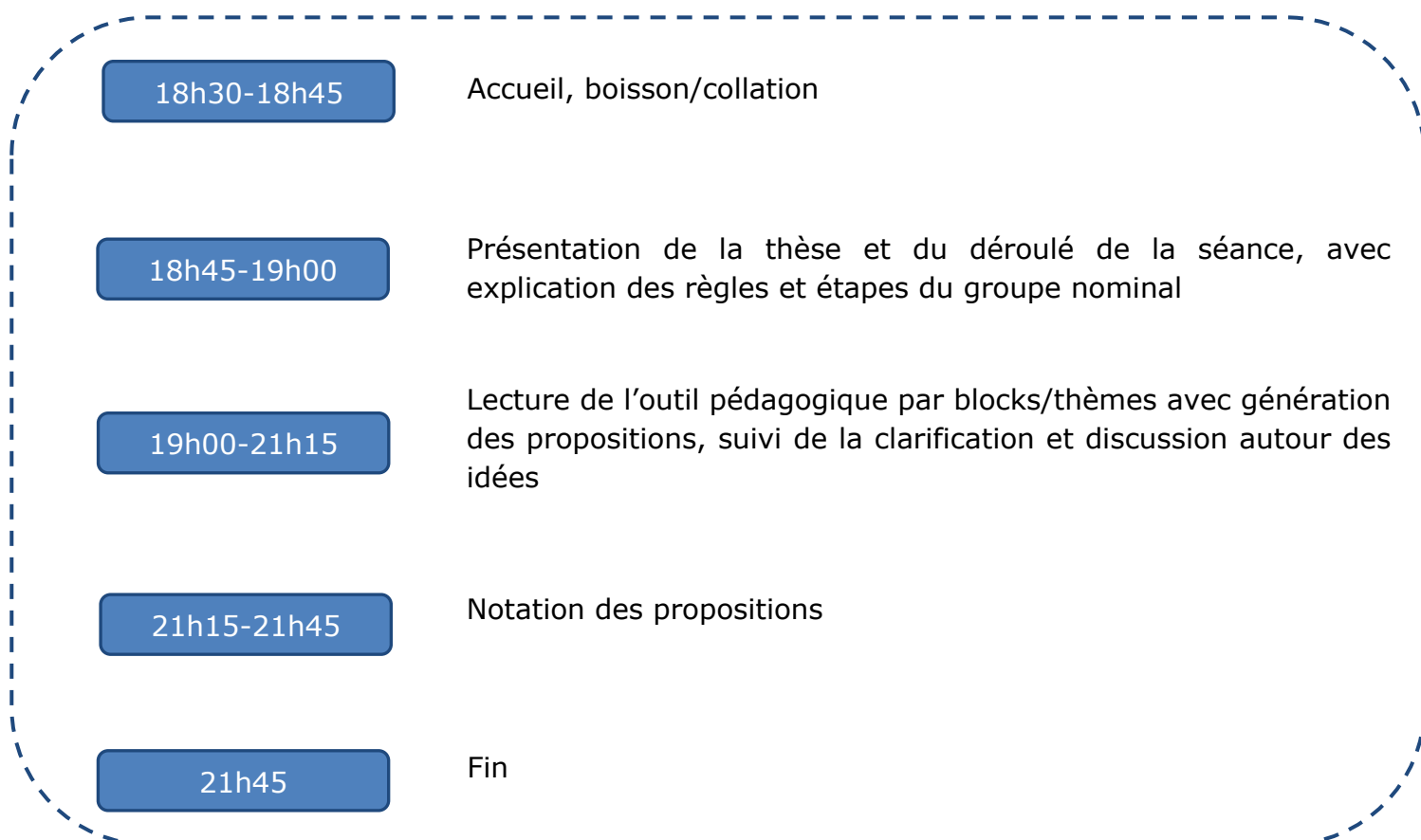


Figure 2: Déroulé de la séance décrit selon la feuille de route

L'Annexe 3 retrace la feuille de route de la séance avec d'avantage de précisions.

Le support pédagogique comportait vingt-trois diapositives (Annexe 1), qui ont été regroupées par thème pour le bon déroulé de la séance :

Tableau II : Tableau représentant les différents thèmes du support pédagogique

| <b><u>Thèmes</u></b>                                      | <b><u>Diapositives correspondantes</u></b> |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Titre</b>                                              | Diapositive 1                              |
| <b>Arbre décisionnel</b>                                  | Diapositive 2                              |
| <b>Troubles liés à l'usage d'alcool et critères DSM V</b> | Diapositive 3                              |
| <b>Réduction des Risques</b>                              | Diapositives 4 à 6                         |
| <b>Dépendance</b>                                         | Diapositives 7 à 9                         |
| <b>État motivationnel</b>                                 | Diapositives 10 et 11                      |
| <b>Conséquences du sevrage</b>                            | Diapositives 12 et 13                      |
| <b>Contre-indications au sevrage</b>                      | Diapositive 14                             |
| <b>Accompagnement du sevrage</b>                          | Diapositive 15                             |
| <b>Bilan pré-sevrage</b>                                  | Diapositive 16                             |
| <b>Préparation et réalisation du sevrage</b>              | Diapositives 17 à 20                       |
| <b>Accompagnement post-sevrage</b>                        | Diapositives 21 et 22                      |
| <b>Bibliographie</b>                                      | Diapositive 23                             |

Pour chacun des thèmes de l'outil, les étapes 2, 3 et 4 ont été réalisées : l'écriture silencieuse des idées, le recueil oral de ces dernières, et la discussion/clarification avec le groupe.

Le chercheur a explicitement demandé à chacun des participants de noter toute idée ou proposition pouvant permettre une amélioration de l'outil présenté. Il a été rappelé que les propositions pouvaient avoir pour vocation de : modifier, ajouter ou supprimer du contenu. Concernant le temps de réflexion et d'échange accordé à chaque thème, la durée dépendait de la taille et du contenu de ce dernier. L'objectif était une répartition égale entre les différentes parties de l'outil, pour une durée totale prévue en début de séance d'environ une heure et demie. De plus, au vu du nombre de participants et des multiples thèmes à aborder, il était attendu un maximum d'environ 100 propositions.

Une fois toutes les propositions listées et clarifiées, la notation de chacune des propositions a été réalisée via l'échelle de Likert. Tous les participants ont été invités à noter chaque proposition de modification de 1 à 9.

La notation 1 correspond à un désaccord total et la notation 9 correspondant à un accord complet. Le temps alloué par proposition était d'environ 30 secondes soit un total de 30 minutes environ pour la notation de l'ensemble des propositions.

Comme précisé auparavant, les étapes 6 et 7 sont facultatives ; dans ce travail de recherche, il a été décidé qu'il n'était pas nécessaire de les réaliser.

Les échelles de notation remplies et anonymisées ont ensuite été récupérées à la fin de la séance pour une analyse ultérieure des résultats.

Quant au support pédagogique, il a été laissé la possibilité aux participants de conserver les copies de l'outil qui leur avaient été distribuées en début de séance.

## 5. Analyse des résultats

La méthode d'analyse des résultats utilisée était la suivante :

-Si une proposition n'avait pas ou n'avait qu'une seule note inférieure ou égale à 6 (et supérieure à 4) ; alors cette dernière était retenue comme faisant consensus auprès des experts. Elle doit donc donner lieu à une modification de l'outil.

-Si une proposition avait une ou plusieurs note(s) inférieure(s) ou égale(s) à 4 ; alors cette dernière, ne faisant donc pas consensus auprès des experts, était rejetée d'emblée. Pas de modification de l'outil dans ce contexte.

-Si une proposition avait au moins 2 notes comprises entre 4 et 6, le consensus est dans ce cas incertain. L'adoption de la proposition reposait alors sur le débat durant la séance, le reste des notations, ainsi que sur l'analyse et l'échange final entre le chercheur et la directrice de thèse.

L'analyse des notations a été effectuée dans les sept jours suivants le GN avec la directrice de thèse. L'outil pédagogique a par la suite fait l'objet de modifications en fonction des propositions retenues après analyse.

# RÉSULTATS

## 1. Synthèse du déroulé du Groupe Nominal

Pour rappel, la séance s'est déroulée le jeudi 23 avril 2026, dans une salle de réunion du CSAPA ALiA à Angers. Ce groupe d'experts était constitué d'un médecin généraliste avec une activité exclusive d'addictologue, quatre médecins généralistes avec une activité mixte (association de Médecine Générale et d'Addictologie), un médecin généraliste sans activité d'addictologue et un médecin de Santé Publique.

Concernant les horaires et temps prévus au départ, la séance a dû commencer plus tard que prévu. En effet, il a été nécessaire d'attendre l'arrivée de tous les participants pour commencer la séance.

La présentation de la thèse et de la problématique, quant à elle, a duré le temps estimé au départ. En revanche, le temps global initialement prévu pour les étapes 2 à 4 (*génération d'idées + tour de table + clarification/discussion*), à savoir environ une heure et demie, n'a pas pu être respecté pour de nombreuses raisons qui seront évoquées par la suite. Ce qui a évidemment repoussé l'horaire prévu initialement pour la fin de séance.

Tableau III : Récapitulatif des horaires/durées initialement prévus et horaires/durées réels  
de la séance

| <u>Étapes du GN</u>                                         | <u>Horaires/Durées initiaux</u> | <u>Horaires/Durées réels</u> |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Début de la séance                                          | 18h                             | <b>18h30</b>                 |
| Présentation thèse et problématique                         | 15 min                          | <b>15 min</b>                |
| Génération idées + tour de table + clarification/discussion | ~1h30                           | <b>2h15</b>                  |
| Notation                                                    | 30 min                          | <b>30 min</b>                |
| Temps global de la séance                                   | 2h30                            | <b>3h15</b>                  |
| Fin de séance                                               | 20h30                           | <b>21h45</b>                 |

Concernant la génération des idées ainsi que la clarification et discussion autour de celles-ci, un élément important concernant le déroulé de groupe nominal est à notifier : Les étapes 3 et 4 ont été réalisées à la fin de chaque thème et non une seule et unique fois dans la durée du GN.

La durée a différé pour chaque thème abordé (*Tableau 2*), certains ont nécessité plus de temps que d'autres (*Annexe 4*).



Et enfin, pour l'étape de notation des propositions, le temps prévu de 30 secondes environ pour chaque idée a été plutôt bien respecté puisque la durée de cette étape était d'environ 30 minutes.

Concernant la gestion du groupe nominal et le respect des différentes règles énoncées lors de la présentation, le temps de réflexion silencieuse et individuelle a été bien respecté par les participants. Pour la mise en commun des idées, le tour de table a néanmoins été plus difficile à gérer. En effet, chaque participant respectait le fait de parler chacun son tour, mais la règle concernant le fait d'énoncer une seule idée puis d'attendre à nouveau son tour pour en proposer une seconde n'a pas été bien respectée. De plus, l'étape de clarification des idées et de discussion a été beaucoup plus longue que prévu, les participants n'étant pas forcément toujours en accord sur les idées proposées les uns les autres.

Le temps de parole de chacun a été plutôt bien respecté lors de la mise en commun des idées, mais moins lors de l'échange et de la discussion autour de ces dernières.

Il convient de mentionner que la médecin de Santé Publique a dû partir plus tôt au cours de la séance (20h), et n'a donc pas pu participer à la fin du débat ainsi qu'à la notation. Cependant une note écrite résumant la totalité de ses remarques sur les thèmes restant à aborder a été confiée au chercheur. Ses propositions ont été partagées avec le reste des experts durant la séance.

Il lui a été envoyé le lendemain matin de la séance, par mail, le document regroupant les propositions retenues lors du groupe nominal afin qu'elle puisse procéder à la notation de ces dernières. A noter que sa réactivité a permis de récupérer la totalité des notations dans les vingt-quatre heures qui ont suivi la séance, et ainsi de pouvoir rapidement commencer l'analyse des notations et respecter la durée de sept jours prévus pour cette analyse.

## 2. Analyse des propositions émises lors du groupe nominal

L'implication et les idées fournies par chacun des participants lors du Groupe Nominal ont permis la conception au total de 60 propositions au décours de la séance. Ces dernières ont fait l'objet d'une notation par les participants via les échelles de Likert.

L'échelle de Likert utilisée est disponible en Annexe 5.

A noter que tous les thèmes de l'outil pédagogique ont été abordés, et que chacun a fait l'objet de propositions, exceptée la bibliographie qui n'a reçu aucune remarque. La liste complète des propositions est disponible via l'Annexe 6.

Tous les participants ont pu noter la totalité des propositions en suivant les modalités explicitées dans la méthode ; excepté le participant numéro 1 qui n'a pas évalué la proposition 27. La raison de l'absence de notation n'est pas connue. De même, le participant numéro 3 a attribué deux notes à la première proposition. Il a été décidé de ne pas comptabiliser ce double vote.

La totalité des feuilles de notation sont disponibles en Annexe 7.

A la suite de l'analyse des notations, 49 propositions sur les 60 ont obtenu un consensus immédiat ; elles ont donc été validées sans réserve afin d'apporter des modifications à l'outil pédagogique.

Six propositions ont obtenu des notes inférieures ou égales à 3 ; elles ont donc été directement rejetées. Il s'agit des propositions suivantes :

- Proposition P3 : Remplacer le terme « dépendance » par « troubles des usages modérés à sévères » pour rester cohérent avec l'utilisation DSM V sur la slide 2.

- Proposition P12 : Ajouter lien vers plateforme SOLALE sur la slide 6.
- Proposition P18 : Mettre la slide 8 sur le calcul de la CDA au début de l'outil après les critères du DSM V.
- Proposition P19 : Mettre la phrase « consommation seul ou accompagné » comme étant une proposition propre et non pas une sous partie des effets recherchés sur la slide 4
- Proposition P24 : Réorganiser la slide 7 en trois parties : une partie caractérisation des consommations, une partie place des consommations dans la vie du patient avec recherche des solutions à venir et une dernière partie sur les conséquences.
- Proposition P55 : Rajout concernant la mention du protocole SRAE sur la slide 20 « réalisé à l'aide du comité scientifique SRAE et à partir des recommandations de santé »

Enfin, 5 propositions n'ont pas fait consensus et ont nécessité une discussion entre la directrice de thèse et le chercheur afin de déterminer quelles propositions seraient : gardées sans modification, modifiées ou rejetées.

Pour cela il a été pris en compte les échanges durant le GN, les notes attribuées, ainsi que la plus-value que les propositions pourraient apporter à l'outil pédagogique.

Il s'agit des propositions suivantes :

- Proposition 15 : Enlever le terme « boire mieux » de la slide 6

↳ La notation n'a pas permis d'obtenir un consensus de cette proposition, néanmoins elle semblait faire consensus au cours des échanges oraux entre les participants.  
Il a donc été décidé de reformuler la phrase en « Boire différemment ».

- Proposition 33 : Rajouter une information rassurante concernant la fréquence du Délirium Tremens sur la slide 12.

↳ Les échanges ont été plutôt équilibrés sur cette proposition ; certains experts souhaitaient ajouter une information rassurante afin de ne pas décourager les médecins généralistes à réaliser les sevrages. Quand d'autres souhaitaient maintenir les informations telles quelles étaient présentées afin d'avertir sur l'existence du risque de Delirium Tremens.  
Il a donc été décidé de réaliser une modification du visuel de la diapositive, mais aussi d'apporter une réassurance en renforçant la donnée épidémiologique avec l'ajout du terme « concerne finalement peu de patients » ou « seulement ».

- Proposition : 52 : Ajout de la notion de stress post-traumatique sur la slide 19

↳ Il a été décidé de citer le stress post-traumatique sans développer de façon plus précise afin de ne pas alourdir la diapositive.

- Proposition 57 : Mettre la TCC avant psychanalyse sur la slide 21

↳ La notation n'a pas permis d'obtenir un consensus de cette proposition, néanmoins elle semblait faire consensus au cours des échanges oraux entre les participants, elle a donc été adoptée sans modification.

- Proposition 60 : Ajouter un point sur la prescription Activité physique Adaptée (APA) sur la slide 22



Ici aussi, la notation n'a pas permis d'obtenir un consensus de cette proposition, néanmoins elle semblait faire consensus au cours des échanges oraux entre les participants.

Il a donc été décidé de faire un laïus rapide sur l'APA avec ajout d'un lien vers une source, pour ceux désirant des informations supplémentaires.

Au décours de l'analyse de ces propositions, l'outil pédagogique a donc bénéficié de plusieurs modifications préconisées par les participants du GN. La version modifiée et définitive de l'outil pédagogique est disponible via l'Annexe 8.

# DISCUSSION

## 1. Création de l'outil

La création de l'outil pédagogique repose sur une « méthodologie mixte » à savoir : l'utilisation des recommandations scientifiques en vigueur, ainsi que des retours d'expérience. En effet, la littérature aborde largement le sevrage d'alcool en milieu hospitalier, mais peu de données existent autour du sevrage en ambulatoire. De plus, c'est la réalisation du sevrage qui est le plus souvent décrite, en revanche les phases de préparation et d'accompagnement du patient à ce dernier sont peu abordées, de même que le fait de déterminer si le sevrage constitue bel et bien la proposition thérapeutique la plus adaptée.

Cet outil a donc été conçu dans une volonté de proposer un outil pratique, permettant de guider les médecins généralistes dans leurs prises en charges addictologiques. Ce support pédagogique est alors composé de retours d'expérience du chercheur exerçant en Médecine Générale, ainsi que de son directeur et de sa directrice de thèse. Ces derniers apportant un double regard de médecins addictologues à la création de l'outil : l'un étant médecin généraliste et l'autre psychiatre.

Cependant, il est essentiel de préciser que l'investigateur n'est pas expert sur ce sujet. L'outil repose donc sur un point de vue propre au chercheur, qui certes, bénéficie d'une validation à posteriori par un groupe d'experts, mais qui est initialement élaboré autour d'un travail personnel. Un potentiel biais de conception et d'analyse peut alors intervenir dans la construction de l'outil.

## 2. Analyse des résultats

Dans la littérature, aucune procédure fixe et précise n'est décrite pour l'analyse des résultats ressortant d'un GN. En effet, Delbecq et al. (1975) ont apporté dans leur article une vraie conduite à tenir pour la réalisation d'un GN, ainsi que sur les étapes et règles à respecter pour une bonne réalisation de ce dernier. En revanche, beaucoup moins de détails sont fournis concernant l'analyse des données qui en ressortent.

Des travaux plus récents reprenant cette technique, ont abordé plus précisément des manières de procéder pour l'analyse d'un ensemble de données, notamment les travaux de McMillan et al. (2014 ; 2016).

En s'appuyant sur les données préexistantes dans le texte original de Delbecq et al., ainsi que sur des études plus récentes, il a été décidé d'une procédure d'analyse des résultats avec la directrice de thèse.

A noter que dans ce travail de recherche, l'objectif d'utilisation de cette méthode était une validation du contenu de l'outil pédagogique.

Les informations présentes dans l'outil initial ont été regroupées par thèmes pour être présentées aux participants du groupe nominal. A partir de là, chacun des participants a pu générer des idées pour améliorer l'outil et apporter par la suite une notation à chacune des propositions émises.

Le système de notation des propositions par les participants a été la méthode retenue et utilisée pour obtenir et aboutir au terme de l'analyse des résultats à une validation du contenu de l'outil.

Le nombre total de propositions émises, sur l'ensemble des thèmes, s'élevait à 60. La majorité, à savoir 49 propositions, a obtenu un consensus en ayant des notes supérieures à 6. Ce résultat a permis de rendre directement valides ces propositions et de les intégrer à l'outil pour améliorer et affiner son contenu.

Comme précisé dans la partie relatant les résultats, chaque thème a été abordé et a obtenu au moins une proposition de la part des participants, à l'exception du thème « bibliographie ». En effet, aucune proposition n'est ressortie concernant les différentes sources bibliographiques utilisées pour la création de l'outil, suggérant une validation de celles-ci de la part des experts.

Il est à noter que la répartition entre le temps accordé au débat et le nombre de propositions par thème est inégale. Cela s'explique par des thèmes inégaux en taille dès la création de l'outil. En effet, certains aspects de la prise en charge des patients nécessitent que l'on y accorde plus de temps et d'informations (par exemple recherche d'antécédents versus mise en place de la Réduction des Risques).

### **3. Forces et limites**

#### **3.1. Choix de la méthode et organisation**

Dans la littérature scientifique, cinq méthodes de consensus sont principalement décrites : la méthode Delphi, le groupe nominal, la RAND/ULCA, les focus groupes ou encore les conférences de consensus (38)(39). Il a été choisi d'utiliser la méthode du groupe nominal pour ce travail de recherche car elle permettait de répondre au mieux à la problématique choisie avec un minimum de désavantages.



Parmi les avantages il est retrouvé : l'obtention rapide de résultats, un faible coût de réalisation (une seule séance), mobilisation de peu de ressources, l'obtention de l'avis de plusieurs experts constituant une équipe pluriprofessionnelle.

Cette méthode s'appuie sur la création d'idées ou de propositions par des experts sur une question donnée ou l'évaluation d'un outil ; ce qui correspond totalement au travail de recherche présenté ici.

Cependant durant la réalisation du groupe nominal des difficultés et des biais ont été rencontrés, dont le principal est la contrainte logistique. En effet, réunir plusieurs experts de spécialités et de lieux d'exercice différents sur un même créneau peut être source de difficultés. Il existe également des biais liés à la méthode en elle-même, ils seront développés dans les paragraphes suivants.

### **3.2. Recrutement des experts**

En ce qui concerne le recrutement des experts, dix-sept professionnels de santé ayant une expertise ou une expérience dans le domaine de l'addictologie ont été contactés pour participer à ce travail de recherche. Il s'agissait exclusivement de médecins, de spécialités différentes : médecins généralistes exerçant en maison de santé pluridisciplinaire, médecin de Santé Publique, médecins généralistes ayant activité mixte (activité de Médecine générale en cabinet ou autre, associée à une activité d'addictologie en CSAPA, en SMRA ou à la Maison d'arrêt), de médecins généralistes ayant une activité d'addictologie exclusive mais aussi des Addictologues hospitaliers. Les médecins contactés exerçaient en Maine-et-Loire, en Sarthe et Loire-Atlantique.

Il est à noter que sur la totalité des médecins contactés, un faible nombre d'invitations est resté sans réponse. En effet, la participation à ce travail et au GN semblait susciter un intérêt certain chez les experts contactés. Cependant rassembler autant de participants sur un même créneau n'était pas faisable, notamment au vu des impératifs professionnels et personnels de chacun. De plus, le nombre d'experts composant le GN doit idéalement être compris entre 5 et 9, réunir la totalité des experts contactés aurait donc été in fine une source de perte de chance quant à la réussite du groupe nominal.

In fine, les experts composant le groupe nominal étaient au nombre de 7 : un médecin généraliste exerçant en Sarthe et n'ayant aucune pratique d'addictologie, quatre médecins généralistes ayant une activité mixte d'addictologue sur les CSAPA ALiA de Cholet, Doué-la-Fontaine et Angers, une médecin de Santé Publique exerçant en Pays-de-la-Loire, un médecin généraliste ayant une activité exclusive d'addictologue et travaillant au SMRA d'Angers.

La présence d'un médecin généraliste sans expertise d'addictologie a permis d'apporter un regard profane sur l'outil, de clarifier les termes ainsi que les prises en charge.

La composition finale du groupe nominal avait pour objectif l'obtention de l'avis de professionnels exerçant en soins primaires, afin d'être au plus proche des besoins et des ressentis de la population cible de cet outil.

Malgré l'hétérogénéité des pratiques médicales et des praticiens exerçant sur 3 départements, on peut légitimement se poser la question du biais de recrutement. En effet, la majorité des experts se connaissaient car exerçant dans la même ville, ainsi que dans des structures liées entre elles. De plus, aucun médecin hospitalier ni aucun psychiatre n'est représenté dans ce panel d'experts. Ces divers éléments ont pu être la source d'un biais de recrutement et in fine influencer les résultats.

Cependant, il est important de préciser que la composition de ce groupe d'experts est un réel atout car il permet d'apporter un regard sur les différents temps du parcours de soins d'un sevrage en alcool. Il comporte le regard du médecin généraliste, puis celui de l'addictologue en CSAPA et enfin celui d'un médecin exerçant en SMRA. Cela ajoute une réelle plus-value quant à la validation du contenu de l'outil, cette diversité dans les profils a notamment permis de limiter un potentiel biais d'influence.

Durant la séance, le temps de parole a été réparti équitablement, tant que faire se peut, entre les différents participants, afin de pallier également le biais d'influence. Un élément essentiel et central du groupe nominal a aussi indéniablement diminué le risque de biais d'influence : à savoir l'individualisation des notations associée à une attribution des notes dans le silence.

### **3.3. Déroulé de la séance**

La technique du GN suit un déroulé et des étapes bien précises, nécessaires à une bonne réalisation de cette méthode. A noter néanmoins, que chaque étude peut adapter la manière de procéder pour la réalisation de son GN, en fonction des besoins, des contraintes ou encore des attentes, entre autres intégrer ou non les 2 dernières étapes facultatives de cette méthode. Dans cette étude notamment, ces étapes facultatives n'ont pas été introduites dans la réalisation du GN pour des raisons qui seront décrites par la suite.

Au cours de ce travail de recherche, chaque étape décrite dans la méthode a, a priori été réalisée permettant notamment d'apporter une fiabilité et une validité à l'étude.

Quant au respect des règles entourant chaque étape, il est important de préciser que les étapes 3 et 4 (mise en commun des propositions et clarification), n'ont pas été réalisées une seule fois durant le groupe nominal mais à la fin de chaque thème.

De plus, la mise en commun des idées en suivant la règle d'une idée/proposition par tour de table n'a pas été respectée. En effet plusieurs experts ont généré une, deux voire trois idées par tour, et ce malgré le rappel des règles par l'investigateur. Cela a indéniablement allongé le temps de séance, ainsi qu'exposé l'ensemble de la séance au biais d'influence.

Les étapes facultatives 6 (présentation des résultats au groupe avec nouvelle réflexion) et 7 (réalisation d'un second tour) n'ont pas été réalisées. Bien que ces étapes permettent de clarifier certaines propositions pouvant faire débat ou ayant été mal comprises ; elles exposent cependant à deux freins importants : l'allongement du temps de séance et le biais d'influence. En effet, la réalisation d'un second tour peut générer une pression de groupe et engendrer une modification des avis d'experts et in fine fausser les notations.

Concernant la séance, cette dernière s'est avérée être plus longue que prévue initialement. L'investigateur ainsi que la directrice et le co-directeur de thèse ont donc pris le parti de ne pas réaliser ces deux étapes afin de ne pas contraindre les participants.

Il est intéressant de souligner que la méthode du groupe nominal repose sur la réalisation d'une séance unique suivant un déroulé précis, un temps de séance restreint et des règles qui peuvent être vécues comme contraignantes (génération unique de proposition par tour, discussion et échanges seulement à la fin de la génération de propositions, etc). Cela peut être vécu comme restrictif et source de frustration pour les experts, qui plus est quand le thème abordé est transversal comme c'est le cas dans ce travail de recherche.

Concernant la gestion du groupe nominal, il est à noter que l'animation de la séance ainsi la notation des propositions ont été effectuées par l'investigateur seul. Cela a engendré une difficulté à encadrer la séance notamment via le rappel régulier des différentes règles, cela a aussi pu être à l'origine d'erreurs lors de la notation des propositions. Afin de limiter cela, la transcription des différentes propositions a fait l'objet d'une clarification systématique avant d'être notée ; ceci permettant de limiter le biais d'interprétation.

### **3.4. Méthode de notation et analyse**

Dans la littérature il existe principalement deux méthodes de notation dans la réalisation du groupe nominal : le « ranking » et le « rating ».

La première méthode consiste à fixer au préalable de la séance un nombre de propositions qui seront retenues et de demander aux experts de réaliser un classement de ces dernières en fonction du degré d'importance selon eux. La seconde méthode fait appel à l'échelle de Likert, et consiste à demander à chaque expert de noter toutes les propositions entre 1 et 9 sans notion de préférence ou de classement. Aucune des deux méthodes n'a montré de supériorité comparativement à l'autre.

La méthode choisie dépend du thème abordé, de la praticité et de la volonté de l'investigateur. Lorsqu'un grand nombre de propositions est attendu, il paraît plus pertinent d'utiliser le « rating » plutôt que le « ranking ». En effet, lorsqu'il existe un nombre important de propositions, il est plus difficile de procéder à un classement plutôt que de leur attribuer une note.

Le principal risque de la méthode du « rating » est l'obtention de notes extrêmes (hautes ou basses), ce qui peut, lors de la réalisation du second tour (lorsque celui-ci est réalisé), influencer les autres experts et donc générer un biais d'influence.

Il a été décidé dans ce groupe nominal de ne pas réaliser ces deux étapes afin d'éviter l'apparition de ce risque.

Une seconde difficulté liée au « rating » a été mise en avant durant ce groupe nominal : l'erreur de notation devant un nombre important de propositions.

En effet, une des propositions s'est vu recevoir deux notes par le même expert quand une autre n'a pas été évaluée sans que les raisons de ces erreurs/oublis soient connues. Il est logique de penser qu'un nombre important de propositions à noter en peu de temps peut engendrer des erreurs.

A noter qu'une des difficultés rencontrées, au sein des deux méthodes (ranking et rating), est le court délai de réflexion accordé pour la réalisation du classement ou de la notation.

### **3.5. Validité externe**

L'outil pédagogique a été pensé et créé afin de devenir un support global d'aide à l'accompagnement des patients présentant des troubles liés à l'usage d'alcool. Bien que les informations présentées dans cet outil soient applicables à l'échelle nationale, il n'en demeure pas moins que seuls des experts « locaux » ont approuvé le contenu de l'outil et en ont garanti la validité.

Des recommandations nationales existent avec un cadre commun, néanmoins la prise en charge des troubles liés à l'alcool peut différer d'une zone géographique à une autre, modifiant ainsi le parcours de soin des patients. Cela est lié notamment à la densité de soignants du territoire mais aussi aux parcours et offres de soins en addictologie mis en place dans les territoires donnés.

Comme expliqué précédemment, à l'issue du groupe nominal, seuls des professionnels des Pays de la Loire ont apporté une validité à l'outil pédagogique élaboré au cours de ce

travail. Ce dernier est donc utilisable uniquement sur ce même territoire, sur lequel a été développé le protocole SARE Addictologie Pays de la Loire.

## **CONCLUSION ET PERSPECTIVES**

Bien qu'un recul significatif de la consommation d'alcool en France soit observé, les besoins de soins des troubles liés à l'usage d'alcool (TLUA) sont en constante augmentation. De nos jours, les données nationales et régionales confirment donc que l'alcool demeure un enjeu majeur de santé publique. Ces besoins de soins s'accompagnent également d'une hausse de l'intérêt porté par les professionnels de santé pour les prises en charge addictologiques, témoignant d'un souhait de renouveler et faire évoluer leur pratique clinique.

Cette présente étude s'intègre dans les suites du travail de thèse du Dr BIEN AIME Céline, dans lequel ressortait principalement une méconnaissance des outils existants, tels que le protocole Sevrage Alcool Ambulatoire développé par la SRAE Addictologie Pays de la Loire.

La mise en évidence de ce constat a encouragé la réalisation de ce travail et, ainsi, rendu pertinent la création d'un outil complémentaire, centré principalement sur l'indication du sevrage et l'accompagnement global du patient.

Dans le cadre de ce travail, la méthode du groupe nominal a été retenue. Ainsi, les résultats obtenus ont permis d'apporter une légitimité et une validité au contenu de l'outil créé. Dans les suites de ce travail, et afin que ce dernier puisse progressivement devenir un véritable support d'aide à la décision, il paraît essentiel de tester l'outil en pratique clinique et en conditions réelles d'exercice.

Il semble intéressant que la diffusion de l'outil aux médecins via la plateforme Omnidoc fasse l'objet d'une étude ultérieure. Cette étude pourrait permettre l'analyse de l'utilisation de l'outil, ainsi que l'évaluation de l'impact réel de ce dernier sur les pratiques.

Ce nouveau travail de recherche permettrait d'évaluer si l'objectif principal de cette étude a été atteint : à savoir améliorer l'accessibilité aux connaissances et aux ressources existantes, dans le but de soutenir les médecins généralistes dans la prise en charge du sevrage ambulatoire d'alcool en Médecine Générale.



## BIBLIOGRAPHIE

Références bibliographiques numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte, selon le modèle correspondant à la revue visée, ou, à défaut, selon les règles de Vancouver.

1. Consommation d'alcool : Chiffres-clés - ORS Pays de la Loire [Internet]. [cité 14 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/consommation-dalcool-et-consequences-en-pays-de-la-loire>
2. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. Rev DEpidémiologie Santé Publique. 1 oct 2011;59(5):285-94. doi:10.1016/j.respe.2011.03.059
3. Douchet MA. La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2023.
4. Consommation d'alcool en Pays de la Loire. Chiffres-clés | ORS Pays de la Loire [Internet]. [cité 14 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/lactualite-de-lors/consommation-dalcool-en-pays-de-la-loire-chiffres-cles>
5. Geonget E. Difficultés rencontrées par les internes de médecine générale face aux patients ayant un mésusage de l'alcool : analyse des 187 portfolios présentés à l'université de Bordeaux en 2014. 6 juill 2017;171.
6. Maschio F. État des lieux de l'autonomie des médecins généralistes en Picardie dans la prise en charge du mésusage de l'alcool chez l'adulte. 16 oct 2023;64.
7. Salah HB. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool : étude qualitative menée dans les Alpes-Maritimes et le Var. 28 sept 2022;66.
8. Bouchez É. Proposition d'un outil en vue d'améliorer le repérage et la prise en charge des patients ayant un trouble de l'usage d'alcool en médecine générale : sur la base d'une étude des pratiques et des connaissances des médecins généralistes. 26 oct 2021;46.
9. Les médecins face aux addictions - ORS Pays de la Loire [Internet]. [cité 14 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/les-medecins-generalistes-liberaux-des-pays-de-la-loire-face-aux-conduites-addictives>
10. Augan C. Prise en charge du sevrage ambulatoire en boissons alcoolisées : Étude quantitative auprès des médecins généralistes de Maine-et-Loire,

Mayenne et Sarthe [Internet]. Université Angers; 2022 [cité 28 févr 2026]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/documents/dune15965>

11. Bienaime C. Évaluation de la prise en charge du sevrage alcoolique ambulatoire auprès des médecins généralistes : étude quantitative menée dans les départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne [Internet]. Université Angers; 2024 [cité 28 févr 2026]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/documents/dune18927>
12. SRAE Addictologie. Protocole Sevrage Alcool Ambulatoire. Structure Régionale d'Appui et d'Expertise en Addictologie [Rapport] [Internet]. Nantes; 2022. Disponible sur: [https://srae-addicto-pdl.fr/wp-content/uploads/2022/07/Sevrage-Ambulatoire-Alcool\\_vdef.pdf](https://srae-addicto-pdl.fr/wp-content/uploads/2022/07/Sevrage-Ambulatoire-Alcool_vdef.pdf)
13. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 28 févr 2026]. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_271905/fr/modalites-de-l-accompagnement-du-sujet-alcoolodependant-apres-un-sevrage](https://www.has-sante.fr/jcms/c_271905/fr/modalites-de-l-accompagnement-du-sujet-alcoolodependant-apres-un-sevrage)
14. Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull-Erpelding MC, association A psychiatrie. DSM-5®. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
15. FFA FF d'Addictologie, addictives 1ère Audition publique 20 : La réduction des risques et des dommages liés aux conduites. 1ère Audition publique 2.0 « La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives ». Rapport d'orientation et recommandations de la Commission d'audition [Internet]. Paris: Fédération Française d'Addictologie (FFA); 2016. 19 p. Disponible sur: [http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016\\_RapportOrientation&Recos.pdf](http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016_RapportOrientation&Recos.pdf)
16. Marie-Olivia C. Fiche points clés - Comment repérer et accompagner les consommations d'alcool ?
17. Modus Bibendi. Guide pratique de la réduction des risques alcool (RDRA). Fédération Addiction [Internet]. 31 mai 2023 [cité 14 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/actualites/thematiques/reduction-des-risques/modus-bibendi-publie-un-guide-pour-aider-les-generalistes-a-accompagner-les-consommations-dalcool/>
18. Bonnet N, Bonnet N, Hochet M, Baraud M, Goujat-Bonnet R. PREMIERS GESTES en ALCOOLOGIE.
19. Mouchet O. Place du médecin traitant dans la prise en charge du mésusage de l'alcool. Point de vue de 81 patients suivis en CSAPA. 21 juin 2016;66.
20. Haute Autorité de Santé. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. févr 2007.
21. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Repérer tous les usages et accompagner chaque personne. Haute Aut Santé [Internet]. [cité

- 13 mars 2026]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3326877/fr/agir-en-premier-recours-pour-diminuer-le-risque-alcool-reperer-tous-les-usages-et-accompagner-chaque-personne](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3326877/fr/agir-en-premier-recours-pour-diminuer-le-risque-alcool-reperer-tous-les-usages-et-accompagner-chaque-personne)
22. Delaty P. Prise en charge concomitante de deux addictions alcool / tabac co-morbides chez les patients hospitalisés pour suspension de leur trouble de l'usage d'alcool : étude prospective observationnelle de la rechute et du craving. 4 sept 2019;65.
  23. Le cercle de Prochaska et Di Clemente – Intervenir Addictions [Internet]. [cité 14 mars 2026]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>
  24. Malet L, Reynaud M, Llorca PM, Chakroun N, Blanc O, Falissard B. Outcomes from primary care management of alcohol dependence in France. *J Subst Abuse Treat.* 1 juin 2009;36(4):457-62. doi:10.1016/j.jsat.2008.08.006
  25. Bottlender M, Soyka M. Outpatient alcoholism treatment: Predictors of outcome after 3 years. *Drug Alcohol Depend.* 1 oct 2005;80(1):83-9. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.03.011
  26. Becker HC. Alcohol Dependence, Withdrawal, and Relapse. *Alcohol Res Health.* 2008;31(4):348-61. PubMed PMID: 23584009; PubMed Central PMCID: PMC3860472.
  27. Loeber S, Duka T, Welzel Márquez H, Nakovics H, Heinz A, Mann K, et al. Effects of Repeated Withdrawal from Alcohol on Recovery of Cognitive Impairment under Abstinence and Rate of Relapse. *Alcohol Alcohol.* 1 nov 2010;45(6):541-7. doi:10.1093/alcac/agq065
  28. SFA SF d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie Addictologie.* mars 2015;(Tome 37, n°1):5-84.
  29. Becker HC. Kindling in Alcohol Withdrawal. *Alcohol Health Res World.* 1998;22(1):25-33. PubMed PMID: 15706729; PubMed Central PMCID: PMC6761822.
  30. Société Française d'Alcoologie. Sevrage alcoolique et comorbidités psychiatriques : Référentiel des bonnes pratiques cliniques. 2006.
  31. Himpens J. Prise en charge du patient alcoolodépendant en médecine générale: synthèse des outils de dépistage et des traitements basée sur une revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice] [Internet]. [Lille; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015 [cité 28 févr 2026]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2015/2015LIL2M074.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2015/2015LIL2M074.pdf)
  32. SPF. Alcool et médecine générale : Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. [Internet]. 2008 [cité 14 mars

2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/alcool-et-medecine-generale-recommandations-cliniques-pour-le-reperage-precoc-e-et-les-interventions-breves>

33. Sánchez M del CM. Relation entre la consommation d'alcool et le comportement suicidaire : une étude de cohorte. 11 sept 2023;88.
34. Adewuyi FA, Knobel P, Gogna P, Dadvand P. Health effects of green prescription: A systematic review of randomized controlled trials. *Environ Res.* 1 nov 2023;236:116844. doi:10.1016/j.envres.2023.116844
35. Herbet B. Evolution de la pratique de l'activité physique chez le patient alcoololo dépendant après sevrage et retentissement sur l'estime de soi [Internet]. Université Angers; 2016 [cité 9 mars 2026]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/documents/dune5193>
36. Allen J, Dyas J, Jones M. Building consensus in health care: a guide to using the nominal group technique. *Br J Community Nurs.* mars 2004;9(3):110-4. doi:10.12968/bjcn.2004.9.3.12432 PubMed PMID: 15028996.
37. Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH. Group techniques for program planning : a guide to nominal group and delphi processes. Glenview, Ill. : Scott, Foresman and Co.; 1975. (Management applications series).
38. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 déc 2008;56(6):415-23. doi:10.1016/j.respe.2008.09.006
39. Fitzpatrick R, Boulton M. Qualitative methods for assessing health care. *Qual Health Care.* juin 1994;3(2):107-13. doi:10.1136/qshc.3.2.107 PubMed PMID: 10137583; PubMed Central PMCID: PMC1055206.
40. McMillan SS, Kelly F, Sav A, Kendall E. Using the Nominal Group Technique: How to analyse across multiple groups. *Health Serv Outcomes Res Methodol.* 2014. doi:10.1007/s10742-014-0121-1
41. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. *Int J Clin Pharm.* 2016;38:655-62. doi:10.1007/s11096-016-0257-x PubMed PMID: 26846316; PubMed Central PMCID: PMC4909789.

## **LISTE DES FIGURES**

|                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1: Étapes nécessaires pour limiter les biais existants au cours d'un groupe nominal . | 10 |
| Figure 2: Déroulé de la séance décrit selon la feuille de route .....                        | 13 |

## **LISTE DES TABLEAUX**

|                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau I : Récapitulatif des sept experts présents .....                                                       | 12 |
| Tableau II : Tableau représentant les différents thèmes du support pédagogique .....                            | 14 |
| Tableau III : Récapitulatif des horaires/durées initialement prévus et horaires/durées réels de la séance ..... | 18 |

|                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| SERMENT D'HIPPOCRATE .....                                      |           |
| <b>INTRODUCTION</b> .....                                       | <b>1</b>  |
| <b>MÉTHODES</b> .....                                           | <b>6</b>  |
| 1. Création de l'outil .....                                    | 6         |
| 2. Choix de la méthode .....                                    | 8         |
| 3. Recrutements des experts .....                               | 10        |
| 4. Déroulement du Groupe Nominal .....                          | 13        |
| 5. Analyse des résultats .....                                  | 16        |
| <b>RÉSULTATS</b> .....                                          | <b>17</b> |
| 1. Synthèse du déroulé du Groupe Nominal .....                  | 17        |
| 2. Analyse des propositions émises lors du groupe nominal ..... | 20        |
| <b>DISCUSSION</b> .....                                         | <b>24</b> |
| 1. Création de l'outil .....                                    | 24        |
| 2. Analyse des résultats .....                                  | 25        |
| 3. Forces et limites .....                                      | 26        |
| 3.1. Choix de la méthode et organisation .....                  | 26        |
| 3.2. Recrutement des experts .....                              | 27        |
| 3.3. Déroulé de la séance .....                                 | 29        |
| 3.4. Méthode de notation et analyse .....                       | 31        |
| 3.5. Validité externe .....                                     | 32        |
| <b>CONCLUSION ET PERSPECTIVES</b> .....                         | <b>33</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....                                      | <b>35</b> |
| <b>LISTE DES FIGURES</b> .....                                  | <b>39</b> |
| <b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....                                 | <b>40</b> |
| <b>ANNEXES</b> .....                                            | <b>I</b>  |
| Annexe 1 : Outil pédagogique présenté au groupe nominal .....   | I         |
| Annexe 2 : Déroulé théorique du GN .....                        | XII       |
| Annexe 3 : Déroulé de la séance du GN .....                     | XVI       |
| Annexe 4 : Temps par thème .....                                | XVIII     |
| Annexe 5 : Échelle de Likert .....                              | XVIII     |
| Annexe 6 : Liste des propositions retenues après le GN .....    | XXI       |
| Annexe 7 : Feuilles de notation des participants remplies ..... | XXIV      |
| Annexe 8 : Outil pédagogique modifié après le GN .....          | XXVI      |

# ANNEXES

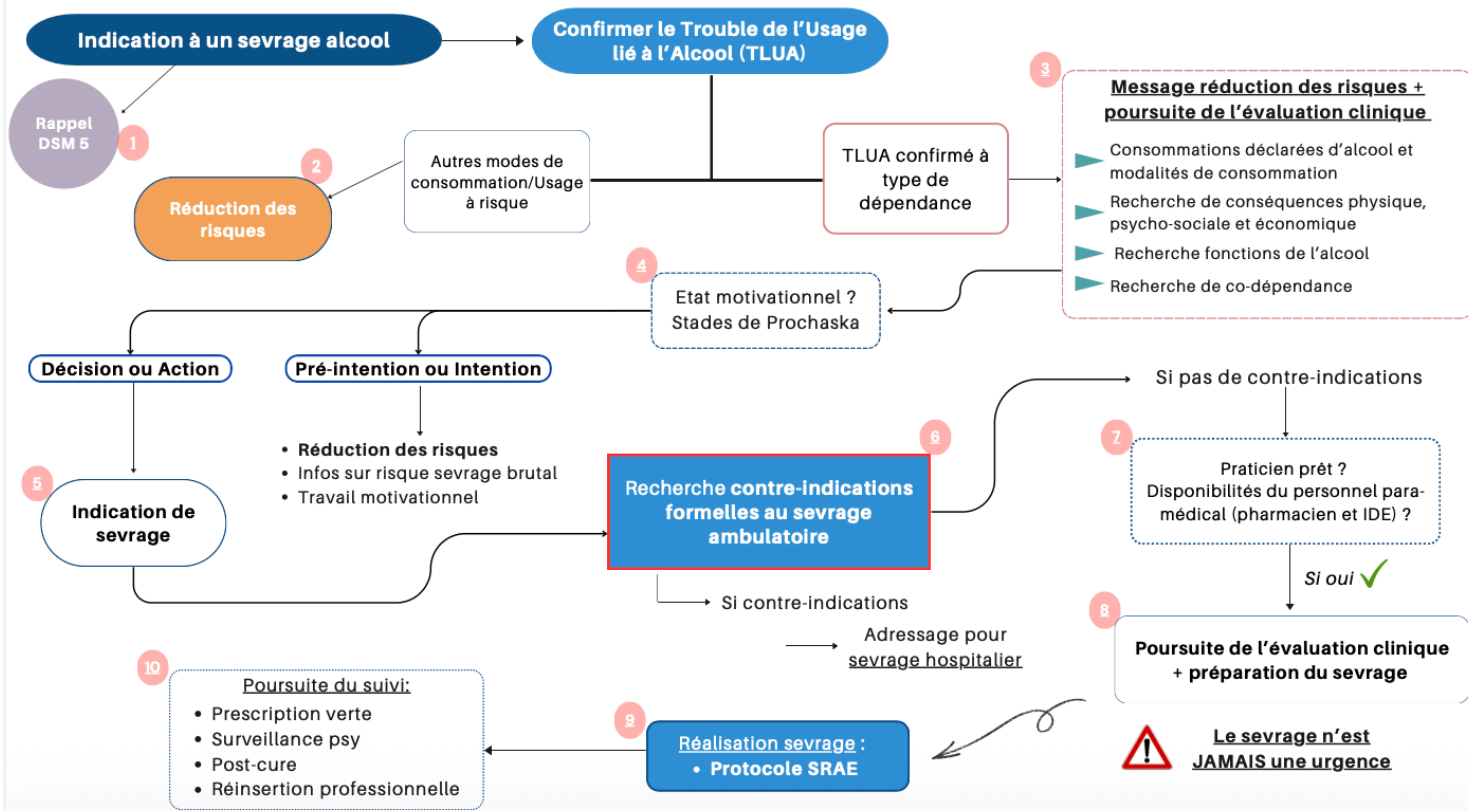
## Annexe 1 : Outil pédagogique présenté au groupe nominal

### Outil pédagogique d'aide à la prise de décision concernant l'indication du sevrage d'alcool en ambulatoire

Maxime PINON  
Interne en Médecine Générale  
Faculté d'Angers  
2026



1





1

## DSM 5

DSM V : 11 critères clairement définis. Ci-joint les critères "simplifiés" à retenir :

- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Usage lorsque physiquement dangereux
- Problèmes interpersonnels ou sociaux
- Tolérance

- Sevrage
- Perte de contrôle sur quantités et temps dédié
- Désir ou efforts persistants pour diminuer
- Beaucoup de temps consacré

- Activités réduites au profit de la consommation
- Continuer malgré dommages physiques ou psychiques
- Craving, désir impérieux

3 niveaux de sévérité retenus par le DSM-V pour le trouble de l'usage de l'alcool :

- Faible : au moins 2 critères sur les 11
- Modéré : au moins 4 critères sur les 11
- Sévère : au moins 6 critères sur les 11



[Lien vers le DSM 5](#)

3

2

## Réduction des risques

La réduction des risques est la proposition thérapeutique à mettre en place **quelque soit le mode de consommation** (dépendance ou non).

➡ **Elle doit être délivrée et réalisée même lorsqu'un sevrage alcool est proposé au patient.**

Elle est la prise en charge la plus adaptée lors d'une **absence de dépendance** ou lorsque **le sevrage n'est pas la prise en charge adéquate** (*refus du patient, proposition trop précoce dans la prise en charge, etc.*).

La Réduction des risques (RDR) vise à réduire les répercussions néfastes au niveau de la santé (physique et psychique) mais aussi au niveau socio-économique du patient sans passer par l'arrêt des consommations.

Elle repose sur 3 étapes:

- Mise en place d'intervention afin de permettre aux patients de sécuriser leurs usages; lorsque le patient ne souhaite pas ou ne peut pas modifier ces derniers.
  - Par exemple : améliorer la gestion des consommations de type « binge drinking »
- Le changement d'usage en fixant des des objectifs réalisables
- La sortie de l'usage lorsque cela est possible et souhaité par le patient

4



### Réduction des risques:

La RDR repose sur des principes simples mais elle nécessite une **alliance thérapeutique solide**.

- Basée sur la mobilisation des **connaissances et compétences** du patient en matière d'usage
- Prendre en compte **attentes/souhaits + contexte socio-économique** du patient
- Définir **objectif de consommation + déterminer les risques que l'on souhaite diminuer**

**Patient acteur, au centre de la prise en charge** → diminution des actions défensives et des abandons.

#### Etape 1

**Délivrer des informations simples et claires, sur les risques et conséquences** (*physiques, psychiques, sociales, etc*) **liées à la consommation d'alcool**.

#### Etape 2

**Délivrer les informations relatives aux bénéfices possibles et attendus lors de la diminution des consommations.**

#### Etape 3

**Aménager les consommations du patient afin de diminuer les dommages.**

- Réduction quantitative : obtenir une consommation moindre voire contrôlée.
  - Avec ou sans traitement médicamenteux
- Réduction qualitative : fréquence des consommations, contexte de consommation, type d'alcool, etc

#### Etape 4

**Si l'aménagement des consommation n'est pas encore possible**

**Accompagner** les consommations dans le but de **sécuriser le patient** (accès au soin, etc) sans perspective immédiate de modifier les pratiques

5

1

### Consommations

### Réduction des risques (2):

- Recherche de la « zone de confort » en évitant de réaliser un « yo-yo » dans les consommations
  - **Eviter périodes de sous-alcoolisation** : souffrances liées au manque
  - **Eviter périodes de sur-alcoolisation** : source de mal être, prises de risque, etc
- Informer sur le **caractère contre-productif des périodes « d'interdit »** lors d'évènements familiaux ou autre ;
- Si réduction des doses non possible, boire « mieux »
  - Hydratation suffisante
  - Alimentation concomitante
  - Espacer les occasions de consommer
  - Retarder l'heure de consommation du premier verre dans la journée
- Repérer les moments où la consommation peut être problématique
- Repérage social des consommations

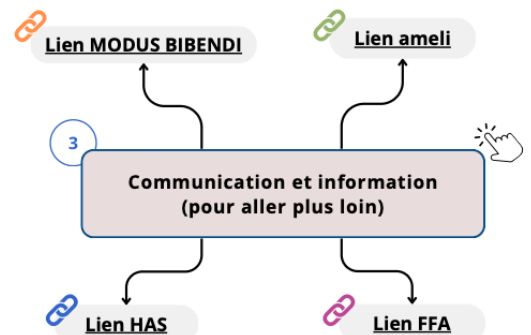
2

### Risques

Conseils de prévention concernant les risques liés aux alcoolisations importantes : coma éthylique, hypothermie, AVP, conduite sexuelle à risque, etc

- Absence de seuil mais effet dose : risques augmentent proportionnellement dès la plus petite dose MAIS toujours possibilité et bénéfices à prendre soin de sa santé même en cas de consommations d'alcool en sécurisant ses consommations
- Aider le patient à éviter l'usage de la conduite

6



## Dépendance confirmée :

### Nécessité de **caractériser les consommations**

#### Etape 1

- Quel(s) **type(s) d'alcool** est (sont) consommé(s) ?
- Quelle **quantité** d'alcool pur cela représente-t-il ? (Utilisée avec le score Cushman pour déterminer une contre indication éventuelle au sevrage ambulatoire)
- Depuis **combien de temps** les consommations évoluent elles ?
- A quelle **fréquence** ou à **quel moment de la journée** les consommations ont-elles lieu ?
- L'**effet(s) recherché(s)**
  - Consommation à visée **d'anxiolyse** ? Consommation le soir à visée **sédative** ? Effet **antalgique** ?
  - Consommation seul ou accompagné ?

#### Etape 2

#### Recherche des **conséquences de la consommation** :

- Conséquences **physiques**: Accidents traumatiques, agression, coma éthylique, etc
- Conséquences **sociales**: Isolement, perte d'emploi, rupture sentimentale/séparation
- Conséquences **psychiques**: Episode dépressif caractérisé, trouble anxieux, troubles du sommeil, tentative de suicide, etc

7

## Dépendance confirmée (2):

L'estimation de la quantité d'alcool consommée passe par le calcul de la **CDA (Consommation Déclarée d'Alcool)**.

|                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Canette de bière<br>à 8° (50 cl)<br>= 3 verres standards                     | <br>Bouteille de vin<br>à 12° (75 cl)<br>= 7 verres standards     | <br>Bouteille de champagne<br>à 12° (75 cl)<br>= 7 verres standards | <br>Bouteille de porto<br>à 20° (75 cl)<br>= 12 verres standards |
| <br>Bouteille de whisky/vodka/<br>digestif à 40° (70cl)<br>= 22 verres standards | <br>Bouteille de pastis<br>à 45° (70 cl)<br>= 25 verres standards | <br>Flasque de whisky<br>à 40° (20 cl)<br>= 6 verres standards      | <br>Flasque de porto<br>à 20° (20 cl)<br>= 3 verres standards    |

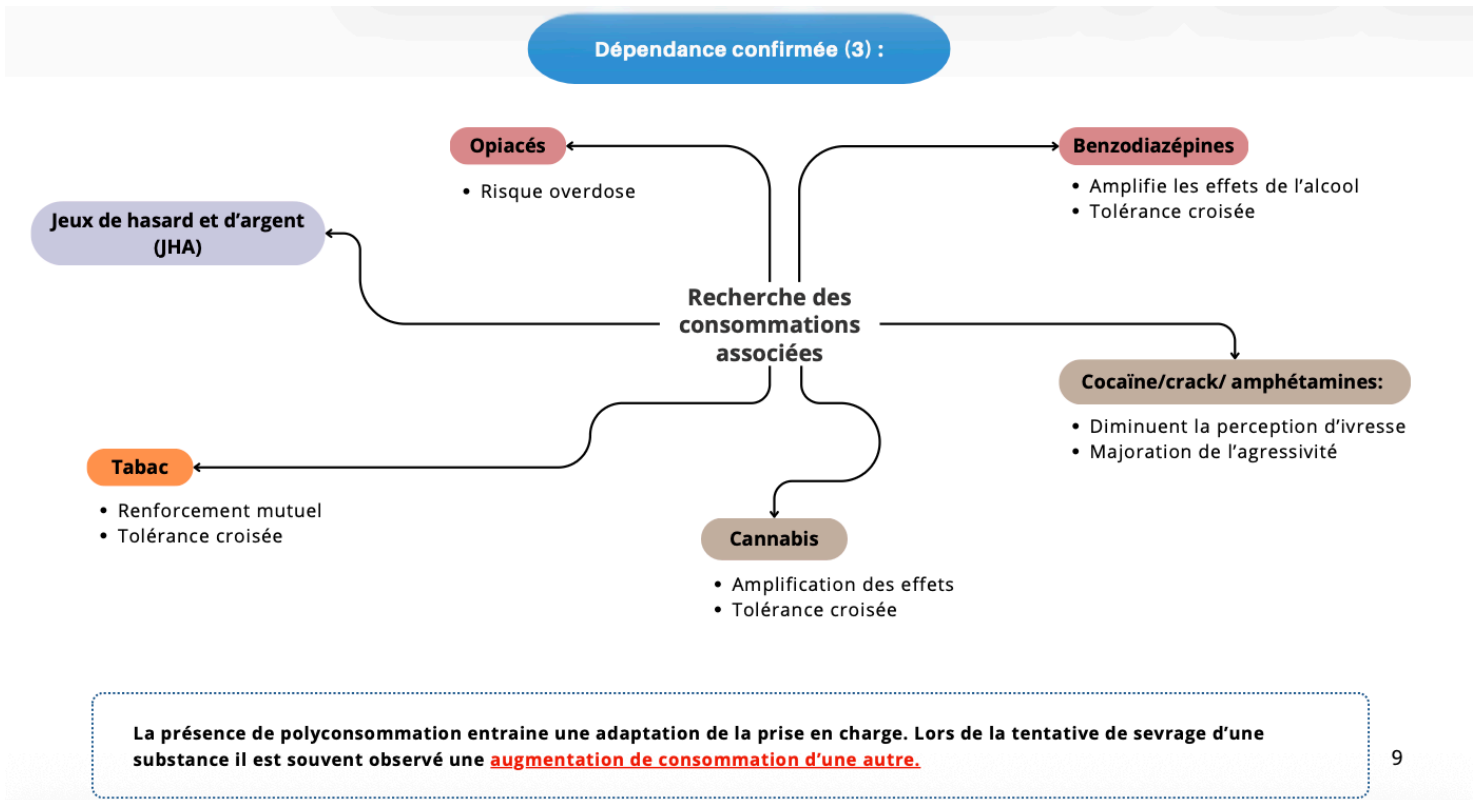
1 verre d'alcool  
=  
10 g d'alcool pur  
=

|                                                                                     |   |                                                                                      |   |                                                                                       |   |                                                                                       |   |                                                                                       |   |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  | = |  | = |  | = |  | = |  | = |  |
| ballon<br>de vin 12°<br>(10 cl)                                                     |   | verre<br>de pastis 45°<br>(2,5 cl)                                                   |   | verre<br>de whisky 40°<br>(2,5 cl)                                                    |   | coupe<br>de champagne 12°<br>(10 cl)                                                  |   | verre<br>d'apéritif 18°<br>(7 cl)                                                     |   | 1/2<br>de bière 5°<br>(25 cl)                                                         |

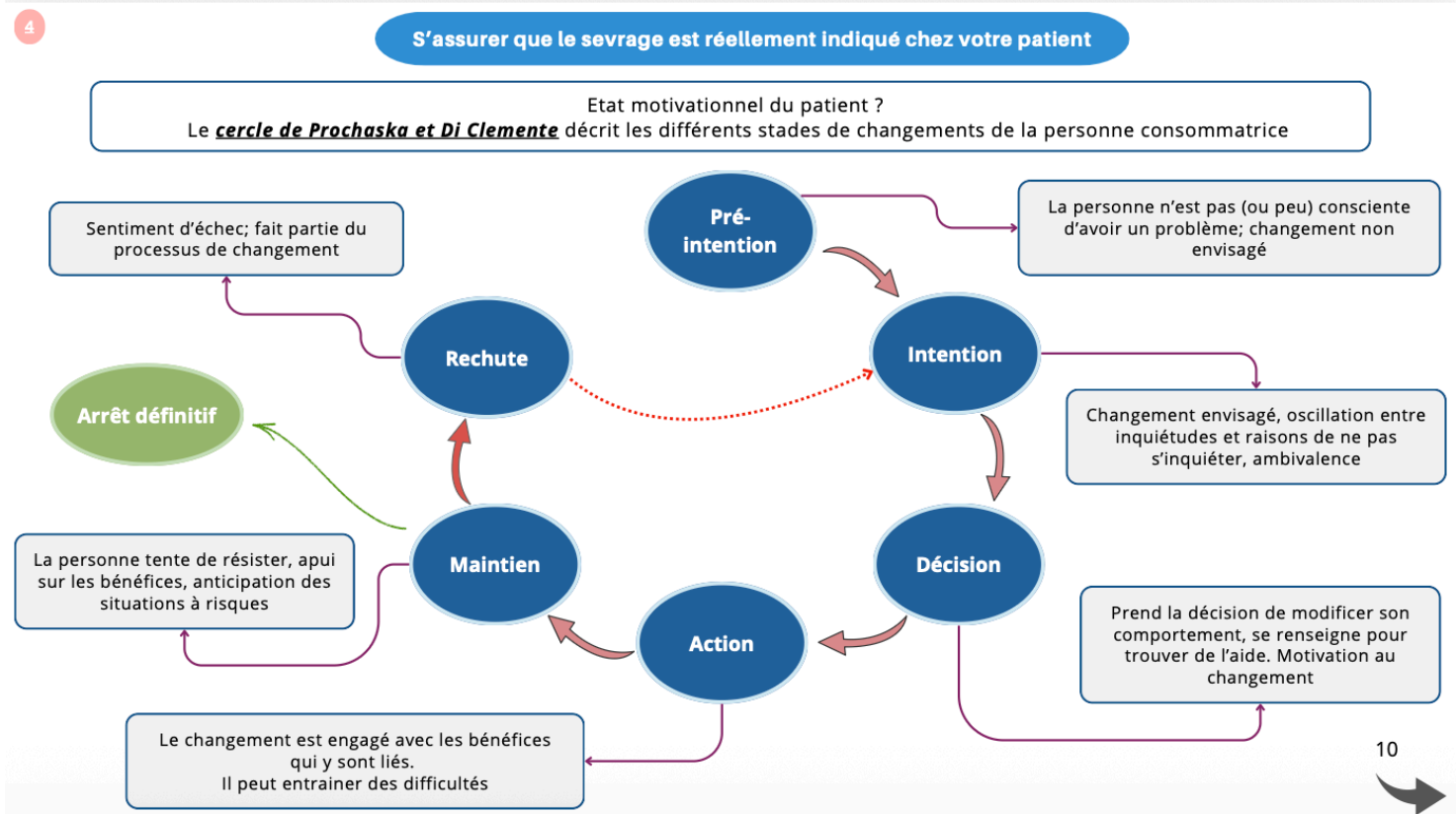


**Calcul quantité  
alcool pur**

8



9



10

## S'assurer que le sevrage est réellement indiqué chez votre patient :

➤ Selon les stades de changement, les prises en charge diffèrent:

- Aux stades de **Décision** ou **Action**: **Indication à la réalisation d'un sevrage**
  - Nécessité de rechercher des tentatives antérieures de sevrage (causes échecs, ressenti, etc)
  - Recherche de contre-indication(s)
  - Préparation du sevrage
  - Recherche du projet post-sevrage



**Lien suite indication de sevrage**

- Aux stades de **Pré-Intention** ou **Intention**: **Indication à la mise en place de la Réduction des Risques**
  - Sécurisation et modifications des consommations
  - Prévention
  - Rappel des conséquences lors de tentatives de sevrage sans accompagnement médical !!!
  - Travail motivationnel



**Lien réduction des risques**

11

## Rappel des conséquences d'un sevrage non accompagné:

Lorsque le sevrage n'est pas l'option thérapeutique la plus adaptée (stades de pré-intention ou intention), le patient peut être tenté de réaliser le sevrage seul. Il est important de rappeler à ce dernier les **nombreux risques (notamment fonctionnels et vitaux) et conséquences** qu'il encoure en cas de sevrage non accompagné par un(e) professionnel(le) de santé:

**Le syndrome de sevrage peut apparaître dans les premières heures, jusqu'à 10 jours suivant l'arrêt des consommations.**

Les symptômes peuvent être mineurs/modérés:

- Tremblements
- Nausées et vomissements
- Insomnies
- Maux de tête

- Sensation de malaise
- Sueurs profuses
- Anxiété
- Agitation psychomotrice



Mais ils peuvent également être plus importants et entraîner un **pronostic fonctionnel, voire vital** :



- **Hallucinations auditives et visuelles**: environ 25% des patients
- **Crise d'épilepsie**: généralement crise généralisée tonico-clonique unique mais état de mal épileptique dans 5% des cas
- **Confusion**
- **Tachycardie**
- **Hyperthermie**

### => **Délirium Tremens**:

Regroupe les signes cliniques précédents.  
Concerne 5% des sevrages (mortalité globale entre 1 et 5%).  
Sans traitement la mortalité du Délirium Tremens atteint environ 35 % !

> Bien entendu la conséquence la plus redoutée est le **décès** qui survient dans environ 1,5% des sevrages non accompagnés

12

### Essais de sevrage antérieurs:

- Déterminer si ces tentatives ont été réalisées **seul ou accompagné** par un ou des professionnel(s) de santé.
  - En cas de tentative seul il est essentiel de rappeler les risques encourus et donc la nécessité d'être accompagné
- Chercher à comprendre les **facteurs ou événements qui ont provoqué un échec**
  - Afin de mettre en place une stratégie de prise en charge adaptée
- Rechercher le ressenti du patient lors des tentatives antérieures afin de mieux comprendre ses attentes ou craintes



**Ne pas proposer de sevrage coûte que coûte, qui plus est de façon répétée sans préparation**

### Conséquences de sevrages répétés

- **Risque majoré d'échecs**
- **Perte d'adhésion** du patient et donc **abandon**
- Une **aggravation des symptômes de sevrage** à chaque nouvelle tentative d'arrêt.
- La survenue de **complications** (physiques et psychiques) et une mise en danger du patient
  - **Diminution de la plasticité cérébrale** avec retard de récupération des fonctions exécutives et troubles de l'attention
  - Majoration du **risque de développer un délirium tremens**
  - Majoration du **risque de convulsions**

13

### Rappel contre-indications au sevrage ambulatoire



|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Addictologiques</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Dépendance aux benzodiazépines ou prises de benzodiazépines sur une durée &gt; 3 mois : <b>Contre indication relative</b>, prendre un <u>avis addictologique</u></li> <li>◦ Echec antérieur d'un sevrage ambulatoire : <b>Contre indication relative</b>, prendre un <u>avis addictologique</u></li> <li>◦ <b>Signes physiques de sevrage sévère (Cushman &gt; 7)</b></li> <li>◦ Poly-addictions (hors tabac) : <b>Contre indication relative</b>, prendre un <u>avis addictologique</u></li> </ul> |
| <b>Somatiques</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>Antécédent de crise convulsive ou de Délirium Tremens</b></li> <li>◦ <b>Pathologie somatique grave</b></li> <li>◦ <b>Insuffisance hépato-cellulaire, Insuffisance respiratoire, Insuffisance cardiaque, Insuffisance rénale chronique</b></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Neurologiques/Psychiatriques</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>Syndrome dépressif avec risque de passage à l'acte</b></li> <li>◦ <b>Pathologie psychiatrique non équilibrée</b></li> <li>◦ <b>Troubles cognitifs sévères</b></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Grossesse</b>                    | Favoriser tant que faire se peut le <b>sevrage hospitalier</b> ! En cas de refus de la patiente, un sevrage ambulatoire peut être discuté                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Sociaux</b>                      | <b>Isolement, absence d'entourage familial aidant, personne vivant seule avec des jeunes enfants à charge</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |



[Lien vers le protocole SRAE](#)

14



## Accompagner le sevrage Et structures ressources

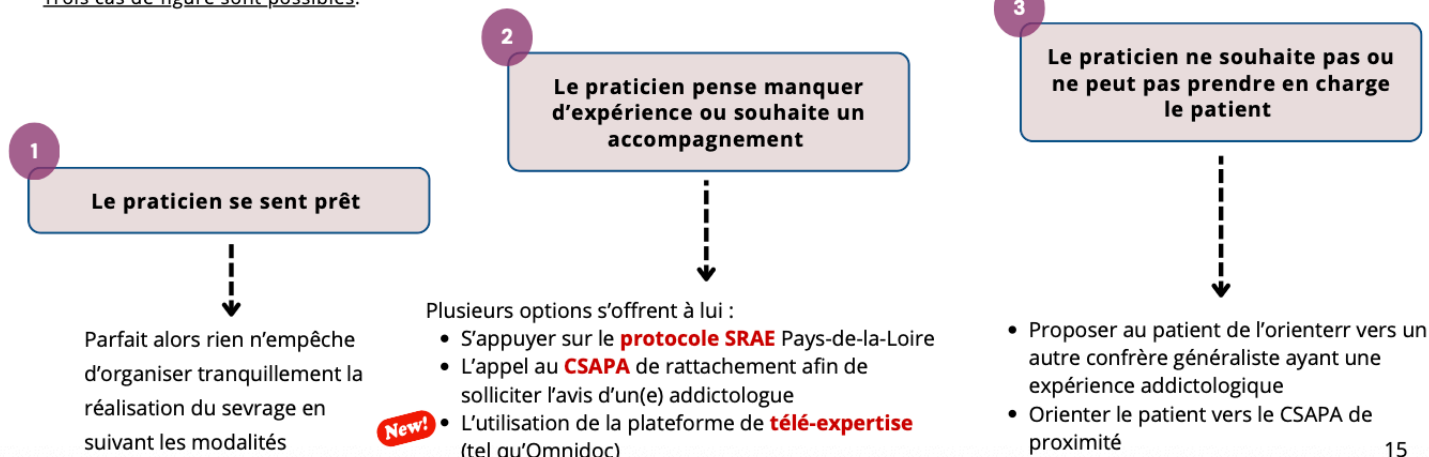
Il est nécessaire en tant que professionnel de santé de s'assurer de sa **disponibilité**, de **connaissances suffisantes**, de **son degré d'aisance** et de connaître les **autres professionnels de santé disponibles et joignables**.

**Le sevrage d'alcool en ambulatoire = prise en charge multidisciplinaire + nécessité de mobiliser plusieurs professionnels de santé**

- **Infirmier(e) libéral(e), IPA, IDE Asalée:** Passage pluri-hebdomadaire pour surveillance cushman et adaptation des posologies
- **Pharmacien:** Délivrance des thérapeutiques et conseils de prescription

>> Il est donc important de coordonner les disponibilités pour organiser la période de sevrage

Trois cas de figure sont possibles:



15

## Bilan clinique et psychosocial

→ Questionnement essentiel pour une appréciation globale du patient :

### Antécédents médicaux

- Recherche de pathologie(s) chronique(s)
  - +++ insuffisance rénale, hépatique, cardiaque ou respiratoire
- Toute pathologie somatique grave pouvant contre-indiquer le sevrage ambulatoire
- Un antécédent de crise convulsive ou de Délirium Tremens
- Grossesse

### Antécédents neurologique/Psychiatrique

- Recherche d'une pathologie psychiatrique non équilibrée
- Recherche d'un syndrome dépressif avec risque de passage à l'acte
- Recherche de troubles cognitifs (empêchant la compréhension des consignes du sevrage)

### Bilan biologique pré-sevrage

Ce dernier est réalisé tant à visée diagnostique pour dépister des pathologies chroniques, que pour déceler une carence pré-sevrage.

- **NFS, Plaquettes, TP/TCA**
- **Bilan hépatique complet + Lipasémie**
- **TSH**
- **Ionogramme + Fonction rénale**
- **Protidémie, albuminémie, glycémie à jeûn, Magnésémie**

### Evaluation de l'entourage

- Rechercher la présence de proches aidants (amis, famille)

**NB: L'isolement est une contre indication à la réalisation du sevrage**

Objectifs de ces informations : **avoir une vue d'ensemble** de la situation du patient et **identifier les contre-indications éventuelles** de la réalisation du sevrage en ambulatoire

16

## Modalités de préparation/ réalisation du sevrage :

La réalisation du sevrage ne doit **JAMAIS être réalisée en urgence**.  
Le sevrage se prépare avec le patient, en prenant en compte les points suivants :

### Prévoir la période de réalisation du sevrage

- Arrêt de travail
- Disponibilité du médecin sur cette période
  - Il est conseillé de débiter le sevrage un lundi matin afin d'avoir un suivi plus simple sur la semaine
- Disponibilité des IDE pour les passages pluri-hebdomadaires
- **Les modalités du suivi durant le sevrage sont décrites sur le protocole SRAE** → [Lien vers le protocole SRAE](#)

### Prise en compte de l'entourage

- Avec **l'accord du patient**
- S'assurer du soutien et de l'absence d'isolement du patient
- Evaluation de l'implication et de la disponibilité de l'entourage
  - Recherche de freins
- Possibilité de voir l'entourage lors d'une consultation afin d'expliquer le déroulé du sevrage et consignes de surveillance

### Discuter du projet au décours de la réalisation du sevrage

- Souhait d'une post-cure. A discuter avant la réalisation du sevrage
- Inscription dans un groupe d'entraide
- Projet professionnel

17

## Modalités de préparation/ réalisation du sevrage (2) :

Il est important de rechercher dès le début de la prise en charge, le **projet post sevrage du patient**.  
Ce projet se construit tout au long de l'accompagnement du patient, avant la réalisation du sevrage en lui-même et comporte de nombreux aspects.

- **Projet professionnel**: Reprise du travail, ré-insertion professionnelle, reconversion, formation, etc
- **Définir objectifs de consommation**: arrêt complet, consommations occasionnelles, etc
  - Avec ou sans aide médicamenteuse
- **Accompagnement psychologique**: CSAPA, CMP, psychologue libéral(e)

[Lien vers l'annuaire des associations d'entraide](#)

Sur le plan du suivi et de l'accompagnement:

- **Associations d'entraide** : plusieurs dizaines d'associations en France; dont la plus structurée et la plus connue reste "**Les Alcooliques Anonymes**".
  - Il existe une [liste de ces associations sur le site de la Société Française d'Alcoologie](#).
  - Une participation régulière à des associations d'entraide peut améliorer le pronostic addictologique de certains patients
  - La réalisation de rencontres avec un membre de l'association pendant les soins de préparation et de réalisation du sevrage augmente la participation aux groupes d'entraide au décours

**NB: La participation à ces groupes permet de recréer le lien social et la participation aux activités qui y sont liées.**

- **Poursuite du suivi au CSAPA** si prise en charge initiée de façon antérieure ou pendant la réalisation de sevrage.
  - Suivi pluri-disciplinaire avec prise en charge addictologique, psychologique.

- Les **Services Médicaux et de Réadaptation addictologiques** = appelés Post-cure par les patients
  - Structures pouvant accueillir les patients pour une durée allant jusqu'à **3 mois**.
  - Activités multiples de groupe
  - Reprise d'une autonomie progressive (administrative, activités quotidiennes, etc)
  - Reprise de liens sociaux
  - Suivi médical et psychologique

[Lien vers Alcool Info Service](#)

18



## Modalités de préparation/ réalisation du sevrage (3) :

### Focus sur le bien être psychique

Il est important de rechercher la **présence de pathologies psychiatriques** (décompensée ou non) avant de débiter le sevrage (trouble anxieux, syndrome dépressif, trouble bipolaire, etc). En effet, certains troubles psychiques sont réactionnels/secondaires à la consommation pathologique quand d'autres favorisent la consommation d'alcool. Il s'agit d'une **pathologie duelle**.

80%

Patients présentant des symptômes dépressifs au cours du sevrage

1/3 ⇨ Dépressions avérées

X 90

Risque de passage à l'acte chez patients alcoolodépendants quand la consommation

> 100g/jour

Prescrire des antidépresseurs ou anxiolytiques avant la réalisation du sevrage n'est pas toujours l'option mise en avant :

- La plupart des troubles psychiatriques sont apparus secondairement à la consommation d'alcool et vont **s'améliorer avec l'arrêt des consommations**.

En cas de persistance des troubles après sevrage :

- **Trouble anxieux persistant** : **benzodiazépines** (même molécule qu'utilisée durant le sevrage) avec introduction d'un traitement antidépresseur par un **Inhibiteur Sélectif de Récapture de la Sérotonine (ISRS)**
- **Syndrome dépressif persistant** : traitement par **ISRS** ou **Tricycliques**



- La mise en place d'un suivi psychologique est évidemment essentielle lors de la prise en charge.
- En cas de risque suicidaire : sevrage ambulatoire non réalisable + suivi psychiatrique nécessaire

19

## Déroulé du sevrage :

Concernant la réalisation du sevrage, il existe d'ors et déjà un support exhaustif et clair créé par la **Société Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE Alcool)**.

Ce dernier regroupe:

1. **Les modalités d'organisation temporelle et humaine** (rendez-vous de suivi et réévaluation par IDE)
2. Le listing des **contre-indications au sevrage ambulatoire**
3. **Les modalités de prescription:**
  - Benzodiazépines
  - Supplémentation vitaminiques
  - Traitements en cas d'insomnies associées
  - Traitements anti-craving à initier après le sevrage
4. **Fiche patient** avec description du déroulé du sevrage, des **symptômes attendus** et des **symptômes devant faire reconsulter en urgence**
5. **Fiche explicative** à destination de l'entourage



[Lien vers le protocole SRAE](#)



Le protocole SRAE est un support sûr, complet et ergonomique pour la réalisation du sevrage alcool en ambulatoire.

>>> **Aidez vous de ce support ! En cas d'interrogations persistantes malgré l'utilisation de ce dernier, ne pas hésiter à contacter le CSAPA pour solliciter les confrères et consoeurs addictologues.**

20

## Méthodes d'accompagnement post sevrage :

La prise en charge du trouble des usages lié à l'alcool avec dépendance ne s'arrête pas avec la réalisation du sevrage, il s'agit d'un **suivi au long cours**. Le suivi concerne de multiples aspects du patient:

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Suivi médicamenteux</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aide à l'abstinence</b> : plusieurs molécules existent. Les plus utilisées : <b>Acamprosate</b> ou <b>Naltrexone</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Attention particulière à la recherche d'une poursuite de prise de benzodiazépines de façon pathologique → <b>Attention au risque de transfert de dépendance</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Bien être psychique</b> : il peut s'avérer nécessaire de mettre en place un traitement anxiolytique ou anti-dépresseur lorsque les troubles persistent malgré le sevrage</li> </ul> |
| <b>Somatique</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuer à rechercher les <b>complications éventuelles de la consommation d'alcool</b> (<i>cirrhose, neuropathie, cancer des voies aériennes supérieures et oesophage, syndrome de Korsakoff, etc.</i>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Psychique</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prise en charge psychologique primordiale</b> : initiée idéalement avant ou pendant le sevrage et maintenue au décours. Il peut être de différentes natures : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Psychanalyse</li> <li>◦ Thérapie cognitivo-comportementale</li> <li>◦ Thérapie de soutien</li> <li>◦ Thérapie conjugale ou familiale</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                          |
| <b>Sexuel</b>              | <u>Reprise d'une activité sexuelle satisfaisante</u> aux yeux du patient = <b>point fort du maintien de l'abstinence</b> . Mais <b>facteur de rechute non négligeable en cas d'absence de reprise sans anomalie</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Sociaux</b>             | <b>Reprise de liens sociaux et d'une activité professionnelle</b> = points cruciaux dans "l'après sevrage". <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Isolement, absence d'entourage familial aidant, personne vivant seule avec des jeunes enfants à charge</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

21

**INFOS PATIENTS #52**

### La prescription verte

La prescription verte est une stratégie de promotion de la santé mentale et physique et de prévention des maladies basée sur les bienfaits de la nature et de la biodiversité. Elle consiste à prescrire des activités de la vie quotidienne dans un environnement naturel propice à l'activité physique, à la détente et à la socialisation, comme un parc ou une forêt.

**EFFETS BÉNÉFIQUES SUR LA SANTÉ DE L'EXPOSITION AUX ESPACES VERTS**

Les bienfaits sur l'organisme de l'exposition aux espaces verts sont nombreux : amélioration de la santé mentale, réduction de la morbidité cardiovasculaire et métabolique, stimulation du système immunitaire et diminution des allergies, effets positifs sur la grossesse.

**SANTÉ MENTALE**  
Les environnements verts sont propices à la détente et améliorent la santé mentale.  
• Ils favorisent la réduction du stress  
• Ils diminuent le risque d'anxiété  
• Ils réduisent le risque de dépression

**SANTÉ CARDIOVASCULAIRE ET MÉTABOLIQUE**  
Les espaces verts incitant à l'activité physique, ils impactent positivement le poids corporel, le taux de cholestérol et la pression artérielle, menant à réduire le risque de maladies comme l'hypertension, le diabète de type 2 ou encore les maladies cardiovasculaires.

**SYSTÈME IMMUNITAIRE**  
L'exposition à certains micro-organismes de notre environnement est essentielle à la régulation de notre système immunitaire. Elle a notamment pour rôle biologique la prévention d'allergies et de maladies inflammatoires chroniques.

**GROSSESSE**  
Les risques de naissance prématurée et de petit poids à la naissance seraient diminués chez les femmes ayant plus de contact avec les espaces verts.

**COMMENT METTRE PLUS DE VERT DANS LE QUOTIDIEN DES PATIENTES ET PATIENTS ?**

1. Proposer une gamme d'activités variées et adaptées au mode de vie et aux intérêts du patient : jardinage, randonnée, balade en forêt, baignade, etc.
2. Profiter d'une grande diversité de lieux : forêts, réserves naturelles, parcs, petits jardins communautaires ou domestiques, jardins botaniques, parcelles de jardinage, les parcs d'agrément, les parcs publics, mais ils en ont en commun le contact proche avec l'environnement naturel.
3. Intégrer certaines mesures dans la prescription : marcher dans un environnement naturel pendant la pause de midi pour les employés assujettis par exemple à la probabilité d'attendre un train ou de passer quelques minutes.
4. Favoriser la proximité : les espaces naturels peuvent être nombreux à proximité du domicile des patients, même pour ceux vivant en milieu urbain.
5. Encourager les interactions sociales et les opportunités de rencontres : organiser des programmes de jardins communautaires ou des ateliers à la forme pour des groupes de patients à besoins spécifiques (maladies chroniques, problèmes de santé mentale, etc.) et encourager la participation du patient dans des activités sociales.
6. Soutenir le développement des territoires locaux afin que les bénéfices de contact avec les espaces verts soient accessibles à tous, sans nécessité de déplacements importants, en faisant attention aux quartiers défavorisés.

planète santé

Source : Caroline Tardieu, Basile Perrier, Murielle Maréchal  
Adaptation : Élodie Langin

### Nota Bene sur la prescription verte

- Objectifs : promouvoir la santé mentale et physique et prévention des maladies avec comme piliers la **nature** et de la **biodiversité**.
- Fait appel à des **activités de plein air** mais aussi des **activités physiques "classiques"**.

→ Pas de recommandation officielle quant à la mise en place de ces prescriptions.

Cependant plusieurs études et travaux de recherches réalisés suggèrent une efficacité non négligeable y compris sur les patient alcoolodépendants après leur sevrage.

Il n'existe pas de consensus, chaque prescription est à réalisée de façon adaptée au patient, en fixant avec lui les objectifs souhaités.

22

## Annexe 2 : Déroulé théorique du GN

Le groupe nominal a été développé par deux chercheurs américains : Andre L. Delbecq et Andrew H. Van de Ven. Le GN est l'une des méthodes de consensus, utilisée depuis plus de 50 ans dans la recherche, notamment en Santé Publique. L'objectif des méthodes de consensus comme le GN est la création d'idées / de supports ou l'aide à la prise de décisions dans des situations où les sources scientifiques sont insuffisantes ou lorsque les informations sont contradictoires. Le but étant d'apporter une validité sur un sujet en s'appuyant sur l'avis des experts dans le domaine.(38)

Le GN va donc réunir des participants considérés comme experts dans un domaine particulier afin de répondre à une problématique qui leur est soumise. Idéalement le groupe nominal doit regrouper de 5 à 9 participants.

La séance quant à elle doit suivre un déroulé précis via des étapes listées ci-dessous ; cela afin de limiter les différents biais.(37)

### 1. Présentation au groupe de la question posée.

Dans cette première étape il s'agit tout d'abord de présenter au groupe les différents intervenants : chercheur, directeur(trice) de recherche ainsi que les experts. Dans un second temps il est réalisé une présentation du sujet abordé et de la problématique qui y est liée.

Pour finir, il est rappelé brièvement les modalités du déroulé de la séance et les règles nécessaires à respecter.

### 2. Silencieusement et individuellement, réflexion et génération d'idées par les participants.

Dans cette seconde étape, les experts sont sollicités pour inscrire sur une feuille blanche leurs idées concernant la problématique énoncée précédemment.

Au décours d'un temps de réflexion (limité à 20 minutes), chaque participant doit de façon individuelle et dans le silence réfléchir, puis écrire ses idées ou remarques.

Le silence et la notation individuelle sont des points essentiels au bon déroulement de cette étape, afin de limiter l'apparition de biais. En effet, éviter d'introduire une forme d'influence ou de pression sociale est primordial.

Cette étape est normalement unique et réalisée en début de séance après la présentation de la problématique.

3. Tour de table à l'oral : chaque participant énonce une seule idée, l'un après l'autre, afin de recueillir et noter les propositions une à une.

L'étape suivante donne lieu à l'énoncé des idées. Les participants, l'un après l'autre, doivent énoncer les idées qu'ils ont écrites sur la feuille lors de l'étape précédente.

De nombreux points sont à respecter lors de cette phase du groupe nominal. En effet, chaque participant doit attendre son tour pour parler et exprimer son idée. De plus, à chaque tour un participant doit énoncer une seule idée et attendre le prochain tour pour en énoncer une deuxième, il y aura donc autant de tours de table que nécessaire, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus aucune nouvelle idée à exprimer par les participants.

A noter que si un participant estime qu'une de ses idées a déjà été énoncée par un autre participant, il doit passer à l'idée suivante.

Étant donné qu'une autre étape aura pour but plus tard d'échanger et de discuter autour des différentes propositions, dans cette étape il faut éviter tant que faire se peut les échanges et les remarques sur les idées énoncées.

Le rôle du chercheur ici est surtout de noter chaque idée, ainsi que de les numéroter, sur un tableau afin de les répertorier, ce qui sera essentiel pour la suite du travail de groupe.

#### 4. Clarification des idées et discussion autour des idées émises.

La quatrième étape repose sur la clarification des différentes idées par les participants, suivi d'un échange entre eux autour de celles-ci.

Le fait de clarifier chaque idée est un point important afin de s'assurer que chaque membre du groupe comprenne et interprète de la même manière les propositions énoncées, pour qu'il puisse donner un avis éclairé. De plus, il est nécessaire que tout le groupe aille dans le même sens et dans la même logique de réflexion pour aboutir à des consensus.

Un autre point essentiel de cette étape est la répartition du temps d'échange pour chaque idée, qui doit être la plus égale possible.

#### 5. Notation/Classement individuel et anonymisé de chaque proposition par les participants.

Une fois que les échanges et la discussion sont clôturés, les participants reçoivent une feuille de notation/classement. Il existe deux méthodes d'évaluation : la notation via une échelle ou le classement d'idées par degré d'adhésion. Le choix de la méthode dépend du nombre de propositions et du sujet.

En cas de notation une échelle de Likert est utilisée, il s'agit d'une échelle numérotée de 1 à 9, la note la plus basse correspond à un désaccord complet alors que la notation la plus haute correspond à un accord complet. Cette méthode est préférée notamment lorsqu'un grand nombre d'idées peut ressortir d'un groupe nominal.

En cas de classement, les participants sont invités à classer les différentes propositions selon le degré de pertinence selon eux (de la plus pertinente à la moins pertinente). Quand la méthode de classement est choisie, un nombre fixe de propositions est attendu et devra ressortir de la mise en commun des classements. Quelle que soit la méthode utilisée, l'anonymat est un prérequis essentiel.

Chaque proposition bénéficie d'un temps donné pour que chaque participant lui attribue une note/un classement. Une fois la totalité des propositions notées/classées, les feuilles sont récupérées et seront analysées ultérieurement.

Ce processus de notation est réalisé de façon individuelle, sans discussion de groupe ou échange entre les participants.

6. Présentation au groupe des scores de chaque proposition et nouvelle discussion. (Facultatif)

7. Deuxième tour de notation (Facultatif).

Concernant les étapes 6 et 7, ces dernières sont facultatives. Elles ont pour objectif de présenter aux experts les résultats obtenus pour chaque proposition. Cela permet de générer un second échange avec une nouvelle notation ou un nouveau classement au décours (si des propositions sont ex aequo par exemple).

L'objectif étant d'échanger sur les propositions n'ayant pas fait consensus et de les clarifier si besoin.

## Annexe 3 : Déroulé de la séance du GN

18h30 – 18h45 : Accueil, boisson/collation

18h45 – 19H00 : Présentation de la thèse et du déroulé de la séance, avec explication des règles et étapes du groupe nominal

- Outil pédagogique complémentaire au protocole SRAE
- Rappel que cet outil est à destination des Médecins généralistes et qu'il n'a pas vocation à être exhaustif
- Explication principe du groupe nominal
  - Proposition à tour de rôle
  - Évaluation des propositions
- Rappel de l'importance du temps de parole entre chaque participant
- Aucune obligation de proposition à chaque tour
- Distribution échelle de Likert et feuilles blanches
- Il est demandé aux participants de noter leurs propositions si certains en ont déjà suite à l'envoi du support par mail

19h00 – 21h15 : Lecture de l'outil pédagogique par « thèmes » avec émission de propositions :

Thèmes :

- Titre (diapositive 1)
- Arbre décisionnel (diapositive 2) : aspect, informations, raccourcis
- TLUA/ DSM 5 (diapositive 3)
- Réduction des risques (diapositives 4 à 6)
- Dépendance (diapositives 7 à 9)
- Motivation (diapositives 10 et 11)
- Conséquences sevrage (diapositives 12 et 13)
- Contre-indication (diapositive 14)
- Accompagnement (diapositive 15)
- Bilan pré-sevrage (diapositive 16)
- Préparation/réalisation (diapositives 17 à 20)
- Post-sevrage (diapositives 21 et 22)

- Bibliographie (Diapositive 23)
  
- Le temps passé sur chaque thème doit être « équivalent » en fonction de sa taille : environ 8 minutes (période de réflexion + partage)
- Pour chaque thème :
  - Lecture et présentation de ce dernier
  - Invitation à réfléchir en silence à des propositions (fond, forme, formulation, etc) environ 5 min
  - Puis tour de table pour énoncer chacun son tour des idées, autant de tours de table que nécessaire
  - Débat sur reformulation/clarification ou complément des propositions
  - Numérotation de toutes les propositions

#### 21h15- 21h45 : Notations des propositions

- Chaque participant va noter grâce aux échelles de Likert imprimées et distribuées, les différentes propositions entre 1 et 9
- On compte environ 30 secondes de notation par proposition, soit un total d'environ 30 minutes.
- Récupération des notations

21h45 : fin



## Annexe 4 : Temps par thème

Il était prévu initialement environ 8 minutes en moyenne par thème soit un total d'1h40. Finalement la durée de présentation et d'échanges autour de l'outil aura duré 2h15 :

- Titre (diapositive 1) : 4 min 50 s
- Arbre décisionnel (diapositive 2) : 20 min et 20 s
- TLUA/ DSM 5 (diapositive 3) : 5 min et 15 s
- Réduction des risques (diapositives 4 à 6) : 18 min 20 s
- Dépendance (diapositives 7 à 9) : 17 min 30 s
- Motivation (diapositives 10 et 11) : 6 min
- Conséquences sevrage (diapositives 12 et 13) : 9 min 50 s
- Contre-indication (diapositive 14) : 3 min
- Accompagnement (diapositive 15) : 7 min 10 s
- Bilan pré-sevrage (diapositive 16) : 5 min 30 s
- Préparation/réalisation (diapositives 17 à 20) : 27 min 30 s
- Post-sevrage (diapositives 21 et 22) : 8 min 40 s
- Bibliographie (Diapositive 23) : 1 min

## Annexe 5 : Échelle de Likert

|                                                        |                                         |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Proposition 1 (P1) : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 | P33 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |
| P2 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9                 | P34 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |
| P3 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9                 | P35 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |
| P4 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9                 | P36 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |
| P5 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9                 | P37 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |
| P6 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9                 | P38 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |
| P7 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9                 | P39 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |
| P8 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9                 | P40 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |
| P9 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9                 | P41 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |
| P10 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9                | P42 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |
| P11 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9                | P43 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |
| P12 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9                | P44 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |
| P13 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9                | P45 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |



|                                         |  |
|-----------------------------------------|--|
| P80 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P81 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P82 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P83 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P84 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P85 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P86 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P87 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P88 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P89 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P90 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P91 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P92 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P93 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P94 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P95 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |
| P96 : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |  |

## Annexe 6 : Liste des propositions retenues après le GN

- P1 : Proposition de changer le titre de l'outil par « outil d'aide à la décision : accompagnement du sevrage d'alcool en ambulatoire »
- P2 : Préciser à chaque citation du protocole SRAE « SRAE Addictologie Pays de la Loire »
- P3 : Remplacer le terme « dépendance » par « troubles des usages modérés à sévères » pour rester cohérent avec l'utilisation DSM V sur la slide 2
- P4 : Simplifier l'encadré « Poursuite du suivi » au titre seul sans exemple et ajout du terme global sur la slide 2
- P5 : Pastilles plus grandes et signalétique plus claire pour l'arbre décisionnel sur la slide 2
- P6 : Introduire une pastille de renvoi à chaque diapositive afin de permettre un retour vers l'arbre décisionnel
- P7 : Revoir la présentation pour tendre vers une présentation verticale et épurée de l'arbre décisionnel sur la slide 2
- P8 : Enlever les flèches en lien avec le cercle de Prochaska et en créer une nouvelle entre état motivationnel et la recherche de contre-indications sur la slide 2
- P9 : Réorganiser et Associer les critères du DSM V en fonction de leur thème sur la slide 3
- P10 : Ajouter « pour définir une addiction » après critères simplifiés sur la Slide 3
- P11 : Ajouter la notion d'éviction des sevrages répétitifs sur la slide 4
- P12 : Ajouter lien vers plateforme SOLALE sur la slide 6
- P13 : Supprimer le terme « sortie de l'usage » sur la slide 4
- P14 : Réorganiser la numérotation des encadrés de la slide 5
- P15 : Enlever le terme « boire mieux » de la slide 6
- P16 : Ajout un encadré sur le dépistage des complications somatiques, sexuelles et infectieuses sur la slide 6
- P17 : Ajouter sur slide 6 prévention concernant les consommations et le travail (conduite, machines, hauteur, etc.)
- P18 : Mettre la slide 8 sur le calcul de la CDA au début de l'outil après les critères du DSM V.
- P19 : Mettre phrase « consommation seul ou accompagné » comme étant une proposition propre et non pas une sous partie des effets recherchés sur la slide 7
- P20 : Enlever la mention du score Cushman de la slide 7
- P21 : Rajouter sur la slide 5, une phrase sur la bienveillance et non jugement, deux prérequis nécessaires pour la réalisation sevrage
- P22 : Rajouter la notion que le patient bénéficie d'une prise en charge globale de sa santé indépendamment de ses consommations sur la slide 6
- P23 : Modifier la formulation « depuis combien de temps les consommations évoluent elles ? » par « Depuis combien de temps la consommation est-elle problématique ? » sur la slide 7
- P24 : Réorganiser la slide 7 en trois parties : une partie caractérisation des consommations, une partie place des consommations dans la vie du patient avec recherche des solutions à venir et une dernière partie sur les conséquences.
- P25 : Sur la slide 9 remplacer le terme « jeux de hasard et d'argent » par « addiction sans produit » avec ajout d'exemples
- P26 : Remplacer le terme « quantité alcool consommée » par « Unités d'alcool consommées » sur la slide 8

- P27 : Slide 9 mettre une flèche vers un nouvel encadré « autres produits »
- P28 : changement du titre des slides 10 et 11 : « S'assurer de la demande et motivation au sevrage »
- P29 : Sur la slide 11, inverser les cadres de la réduction des risques et celui du sevrage
- P30 : Mettre un lien de renvoi vers la réduction des risques pour les deux encadrés des stades de changement sur la slide 11
- P31 : Mettre plus en avant le risque neurologique sur les slides 12 et 13
- P32 : Sur la slide 12, faire une présentation plus horizontale ou verticale en fonction de la gravité des symptômes, afin de la rendre plus claire
- P33 : Rajouter une information rassurante concernant la fréquence du Délirium Tremens sur la slide 12
- P34 : Apporter des précisions concernant la contre-indication du Cushman > 7 sur la slide 14
- P35 : Changer Pictogramme de la Slide 14
- P36 : Ajout « contact de l'IDE pour s'assurer de leur accord » sur la slide 15
- P37 : Reformuler la phrase « Parfait alors rien n'empêche d'organiser tranquillement la réalisation du sevrage en suivant les modalités » » pour une phrase plus courte et moins familière sur la slide 15
- P38 : Mettre en gras et rouge les termes « confrère généraliste » et « CSAPA » sur la slide 15
- P39 : Insister sur l'intérêt de contacter la post-cure avant réalisation du sevrage. Et de la possibilité de construction conjointe du projet sur la slide 17
- P40 : Modifier le terme « disponibilité » par « contacter » les collègues IDE sur la slide 17
- P41 : Simplifier et insister sur la prise de contact et la place de l'entourage Slide 17
- P42 : Ajout annuaire professionnels SRAE sur slide 18
- P43 : Simplifier et alléger la slide 18
- P44 : Ajouter la notion de l'existence de groupe d'entraide en visio sur la slide 18
- P45 : Ajout des structures « CTR » et « HTP » sur la slide 18
- P46 : Différencier hospitalisation complète et de jour pour les SMR sur la slide 18
- P47 : Ajouter un lien des structures disponibles en pays de la Loire pour la réalisation du post-cure sur la slide 18
- P48 : Parler de « symptomatologie psychiatrique » au lieu de « troubles psychiatriques » sur la slide 19
- P49 : Mettre en avant le caractère résolutif « possible » des symptômes slide 19
- P50 : Supprimer les encadrés avec les données épidémiologiques sur la slide 19
- P51 : Enlever la notion d'utilisation de benzodiazépines sur la slide 19
- P52 : Ajout de la notion de stress post traumatique sur la slide 19
- P53 : Modifier la phrase « la plupart des troubles psychiatriques sont apparus secondairement à la consommation d'alcool et vont s'améliorer avec l'arrêt des consommations » en mettant plutôt en avant la notion de possibilité de réduction des symptômes psychiatriques avec l'arrêt des consommations, sans intégrer la notion de proportion
- P54 : Slide 20 ajouter la présence « ordonnances pré faites »
- P55 : Rajout concernant la mention du protocole SRAE sur la slide 20 « réalisé à l'aide du comité scientifique SRAE et à partir des recommandations de santé »
- P56 : Ajout de la possibilité de prise de l'Acamprosate ou du Naltrexone pendant le sevrage sur la slide 21
- P57 : Mettre la TCC avant psychanalyse sur la slide 21

- P58 : Enlever le terme « anxiolytique » sur la slide 21
- P59 : Réduire et simplifier la description la prescription verte sur la slide 22
- P60 : Ajouter un point sur la prescription Activité physique Adaptée sur la slide 22











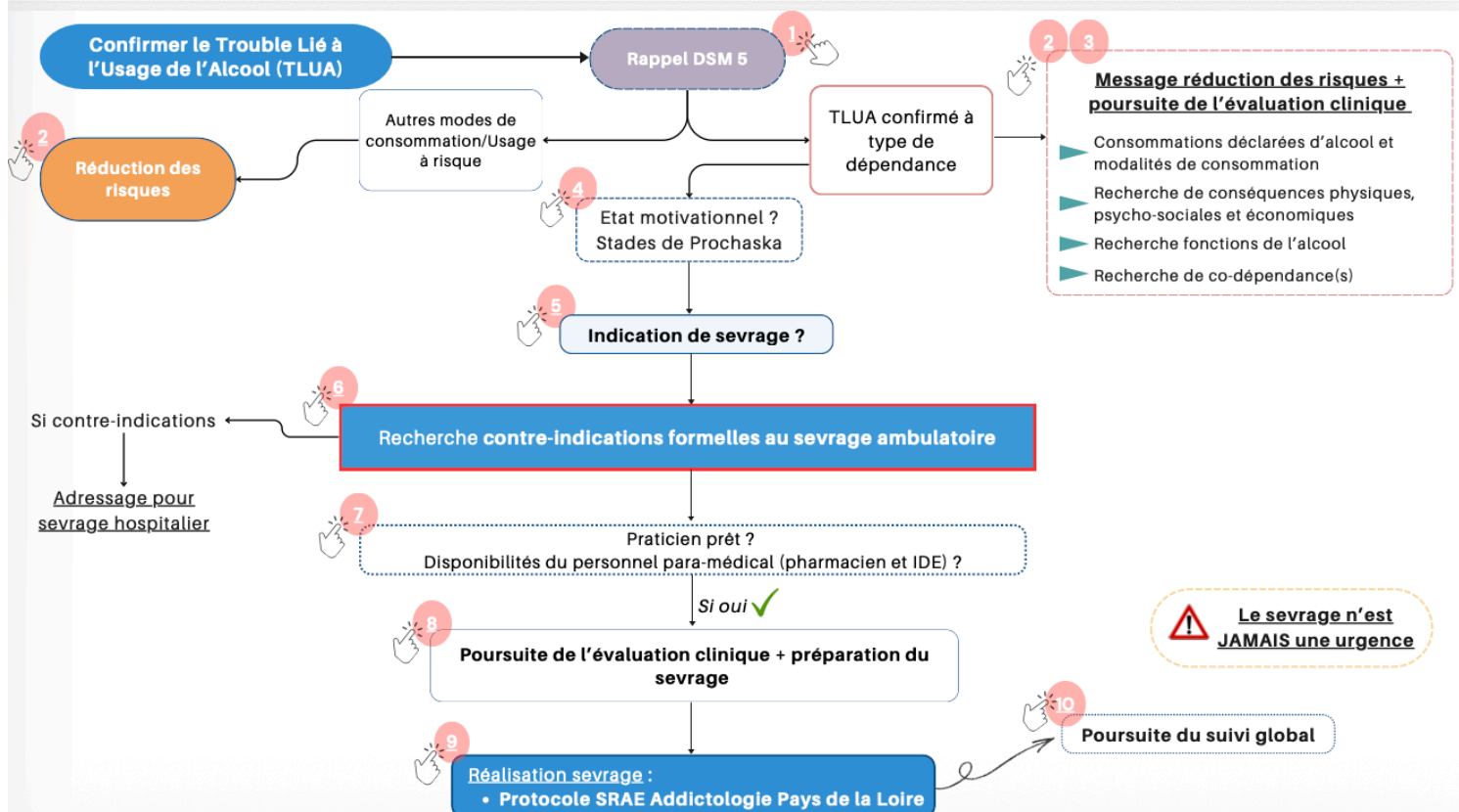
## Annexe 8 : Outil pédagogique modifié après le GN

### Outil d'aide à la décision : Accompagnement du sevrage d'alcool en ambulatoire

Maxime PINON  
Interne en Médecine Générale  
Faculté d'Angers  
2026



1



**DSM V : 11 critères clairement définis.**

Ci-joint les critères "simplifiés" pour définir une addiction :

- Tolérance
- Usage lorsque physiquement dangereux
- Continuer malgré dommages physiques ou psychiques

- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Problèmes interpersonnels ou sociaux
- Activités réduites au profit de la consommation
- Beaucoup de temps consacré

- Craving, désir impérieux
- Sevrage
- Désir ou efforts persistants pour diminuer
- Perte de contrôle sur quantités et temps dédié

**3 niveaux de sévérité retenus par le DSM-V pour le trouble de l'usage de l'alcool :**

- Faible : au moins 2 critères sur les 11
- Modéré : au moins 4 critères sur les 11
- Sévère : au moins 6 critères sur les 11



- Proposition thérapeutique à mettre en place **quel que soit le mode de consommation** (dépendance ou non).
- Prise en charge la plus adaptée lors d'une absence de dépendance ou lorsque le sevrage n'est pas la prise en charge adéquate (refus du patient, proposition trop précoce dans la prise en charge, etc).

➤ **Elle doit être délivrée et réalisée même lorsqu'un sevrage alcool est proposé au patient.**

**Objectifs :**

1. Réduire les répercussions néfastes au niveau de la santé (physique et psychique) mais aussi au niveau socio-économique du patient sans passer par l'arrêt des consommations.
2. Éviction des tentatives de sevrage de façon répétée.

Elle repose sur :

- Mise en place d'intervention afin de permettre aux patients de sécuriser leurs usages; lorsque le patient ne souhaite pas ou ne peut pas modifier ces derniers.
  - Par exemple : améliorer la gestion des consommations de type « binge drinking »
- Le changement d'usage en fixant des objectifs réalisables

## La réduction des risques (RDR) (2):

La RDR repose sur des principes simples mais elle nécessite une **alliance thérapeutique solide**.

- Basée sur la mobilisation des **connaissances et compétences** du patient en matière d'usage
- Prendre en compte **attentes/souhaits + contexte socio-économique** du patient
- Une **attitude bienveillante**, sans jugement de la part du soignant
- Définir **objectif de consommation + déterminer les risques que l'on souhaite diminuer**

**Patient acteur, au centre de la prise en charge** → diminution des actions défensives et des abandons.

Etape 1

**Délivrer des informations simples et claires, sur les risques et conséquences** (*physiques, psychiques, sociales, etc*) **liés à la consommation d'alcool.**

Etape 2

**Délivrer les informations relatives aux bénéfices possibles et attendus lors de la diminution des consommations.**

Etape 3

**Aménager les consommations du patient afin de diminuer les dommages.**

Etape 4

**Si l'aménagement des consommations n'est pas encore possible**

- **Accompagner** les consommations, dans le but de **sécuriser le patient** (accès au soin, etc), sans perspective immédiate de modifier les pratiques

- Réduction quantitative : obtenir une consommation moindre, voire contrôlée.
  - Avec ou sans traitement médicamenteux
- Réduction qualitative : fréquence des consommations, contexte de consommation, type d'alcool, etc

5

## La réduction des risques (RDR) (3):

1

### Consommations

- Recherche de la « zone de confort » en évitant de réaliser un « yo-yo » dans les consommations
  - **Eviter périodes de sous-alcoolisation** : souffrances liées au manque
  - **Eviter périodes de sur-alcoolisation** : source de mal être, prises de risque, etc
- Informer sur le **caractère contre-productif des périodes « d'interdit »** lors d'évènements familiaux ou autre ;
- Si réduction des doses non possible, boire différemment:
  - Hydratation suffisante
  - Alimentation concomitante
  - Espacer les occasions de consommer
  - Retarder l'heure de consommation du premier verre dans la journée
- Repérer les moments où la consommation peut être problématique
- Repérage social des consommations

2

### Risques

**Conseils de prévention** concernant les risques liés aux alcoolisations importantes : coma éthylique, hypothermie, AVP, conduite sexuelle à risque, etc

- Consommations et travail: Conduite, utilisation de machines, travail en hauteur, etc.
  - Absence de seuil mais effet dose : risques augmentent proportionnellement dès la plus petite dose
- MAIS toujours possibilités et bénéfices à prendre soin de sa santé même en cas de consommations
- Aider le patient à éviter l'usage de la conduite

6

## La réduction des risques (RDR) (4):



3

### Suivi et Dépistage des complications :

Il est important de rappeler au patient qu'il va continuer de bénéficier d'une **prise en charge globale de sa santé, indépendamment de ses consommations**. Et cela au même titre que les autres patients, il ne doit pas se sentir stigmatisé.

Cependant il est nécessaire de rester attentif aux **complications** liées (ou non) aux consommations:

- **Somatiques:** Encéphalopathie, hépatites, dénutrition, état-bucco dentaire, etc
- **Infectieuses:** Usage de substance par voie IV, Infections bucco-dentaires, pulmonaires, cutanées, etc.
- **Pratiques sexuelles à risque:** Infection sexuellement transmissibles, contraception, etc

4

### Communication et information (pour aller plus loin)

[Lien Ameli](#)

[Lien MODUS BIBENDI](#)

[Lien HAS](#)

[Lien FFA](#)

7

3

## Dépendance confirmée :



Nécessité de **caractériser les consommations**

### Etape 1

- Quel(s) **type(s) d'alcool** est (sont) consommé(s) ?
- Quelle **quantité** d'alcool pur cela représente-t-il ?
- Depuis **combien de temps** la consommation est-elle problématique ?
- A quelle **fréquence** ou à **quel(s) moment(s) de la journée** les consommations ont-elles lieu ?
- L'**effet(s) recherché(s)**
  - Consommation à visée **d'anxiolyse** ? Consommation le soir à visée **sédative** ? Effet **antalgique** ?
  - Consommation seul(e) ou accompagné(e) ?

### Etape 2

Recherche des **conséquences de la consommation** :

- **Physiques:** Accidents traumatiques, agression, coma éthylique, etc
- **Sociales:** Isolement, perte d'emploi, rupture sentimentale/séparation
- **Psychiques:** Episode dépressif caractérisé, trouble anxieux, troubles du sommeil, tentative de suicide, etc

8



## Dépendance confirmée (2):



L'estimation des unités d'alcool consommées passe par le calcul de la **CDA (Consommation Déclarée d'Alcool)**.

|                               |                                |                                      |                                  |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
|                               |                                |                                      |                                  |
| Canette de bière à 8° (50 cl) | Bouteille de vin à 12° (75 cl) | Bouteille de champagne à 12° (75 cl) | Bouteille de porto à 20° (75 cl) |
| = 3 verres standards          | = 7 verres standards           | = 7 verres standards                 | = 12 verres standards            |

|                                                 |                                   |                                 |                                |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
|                                                 |                                   |                                 |                                |
| Bouteille de whisky/vodka/digestif à 40° (70cl) | Bouteille de pastis à 45° (70 cl) | Fiasque de whisky à 40° (20 cl) | Fiasque de porto à 20° (20 cl) |
| = 22 verres standards                           | = 25 verres standards             | = 6 verres standards            | = 3 verres standards           |

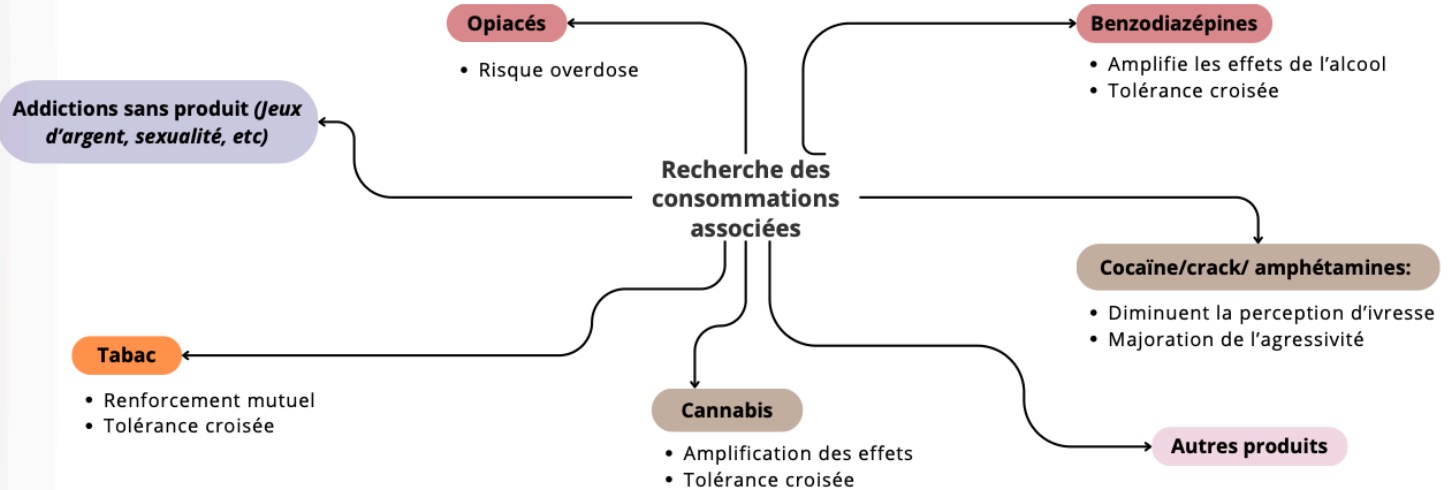
1 verre d'alcool  
=  
10 g d'alcool pur  
=



[Lien calcul des unités d'alcool consommées](#)

9

## Dépendance confirmée (3):



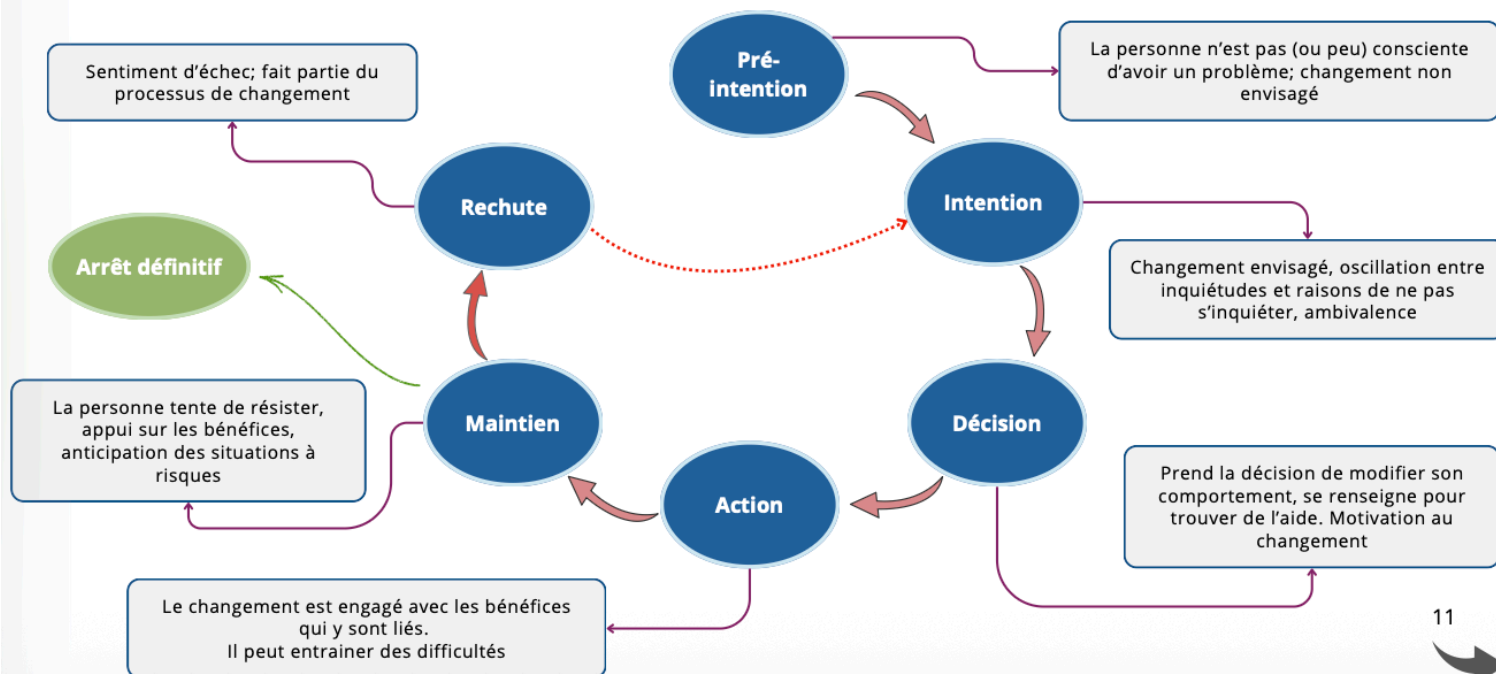
La présence de polyconsommation entraîne une adaptation de la prise en charge. Lors de la tentative de sevrage d'une substance il est souvent observé une **augmentation de consommation d'une autre**.

10

### S'assurer de la demande et de la motivation au sevrage :



Etat motivationnel du patient ?  
Le **cercle de Prochaska et Di Clemente** décrit les différents stades de changement de la personne consommatrice



11

### S'assurer de la demande et de la motivation au sevrage (2):



➤ Selon les stades de changement, les prises en charge diffèrent:

• Aux stades de **Pré-Intention** ou **Intention**: **Indication à la mise en place de la Réduction des Risques**

- Sécurisation et modification des consommations
- Prévention
- Rappel des conséquences lors de tentatives de sevrage sans accompagnement médical !!!
- Travail motivationnel

**Lien réduction des risques**

• Aux stades de **Décision** ou **Action**: **Indication à la réalisation d'un sevrage**

- Nécessité de rechercher des tentatives antérieures de sevrage (causes échecs, ressenti, etc)
- Recherche de contre-indication(s)
- Préparation du sevrage
- Recherche du projet post-sevrage

**Lien suite indication de sevrage**

12



### Rappel des conséquences d'un sevrage non accompagné:



Lorsque le sevrage n'est pas encore adapté, certains patients peuvent avoir la volonté de l'entreprendre seuls. Il est alors essentiel de les informer des nombreux risques que cela engendre, notamment **fonctionnels et vitaux**, liés à un sevrage sans accompagnement médical.

Le syndrome de sevrage peut apparaître dans les premières heures, jusqu'à 10 jours suivant l'arrêt des consommations.

➡ Les symptômes peuvent être mineurs/modérés mais aussi plus sévères et entraîner un pronostic **fonctionnel, voire vital** :



#### Symptômes mineurs/modérés

- Tremblements
- Nausées et vomissements
- Insomnies
- Maux de tête
- Sensation de malaise
- Sueurs profuses
- Anxiété
- Agitation psychomotrice

#### Symptômes sévères

- **Hallucinations auditives et visuelles**: environ 25% des patients
- **Crise d'épilepsie**: généralement crise généralisée tonico-clonique unique mais état de mal épileptique dans 5% des cas
- **Encéphalopathie de Gayet-Wernicke**: Confusion, ataxie cérébelleux, troubles oculomoteurs.
- Confusion
- Tachycardie
- Hyperthermie

### Le Délirium Tremens

- Forme la plus sévère du sevrage d'alcool.
- Association de plusieurs des symptômes : **Hyperactivité du système nerveux autonome, hallucinations, confusion, désorientation** et parfois **crises convulsives**.

Concerne seulement **5% des sevrages** (mortalité globale entre 1 et 5%). Sans traitement la mortalité du Délirium Tremens atteint environ 35 %.

➤ La conséquence la plus redoutée est le **décès** qui survient dans environ 1,5% des sevrages non accompagnés

13

### Essais de sevrage antérieurs:



- Déterminer si ces tentatives ont été réalisées **seul ou accompagné** par un ou des professionnel(s) de santé.
  - En cas de tentative seul, rappeler les risques encourus et donc la nécessité d'être accompagné
- Chercher à comprendre les **facteurs ou événements qui ont provoqué un échec**
  - Afin de mettre en place une stratégie de prise en charge adaptée
- Rechercher le ressenti du patient lors des tentatives antérieures afin de mieux comprendre ses attentes ou craintes



**Ne pas proposer de sevrage coûte que coûte, qui plus est de façon répétée sans préparation**

### Conséquences des sevrages répétés

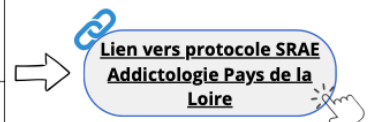
- **Risque majoré d'échecs**
- **Perte d'adhésion** du patient et donc **abandon**
- Une **aggravation des symptômes de sevrage** à chaque nouvelle tentative d'arrêt.
- La survenue de **complications** (physiques et psychiques) et une mise en danger du patient
  - **Diminution de la plasticité cérébrale** avec retard de récupération des fonctions exécutives et troubles de l'attention
  - Majoration du **risque de développer un délirium tremens**
  - Majoration du **risque de convulsions**

14

### Rappel contre-indications au sevrage ambulatoire



|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Addictologiques</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dépendance aux benzodiazépines ou prises de benzodiazépines sur une durée &gt; 3 mois : <b>Contre indication relative</b>, prendre un <b>avis addictologique</b></li> <li>Echec antérieur d'un sevrage ambulatoire : <b>Contre indication relative</b>, prendre un <b>avis addictologique</b></li> <li>Signes physiques de sevrage sévère (Cushman &gt; 7): en pré ou per-sevrage</li> <li>Poly-addictions (hors tabac) : <b>Contre indication relative</b>, prendre un <b>avis addictologique</b></li> </ul> |
| <b>Somatiques</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Antécédent de crise convulsive ou de Délirium Tremens</li> <li>Pathologie somatique grave</li> <li>Insuffisance hépato-cellulaire, Insuffisance respiratoire, Insuffisance cardiaque, Insuffisance rénale chronique</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Neurologiques/Psychiatriques</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Syndrôme dépressif avec risque de passage à l'acte</li> <li>Pathologie psychiatrique non équilibrée</li> <li>Troubles cognitifs sévères</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Grossesse</b>                    | Favoriser tant que faire se peut le <b>sevrage hospitalier</b> ! En cas de refus de la patiente, un sevrage ambulatoire peut être discuté                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Sociaux</b>                      | Isolement, absence d'entourage familial aidant, personne vivant seule avec des jeunes enfants à charge                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



15

### Accompagner le sevrage Et structures ressources

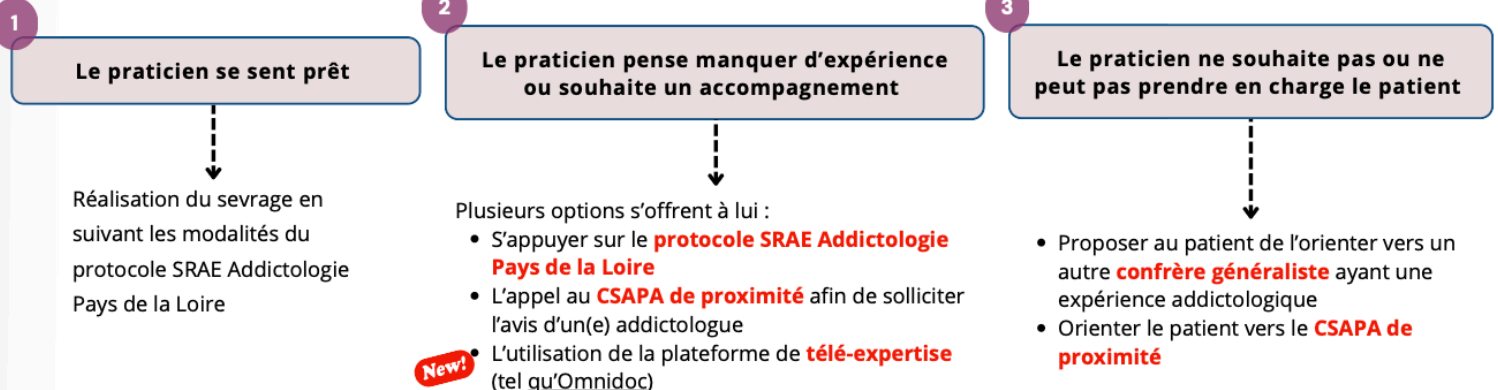


Le sevrage alcoolique ambulatoire nécessite une prise en charge **multidisciplinaire coordonnée**. Le professionnel de santé doit évaluer sa **disponibilité**, ses **compétences** et **mobiliser les autres intervenants** (IDE, IPA, IDE Asalée, Pharmacien) afin d'assurer le **suivi**, la **surveillance** et **l'adaptation des traitements** pendant toute la période de sevrage.

Il est important de contacter les IDE afin de s'assurer de leur accord.

➔ Il est également essentiel de **coordonner les disponibilités** des différents intervenants pour organiser au mieux la période de sevrage.

Trois cas de figure sont possibles:



16



## Bilan clinique et psychosocial



→ Questionnement essentiel pour une appréciation globale du patient :

### Antécédents médicaux

- Recherche de pathologie(s) chronique(s)
  - +++ insuffisance rénale, hépatique, cardiaque ou respiratoire
- Toute pathologie somatique grave pouvant contre-indiquer le sevrage ambulatoire
- Un antécédent de crise convulsive ou de Délirium Tremens
- Grossesse

### Antécédents Neurologiques/Psychiatriques

- Recherche d'une pathologie psychiatrique non équilibrée
- Recherche d'un syndrome dépressif avec risque de passage à l'acte
- Recherche de troubles cognitifs (empêchant la compréhension des consignes du sevrage)

### Bilan biologique pré-sevrage

Ce dernier est réalisé tant à visée diagnostique pour dépister des pathologies chroniques, que pour déceler une carence pré-sevrage.

- NFS, Plaquettes, TP/TCA
- Bilan hépatique complet + Lipasémie
- TSH
- Ionogramme + Fonction rénale
- Protidémie, albuminémie, glycémie à jeûn, Magnésémie

### Evaluation de l'entourage

- Rechercher la présence de proches aidants (amis, famille)

**NB: L'isolement est une contre indication à la réalisation du sevrage**

Objectifs de ces informations : **avoir une vue d'ensemble** de la situation du patient et **identifier les contre-indications éventuelles** de la réalisation du sevrage en ambulatoire

17

## Modalités de préparation/ réalisation du sevrage :



La réalisation du sevrage ne doit **JAMAIS être réalisée en urgence**.  
Le sevrage se prépare avec le patient, en prenant en compte les points suivants :

### Prévoir la période de réalisation du sevrage

- Arrêt de travail
- Disponibilité du médecin sur cette période
  - Il est conseillé de débiter le sevrage un lundi matin afin d'avoir un suivi plus simple sur la semaine
- Contacter les collègues IDE : disponibilité et organisation des passages pluri-hebdomadaires

→ Les modalités du suivi durant le sevrage sont décrites sur le protocole SRAE

Lien vers protocole SRAE  
Addictologie Pays de la Loire

### Prise en compte de l'entourage

- Avec **l'accord du patient**
- **Prise de contact, étape importante:**
  - Soutien de l'entourage qui est essentiel
  - Evaluation de l'implication et de la disponibilité de l'entourage: Recherche de freins éventuels
  - Explication déroulé du sevrage, consignes de surveillance

### Discuter du projet au décours de la réalisation du sevrage

- **A discuter avant la réalisation du sevrage**
  - Contacter les structures de post-cure avant réalisation du sevrage car possibilité de **construction conjointe du projet et de la prise en charge du patient**
- Souhait d'une post-cure
- Inscription dans un groupe d'entraide
- Projet professionnel

18

## Modalités de préparation/ réalisation du sevrage (2) :



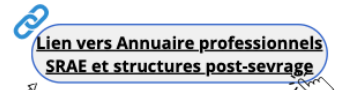
Il est important de rechercher dès le début de la prise en charge, le **projet post sevrage du patient**.  
Ce projet se construit tout au long de l'accompagnement du patient, avant la réalisation du sevrage en lui-même et comporte de nombreux aspects.

- **Projet professionnel:** Reprise du travail, ré-insertion professionnelle, reconversion, formation, etc
- **Définir objectifs de consommation:** arrêt complet, consommations occasionnelles, etc
  - Avec ou sans aide médicamenteuse
- **Accompagnement psychologique:** CSAPA, CMP, psychologue libéral(e)



Sur le plan du suivi et de l'accompagnement:

- **Associations d'entraide :**
  - Plusieurs dizaines: il existe une [liste de ces associations sur le site de la Société Française d'Alcoologie](#).
  - Une participation régulière à des associations d'entraide peut améliorer le pronostic addictologique de certains patients. Création de liens sociaux.
  - Possibilité de groupes en Visio !



- **Poursuite du suivi au CSAPA :**
  - Suivi pluri-disciplinaire avec prise en charge addictologique, psychologique.

- **Les Services Médicaux et de Réadaptation addictologiques (de jour ou en hospitalisation complète), Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR), Hôpital à Temps Partiel (HTP) = appelés Post-cure par les patients**
  - Structures pouvant accueillir les patients pour une durée allant jusqu'à 3 mois.
  - Activités multiples de groupe; Reprise d'une autonomie progressive (administrative, activités quotidiennes, etc), Reprise de liens sociaux
  - Suivi médical et psychologique

19

## Modalités de préparation/ réalisation du sevrage (3) :



### Focus sur le bien être psychique

Il est important de rechercher la **présence de symptomatologies psychiatriques** (décompensées ou non) avant de débiter le sevrage (trouble anxieux, syndrome dépressif, syndrome de stress post-traumatique, etc). En effet, certaines de ces symptomatologies psychiatriques sont réactionnelles/secondaires à la consommation pathologique quand d'autres favorisent la consommation d'alcool.

⇒ Il s'agit d'une **pathologie duelle**.

Prescrire des antidépresseurs ou anxiolytiques avant la réalisation du sevrage n'est donc pas toujours l'option mise en avant :

⇒ **L'arrêt des consommations peut permettre à certains symptômes psychiatriques de diminuer, voire de disparaître.**

En cas de persistance des troubles après sevrage :

- **Trouble anxieux persistant** et/ou **Syndrome dépressif persistant** : introduction d'un traitement antidépresseur par un **Inhibiteur Sélectif de Récapture de la Sérotonine (ISRS)**
- **Syndrome de stress post-traumatique:** **Inhibiteur Sélectif de Récapture de la Sérotonine (ISRS)**

Indépendamment de tout traitement:

- La mise en place d'un **suivi psychologique** est évidemment essentielle lors de la prise en charge.
- En cas de risque suicidaire : sevrage ambulatoire non réalisable + suivi psychiatrique nécessaire



20

## Déroulé du sevrage :



Concernant la réalisation du sevrage, il existe d'ores et déjà un support exhaustif et clair créé par la **Société Régionale d'Appui et d'Expertise ((SRAE) Addictologie Pays de la Loire**.

Ce dernier regroupe:

1. **Les modalités d'organisation temporelle et humaine** (rendez-vous de suivi et réévaluation par IDE)
2. Le listing des **contre-indications au sevrage ambulatoire**
3. **Les modalités de prescription: Ordonnances pré-faites**
  - Benzodiazépines
  - Supplémentations vitaminiques
  - Traitements en cas d'insomnies associées
  - Traitements anti-craving à initier après le sevrage
4. **Fiche patient avec description du déroulé du sevrage**, des **symptômes attendus** et des **symptômes devant faire reconsulter en urgence**
5. **Fiche explicative à destination de l'entourage**



Le protocole SRAE Addictologie Pays de la Loire est un support sûr, complet et ergonomique pour la réalisation du sevrage alcool en ambulatoire.

>>> **Aidez vous de ce support ! En cas d'interrogations persistantes malgré l'utilisation de ce dernier, ne pas hésiter à contacter le CSAPA pour solliciter les confrères et consoeurs addictologues.**

21

10

## Méthodes d'accompagnement post sevrage :



La prise en charge du trouble des usages lié à l'alcool avec dépendance ne s'arrête pas avec la réalisation du sevrage, il s'agit d'un **suivi au long cours**. Le suivi concerne de multiples aspects du patient:

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Suivi médicamenteux</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aide à l'abstinence</b> : plusieurs molécules existent. Les plus utilisées : <b>Acamprosate</b> ou <b>Naltrexone</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ L'Acamprosate et la Naltrexone <u>peuvent être débutés durant le sevrage</u></li> <li>◦ Attention particulière à la recherche d'une poursuite de prise de benzodiazépines de façon pathologique<br/>→ <b>Attention au risque de transfert de dépendance</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Bien être psychique</b> : il peut s'avérer nécessaire de mettre en place un traitement anti-dépresseur lorsque les troubles persistent malgré le sevrage</li> </ul> |
| <b>Somatique</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuer à rechercher les <u>complications éventuelles de la consommation d'alcool</u> (cirrhose, neuropathie, cancer des voies aériennes supérieures et oesophage, syndrome de Korsakoff, etc).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Psychique</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prise en charge psychologique primordiale</b> : initiée idéalement avant ou pendant le sevrage et maintenue au décours. Il peut être de différentes natures : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Thérapie cognitivo-comportementale</li> <li>◦ Psychanalyse</li> <li>◦ Thérapie de soutien</li> <li>◦ Thérapie conjugale ou familiale</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Sexuel</b>              | <p><u>Reprise d'une activité sexuelle satisfaisante</u> aux yeux du patient = <b>point fort du maintien de l'abstinence</b>. Mais <b>facteur de rechute non négligeable en cas d'absence de reprise sans anomalie</b>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Sociaux</b>             | <p><b>Reprise de liens sociaux et d'une activité professionnelle</b> = points cruciaux dans "l'après sevrage".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Isolement, absence d'entourage familial aidant, personne vivant seule avec des jeunes enfants à charge</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

22

Pour aller plus loin :



### Activité physique adaptée:

L'activité physique a de nombreux effets bénéfiques tant sur le plan physique que psychique. Lorsque l'état de santé le requiert il peut être prescrit de l'Activité physique adaptée.

- Il s'agit d'un **programme d'exercices physiques élaboré par un professionnel de santé**; adapté à l'état de santé, aux pathologies éventuelles et à la condition physique du patient. Le programme est créé également en fonction des envies du patient.

=> Le but étant la reprise ou la poursuite d'un exercice physique pour limiter l'impact de pathologies ou la perte d'autonomie.

=> Réalisée par kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, enseignants en activité physique adaptée et santé.

=> *Prescription médicale, mais non remboursée par Sécurité sociale.*



**Lien vers informations APA**



### Prescription verte:

- Il s'agit de "prescriptions" d'activités de plein air mais aussi des activités physiques "classiques".
- Objectifs : **promouvoir la santé mentale et physique et la prévention des maladies avec comme cadre la nature et la biodiversité.**

→ Pas de recommandation officielle mais des études et travaux de recherches réalisés suggèrent une efficacité non négligeable (bien être psychique, activité physique, etc).

23

## Bibliographie :

- Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull-Erpelding MC. DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2015.
- Fédération Française d'Addictologie. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives : rapport d'orientation et recommandations [Internet]. Paris : FFA ; 2016 [cité le 15 mars 2026]. Disponible sur : <https://www.addictologie.org>
- Haute Autorité de Santé. Comment repérer et accompagner les consommations d'alcool ? Fiche points clés [Internet]. Saint-Denis : HAS ; 2022 [cité le 15 mars 2026]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>
- Modus Bibendi. Guide pratique de la réduction des risques alcool (RDRA) [Internet]. Paris : Modus Bibendi ; 2023 [cité le 15 mars 2026]. Disponible sur : <https://www.modusbibendi.org>
- Bonnet N, Hochet M, Baraud M, Goujat-Bonnet R. Premiers gestes en alcoologie [Internet]. Paris: Réseau de Prévention des Addictions ; 2023 [cité le 15 mars 2026]. Disponible sur : <https://www.rp-addictions.fr>
- Mouchet O. Place du médecin traitant dans la prise en charge du mésusage de l'alcool : point de vue de 81 patients suivis en CSAPA [thèse d'exercice]. Tours : Université de Tours ; 2016.
- Haute Autorité de Santé. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins [Internet]. Saint-Denis : HAS ; 2007 [cité le 15 mars 2026]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>
- Haute Autorité de Santé. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool : repérer tous les usages et accompagner chaque personne [Internet]. Saint-Denis : HAS ; 2023 [cité le 15 mars 2026]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>
- Delaty P. Prise en charge concomitante de deux addictions alcool / tabac co-morbides chez les patients hospitalisés pour suspension de leur trouble de l'usage d'alcool : étude prospective observationnelle de la rechute et du craving [thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille ; 2019.
- Intervenir Addictions. Le cercle de Prochaska et Di Clemente [Internet]. 2026 [cité le 15 mars 2026]. Disponible sur : <https://intervenir-addictions.fr>
- Becker HC. Alcohol dependence, withdrawal, and relapse. Alcohol Res Health. 2008;31(4):348-361.
- Loeber S, Duka T, Welzel Márquez H, Nakovics H, Heinz A, Mann K, et al. Effects of repeated withdrawal from alcohol on recovery of cognitive impairment under abstinence and rate of relapse. Alcohol Alcohol. 2010;45(6):541-547.
- Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Alcoologie Addictologie. 2015 ;37(1) :5-84.
- Société Française d'Alcoologie. Sevrage alcoolique et comorbidités psychiatriques : référentiel des bonnes pratiques cliniques [Internet]. Paris : SFA ; 2006 [cité le 15 mars 2026].
- Himpens J. Prise en charge du patient alcoolodépendant en médecine générale : synthèse des outils de dépistage et des traitements basée sur une revue systématique de la littérature [thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille ; 2015.
- Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale : recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves [Internet]. Paris : Institut National du Cancer ; 2008 [cité le 15 mars 2026].
- Herbet B. Évolution de la pratique de l'activité physique chez le patient alcoolodépendant après sevrage et retentissement sur l'estime de soi [thèse d'exercice]. Angers : Université d'Angers ; 2016.
- Adewuyi FA, Knobel P, Gogna P, Dadvand P. Health effects of green prescription: A systematic review of randomized controlled trials. Environmental Research. 2023 Nov

24





**Élaboration d'un outil pédagogique, complémentaire au protocole créé par la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise en Addictologie (SRAE), pour améliorer la prise en charge du sevrage alcoolique ambulatoire en médecine générale à destination des médecins généralistes ; validation par un comité d'experts (méthode Groupe Nominal).**

## RÉSUMÉ

**Introduction :** De nos jours, les données nationales et régionales confirment que les troubles des usages liés à l'alcool sont un réel enjeu de santé publique. Il en découle une demande de soins en constante augmentation entraînant une hausse de l'intérêt porté par les professionnels de santé quant aux prises en charge addictologiques. En 2024, le Dr BIENAIME a mis en évidence dans son travail de thèse un sentiment de manque de formation chez la plupart des médecins généralistes interrogés dans le Pays de la Loire. De plus, il est également mis en avant une méconnaissance importante des outils existants pour guider les médecins généralistes dans leur prise en charge, tels que le protocole Sevrage Alcool Ambulatoire développé par la SRAE Addictologie Pays de la Loire. La mise en évidence de ces constats, a encouragé la réalisation de cette présente étude, à savoir la création d'un outil complémentaire au protocole développé par la SRAE, centré principalement sur l'indication du sevrage et l'accompagnement global du patient.

**Matériel et méthodes :** La création de l'outil pédagogique repose sur une méthodologie mixte : la recherche bibliographique et l'utilisation de retours d'expérience. L'outil élaboré bénéficie d'une validation de son contenu par une méthode d'évaluation fiable, à savoir la réalisation d'un groupe nominal. Dix-sept professionnels de santé ayant une expertise en addictologie ont été invités à y participer, afin d'évaluer l'outil créé. Sept experts ont été sélectionnés pour constituer le groupe nominal.

**Résultats :** Les participants ont émis 60 propositions pour améliorer l'outil pédagogique. Au total 49 propositions ont fait consensus et ont donc été retenues sans réserve pour apporter des modifications à l'outil. Six propositions ont été directement rejetées ; cinq n'ont pas fait consensus et ont nécessité une discussion.

Au total, 54 propositions ont été retenues et utilisées pour modifier l'outil pédagogique.

**Conclusion :** Cette étude a permis d'apporter une validité au contenu de l'outil par des experts dans le domaine de l'addictologie ; ouvrant ainsi la perspective de sa diffusion afin d'apporter aux médecins généralistes du Pays de la Loire, un soutien dans leurs prises en charge du sevrage ambulatoire d'alcool, dans le cadre des troubles liés à l'usage d'alcool.

**Mots-clés :** Gestion de la consommation d'alcool ; Sevrage ; Ambulatoire ; Mésusage ; Consommation d'alcool à risque ; Abstinence ; Facteurs de sevrage ; Préparation ; Rechute ; Traitement ; Arbre décisionnel ; Recommandations

**Development of an educational tool, complementary to the protocol developed by the Regional Support and Expertise Organization in Addiction Medicine (SRAE), to improve the management of outpatient alcohol withdrawal in general practice for general practitioners; validation by an expert panel using the Nominal Group Technique.**

## ABSTRACT

**Introduction:** Nowadays, national and regional data confirm that alcohol-related disorders are major public health issue. As a result, the demand for care is steadily increasing, leading to growing interest among healthcare professionals in addiction care. In 2024, Dr. BIENAIME highlighted in his doctoral thesis a perceived lack of training among most of the general practitioners surveyed in the Pays de la Loire region. Furthermore, a significant lack of awareness of existing tools designed to guide general practitioners in their management of patients with alcohol-related disorders was also identified, such as the Outpatient Alcohol Withdrawal Protocol developed by SRAE Addictologie Pays de la Loire. These findings led to the present study, which aimed to develop a complementary tool to the protocol developed by SRAE, focusing primarily on the indication for alcohol withdrawal and the overall support of patients.

**Materials and Methods:** The educational tool was developed using a mixed-methods approach combining a literature review and the use of feedback from professional experience. The content of the tool was validated using a reliable evaluation method, namely a nominal group technique. Seventeen healthcare professionals with expertise in addiction medicine were invited to participate in the evaluation of the tool. Seven experts were ultimately selected to form the nominal group.

**Results:** Participants made 60 proposals for improving the educational tool. A total of 49 proposals reached consensus and were therefore accepted without reservation and incorporated into the tool. 6 proposals were directly rejected, while 5 did not reach consensus and required further discussion. Overall, 54 proposals were retained and used to modify the educational tool.

**Conclusion:** This study established the content validity of the tool through evaluation by experts in addiction medicine ; thereby opening the way for its dissemination to provide general practitioners in the Pays de la Loire region in the outpatient management of alcohol withdrawal among patients with alcohol use disorders.

**Keywords :** Alcohol Management ; Withdrawal ; Outpatient ; Misuse ; Harmful alcohol use ; Abstinence ; Factor of Withdrawal ; Preparation ; Relapse ; Treatment ; Decision tree ; Guidelines

